

Психиатрическая стигма — ее проявления и последствия

Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

Резюме. Несмотря на широкое обсуждение проблемы психиатрической стигмы, продолжают попытки изучения путей и механизмов формирования самостигматизации, а также вовлечения в процесс лечения этой категории больных. Обследовано 66 больных, страдающих тяжелыми психическими расстройствами. Применялись опросники внешней стигмы, самостигматизации и шкала оценки мотивации к лечению. Обнаружены отдельные факторы, участвующие в формировании самостигматизации, влияние уровня имплицитной самостигматизации на развитие эксплицитной самостигматизации и ее негативное влияние на мотивацию больных к лечению.

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

Stigma in patients with mental disorders — its manifestations and consequences

Lutova N.B., Sorokin M.Y., Wied V.D.

V.M. Bekhterev' National medical research center of psychiatry and neurology

Summary. In spite of the problems of stigma being widely discussed, there still continue the attempts to understand the ways and factors producing the self-stigmatizing and mechanisms obstructing the involvement of self-stigmatized patients into the treatment process. In the present study there took part 66 in-patients with severe mental disorders. There were used the questionnaire of self-stigmatizing, devaluation/discrimination part of the experienced stigmatizing questionnaire and motivation for treatment rating scale. Detected some significant factors in producing the self-stigmatizing and influence of the implicit self-stigmatizing, the severeness of which results in the development of the explicit self-stigmatization, which destruct the motivation for treatment.

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

Максимально возможная социальная адаптация больных, достижение их функционального выздоровления и реинтеграция в общество стали основными целями и задачами деятельности психиатрического здравоохранения в нынешнем тысячелетии. Но одним из серьезных препятствий для достижения этих результатов является феномен стигмы, проявляющийся в двух формах: внешней стигмы и самостигматизации, значительно ослабляющие механизмы психологической адаптации больного.

Широко известно, что со стороны общества больные психиатрического здравоохранения подвергаются отторжению, социальной изоляции и остракизму, то есть испытывают давление внешней стигмы. Согласно с социально-психологической моделью, внешняя стигма описывается в терминах стереотипов, предрассудков и дискриминации. Социальные психологи рассматривают стереотипы как знания и представления, свойственные большинству членов одной группы относительно членов другой группы общества [24]. Наиболее распространенными стереотипами в обществе относительно психически больных являются: их порицание и обвинения, представления об их опасности и некомпетентности [8]. При этом часть людей, имеющих знания о стереотипных представлениях, фактически не разделяют их и не соглашаются с ними [29]. В случае одобрения уничижительных стереотипов люди формируют предубеждения и, как результат, — негативные реакции относительно психически больных [10, 16]. В свою очередь, предубеждения ведут к дискри-

минации, проявляющейся в манифестном поведении людей в обществе по отношению психически больным [9, 11, 19].

При том, что в литературе упоминается огромное количество отдельных проявлений дискриминации, можно сказать, что для больных ее негативные эффекты проявляются в трех основных направлениях: сужения и/или утраты возможностей (например, получения работы или аренды жилья); принуждения (утрата прав и полномочий) и социальной изоляции [7, 17].

Страдания больных в результате существующих стереотипов, предубеждений и дискриминации со стороны общества, а также страх перед ее возможными проявлениями, формируют личностный ответ индивида, проявляющийся в виде формирования самостигматизации [28]. Теоретические обоснования данного феномена основываются на социальной теории. Еще в начале XX века С. Cooley сформулировал гипотезу, согласно которой индивид воспринимает себя через видение себя другими людьми. В дальнейшем Е. Goffman (1963), разрабатывая представления об идентичности, определил социальную идентичность как восприятие личностью типизации с другими людьми на основании атрибутов социальной группы, к которой эта личность принадлежит [14]. Опираясь на данные представления, феномен самостигматизации стал рассматриваться, как процесс интернализации психически больным социальной стигмы, господствующей в обществе, вплоть до того, что индивид инкорпорирует восприятие себя окружаю-

щими в свою «селф»-систему [5, 13]. Это приводит к тому, что индивид начинает не только соответственно воспринимать себя, но и меняться его поведение [32] вплоть до маргинализации и социальной изоляции. Резюмируя современные представления о феномене самостигматизации, можно обратиться к определению, данному Link (2001), который писал: «...самостигматизация — это деструктивный процесс принятия и переживания стигмы и нового для себя статуса, который приводит к трансформации социальной и личностной идентичности больного в связи с принятием им роли больного» [20].

В процессе изучения феномена стигмы стало очевидным, что не все пациенты формируют самостигматизацию. Часть из них просто игнорируют проявления социальной стигмы; есть люди, которые, испытывая гнев, вступают в борьбу с несправедливостью стигматизации, что является, в определенном смысле, оборотной стороной стигмы [32]. Таким образом, как считают исследователи, существует ряд условий и механизмов для формирования самостигматизации. Наиболее распространенной в последние годы стала стадийная модель ее формирования [6]. Однако, предлагаемая модель разделяется не всеми исследователями, подвергаясь критическим замечаниям относительно описания поздних стадий [4], а также приводятся доказательства, что развитие самостигматизации может происходить и на ранних стадиях (достаточно, чтобы больной одобрял стереотипы) [26], и даже при получении информации об установленном диагнозе [3].

Сама по себе сформированная самостигматизация имеет ряд чрезвычайно негативных последствий, существенно нарушая адаптационно-психологические механизмы больных, что было продемонстрировано в многочисленных исследованиях. В частности, показано, что проявления самостигматизации ассоциируется со снижением таких защитных психологических свойств, как чувство надежды [34], самооценка [22, 23], самоэффективность [30, 32], ухудшает моральные качества индивида [27] и подрывает веру в выздоровление [28], искажает совладающее поведение, приводя к возрастанию использования избегающих копинг-стратегий, особенно тенденции бегства и скрытности [27].

Проблема наличия проявлений самостигматизации также заключается в том, что эта категория больных, саботируя участие в лечебном процессе, создают порочный круг, усугубляя свои страдания. Подтверждением тому являются ряд исследований, в которых продемонстрировано, что самостигматизация снижает вероятность обращения за психологической помощью [31], приверженность больного к психосоциальным лечебным мероприятиям [12] и медикаментозной терапии [33], приводя к ухудшению исхода заболевания и качества жизни [22].

Цель исследования

Несмотря на то, что вопросы стигмы обсуждаются не одно десятилетие, не все ответы получе-

ны. Продолжаются попытки понять пути и факторы, участвующие в формировании самостигматизации. Также остаются неясными механизмы саботирования вовлечения в лечебный процесс самостигматизированными больными. Исходя из вышеизложенного, целью нашей работы явилась попытка изучения взаимосвязей внешней стигмы с самостигматизацией и влияние самостигматизации на мотивацию к лечению.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 66 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами СПб НИПНИ им. Бехтерева (25 мужчин и 41 женщина). Согласно МКБ-10 обследованные относились к следующим диагностическим категориям: рубрика F2 — 68%, F3 — 15%, F4, F6 — 11% и рубрика F0 — 6%. Средний возраст составил $34 \pm 11,3$ года. Средняя продолжительность заболевания $10 \pm 9,6$ лет. Среднее количество госпитализаций за период заболевания — 5.

Участники исследования заполняли опросники внутренней стигматизации (ISMI) [26] и воспринимаемой стигматизации, его раздел обесценивания/дискриминации (PDD) [21], имеющие в различных исследованиях коэффициент надежности α -Кронбаха 0,87-0,9 и 0,78-0,87 соответственно. Первый инструмент позволяет оценить общий уровень самостигматизации и её отдельные кластеры по 5 субшкалам: отчуждение, одобрение стереотипов, опыт дискриминации, социальная самоизоляция и сопротивление стигматизации. Уровень внешней стигматизации оценивался как высокий при положительном ответе на 6 разделов второго опросника и отрицательном ответе на остальные (обратные) 6 его разделов. Таким образом, высокие показатели по опроснику PDD соответствуют низкому уровню дискриминации психически больных.

В исследовании применялся опросник, базирующийся на разработанной в отделении шкале оценки мотивации больного к психофармакотерапии, который позволяет оценить выраженность ведущих мотивационных паттернов [1,2]. Он содержит 20 утверждений, описывающих выделенные уровни мотивации к лечению, шкалу Ликерта для оценки значимости каждого из пунктов в баллах от 1 до 5 и имеет хорошие психометрические свойства (α Кронбаха 0,842). В соответствии с иерархическим принципом в оригинальной шкале выделены 6 уровней мотивации: 1 — амотивация, формальное согласие на лечение, 2 — мотивация внешняя, определяемая давлением обстоятельств и близкого окружения больного, остающаяся стабильной при отсутствии жёсткого внешнего контроля, 3 — формирование собственной мотивации, фундированной субъективным страданием от заболевания, 4 — внутренняя мотивация к лечению, осознанное обращение за психиатрической помощью, 5 — мотивация, определяемая правильной внутренней картиной болезни, помимо

Таблица 1. Корреляционные связи между характеристиками пациентов и показателями опросников внешней и внутренней стигмы, ($p < 0,05$)

Показатели	Внешняя стигма	Внутренняя стигма			
		Одобрение стереотипов	Опыт дискриминации	Социальная изоляция	Общий балл
Возраст	- 0,30		0,23		
Длительность заболевания		0,27	0,30		0,24
Количество госпитализаций		0,27	0,31	0,26	0,29

фармакотерапии включающей осознание пациентом своей активной роли в процессе социальной адаптации, 6 — стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии.

Статистическая обработка проводилась с использованием корреляционного анализа (коэффициенты Пирсона, Спирмена). Параметры распределения оценивались с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. В целях наглядности и единообразия представления данных, данные приведены с указанием средних арифметических и стандартных отклонений исследуемых показателей.

Результаты и обсуждение

Результаты статистической обработки полученных данных обнаружили взаимосвязи между возрастом и отдельными характеристиками заболевания с феноменом стигмы, приведенные в табл. 1.

Как видно из таблицы, восприятие проявлений внешней стигматизации и дискриминации связано с возрастом больных, то есть, чем старше пациент, тем больше он имеет негативного опыта, что проявляется и в усилении самодискриминации, возможно, как своеобразной защиты от болезненных для пациента ситуаций, что, однако, не приводит к повышению общего показателя самостигматизации.

Гораздо более важные корреляции выявлены у длительно болеющих пациентов, поскольку этот параметр связан с высокими показателями разделов «одобрение стереотипов», «опыт дискриминации» и общим показателем самостигматизации. Здесь мы обнаруживаем интернализацию негативных стереотипов, что в сочетании с самодискриминацией приводит к нарастанию уровня самостигматизации, то есть изменению идентичности индивида. Полученные результаты согласуются с данными С. Goldin (1990), который связывал выраженность стигматизации у длительно болеющих пациентов с трудностями их лечения, приводящими к их деморализации [15].

Интересно, что наибольшую связь с высоким уровнем самостигматизации имеет даже не длительность заболевания сама по себе, а количество госпитализаций, имеющих у больного. В литературе упоминается, что сам по себе факт госпитализации является своеобразным «ярлыком», стигматизирующим больного, однако, не уточняется ни влияние количества госпитализаций, ни

его вклад в формирование самостигматизации [18]. Полученные данные показали, что опыт многочисленных госпитализаций приводит не только к интернализации больным существующих стереотипов, накоплению опыта дискриминации, но и к поведенческим проявлениям в виде нарастания социальной изоляции, усугубляя изменения идентичности.

Также нами получены данные о взаимосвязи показателей внешней стигмы и проявлений самостигматизации, представленные в табл.2.

Таблица 2. Корреляционные связи между показателями опросников внешней и внутренней стигмы, ($p < 0,05$)

	Одобрение стереотипов	Опыт дискриминации	Самостигматизация общий балл
Внешняя стигма	- 0,31	-0,30	-0,28

Обнаружена значимая взаимосвязь между воспринимаемыми больными внешней дискриминации и обесценивания и внутренней стигмой. В частности установлено, что чем больше сами пациенты воспринимают стигму, обесценивая и дискриминируя психически больных, тем больше они инкорпорируют в свою «селф»-систему существующие негативные стереотипы, приводящие к самодискриминации и углублению уровня самостигматизации в целом. Эти находки согласуются с данными D. Quinn с соавторами (2015), которые продемонстрировали связь имевшегося опыта дискриминации и ожидания проявлений социальной стигмы с развитием самостигматизации [25]. Учитывая, что мотивация к лечению является важнейшим фактором, благодаря которому больной включается в процесс лечения и удерживается в нем, мы попытались понять, как проявления самостигматизации связаны с данным феноменом. Полученные результаты приведены в табл.3.

Полученные корреляционные связи свидетельствуют о том, что высокий уровень самостигматизации подрывает формирование внутренней мотивации к лечению. В этом случае индивид, принимая роль больного и отчуждаясь от общества, вовлекается в лечебный процесс только благодаря внешним обстоятельствам, например, требованиями родственников или под влиянием авторитета врача.

Отдельные проявления самостигматизации оказывают влияние на формирование внутренней

Таблица 3. Корреляционные связи между показателями опросников внутренней стигмы и мотивации к лечению, ($p < 0,05$)

Уровни мотивации	Отчуждение	Социальная изоляция	Спротивление стигме	Общий балл
2 уровень: мотивация внешняя, определяемая давлением обстоятельств и близкого окружения больного	0,23		- 0,36	0,25
3 уровень: формирование собственной мотивации			- 0,19	
5 уровень: мотивация, определяемая правильной внутренней картиной болезни, помимо фармако-терапии включающей осознание пациентом своей активной роли в процессе социальной адаптации		- 0,20	0,22	

мотивации к лечению. В частности отсутствие у больного внутренних ресурсов для сопротивления стигме, может негативным образом влиять на баланс решения относительно необходимости лечения, который и сопровождается формированием внутренней мотивации.

В случае, когда больной не заражен «внутренней стигмой», он не самоизолируется от общества, способен к сопротивлению стигме, что проявляется в высоком уровне его мотивации к лечению, когда пациент стремится контролировать течение заболевания, активно включаясь в процесс лечения.

Выводы. Наиболее значимыми параметрами для формирования самостигматизации, как изменения собственной идентичности являются длительность заболевания и количество госпитализаций, причем последний приводит к усугублению поведенческой составляющей — нарастанию социальной отгороженности. Таким образом, одним из подходов, предотвращающих развитие самостигматизации, становится последовательная амбула-

торная помощь больным, направленная на профилактику обострений.

Воспринимаемая стигма и высокий уровень стигматизации больными других пациентов психиатрического здравоохранения являются, по существу, проявлениями имплицитной самостигматизации, которая при высокой выраженности приводит к развитию эксплицитной самостигматизации. Таким образом, по-прежнему сохраняет актуальность распространение в обществе медицинских знаний с позиций доказательной медицины и использование психообразовательных программ среди потребителей психиатрической помощи и членов их семей.

Проявления самостигматизации, подрывают важнейший механизм, влияющий на вовлеченность и участие больного в терапевтическом процессе — мотивацию к лечению.

Таким образом, борьба с формированием самостигматизации должна включать в себя разнообразные подходы и, по-видимому, не может сводиться к применению какого-то одного метода.

Литература

1. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2016. — №4, вып. 1. — С. 32-36.
2. Сорокин М.Ю. Распространённость внешней стигматизации у психически больных и её взаимосвязь с мотивацией к лечению // Неврологический вестник. — 2016. — Т. XLVIII, вып. 2. — С. 73-77.
3. Aakre J.M., Klingman E.A., Docherty N.M. The relationship between stigma sentiments and self-identity of individuals with schizophrenia // *Psychiatric Rehabilitation J.* — 2015. — Vol. 38. — P. 125-131.
4. Butler A., Hokanson J., Flynn H. A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression // *J. of Personality and Social Psychology.* — 1994. — Vol. 66. — P. 166-177.
5. Corrigan P.W., Markowitz F.E., Watson A.C. Structural levels of mental illness stigma and discrimination // *Schizophrenia Bull.* — 2004. — Vol. 30 (3). — P. 481-491.
6. Corrigan P.W. Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change // *Can. J. Psychiatry.* — 2012. — Vol. 57 (8). — P. 464-469.
7. Corrigan P.W. On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change. — Washington: American Psychological Association. — 2005.
8. Corrigan P.W., Kleinlein P. The impact of mental illness stigma // *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change / ed. by Corrigan P.W.* — Washington: American Psychological Association. — 2005. — P. 11-44.
9. Crocker J., Major B., Steele C. Social stigma // *The handbook of social psychology / ed. by Gilbert D.T., Fiske S.T.* — Vol. 2 (4). — New York: McGraw-Hill — 1998. — P. 504-553.
10. Devine P.G. Prejudice and out-group perception // *Advanced social psychology / ed. by Tesser A.* — New York: MCGraw-Hill. — 1995. — P. 467-524.
11. Flanagan E.H., Miller R., Davidson L. "Unfortunately, we treat the chart": Sources of stigma in mental health setting // *Psychiatrist Quarterly.* — 2009. — Vol. 80 (1). — P. 55-64.
12. Fung K.M.T., Tsang H.W.H., Corrigan P., et al. Measuring self-stigma of mental illness in China and its implication for recovery // *International J. Social Psychiatry.* — 2007. — Vol. 53 (5). — P. 408-418.
13. Gallo K.M. First person account: self-stigmatization // *Schizophr. Bull.* — 1994. — Vol. 20. — P. 407-408.

14. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. — New York, NY: Simon & Schuster. — 1963.
15. Goldin C.S. *Stigma biomedical efficiency and institutional control* // Soc. Sci. Med. — 1990. — Vol. 30. — P. 890–895.
16. Hilton J.L., von Hippel W. *Stereotypes* // Ann. Rev. Psychol. — 1996. — Vol. 47. — P. 237–271.
17. Huxley P., Thornicroft G. *Social inclusion social quality and mental illness* // Br. J. Psychiatry. — 2003. — Vol. 182. — P. 289–290.
18. Karidi M.V., Stefanis C.N., Theleritis C., et al. *Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patients with schizophrenia* // Comprehensive Psychiatry. — 2010. — Vol. 51. — P. 19–30.
19. Lauber C., Norat C., Braunschweig C., Rossler W. *Do mental health professionals stigmatise their patients?* // Acta. Psychiatr. Scan. — 2006. — Vol. 113. — P. 51–59.
20. Link B. *Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of the people with mental health disorders* // Psychiatry Serv. — 2001. — Vol. 53. — P. 1621–1626.
21. Link B.G., Cullen F.T., Struening E., et al. *A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: an empirical assessment* // Am. Sociological Revirw. — 1989. — Vol. 54. — P. 100–123.
22. Lysaker P.H., Roe D., Yanos P.T. *Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders* // Schizophrenia Bulletin. — 2007. — Vol. 33. — P. 192–199.
23. Lysaker P.H., Tsaj J., Yanos P.T., Roe D. *Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma* // Schizophrenia Res. — 2009. — Vol. 110. — P. 165–172.
24. Major B., O'Brien L.T. *The social psychology of stigma* // Ann. Rev. Psychol. — 2005. Vol. 56. — P. 393–421.
25. Quinn D.M., Williams M.K., Weisz B.M. *From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma* // Psychiatric Rehabilitation. — 2015. — Vol. 38. — P. 103–108.
26. Ritsher J.B., Otilingam P.C., Grajales M. *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure?* // Psychiatry Res. — 2003. — Vol. 121. — P. 31–49.
27. Ritsher J.B., Phelan J.C. *Internalized stigma predict erosion of morale among psychiatric outpatients* // Psychiatry Res. — 2004. — Vol. 129. — P. 257–265.
28. Rosenfield S. *Labelling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction* // Am. Sociol. Rev. — 1997. — Vol. 62. — P. 660–672.
29. Rusch N., Angermeyer M.C., Corrigan P.W. *Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma* // Eur. Psychiatry. — 2005. — Vol. 20. — P. 529–539.
30. Vauth R., Kleim B., Wirtz M., Corrigan P. *Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping schizophrenia* // Psychiatry Res. — 2007. — Vol. 150. — P. 71–80.
31. Vogel D.L., Wade N.G., Haake S. *Measuring self-stigma associated with seeking psychological help* // J. Counseling Psychology. — 2006. — Vol. 53. — P. 325–337.
32. Watson A.C., Corrigan P., Larson J.E., Sells M. *Self-stigma in people with mental illness* // Schizophr. Bull. — 2007. — Vol. 33. — P. 1312–1318.
33. West M.L., Vayshenker B., Rotter M., Yanos P.T. *The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample* // Psychiatric Rehabilitation J. — 2015. — Vol. 38(2). — P. 150–157.
34. Yanos P.T., Roe D., Markus K., Lysaker P.H. *Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders* // Psychiatry Services — 2008. — Vol. 59(12). — P. 1437–1442.

References

1. Sorokin M.Yu, Lutova N.B., Wied V.D. *A role of motivation for treatment in the structure for compliance in psychopharmacologically treated patients* // Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. — 2016. — Vol. 4 (1). — P. 32–36. (in Rus)
2. Sorokin M.Y. *Prevalence of social stigmatization in psychiatric patients and its correlation with motivation for treatment* // Nevrologicheskij vestnik. — 2016. — Vol. XLVIII (2). — P. 73–77. (in Rus)

Сведения об авторах

Лутова Наталия Борисовна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: lutova@mail.ru

Сорокин Михаил Юрьевич — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: m.sorokin@list.ru

Вид Виктор Давыдович — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: wied@bekhterev.ru