

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СТИГМА: КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ИЛИ КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Н.Б. Лутова¹, О.В. Макаревич¹, М.Ю. Сорокин¹,
К.Е. Новикова¹, С.С. Абрамчик², В.Д. Вид¹

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России¹
Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова²*

Проблема стигматизации лиц с психическими расстройствами, имеющая давнюю историю, и в настоящее время далека от решения [3]. Несмотря на то, что за последние десятилетия повысилась осведомленность населения о нейробиологической природе психических расстройств и приемлемость обращаемости за профессиональной помощью, улучшения отношения к психически больным не произошло [28, 29]. Подтверждением этому являются результаты опроса, проведенного в 27 странах, где 50% больных шизофренией сообщили о проявлениях дискриминации, а 2/3 ожидали столкновения с подобными проявлениями [32]. При широкой распространенности и разнообразии последствий общественной стигмы для больных и членов их семей [1, 2, 9, 10, 15], одним из наиболее негативных последствий становится формирование у них внутренней стигмы (самостигматизации). Этот феномен представляет собой последовательный процесс, когда при установлении диагноза психического расстройства общественные стереотипы и предрассудки становятся для индивида особенно релевантны и заметны, воспринимаясь как собственная личностная характеристика. Затем возникает их эмоциональное одобрение, приводящее к снижению самооценки, и формируется поведенческий ответ в виде дистанцирования и социальной изоляции индивида. Это, в свою очередь, провоцирует избегание обращения и отказы от психиатрической помощи и далее – повторные обострения, госпитализации, снижение качества жизни. Так формируется «порочный круг», усугубляющий переживание самостигматизации [1–5, 7, 16, 19]. В результате, стигма по-прежнему представляет собой серьезный вызов для общественного здравоохранения [18], является проблемой, требующей изучения и вмешательств

на уровне фундаментальных социальных причин её существования.

Важно отметить, что хотя стигма универсальна, индивидуальный опыт стигматизированного человека зависит от социокультурного контекста. Считается, что граждане одной и той же страны или культуры в некоторой степени разделяют стигматизирующее восприятие и отношение к психически больным. В частности, обнаружены культурные и межнациональные различия в распространенности стереотипов относительно психиатрических больных [24, 30], которые могут во многом обуславливать интенсивность внутренней стигмы, обращаемость за психиатрической помощью и успешность проведения реабилитационных мероприятий. Это определяет значимость мониторинга интенсивности и структуры самостигматизации, что поможет конкретизировать усилия, направленные на помощь потребителям психиатрической помощи и позволит отслеживать её эффективность.

Цель исследования. Изучение внутренней стигмы у больных с эндогенными психическими расстройствами, а также сравнение её показателей с зарубежными данными.

Материалы и методы исследования

Тип исследования – наблюдательно-аналитическое. Исследованная группа – мужчины и женщины с диагнозами из рубрик F2 и F3 согласно МКБ-10, лечившиеся в отделении интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева в марте 2018–июне 2019 года. Критерии включения: возраст от 20 до 70 лет; добровольное информированное согласие участвовать в исследовании; добровольная госпитализация; этап формирования медикаментозной ремиссии. Критерии исклю-

чения: отказ от продолжения участия в исследовании; режим усиленного наблюдения в связи с острой психопатологической симптоматикой; выраженная негативная симптоматика и когнитивные нарушения.

Инструменты. Использовалась шкала интернализированной стигмы (ISMI), отражающая субъективное переживание стигмы пациентами с психическими расстройствами [12]. Методика включает двадцать девять вопросов, сгруппированных в пять субшкал: «Отчужденность», «Одобрение стереотипов», «Опыт дискриминации», «Социальная самоизоляция» и «Сопrotивление стигматизации». По литературным данным α -Кронбаха шкалы ISMI составили 0,87–0,9; в текущем исследовании 0,92 по всем вопросам шкалы. Каждый её пункт оценивается по 4-балльной шкале Лайкерта (1 – полностью не согласен, 4 – полностью согласен); для субшкалы «Сопrotивление стигматизации» использовалась обратная кодировка. Высокий общий показатель шкалы ISMI означает интенсивную внутреннюю стигму.

При сопоставлении полученных нами показателей ISMI с данными зарубежных исследований использовалось ранжирование внутренней стигмы на высокий – $M(x) \geq 2,5$ – (выделено жирным шрифтом) и низкий – $M(x) < 2,5$ – уровни по субшкалам и суммарному баллу ISMI, согласно рекомендациям авторов методики [13].

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS 23.0. Проверка нормальности распределения выполнена по критерию Колмогорова-Смирнова. Корреляционный анализ проведён по коэффициентам ранговой корреляции Спирмена, дисперсионный – по критериям Манна-Уитни и Краскела-Уоллеса. Оценка эффекта различий выборки обследованных пациентов и участников иностранных исследований проводилась при помощи статистики Cohen's *d*. Слабым считался размер эффекта 0,2–0,49 стандартного отклонения, средним 0,5–0,79, сильным – более 0,8.

Все процедуры экспериментального исследования прошли экспертизу независимого этического

комитета при НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева и были одобрены к проведению в соответствии с требованиями последней версии Хельсинкской декларации и стандартом надлежащей клинической практики (GCP).

Результаты

Обследовано 114 пациентов: 39,5% мужчин и 60,5% женщин. Больные с диагнозами шизофренического спектра составили 80,7% ($n=92$), пациенты с аффективной патологией – 19,3% ($n=22$). Средний возраст пациентов – 36 ± 10 лет, среднее количество госпитализаций – 6 ± 5 , средняя длительность заболевания – 12 ± 5 лет. Состояли в браке 23,7%, имели инвалидность 34,2%, трудоустроены 28,1% больных.

Лишь по трём субшкалам ISMI были получены данные, соответствующие критериям нормального распределения: «Отчужденность», «Одобрение стереотипов» и «Социальная самоизоляция». В целях сопоставления результатов русскоязычной выборки и данных аналогичных зарубежных исследований для всех параметров шкалы ISMI были высчитаны единообразные дескриптивные статистики средних арифметических и стандартных отклонений (табл. 1).

Корреляционный анализ клинических показателей пациентов и данных ISMI выявил слабую положительную связь между длительностью заболевания и переживанием отчужденности ($r=0,187$; $p=0,05$). Также слабые положительные корреляции обнаружены между количеством госпитализаций и показателями субшкал «Опыт дискриминации» ($r=0,2$; $p=0,03$) и «Самоизоляция» ($r=0,204$; $p=0,03$).

Обнаружены достоверные различия интенсивности самостигматизации в подгруппах больных с различными социальными характеристиками (табл. 2). Показатели всех субшкал, кроме субшкалы «Сопrotивления стигме», а также общий балл шкалы ISMI был выше у безработных. Пациенты, имеющие группу инвалидности, имели достоверно более высокие показатели субшкалы «Социальная самоизоляция» по сравнению с не имеющими инвалидность.

Таблица 1

Дескриптивные статистики шкалы ISMI для русскоязычной выборки больных эндогенными психическими расстройствами

	Квартили			Средние значения M(x)	SD
	Q 25	Медиана	Q 75		
Отчужденность	2,17	2,5	2,83	2,52	0,62
Одобрение стереотипов	1,71	2,14	2,43	2,09	0,49
Опыт дискриминации	2,0	2,2	2,4	2,2	0,48
Социальная самоизоляция	1,83	2,17	2,67	2,22	0,56
Сопrotивление стигме (оценивается обратно)	2,2	2,4	2,8	2,44	0,46
Суммарный балл	2,04	2,27	2,55	2,28	0,42

Примечания: $M(x) \geq 2,5$.

Анализ показателей самостигматизации в различных возрастных группах выявил нарастание интенсивности показателей субшкал «Отчуждение», «Одобрение стереотипов», «Сопrotивление стигме», а также общего балла ISMI в группе паци-

ентов старше 50 лет по сравнению с больными более молодого возраста.

Сравнение показателей самостигматизации русской-язычной выборки пациентов с представленными в литературе зарубежными данными приведены в табл. 4.

Таблица 2

Достоверные различия компонентов самостигматизации и общего балла шкалы ISMI в группах пациентов с разным социально-трудовым статусом

		Трудовой статус		Инвалидность	
		Работающие (n=34)	Безработные (n=80)	Имеют (n=39)	Не имеют (n=75)
Отчуждённость	M(x) ±SD	2,39±0,61	2,58±0,61		
	Q25	2,0	2,3		
	Медиана	2,17	2,67		
	Q75	2,54	3,0		
Одобрение стереотипов	M(x) ±SD	1,95±0,41	2,15±0,51		
	Q25	1,68	1,75		
	Медиана	2,0	2,14		
	Q75	2,18	2,43		
Опыт дискриминации	M(x) ±SD	2,05±0,46	2,27±0,48		
	Q25	1,8	2,0		
	Медиана	2,0	2,2		
	Q75	2,2	2,6		
Социальная самоизоляция	M(x) ±SD	1,93±0,47	2,34±0,56	2,4±0,54	2,1±0,56
	Q25	1,67	2,0	2,17	1,67
	Медиана	2,0	2,33	2,33	2,0
	Q75	2,21	2,67	2,83	2,5
Общий балл ISMI	M(x) ±SD	2,14±0,39	2,35±0,4		
	Q25	1,86	2,04		
	Медиана	2,12	2,38		
	Q75	2,29	2,58		

Примечания: p≤0,05, M(x) ≥2,5.

Таблица 3

Достоверные различия показателей самостигматизации шкалы ISMI в разных возрастных группах пациентов

		Возраст			
		20-29 лет (n=46)	30-39 лет (n=29)	40-49 лет (n=20)	50-70 лет (n=19)
Отчуждённость	M(x) ±SD	2,4±0,61	2,4±0,63		2,92±0,59
	Q25	2,0	2,1		2,67
	Медиана	2,33	2,5		2,83
	Q75	2,83	2,83		3,17
Одобрение стереотипов	M(x) ±SD		1,95±0,49		2,35±0,32
	Q25		1,5		2,14
	Медиана		2,0		2,29
	Q75		2,29		2,57
Сопrotивление стигме	M(x) ±SD		2,3±0,45		2,71±0,41
	Q25		2,0		2,4
	Медиана		2,2		2,6
	Q75		2,4		3,0
Общий балл ISMI	M(x) ±SD		2,2±0,42		2,54±0,35
	Q25		1,85		2,24
	Медиана		2,24		2,5
	Q75		2,5		2,7

Примечания: p≤0,05; M(x) ≥2,5.

Различия интенсивности и структуры интернализированной стигмы у больных с эндогенными психическими расстройствами российского и зарубежных исследований

	Отчужденность	Одобрение стереотипов	Опыт дискриминации	Социальная самоизоляция	Сопrotивление стигме	Суммарный балл
Хорватия, N149 [35], F2 - N149	2,23±0,97*	1,98±0,9	2,08±0,88	2,03±0,9	2,37±0,99	2,13±0,970,93
Япония, N141 [31], F2 - N141	2,35±0,63*	2,1±0,48*	2,25±0,6	2,27±0,56	2,75±0,48**	2,33±0,43
Иран, N138 [17], F2 - N29	2,33±0,73*	2,3±0,60*	2,32±0,67*	2,64±0,83**	2,46±0,3	2,41±0,65
Тайвань, N103 [21], F2 - N80	2,53±0,52	2,31±0,41*	2,34±0,53 *	2,44±0,47 *	2,76±0,43**	2,48±0,47
Швеция, N163 [19], F3 - N86	2,57±0,71	1,61±0,48***	1,81±0,68**	2,08±0,68	2,26±0,57*	2,05±0,48**
Испания, N69 [6], F2 - N60	2,04±0,78**	1,79±0,68***	2,14±0,78	2,06±0,71*	2,35±0,62	2,08±0,56*
Европа, N1160 [11]: F3 -1160	2,22±1,09*	1,59±0,78**	1,91±0,96*	1,98±1,0*	2,81±0,98***	2,1±0,96*
США: N36 [23], F2 - N36	1,39±0,68***	1,14±0,61***	1,42±0,70***	1,31±0,67***	1,24±0,50***	1,3±0,63***
N330 [20] (арабский), F3 - N150	2,34±0,91*	1,9±0,70*	2,1±0,51	2,38±0,84*	1,83±0,65***	2,16±0,72*
N127 [12] (оригинальн.), F2 - N71	2,43±0,81	2,01±0,73	2,46±0,74*	2,47±0,78*	2,3±0,78*	2,±0,077
Канада, N91 [22] F2 - N43	2,20±0,54**	1,92±0,36*	2,33±0,54*	2,12±0,48	2,13±0,38**	2,14±0,46*
Сербия, N103 [34], F2 - N103	2,18±0,70*	2,06±0,56	2,06±0,31*	2,18±0,66	2,39±0,59	2,17±0,44*
Россия, N114	2,5±0,62	2,09±0,49	2,2±0,48	2,2±0,56	2,43±0,46	2,28±0,42
Европа, N1215 [10]: F2 N1215	2,53±0,7	2,19±0,53*	2,43±0,61*	2,48±0,66*	2,47±0,51	2,42±0,56*
Португалия, N253 [25], F2 N43	2,85±0,82*	2,44±0,72**	2,48±0,61*	2,53±0,66**	2,02±0,47***	2,53±0,39*
Китай, N253 [26], F2 - N232	2,53±0,40	2,72±0,42	2,27±0,33*	2,44±0,45***	2,37±0,42*	2,56±0,37*
N343, [14], F2 - N161	2,11±0,74**	1,98±0,63	2,08±0,70*	2,15±0,72*	2,68±0,54**	2,22±0,66**

Примечания: указаны $M(x) \pm SD$ при Cohen's $d \geq 0,2^*$; Cohen's $d 0,5-0,79^{**}$; Cohen's $d \geq 0,8^{***}$; $M(x) \geq 2,5$.

Обсуждение

При том, что ряд исследователей склонен трактовать выявляемые различия самостигматизации культуральными факторами структуры общества (например, коллективистической или индивидуалистической направленностью) [10], анализ показателей общего балла опросника ISMI в нашем исследовании продемонстрировал наличие и/или отсутствие достоверных различий между данными российской выборки и стран с очень разными укладами и традициями, что в большей степени согласуется с мнением исследователей, ставящих под сомнение взаимосвязь между общественным укладом и выраженностью стигмы и утверждающих, что игнорирование индивидуальных особенностей отдельных членов сообщества может приводить к ошибочным выводам о значимости культурных особенностей [27, 33].

Учитывая необходимость формирования программ, направленных на преодоление внутренней стигмы, представляется, что наибольшую актуальность имеет анализ структуры самостигматизации. В обследованной нами когорте больных средний балл по четырем субшкалам, кроме субшкалы

«Отчужденность», не достигал высоких показателей – $M(x) \geq 2,5$, что определило в целом невысокий общий балл ISMI российской выборки (2,28±0,42). При этом 50% больных имели высокие показатели субшкалы «Отчужденность», что отражает субъективное ощущение собственной неполноценности по сравнению с другими членами общества и приводит к значительным изменениям личностной идентичности пациентов, а у 25% больных помимо интенсивной отчужденности выявлялся высокий показатель субшкалы «Социальной изоляции» и низкий субшкалы «Сопrotивление стигме», что приводило к тому, что значение опросника ISMI не превышало критические 2,5 балла.

Проведенный корреляционный и дисперсионный анализ подтвердили ранее опубликованные данные о связи внутренней стигмы с социально-трудовым статусом [10, 11], количеством госпитализаций [3] и возрастом пациентов [26].

Анализ структуры самостигматизации больных из разных стран (табл. 4), так же демонстрирует значимость профиля компонентов самостигматизации. Так, для большинства исследований характерно

не превышающее референсное значение среднего суммарного балла ISMI, при наличии высоких показателей по отдельным субшкалам, определяющим различную структуру внутренней стигмы.

Сравнительный анализ показателей ISMI в разных странах позволяет предположить, что сходство или различия самостигматизации чаще обуславливались не столько культуральными, а социально-демографическими и клиническими характеристиками обследованных больных: их возрастом, количеством госпитализаций, длительностью заболевания, а также характером занятости. Это особенно хорошо заметно при рассмотрении результатов исследований, проведённых в Китае и Тайване: материалы китайского исследования С.С.Сhang и соавт. [14] и тайваньские данные Y.J.Lien соавт. [21] отражали низкую готовность больных бороться со стигмой, а остальные субшкалы демонстрировали низкие значения, что выразилось в низком суммарном балле ISMI. В то же время, в работе M.Ran и соавт. [26] структура внутренней стигмы из аграрных районов Китая, была иной: готовность сопротивляться стигме не была низкой, но были выявлены высокие значения субшкал «Отчуждённость» и «Одобрения стереотипов», определившие высокое значение суммарного балла ISMI. Помимо исследований С.С.Сhang и соавт. [14] и Y.J.Lien и соавт. [21], критически низкая склонность больных сопротивляться стигматизации, не приводящая к интенсификации внутренней стигмы была также выявлена в Японии [30] и у больных аффективной патологией в странах Европы [10]. В то же время, пациенты с шизофренией из похожего европейского исследования не обнаруживали критичного снижения сопротивления стигме и не отличались от больных в России по этому параметру [11]. Поэтому закономерности распространения у больных склонности сопротивляться стигме сложно объяснить лишь культуральными различиями.

Следует отметить, что в большинстве зарубежных исследований показатель субшкалы «Отчуждённость» не достигал критического значения в 2,5 балла. Единственной работой, в которой данные по этой субшкале не только превышали пороговые, но и были значимо выше полученного в российской выборке значения, опубликованы S.E.H.Oliveira и соавт. [25], что вполне объяснимо с учётом данных нашего дисперсионного анализа. Средний возраст обследованных в Португалии больных был существенно выше, чем в русскоязычной выборке (46,76±11,27).

Ещё одним фактором, определяющим особенности внутренней стигмы российских пациентов, может

являться специфика обследованной выборки: в отличие от большинства проанализированных работ [6, 17, 19, 21, 25, 31, 35] наше исследование включало только госпитальных больных. Пациенты в стационаре могут быть более уязвимы для самостигматизации, поскольку каждая последующая госпитализация связана с нарастанием у них стремления к самоизоляции и субъективного опыта дискриминации. В частности, более негативные, чем в нашем исследовании данные по самоизоляции пациентов, одновременно превышающие пороговые 2,5 балла, были получены H.Ghanean и соавт. [17] и S.E.H.Oliveira и соавт. [25]. Высокие показатели иранского исследования в первом случае также объяснимы наличием наряду с амбулаторными, госпитальных пациентов, и большим количеством неработающих больных в выборке (79%). Для португальского исследования интенсивное стремление пациентов к самоизоляции трудно трактовать однозначно, поскольку сведения об исследованной выборке здесь недостаточны. Тем не менее, с учётом значений суммарного балла шкалы ISMI, превышающих критический показатель, можно сделать предположение и о культуральной обусловленности повышенной самоизоляции пациентов в Португалии.

Выводы

Принятие пациентами с психическими расстройствами различных компонентов самостигматизации является универсальным типом морбидной реакции в условиях разных стран и культурных контекстов. Однако, тенденция трактовки выявляемых различий по странам исключительно через культуральные особенности является, по всей видимости, необоснованной на текущем этапе развития психиатрии и медицинской психологии.

Удельный вес клинических, социально-демографических и культуральных различий в формировании у пациентов адаптационно-психологических реакций в отношении психиатрического диагноза ещё только предстоит выяснить. Одним из вопросов, требующим подобного прицельного исследования, является вероятное наличие в российском обществе преобладающего тренда к большему отчуждению больных от социальных отношений, чем это свойственно обществам других стран. При этом важно учитывать, что отсутствие единых подходов в методологии проводимых исследований даже в условиях использования единого психодиагностического инструментария способно вносить критические искажения в результаты научных исследований, посвящённых феномену психиатрической стигмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б., Филлипова Н.В., Деева М.А., Антонова А.А., Гусева М.А. Проблемы стигматизации в суицидологии // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 2. С. 103–107.
2. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э., Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю. Экологически ориентированный подход к реабилитации психически больных при оказании помощи полипрофессиональной бригадой. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 2. С. 5–9.
3. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма – её проявления и последствия // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2017. №3. С. 41–45.
4. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Петрова Ю.И., Вид В.Д. Структура психиатрической стигмы в наши дни. // Психическое здоровье. 2016. № 8. С. 44–50.
5. Barney L.J., Griffiths K.M., Christensen H., Jorm A.F. Exploring the nature of stigmatizing beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma // BMC Public Health. 2009. N.9. P. 61.
6. Bengochea-Seco R., Arrieta-Rodriguez M., Fernandez-Modamio M., Santacolomno-Cabero I. et al. Adaptation into Spanish of the Internalized stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma // Rev. Psiquiatr. Salud Ment. (Barc). 2018. Vol.11 N 4. P. 244–254.
7. Biernat M., Dovidio J. Stigma and stereotypes // Soc. Psychol. Stigma / T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (Eds.). N.Y.: Guilford, 2000. P. 88–125.
8. Biglan A., Hayes S.C., Pistorello J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science // Prevent. Sci. 2008. N 9. P. 139–152.
9. Bracke P., Delaruelle K., Verhaeghe M. Dominant Cultural and Personal Stigma Beliefs and the Utilization of Mental Health Services: A Cross-National Comparison // Frontiers Sociol. 2019. Vol.4 P. 12.
10. Brohan E., Elgie R., Sartorius N., Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study // Schizophr. Res. 2010. N 122. P. 232–238.
11. Brohan E., Gauci D. et al. Self stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study // J. Affect. Dis. 2011. Vol. 129. P. 56–63.
12. Boyd Ritsher J., Otilingam P.G., Peters T. Internalized Stigma of mental illness: psychometric properties of new measure // Psych. Res. 2003. N 121. P. 31–49.
13. Boyd J.E., Adler E.P., Otilingam P.G., Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review // Comprehensive Psychiatry. 2014. Vol. 55. P. 221–231.
14. Chang C.-C., Wu T.-H., Chen C.-Y., Wang J.-D. et al. Psychometric evaluation of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for Patients with Mental Illnesses: Measurement Invariance across Time // Plos. One. 2014. Vol.9. N 6. P. 8.
15. Corrigan P.W. How stigma interferes with mental care // Am. Psychol. 2004. Vol. 59. N 7. P. 614–624.
16. Corrigan P.W., Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change // Can. J. Psychiatry. 2012. Vol. 57. N 8. P. 464–469.
17. Ghanean H., Nojomi M., Jacobson I. Internalized stigma of mental illness in Teheran, Iran // Stigma Research Action. 2011. Vol.1. N 1. P.11–17.
18. Hatzenbuehler M.L., Phelan J.C., Link B.C. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities // Am. J. Publik Health. 2013. Vol. 103. P. 813–821.
19. Jacobsson L., Ghanean H., Törnkvist B. The Internalized Stigma of Mental Illness in Sweden and Iran – a comparative study // O. J. Psych. 2013. N 3. P. 125–256.
20. Kira I.A., Ramaswamy V., Lewandowski L. Psychometric assessment of the Arabic version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) measure in a refugee population // Transcultural Psychiatry. 2015. Vol. 52. N 5. P. 638–58.
21. Lien Y.-J., Kao Y.-C., Liu Y.-P., Chang H.-A. et al. Internalized Stigma and Stigma
22. Resistance Among Patients with Mental Illness in Han Chinese Population // Psychiatr. Q. 2015. Vol. 86. P. 181–197.
23. Livingston J.D., Rossiter K.R., Verdun-Jones S.N. “Forensic” labeling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness // Psych. Res. 2011. Vol. 188. P. 115–122.
24. Lysaker P.H., Davis L.W., Warman A.S., Beattie N. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Association across 6 month // Psych. Res. 2007. Vol. 149. P. 83–95.
25. Mojtabai R. Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. Soc. Psychiatry // Epidemiol. 2010. Vol. 45. P. 705–712.
26. Oliveira S.E.H., Esteves F., Pereira E.G., Carvalho M., Boyd J. The Internalized Stigma of Mental Illness: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of Portuguese Version of the ISMI scale // Comm. Ment. Health J. 2015. Vol 51. N 2. P. 125–256.
27. Ran M.-S., Zhang M., Wong I.Y.-L., Yang X. et al. Internalized stigma in people with severe mental illness in rural China // Int. J. Soc. Psych. 2018. Vol. 64. N 1. P. 9–16.
28. Robinson W.S. Ecological correlations and the behavior of individuals // Am. Soc. Rev. 1950. Vol. 15 P. 351–357.
29. Rossler W. The stigma of mental disorders. A millenium-long history of social exclusion and prejudices // EMBO Rep. 2019. Vol. 17. N 9. P. 1250–1253.
30. Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A., Corrigan P.W. et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis // Ac. Psych. Scan. 2012; doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.0812.x
31. Shomerus G., Evan-Lacko S., Rusch N. et al. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries // Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2015. Vol. 24. P. 166–171.
32. Tanabe Y., Hayashi K., Ideno Y. The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: validation of Japanese version // BMS Psychiatry. 2016. Vol.16. N. 116. P. 8.
33. Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N., Leese M. INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey // Lancet. 2009. N 373. P. 408–415.
34. Tzouvara V. Self-stigma, loneliness and culture among older adults with mental illness residing in nursing homes. Bedfordshire (GB): University of Bedfordshire, 2015. 334 p.
35. Vidojevic I.M., Dragojevic N., Toskovic O., Popovic M. Internalized Stigma among People with Mental Illness in Serbia and the Psychometric Properties of the ISMI Scale // Acad. J. Interdisciplinary Studies MCSER Publishing, Rome-Italy. 2014. Vol. 3. N 3. P. 153–162.
36. Vidović D., Brečić P., Vilibić M., Jukić V. Insight and self-stigma in patients with schizophrenia // Act. Clin. Croat. 2016. N 55. P. 23–28.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СТИГМА: КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ИЛИ КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич, М.Ю. Сорокин, К.Е. Новикова, С.С. Абрамчик, В.Д. Вид

Целью данного исследования стали изучение и анализ структуры внутренней стигмы больных с эндогенными психическими расстройствами, а также сравнение показателей с зарубежными данными. Материалы и методы: участниками исследования (N=114) являлись пациенты отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами (92 – с диагнозом в рамках рубрики F2, 22 – с диагнозом в рамках рубрики F3 согласно МКБ10). Пациенты были обследованы с использованием шкалы Интернализированной стигмы психического заболевания (ISMI). Результаты: рассчитаны значения общего уровня внутренней стигмы (2,28) и её составляющих, проведено сравнение полученных результатов с аналогичными

данными зарубежных исследований. Обсуждение и выводы: для оценки выраженности самостигматизации наибольшее значение имеет профиль переживаний внутренней стигмы, а не средний общий балл по ISMI. Формирование самостигматизации является универсальным типом морбидной реакции пациентов разных стран. Объяснение выявляемых различий по странам исключительно через культуральные особенности является недостаточно обоснованным. Соотношение клинических, социо-демографических и культуральных различий при формировании внутренней стигмы у пациентов с психиатрическим диагнозом нуждается в дальнейшем изучении.

Ключевые слова: самостигматизация в психиатрии, психозы.

N.B. Lutova, O.V. Makarevich, M. Yu. Sorokin, K.E. Novikova, S.S. Abramchic, V.D. Vid

The objective of this research was the internalized stigma studying at hospitalized patients with psychoses and comparison of the received results with data of foreign researches. Materials and methods: participants (N=114) of research were patients of Integrative pharmaco-psychotherapy department for

patients with mental disorder (92 (80,7%) patients with diagnosis within heading F2 and 22 (19,3%) persons with the diagnosis within F3 according to ICD-10). The survey was conducted by using the "Internal Stigma of mental illness" (ISMI). Results: the values of the overall level of internal stigma (2,28) and its constituent parameters were calculated, the results were compared with similar data of foreign studies. Discussion and conclusions: to assess the severity of self-stigmatization, the profile of the experiences that make up the internal stigma is more important than the average overall score on the ISMI. The formation of self-stigmatization is a universal type of morbid reaction for different countries. The explanation of the detected

differences in countries solely through cultural features is not sufficiently justified. The correlation of the influence of clinical, sociodemographic and cultural differences in the formation of internal stigma in patients with psychiatric diagnosis needs to be clarified.

Key words: self-stigmatization in psychiatry, psychoses.

Лутова Наталия Борисовна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстрой-

ствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; e-mail: lutova@mail.ru

Макаревич Ольга Владимировна – младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; e-mail: lysska@mail.ru

Сорокин Михаил Юрьевич – младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; e-mail: m.sorokin@list.ru

Новикова Ксения Евгеньевна – клинический психолог отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; e-mail: novikova.kseniya@bk.ru

Абрамчик Светлана Сергеевна – ординатор 1 года Военно-Медицинской академии им. С.М.Кирова; e-mail: abram4ik.sveta@yandex.ru.

Вид Виктор Давыдович – доктор медицинских наук профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; e-mail: victor.wied@mail.ru