

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАМН

**САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ
ПРИ ОСНОВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

методические рекомендации

Москва — 2009

УДК 616.89

ББК 56.14

С 17

Методические рекомендации подготовлены в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2011 гг.». Государственный контракт от 02.06.2008 года № 06/366.

Утверждены директором Научного центра психического здоровья РАМН

Организация-разработчик: Научный центр психического здоровья РАМН

Авторы: доктор медицинских наук, профессор Ястребов В.С., кандидат медицинских наук Гонжал О.А., кандидат медицинских наук Тюменкова Г.В., кандидат медицинских наук Михайлова И.И.

Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации / Ястребов В.С., Гонжал О.А., Тюменкова Г.В., Михайлова И.И.; Науч. центр психического здоровья РАМН. — М., Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. — 18 с.

ISBN 978-5-9977-0007-6

В методических рекомендациях изложен материал для информирования населения на темы психического здоровья с учетом факторов и особенностей распространенных стигматизирующих установок в отношении людей с психическими расстройствами. Рекомендации могут служить основой для разработки информационного воздействия с целью повышения эффективности лекарственного лечения и медико-социальной реабилитации больных.

Для психиатров, психологов, организаторов здравоохранения.

ISBN 978-5-9977-0007-6

Методические рекомендации изданы при поддержке фармацевтической компании ЭЛИ ЛИЛЛИ ВОСТОК С.А.

© Коллектив авторов, 2009

© НЦПЗ РАМН, 2009

ВВЕДЕНИЕ

Интеграция пациентов психиатрических служб в общество актуализировала проблему стигмы психически больных. Её преодоление признано международным психиатрическим сообществом одним из приоритетных направлений охраны психического здоровья в настоящее время.

Наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни душевнобольных остаются проблемы, связанные со стигмой в психиатрии, создавая серьезные препятствия для реализации пациентов в социальной сфере: ограничение в выборе специальности, получении образования, возможности профессионального роста, межличностных взаимоотношениях. Одной из таких проблем является самостигматизация психически больных.

В связи с отсутствием в литературе единого и чёткого определения за самостигматизацию пациента психиатрических служб может быть принята вся совокупность его реакций на заболевание и статус психически больного. Ключевое место в структуре феномена самостигматизации занимает переживание больным собственной несостоятельности по сравнению с окружающими и связанного с этим чувством вины. Указанные чувства больной может переживать сам; кроме того, они могут быть приписаны ему окружающим или служить основой для формирования неадаптивных поведенческих стратегий. Проявлениями самостигматизации становятся дистанцирование от общества, чувство вины, стыда.

Известно, что при хроническом психическом расстройстве контакт больного с психиатрическими службами, осознание им необходимости лечения психотропными препаратами нарушают его преморбидное представление о собственной личности, снижают самооценку. Компенсация достигается за счет предупреждения ситуаций, в которых может проявиться несостоятельность индивида (реакций избегания и отказа), а также создания утрированно негативного образа душевнобольного как выгодного стандарта для сравнения. Данные механизмы препятствуют, с одной стороны,

возвращению в сообщество «здоровых» из-за ощущения их собственной уязвимости и страха проявить несостоятельность, с другой – дистанцируют от психиатрических служб и сообществ пациентов, оставляя человека в социальной изоляции без поддержки и надлежащего лечения. Особенно отчетливо эти процессы можно наблюдать у пациентов с хроническими психическими расстройствами. Необходимость постоянного контакта с психиатрическими службами, повторные госпитализации, инвалидизация в молодом возрасте являются фрустрирующими ситуациями, делают факт психического расстройства у больного очевидным для окружающих. Это ведет к его психологическому дискомфорту, снижению самооценки, обуславливая оппозицию к работникам психиатрических служб, избегание контактов с этими службами, нарушение режима лечения. Таким образом, самостигматизация становится одной из причин низкой комплайентности лиц с хроническими психическими заболеваниями.

Совокупность реакций личности на стигму, как правило, наслаивается на признаки болезненного процесса, что может находить отражение в клинической картине заболевания, затрудняя квалификацию состояния и нарушая социальную адаптацию больного. Сходство и взаимное влияние симптомов болезни и проявлений самостигматизации определяет необходимость дифференцировки этих состояний в клинике для адекватного прогнозирования течения заболевания и разработки лечебных и социально-реабилитационных мероприятий.

Влияние стигмы психического заболевания на терапевтический процесс представляется чрезвычайно важным. Контакт с психиатрическими службами и прием психотропных препаратов вызывают не только переживания, связанные с повторной идентификацией себя как психически больного, но и обозначают принадлежность к категории душевнобольных для окружающих. Эти эмоции вызывают негативное отношение к лечебному процессу, что обуславливает чрезвычайную актуальность проблемы комп-

лайнса в лечебно-восстановительной работе с больными, затрудняет раннюю диагностику и профилактику обострений.

Таким образом, предвзятость и ограничения со стороны общества и субъективное переживание стигматизируемого индивида ограничивают социальное функционирование лиц с психическими расстройствами, требуют разработки эффективных программ по повышению толерантности общества к психически больным и интеграции их в социум.

Целью настоящих методических рекомендаций является разработка модели самостигматизации при основных психических заболеваниях, с помощью которой было бы возможным: 1) определять основные клинические характеристики больных с феноменом самостигматизации, в том числе, прогноз этих состояний; 2) уточнять причины снижения социализации больных и нарушения его комплайенса с психиатрическими службами; 3) определять мишени дестигматизационных и реабилитационных мероприятий при этих состояниях.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Описание моделей самостигматизации. Обобщая литературные данные и результаты настоящего исследования, самостигматизацию можно определить, как суммарную реакцию пациента на болезнь и роль психически больного в обществе, центральным переживанием которой является предполагаемая нравственная, морально-этическая несостоятельность больного.

Исследования показали, что самостигматизация представляет собой сочетание двух компонентов: фрустрирующего и компенсаторного. Фрустрирующий компонент составляют представления больного о собственной несостоятельности, а компенсаторный — механизмы искажения информации, стабилизирующие самооценку больного. Указанные компенсаторные механизмы, искажая восприятие больным своего состояния и ситуации, влекут за собой снижение адаптации и ухудшение психического состояния, под-

тверждение которой он получает при столкновении с окружающим миром. Получаемый таким образом негативный опыт усиливает переживание больным собственной несостоятельности, личностной и социальной уязвимости, что усиливает интенсивность компенсаторного компонента самостигматизации. Описанная психологическая динамика отражена на рис. 1 в виде «порочного круга».

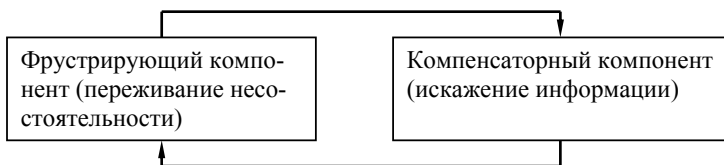


Рис. 1. Психологическая модель самостигматизации

Материалом для формирования самостигматизации являются, наряду с собственными переживаниями больного, стереотипные представления и информация о психически больных, получаемая из профессиональных источников. В отличие от современных взглядов, данная модель показывает, что провоцирующим фактором для самостигматизации представляется не присвоенный извне ярлык психически больного, а его реакция на проявления болезни, то есть нозогения. Она включает в себя как проявления болезни, так и элементы адаптационной реакции больного.

На рис. 2 представлена расширенная структурно – динамическая модель самостигматизации с отражением описанного выше «порочного круга», характеризующего ее динамику. Как видно из приведенного рисунка, самостигматизация, являясь своеобразной адаптационной стратегией, функционирует по принципу «порочного круга», что обуславливает ее резистентность к описанным в отечественной и зарубежной литературе социальным мерам дестигматизации.

Очевидно, что основное звено, определяющее мотивацию к самостигматизации – уязвимость – является многоплановым. На-

ряду с переживаниями, обусловленными болезнью и структурой личности, оно может содержать аспекты, лежащие далеко за пределами сферы психического здоровья, будучи, например, связано с возрастом, социальным статусом или особенностями жизненного опыта больного.

В разных нозологических группах каждая форма самостигматизации отражает особый набор и тип взаимодействия клинических, личностных и иных факторов. Указанная закономерность определила необходимость разработки трех типологий самостигматизации.



Рис. 2. Структурно-динамическая модель самостигматизации

Клинико-психологическая типология самостигматизации больных шизофренией, аффективными и невротическими расстройствами. Указанная типология включает 9 типов самостигматизации, которые условно объединены в 3 группы:

А. Диссоциированная группа. Самостигматизация этой группы свойственна больным с отчетливо фазным течением заболевания и качественными ремиссиями. Она характеризуется чередованием у больного, в зависимости от фазы заболевания, двух тенденций:

1. Объяснение болезненными изменениями своих неудач, вызванных иными причинами, что влечет за собой отказ больного от прежних стандартов, снижение требований к себе.
2. Больной перестает отождествлять себя с сообществом здоровых и трактует отношение к себе окружающих, как предвзятое, определяющееся наличием у него психиатрического диагноза.

В группу вошли два типа самостигматизации:

1. **Оправдание ролю больного** свойственно больным со следующим сочетанием клинических признаков заболевания:
 - Шизофрения.
 - Приступообразное течение.
 - Признаки аутизации и эмоционального снижения.
 - Бредовая, депрессивная или тревожно-ипохондрическая симптоматика в фазе обострения болезни.

Самостигматизация в этих случаях проявляется в том, что во время обострения заболевания больной оправдывает свою несостоятельность проявлениями болезни. В ремиссии больной фиксирован на проявлениях собственной несостоятельности, связанной с нарастающей дефицитарностью. Для стабилизации самооценки он формирует представление о сообществе психически больных с приемлемыми для него стандартами. В то же время больной считает, что окружающие относятся к нему предвзято, как к “типичному” психически больному.

2. **Оправдание болезнью** характерно для лиц с сочетанием следующих клинико-психологических характеристик:

- Приступообразное течение заболевания.
- Выраженный депрессивный аффект в фазе обострения.
- Стертые астенические или анергические проявления в ремиссии.
- Низкая самооценка.
- Социабельный склад личности.

Указанный тип самостигматизации, в отличие от предыдущего, характеризуется тем, что представление о себе, как о больном, наблюдается в ремиссии. Больной оправдывает проявления болезни свою нерешительность и избегающий стиль поведения. В обострении, наряду с оправданием болезнью, отмечается тенденция к объяснению своей предполагаемой несостоятельности предвзятым отношением окружающих.

Самостигматизация диссоциированной группы представляет собой личностную стратегию интеграции самосознания в условиях фазовой смены состояний. Смыслообразующим для такой интеграции является представление больного о болезни.

Б. Деидентификация от окружающих характеризуется преобладанием тенденции трактовать отношение к себе окружающих, как предвзятое, по факту психиатрического диагноза. Она свойственна больным с выраженными клиническими проявлениями болезни и характеризуется фиксацией больного на своей предполагаемой инакости и положении изгоя в обществе, которые больной связывает с заболеванием. Эта группа состоит из 4-х типов самостигматизации:

1. **Проективное дистанцирование от окружающих** отмечается у больных со следующим сочетанием клинико-психологических характеристик:

- Выраженность симптомов заболевания.
- Персекуторные идеи.
- Чувство вины.
- Сниженная самооценка.

Самостигматизация проявляется в трактовке собственных негативных чувств к окружающим как предвзятого отношения окружающих к ним самим из-за психического заболевания.

2. Принятие образа психически больного характерно для больных с сочетанием следующих клинических характеристик:

- Шизофрения.
- Непрерывный тип течения болезни.
- Выраженность симптомов заболевания.
- Моральная ипохондрия.

Больной чувствует вину перед окружающими за свою измененность болезнью. При этом он трактует отношение окружающих к себе, как и психически больным в целом, как обвиняющее.

3. Готовность к деидентификации от окружающих свойственна лицам со следующими социо-демографическими и клинико-психологическими характеристиками:

- Инволюционный возраст.
- Непрерывное течение заболевания.
- Притупление аффекта в связи с дефицитарными изменениями или депрессия.
- Выраженная нормативность.

Самостигматизация отражает процесс смены образа “Я – здоровый” на образ “Я – больной”, который сопровождается формированием у больного нового, более приемлемого для него представления о социальных нормах.

4. Нозоцентрическое дистанцирование от окружающих отмечается у лиц с такими клинико-психологическими характеристиками, как:

- Выраженность симптомов заболевания.
- Гипертимный темперамент.
- Высокая самооценка.

В период обострения болезни у них выявляется ипохондрическая фиксация. Больные считают, что они изменены болезнью и вызывают этим негативное отношение к себе со стороны окру-

жающих, по отношению к которым они занимают обвиняющую позицию.

Самостигматизация при деидентификации от окружающих является преимущественно элементом клинического статуса больного и в минимальной степени выполняет адаптивную функцию.

В. Нозоцентрическая самоидентификация характеризуется сочетанием двух тенденций:

1. Объяснение болезненными изменениями своих неудач, вызванных иными причинами, что влечет за собой отказ больного от прежних стандартов, снижение требований к себе.

2. Больной склонен частично игнорировать проявления своей болезни. Вместе с тем, он формирует утрированные представления о несостоятельности психически больных в целом. Подчеркивание собственных отличий от типичного, по его мнению, психически больного позволяет ему отождествлять себя с психически здоровыми, несмотря на то, что он формально признает наличие у себя психического заболевания. В поведении описанная тенденция проявляется, как стигматизация других обладателей психиатрического диагноза.

Нозоцентрическая самоидентификация свойственна больным со следующими клиничко-психологическими характеристиками:

- Сохранность психической деятельности.
- Демонстративный тип личности.
- Преобладание в клиническом статусе тревоги и депрессии.

Самостигматизация данной группы представляет собой самоидентификацию больного с сообществом психически больных или здоровых и состоит из 3-х групп.

1. **Самоидентификация с психически больными** характерна для больных со следующими клиническими характеристиками:

- Преобладание чувств подавленности и вины.
- Отсутствие качественных ремиссий.

Больной считает, что болезнь меняет его личностные качества. Он формирует мнение о себе, как представителе маргинальной категории психически больных.

2. **Самоидентификация с психически здоровыми** свойственна больным со следующими клиническими характеристиками:

- Невротический регистр расстройств.
- Преобладание астении или незначительной тревоги.

Больные поддерживают иллюзию собственного психического благополучия, подчеркивая различие между собой и «типичными» психически больными.

3. **Принятие роли психически больного** соответствует следующему сочетанию клинико-психологических характеристик:

- Шизотипическое или рекуррентное депрессивное расстройство.
- Депрессивное состояние.
- Демонстративное расстройство личности.

Больные склонны связывать с психическим заболеванием лишь те проблемы, в решении которых они рассчитывают получить от психиатрических служб реальную клиническую, психологическую или социальную помощь.

Самостигматизация данной группы является адаптивной личностной реакцией больных на проявления заболевания. Будучи социальными лицами, представители данной группы чувствуют себя комфортнее, отождествляясь с определенным сообществом.

Поскольку результаты исследования выявили особенно тесную, патогенетическую связь самостигматизации и проявлений заболевания при шизофрении, для данной нозологической группы была разработана дополнительная, клиническая типология самостигматизации.

Клиническая типология самостигматизации при шизофрении.

1. **Дефект-ассоциированная самостигматизация** предполагает переживания, созвучные с дефицитарной симптоматикой. На

инициальных этапах развития шизофренического процесса формирование данного типа самостигматизации определяет тенденцию к созданию пациентом утрированно негативного образа психически больного, сравнение с которым повышает его самооценку. Пациент избегает ситуаций, в которых может проявиться его несостоятельность, что связано с формированием защитных стратегий по типу «реакций отказа».

При значительной длительности заболевания и выраженных процессуальных расстройствах реактивные механизмы теряют свою актуальность. На данном этапе самостигматизация приобретает для пациентов роль компенсаторного механизма, формируя ощущение нормативности собственной личности, как «психически больного», стабилизируя новую Я-концепцию. Поведение с формированием пассивной позиции обусловлено как принятием роли душевнобольного, так и собственно дефицитарными расстройствами.

О завершении формирования дефект-ассоциированной самостигматизации свидетельствует слияние реактивных механизмов и клинических проявлений заболевания.

Данный вариант самостигматизации может быть диагностирован у лиц со следующими клинико-психологическими и ситуативными характеристиками:

- Период ремиссии или послабления симптоматики в случае непрерывного течения заболевания.
- Апато-абулические проявления дефекта.
- Шизоидная личность.
- Ограничивающие установки со стороны родственников и психиатров.

Самостигматизация приводит к принятию роли душевнобольного и имеет собственную динамику развития. На начальном этапе она зависит от социальных и организационных аспектов. По мере появления психотического опыта и повторных контактов с психиатрическими службами эти причинно-следственные связи теряют свою актуальность, утрачивается так же связь с личност-

ными особенностями больного, появляются клинические эквиваленты структурных единиц самостигматизации. Поведенческая стратегия закрепляется и воспроизводится в дальнейшем, усиливая дефицитарные проявления.

2. Личностно обусловленная самостигматизация связана со следующими клинико-психологическими характеристиками:

- Сохранность личности и психической деятельности.
- Демонстративный склад личности.

Самостигматизация проявляется истеро-ипохондрическими реакциями в качестве приспособительного поведения с рентными установками, попытками переложить ответственность за снижение своего социального статуса на окружающих и обвиняющей позицией по отношению к ним.

3. Психотическая самостигматизация заключается в самоидентификации пациентов с душевнобольными в социальной сфере, на основании чего они снижают требования к себе, несостоятельность в различных жизненных сферах объясняют ограничениями со стороны социума. Самооценка больных стабилизируется за счет формирования обвиняющей позиции к окружающим. Указанная форма самостигматизации характерна для больных со следующими клинико-психологическими характеристиками:

- Параноидный компонент в структуре приступа.
- Параноидный тип резидуального состояния.
- Параноидный тип личности.

Разработанная типология позволяет на основании оценки клинико-anamnestических данных выбрать адекватный подход к психотерапевтической и социореабилитационной работе с широким кругом пациентов.

Исследование больных эпилепсией показало, что закономерности течения эндогенно-органического процесса с формированием характерных изменений личности обуславливают слияние самостигматизации с реакцией личности больного на факт заболевания и связанные с болезнью социальные ограничения. Роль клинических характеристик заболевания, патогенетическая для само-

стигматизации при иных, описанных выше заболеваниях, в данном случае представляется лишь патопластической.

Клинико-психологическая типология самостигматизации больных эпилепсией.

1. Тревожно-фобический тип самостигматизации проявляется повышенным вниманием к проблемам своего здоровья, тревожным ожиданием приступа, фиксацией на соматических ощущениях и на проблемах, связанных с болезнью. Считая себя уязвимыми, пациенты видят необходимость социальных ограничений для больных эпилепсией. Имеющиеся у них разнообразные страхи зачастую приводят к неоправданному снижению социальной активности и самоограничениям, не связанным с тяжестью реальной клинической картины. Данный тип самостигматизации развивается при наличии следующих клинико-психологических характеристик:

- Тревога, фобии.
- Повышенная тревожность, как черта личности.

2. Истероформный тип самостигматизации проявляется фиксацией больного на соматическом состоянии, склонностью к аггравации как клинических, так и социальных проблем, связанных с наличием заболевания. Данный тип самостигматизации определяет тенденцию к развитию у больного иждивенческой позиции, нередко выражающейся в госпитализме. Склонность к данному типу самостигматизации определяют соматоформные расстройства клинической картине заболевания.

3. Мистико-архаический тип самостигматизации проявляется в тенденции больных приписывать проявления болезни особым способностям, видеть в них проявления гениальности, «божественного начала». В связи с этим пациенты чаще всего прибегают к нетрадиционным методам лечения своего заболевания у знахарей, экстрасенсов и т. п., следствием чего является позднее начало квалифицированного лечения. Больные обращаются к психиатрам лишь при явных признаках нарушения профессиональной и социальной адаптации. К описанному типу самостигматизации склон-

ны больные с такой психологической характеристикой, как преобладание ригидных черт личности.

4. Анозогностический тип самостигматизации выражается в склонности больных игнорировать наличие проблем, связанных с болезнью, и социальных ограничений для больных. Они легкомысленно относятся к проблемам своего здоровья и лечению, что приводит к неблагоприятному течению заболевания и, как следствие, к социальным и бытовым проблемам. К описанному типу самостигматизации предрасполагают следующие клинико-психологические характеристики:

- Снижение критики к болезни.
- Стеничный склад личности.

Очевидно, что каждый из типов самостигматизации в той или иной мере искажает восприятие больным реальной ситуации, препятствует адекватной оценке им собственных ресурсов и обусловленных болезнью опасностей. Больной теряет возможность правильно планировать свое профессиональное и бытовое поведение, выстраивать социальные контакты. Результатом описанного процесса является нарушение социальной адаптации больного, внешние проявления которой способствуют его стигматизации окружающими.

Применение предлагаемой модели самостигматизации возможно в любом психиатрическом учреждении путем сопоставления клинико-психологических и социально-демографических характеристик больных с таковыми в приведенных выше типологических группах. Данные анамнеза жизни и болезни, а также структурированное интервью с больным, ориентированное на содержание предположительно соответствующего переживаниям его типа самостигматизации, позволяют подтвердить правильность проведенной диагностики.

Учитывая качественный характер предлагаемого воздействия, не представляется возможным статистическое выражение его эф-

фективности. Точность диагностики самостигматизации по предлагаемой методике повышают следующие факторы:

- Адекватность клинической диагностики больного.
- Адекватность определения личностной структуры больного.
- Степень соответствия клинико-психологических характеристик больного описанным в представленных типологиях самостигматизации.
- Адекватность оценки иных, значимых для конкретного больного, но не вошедших в приведенные перечни характеристик, применительно к описанным стратегиям самостигматизации.

Предлагаемый метод диагностики самостигматизации позволит значительно расширить возможности квалификации состояния больного, оптимизировать выбор лекарственных, психотерапевтических и социореабилитационных вмешательств для пациентов различных нозологических групп без специального психологического обследования. В частности, предлагаемый метод выявляет целесообразность применения к конкретному больному тех или иных мероприятий, а также позволяет определить их иерархию. Полученные в ходе применения метода результаты позволят более обоснованно подходить к достижению комплайнса, что, в конечном итоге, позволит повысить эффективность лечения и качество жизни пациентов с хроническими психическими расстройствами.

Подписано в печать 07.10.09 г. Формат 60х90/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 1,25.
Тираж 300 экз. Заказ № 757.

Отпечатано в ОАО «Орехово-Зуевская типография».
г. Орехово-Зуево Московской обл., ул. Держинского, д. 1.
E-mail: tipografiya-oz@rambler.ru