

УДК 616.895.87

САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ КАК ЛИЧНОСТНО-СРЕДОВОЙ ФЕНОМЕН

А.С. Ким, Е.С. Черепкин, В.В. Полетаев

Рассматривается феномен регоспитализаций как один из основных поведенческих эквивалентов, свидетельствующий о процессе самостигматизации. Отмечено, что это закрепленный феномен, который воспроизводится, усиливая симптомы апато-абулического синдрома.

Ключевые слова: шизофрения; самостигматизация; феномен регоспитализаций; апато-абулический синдром; фрустрирующий компонент; компенсаторный компонент.

SELF-STIGMATIZATION AS A PERSONAL AND ENVIRONMENTAL PHENOMENON

A.S. Kim, E.S. Cherapkin, V.V. Poletaev

Phenomenon of rehospitalization is viewed as one of the basic behavioral equivalents indicative of the self-stigmatization process. It is noted to be a fixed phenomenon which repeats aggravating symptoms of apathoabulic syndrome.

Key words: schizophrenia; self-stigmatization; rehospitalization phenomenon; apathoabulic syndrome; frustrative component; compensatory component.

В литературе по-прежнему отсутствует единое и четкое понимание феномена самостигматизации [1].

Ключевое место в структуре феномена самостигматизации занимает переживание больным собственной несостоятельности по сравнению с окружающими и связанное с этим чувство вины. Указанные чувства больной может переживать сам. Кроме того, они могут быть приписаны ему окружающими или служить основой для формирования дезадаптивных поведенческих стратегий. Проявлениями самостигматизации становятся дистанцирование от общества, чувство вины, стыда [2–4]. Актуальность изучения клинико-психологических механизмов, лежащих в основе этого процесса, и рассмотрение самостигматизации как элемента клинического синдрома, остается неизменно высокой.

Цель исследования – изучить клинико-психологические механизмы феномена самостигматизации у пациентов с параноидной шизофренией.

Задачи:

1. Идентифицировать преобладающие клинико-психопатологические синдромы, определяющие течение шизофрении.

2. Выделить роль аффективного компонента как системообразующего фактора в формировании феномена самостигматизации.

3. Определить роль механизмов компенсации в формировании стиля “выученной беспомощности”.

4. Идентифицировать феномен самостигматизации как элемент клинического синдрома.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили 80 пациентов. Все респонденты были репрезентативны по полу и возрасту.

Критерии включения: возраст от 25 до 65 лет, наличие диагноза “Параноидная шизофрения”, согласно критериям МКБ-10, длительность заболевания 10 и более лет с наличием этапа сверхчастых госпитализаций (ЭСГ).

Учитывая образовательный уровень, со средним образованием было 42 пациента (53 %), с высшим – 14 пациентов (17 %), со средним специальным – 24 (30 %).

Большая часть пациентов 48 (60 %) за последние 10 лет имеют от 11 и более госпитализаций, а 32 (40%) – от 5 до 10 (у каждого пациента обнаружен ЭСГ).

Критерии исключения: клинически значимые фоновые соматические и неврологические расстройства, наличие органических поражений головного мозга, прием наркотических или других психоактивных веществ в анамнезе.

Методами исследования являлись клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы изучения: ретроспективный анализ частоты госпитализаций по данным эпикризов пациентов, полуформализованное интервью, шкала оценки позитивных и негативных синдромов

Таблица 1 – Преобладающий синдром (согласно данным шкалы PANSS)

Синдром	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
Галлюцинаторно-бредовый	20	25
Апато-абулический	45	56
Тревожно-депрессивный	15	19
Итого	80	100

Таблица 2 – Выраженность уровня безнадежности (по опроснику Бека)

Безнадежность	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
Не выявлена	-	-
Легкая	2	3
Умеренная	43	54
Тяжелая	35	43
Итого	80	100

Таблица 3 – Связь уровня безнадежности, общей напряженности защит и частоты госпитализаций в зависимости от преобладающего синдрома

Синдром	ЧГ*	УБ**	ОНЗ***	Корреляция	
				УБ	ОНЗ
Галлюцинаторно-бредовый	12,34 ± 0,7	12,87 ± 0,5	59,54 ± 1,98	0,35 (p < 0,05)	-0,24 (p > 0,05)
Апато-абулический	15,31 ± 0,8	14,91 ± 0,4	55,32 ± 1,99	0,68 (p < 0,01)	0,10 (p > 0,05)
Тревожно-депрессивный	11,1 ± 1,12	13,78 ± 0,9	56,42 ± 1,77	0,70 (p < 0,05)	-0,25 (p < 0,05)

Примечание: *ЧГ – частота госпитализаций; **УБ – уровень безнадежности; ***ОНЗ – общая напряженность защит.

(PANSS), опросник безнадежности Бека, опросник жизненных стилей Плутчика – Келлермана – Конте, шкала Цунга для самооценки депрессии, шкала оценки уровня тревожности Спилбергера – Ханина.

Результаты и обсуждение. У большинства пациентов – 45 (56 %) – преобладает апато-абулический синдром с преобладающими галлюцинаторно-бредовым и тревожно-депрессивным синдромами – 20 (25 %) и 15 (19 %) пациентов соответственно (таблица 1).

Безнадежность выражена в умеренной степени у 43 (54 %), в тяжелой – у 35 (43 %) пациентов и в легкой – у 2 (3 %) (таблица 2).

При исследовании аффективной сферы по шкале Цунга отмечается депрессия на субклиническом уровне у 40 (50 %) больных. У 30 (38 %) пациентов депрессия отсутствовала и лишь 10 (12 %) имеют умеренно выраженную степень депрессии.

По шкале Спилбергера – Ханина у большинства пациентов 48 (60 %) отмечался средний уровень тревоги и у 32 (40 %) – высокий уровень тревоги.

Выраженность частоты госпитализаций имеет достоверную связь с показателем уровня безнадежности вне зависимости от преобладающего синдрома 0,58 (p < 0,01). Общая напряженность защит в случаях преобладания галлюцинаторно-бредового и апато-абулического синдрома имеет косвенное влияние (таблица 3).

Результаты проведенных исследований показывают, что у пациентов, страдающих параноид-

ной шизофренией, наблюдается феномен регоспитализаций, выраженный в различной степени: 60 % имеют явную выраженность, у 40 % пациентов этот феномен менее выражен, но также присутствуют этапы сверхчастых госпитализаций (ЭСГ). Клинико-психологические механизмы и структура данного феномена были подробно рассмотрены в работе [5].

Как ранее [5], так и сейчас было доказано, что в структуре апато-абулического синдрома преобладающим аффективным компонентом является депрессивный (таблица 4).

Таблица 4 – Феномен регоспитализаций в структуре апато-абулического синдрома

Аффект	Среднее значение	Корреляция
Тревожный	47,46 ± 1,45	0,46 (p > 0,05)
Депрессивный	54,82 ± 0,8	0,70 (p < 0,01)



Рисунок 1 – Психологическая модель самостигматизации



Рисунок 2 – Структура фрустрирующего и компенсаторного компонентов самостигматизации в структуре апато-абулического синдрома

Исходя из гипотезы о том, что самостигматизация представляет собой сочетание двух компонентов: фрустрирующего и компенсаторного (рисунок 1) [1], мы можем предположить составляющие каждого в рамках апато-абулического синдрома (рисунок 2).

В ходе исследования были идентифицированы 3 основные группы пациентов в зависимости от преобладающего синдрома: апато-абулического (56 %), галлюцинаторно-бредового (25 %), тревожно-депрессивного (19 %) (см. таблицу 1). Преобладающей является группа пациентов с апато-абулическим синдромом – 45 (56 %). Обнаружена достоверная связь между выраженностью апато-абулического синдрома в структуре параноидной шизофрении и частотой госпитализаций 0,60 ($p < 0,01$).

Основой формирования фрустрирующего компонента при апато-абулическом синдроме являются переживания, созвучные с его симптоматикой, иными словами – это личностная реакция на клинический синдром. Данная личностная реакция отражается в аффективной сфере пациента в виде депрессивного аффекта (см. таблицу 4) и нарастающего уровня безнадежности.

Была также выделена опосредованная роль механизмов компенсации в формировании стиля “выученной беспомощности” при апато-абулическом синдроме, с возрастанием негативной симптоматики нарастает и общая напряженность защит 0,88 ($p < 0,01$), что возможно свидетельствует о стабилизации новой Я-концепции, нормативности собственной личности как “психически больного”. Преобладающая негативная симптоматика, возможно, предрасполагает к развитию феномена регоспитализаций 0,53 ($p < 0,01$), что обусловлено принятием роли душевно больного и формированием пассивной позиции.

Феномен регоспитализаций, возможно, является одним из основных поведенческих эквивалентов, свидетельствующих о процессе самостигматизации, он закреплен и воспроизводится усиливая проявления апато-абулического синдрома.

Таким образом, рассматривая самостигматизацию как своеобразную адаптационную стратегию, функционирующую по принципу “порочного круга” (см. рисунки 1, 2), необходимо пересмотреть подходы к мерам дестигматизации.

Литература

1. Ястребов В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов, И.И. Михайлова // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2005. Т. 105. № 11. 50–54 с.
2. Ястребов В.С. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации / В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова и др.; науч. центр психического здоровья РАМН. М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. 18 с.
3. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: описание и типология / И.И. Михайлова // Науч.-практ. журнал “Психиатрия”. 2004. № 2 (08). 23–30 с.
4. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Финзен; пер. И. Я. Сапожниковой. М., 2001. 215 с.
5. Петрова Н.Н. Реабилитация и дестигматизация в психиатрии / Н.Н. Петрова // Материалы науч.-практ. конф. с международным участием. 4–5 июня 2013 г. Санкт-Петербург; отв. ред. Н.Н. Петрова. СПб.: Элмор. 55 с.