



УДК 616.895.87-008.441.44

СТИГМАТИЗАЦИЯ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Б.С. ПОЛОЖИЙ¹
В.В. РУЖЕНКОВА²

¹⁾ *Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии МЗ РФ*

²⁾ *Белгородский государственный национальный исследовательский университет*

e-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru

Клинико-психопатологическим и психометрическим методами обследован 61 пациент (19 лиц мужского и 42 женского пола) в возрасте от 20 до 77 ($43,5 \pm 1,65$) лет, имеющие в анамнезе суицидальное поведение с диагнозом Шизофрения и Шизоаффективный психоз. Излагаются клинико-социальные детерминанты субъективного восприятия стигматизации и самостигматизации в различных социальных сферах в сравнительно-гендерном аспекте.

Ключевые слова: шизофрения, шизоаффективное расстройство, суицидальное поведение, стигматизация, дестигматизация, социальная поддержка.

Стигматизация лиц с психическими расстройствами, как выделение индивидуума из общества по каким-либо субъективно негативным признакам в мире возникла одна из первых, когда психическое расстройство рассматривалось как наказание за грехи [6, 7, 11]. В настоящее время стигматизация при психических расстройствах препятствуют оптимальной социальной адаптации и снижают качество жизни лиц с психическими расстройствами [19]. Пациенты, больные шизофренией часто подвергаются стигматизации со стороны родственников, супругов, друзей и коллег, чем больные диабетом. Они предвидят стигматизирующее отношение и предпочитают скрывать свою болезнь [21]. Наряду с пациентами, стигматизации подвергаются и родственники больных психозами [20, 21]. Немаловажное значение в этом аспекте играет и самостигматизация, так лица с психическими расстройствами, аналогично представителям населения [2, 9] высказывают негативное мнение относительно психически больных [1]. Пациенты с психическими расстройствами чувствуют себя наиболее стигматизированными в сфере работы и профессиональной занятости [16].

Считается [15], что специалисты, участвующие в оказании психиатрической помощи могут иметь негативные убеждения и отрицательно относиться к людям с психическими расстройствами, что может иметь последствия как для лечения отдельного пациента, так и для системы оказания психиатрической помощи в целом.

Негативную реакцию социума вызывает как сам факт наличия психического заболевания, так и приема антипсихотических препаратов (потому что они антипсихотические) – и в совокупности эти два фактора усугубляют стигму [18]. Кроме того, стигма психического больного препятствует пациентам в получении общесоматической медицинской помощи, в которой они нуждаются [13, 17].

В связи с этим целью исследования было изучение сравнительных характеристик стигматизации и самостигматизации лиц с наиболее распространенными психическими расстройствами психотического уровня с суицидальным поведением в анамнезе для разработки рекомендаций по дестигматизации и повышению уровня социально-психологической адаптации.

Материал и методы исследования. В выборку вошел 61 пациент, имеющий в анамнезе суицидальное поведение, с диагнозом «Шизофрения» и «Шизоаффективный психоз» (19 лиц мужского и 42 женского пола) в возрасте от 20 до 77 ($43,5 \pm 1,65$) лет. Во всех случаях форма шизофрении была параноидной: 27 (73,0%) человек – бредовый вариант и 10 (27,0%) – галлюцинаторный. Большая часть – 37 (60,7%) обследованных имела диагноз «Шизофрения параноидная»: 27 (73,0%) человек – бредовый вариант и 10 (27,0%) – галлюцинаторный. Оставшиеся 24 (39,3%) пациентов страдали шизоаффективным психозом депрессивного типа.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, суицидологический, психометрический: шкала позитивных и негативных синдромов PANSS, шкала общего клинического впечатления CGI, «Шкала нарушения осознания психического расстройства (SUMD)», перевод и адаптация В.П.Иржевской [4], шкала «Интернализации стигмы психического расстройства» [14] и наша модификация для суицидального поведения, Тест «Негативные социальные последствия психического расстройства» [12] и наша модификация данного теста для изучения социальных последствий суицидальной попытки.

Статистическая обработка базы данных проводилась при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6. Нормальность распределения признака определялась при



помощи критерия Колмогорова-Смирнова. При описательной статистике определялись среднее (M) и средняя ошибка средней арифметической (m), медиана (Me) и интерквартильный размах ($Q_{25}-Q_{75}$). При сравнении двух независимых групп по качественным признакам применялся критерий Манна-Уитни. При сравнении двух зависимых групп применялся критерий Вилкоксона. Сравнение частот бинарного признака проводилось при помощи критерия χ^2 для таблиц сопряженности 2×2 . Статистически значимым считался результат при $p < 0,05$.

Диагноз шизофрении устанавливался на основе отечественных концептуальных подходов [5, 8, 10] и сопоставлялся с рубриками МКБ-10. Суицидологический анализ проводился на основе систематики, разработанной А.Г.Амбрумовой и В.А.Тихоненко [3].

Результаты исследования и обсуждение. Треть – 18 (29,5%) пациентов имели высшее и неоконченное высшее образование, 30 (49,1%) – среднее специальное и 13 (21,4%) – среднее. Таким образом, в большинстве случаев – 78,6% у исследуемых больных уровень образования был выше среднего.

Более половины – 38 (62,4%) пациентов на период исследования были инвалидами 2 группы по психическому заболеванию, 9 (14,8%) – были безработными и только 14 (23,0%) работали. Приведенные цифры свидетельствуют о выраженной социально-трудовой дезадаптации больных шизофренией и шизоаффективным психозом с суицидальным поведением.

Изучение семейного положения показало, что только 17 (27,8%) пациентов были в браке: 11 (18%) – в законном и 6 (9,8%) – в гражданском. У значительного числа – 24 (39,4%) были семейные конфликты, приведшие к разводу, почти четверть – 14 (23,0%) никогда не были женаты и 6 (9,8%) пациентов имели статус вдов.

Изучение анамнеза больных показало, что у пятой части – 15 (24,6%) близкие родственники лечились у врача-психиатра с психическими расстройствами: у 8 (13,1%) – мать или отец, в 4 (6,6%) случаях – бабушки или дедушки пациентов, у 2 (3,3%) – родные сестра или брат и у 1 (1,6%) несколько родственников.

Семейный алкоголизм выявлен у 26 (42,6%) родственников пациентов: почти в трети – 18 (29,4%) случаев алкоголем злоупотребляли мать или отец, в 4 (6,6%) – дедушки или бабушки и в 2 (3,3%) – братья или сестры, а у 2 (3,3%) опрошенных алкоголем злоупотребляли несколько близких родственников одновременно.

У значительного числа – 12 (19,6%) пациентов у ближайших родственников были попытки самоубийства: у матери или отца – 6 (9,8%) случаев, у сестры или брата – 5 (8,2%) случаев, у дедушки или бабушки – в 1 (1,6%) случаев. Причем в 5 (41,7%) случаев попытки самоубийства заканчивались летальным исходом.

Возраст начала заболевания составил от 14 до 37 ($26,7 \pm 2,2$) лет у лиц мужского пола и от 15 до 41 ($28,2 \pm 1,89$) лет у лиц женского пола. Длительность заболевания до момента настоящего обследования составила от 1 до 35 ($15,6 \pm 1,5$) лет. Возраст обращения к врачу-психиатру составил от 15 до 42 ($29,3 \pm 2,5$) лет для обследованных мужского пола и от 15 до 37 ($32,1 \pm 2,0$) лет для обследованных женского пола, в среднем спустя $3,4 \pm 0,8$ года после начала заболевания. К адептам оккультизма (ведунам, бабкам, экстрасенсам) обращались 25 (41,0%) пациентов, из них 16 (26,2%) – до обращения к врачу-психиатру.

У большинства пациентов – 39 (63,9%) в анамнезе было более 1 суицидальной попытки: две – у 19 (31,1%) обследованных, трижды пытались свести счеты с жизнью 8 (13,1%) пациентов, четырежды – 5 (8,2%) пациентов, пять и более раз – 7 (11,5%) пациентов. Одна попытка самоубийства была в анамнезе у 22 (36,1%) пациентов. Всего пациентами было совершено 144 суицидальных попытки. У большинства 47 (77,0%) пациентов суицидальные попытки были истинными, у 12 (19,7%) – демонстративно-шантажными и у 2 (3,3%) наблюдались и истинные и демонстративно-шантажные.

У 31 (50,9%) пациента мотивом совершения суицидальной попытки были реальные конфликты, и у 30 (49,1%) – попытка самоубийства была обусловлена психопатологической симптоматикой, в 7 случаях сочетающейся с реальными конфликтами в личной, семейной и административно-правовой сферах. Реальные конфликты локализовались в 16 (26,2%) случаях в семейной сфере, в 10 (16,4%) – в личной и в 3 (4,9%) случаев в интимной.

Наиболее часто – в 28 (45,9%) случаях суицидальные попытки совершались на фоне депрессивного и тревожно-депрессивных состояний. Реже – по 18% при галлюцинаторно-параноидном и психопатоподобном синдромах, а также параноидном и депрессивно-параноидном (18,1%).

Реализация суицидальной попытки в 49 (34%) случаях совершалась посредством самоотравления медикаментами, на втором месте – 38 (26,4%) случаев – самопорезы предплечий. Реже попытки самоубийства совершались путем самоповешения, падения с высоты и самоотравления средствами бытовой химии. В остальных 18 (12,5%) случаях попытки самоубийства реализовывались посредством самосожжения, самострелов, утопления, отравления газом.



Тяжесть соматических осложнений мы классифицировали эмпирически: к тяжелым отнесли состояния, требующие реанимационных мероприятий, к средним – госпитализации и лечения в общесоматическом отделении, к легким – оказания помощи на дому. В соответствии с таким подходом, половина – 30 (49,1%) обследованных имели тяжелые соматические последствия суицидальных попыток, последствия средней тяжести наблюдались у пятой части – 13 (21,3%) пациентов, меньшему количеству обследованных – 8 (13,1%) медицинская помощь оказывалась на дому, а 10 (16,4%) после попытки покончить с собой в медицинской помощи не нуждались.

По категории цели почти у трети – 18 (29,5%) пациентов целью суицидальной попытки был «отказ» от жизни и существования, почти такое же количество – 17 (27,8%) пациентов хотели таким способом «избежать» трудностей, страданий. Более чем в пятой части случаев – 14 (23,0%) попытка покончить с собой была способом «протеста» против обстоятельств, сложившихся в жизни, а 8 (13,1%) пациентов «наказывали» себя за болезнь, или за «бесполезность». Оставшиеся 4 (6,6%) обследованных попыткой самоубийства пытались просить о помощи – «призыв».

Постсуицидальный период квалифицировался у 26 (42,6%) обследованных как «критический»: пациенты сожалели о суицидальной попытке, понимали, что проблему можно было решить другим способом. Почти у трети – 17 (27,8%) постсуицидальный период квалифицировался как «аналитический» – оценивались мотивы, толкнувшие их на такой шаг. Пятая часть – 11 (18,0%) старались извлечь выгоду из попытки покончить с жизнью – «манипулятивный» тип постсуицида и у 7 (11,5%) – «суицидально-фиксированный», они так и не расстались с мыслью о нежелании жить.

Ведущим синдромом на момент осмотра у трети – 21 (34,4%) пациентов был астенический, у четверти – 15 (24,6%) параноидный, у 10 (16,4%) психопатоподобный. Реже встречались тревожно-депрессивный, депрессивный, галлюцинаторно-параноидный и ипохондрический синдромы. Астенический синдром наблюдался в состоянии ремиссии у пациентов с шизоаффективным психозом.

У четвертой части пациентов – 16 (26,2%) был коморбидный алкоголизм и 8 (13,1%) – употребляли алкоголь на уровне бытового пьянства.

Наркотические вещества принимала пятая часть – 13 (21,3%) пациентов и у 6 (9,8%) из них наблюдались токсикоманические эксцессы.

Пятая часть – 13 (21,3%) пациентов были госпитализированы в психиатрический стационар впервые. От двух до пяти госпитализаций на момент исследования было у 17 (27,9%) пациентов, от шести до десяти госпитализаций – у 18 (29,5%) обследованных. Более десяти раз в психиатрическом стационаре лечилась пятая часть – 13 (21,3%) обследованных. При этом, у 9 (14,8%) пациентов в анамнезе были госпитализации в недобровольном порядке (по ст.29, п. «а» Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Результаты психометрического обследования пациентов по шкале PANSS показали, что по степени выраженности позитивных симптомов лица мужского и женского пола не отличались между собой. Среди позитивных психопатологических расстройств, максимально был выражен симптом расстройства мышления (3,0 балла), что соответствует слабой выраженности расстройства. Менее был выражен симптом бреда – 2,4 балла, что соответствует границе между очень слабой или слабой выраженностью симптома. Такие симптомы как «враждебность», «возбуждение», «подозрительность» оценивались в пределах 1,7-2,3 балла, что соответствует очень слабой выраженности симптомов; «идеи величия» и «галлюцинации» у обследованных оценивались в 1,4 балла – что соответствовало отсутствию данных симптомов.

По степени выраженности негативных симптомов лица мужского и женского пола также не отличались между собой. Наиболее выраженным являлся симптом притупленного аффекта – 3,8 балла, что соответствует умеренной выраженности симптома (снижение диапазона экспрессивности лица и жестикуляции, «скучающий», невыразительный внешний вид). Степень выраженности эмоциональной отгороженности составляла 3,3 балла, что соответствует слабой выраженности симптома – больные малоинициативны, но иногда проявляли интерес к окружающим событиям. «Нарушения абстрактного мышления», «трудности в общении», «пассивно-апатическая социальная отгороженность» были выражены слабо.

Что касается общих психопатологических симптомов, то наиболее выраженным был симптом расстройства воли – 3,2 балла, что соответствует слабой выраженности (нерешительности больного в речи и мыслях, которая практически не отражалась на общении и поведении). Загруженность психическими переживаниями оценивалась в 3,0 балла – слабая выраженность симптома, больные были чрезмерно озабочены своими нуждами и проблемами, постоянно пытались перевести разговор на волнующие их темы. Также слабо выраженными были симптомы «активная социальная устранимость», «снижение внимания» и «напряженность» – оценивались соответственно в 2,9 балла, 2,8 балла и 2,6 балла. Симптом депрессии оценивался в 2,2 балла, что ближе к очень слабой степени выраженности симптома – субъективные ощущение



ния грусти и подавленности выявлялись только при прицельном расспросе, внешний вид и поведения больных не менялись. Депрессия была сильнее выражена ($p=0,006$) у лиц женского – 2,5 балла, чем у мужского пола – 2,1 балла.

Изучение критичности пациентов к имеющемуся заболеванию, его социальным последствиям и необходимости лечения по Шкале осознания психического расстройства (SUMD) показало следующее. Общую идею психического расстройства обследованные осознавали не полностью – 2,8 балла. Критичность пациентов к необходимости лечения оценивалась в 2,8 балла, что соответствует неполному осознанию. Критичность к эффекту медикаментов у пациентов оценивалась в 2,6 балла, что соответствует неполному осознанию, пациенты скорее понимали эффект приема препаратов. Социальные последствия психического расстройства обследованные осознавали частично: 2,9 балла. Что же касается критики к симптомам психического расстройства, то она оценивалась в 3,5 балла – симптомы своего заболевания пациенты скорее не осознавали либо осознавали не полностью.

Таким образом, учитывая незначительную выраженность позитивных, негативных и общепсихопатологических симптомов психических расстройств на период обследования, закономерно полагать, что психическое состояние пациентов позволяло адекватно оценивать отношение к ним микросоциальной среды. Однако, учитывая сниженные критические способности, пациенты не в полной мере испытывали стигматизирующее отношение окружающих.

Изучение самих обследованных к лицам, пытавшимся покончить жизнь самоубийством, показало, что почти половина – 28 (45,9%) из них считают, что человек, который пытался покончить с собой, страдает психическим заболеванием. В 24 (39,3%) случаях обследованные уходили от ответа и заявляли, что такой человек «сталкивается с очень тяжелыми жизненными обстоятельствами, которые не может вынести», «является слабовольным, обладает слабым характером» либо «его доводят до попытки самоубийства окружающие и, чаще, родственники». Реже – в 9 (14,8%) случаев, пациенты считали людей, у которых была попытка самоубийства, психически здоровыми.

Несмотря на то, что подавляющее большинство – 58 (95%) пациентов считают, что человек, пытавшийся покончить с собой, может работать качественно, более половины от 59% до 63,9% не позволили бы ему работать в судебно-следственных органах (следователем, прокурором и судьей). Аналогичное отношение и к работе в сфере здравоохранения – работу хирурга и реаниматолога не разрешили бы 67,2%, столько же и работу педагога средней школы. Более 40% обследованных запретили бы суицидентам работу преподавателя ВУЗа, а также работу врача-терапевта, пожарного. Несколько лояльнее пациенты относятся к работе суицидента бухгалтером, продавцом и рабочим.

Что касается субъективного восприятия пациентами отношения со стороны специалистов, оказывающих психиатрическую помощь, в связи с наличием суицидального поведения, то только 5 (8,2%) пациентов отмечали недоброжелательное отношение со стороны врачей-психиатров в связи с суицидальной попыткой, заключающееся в пренебрежительном отношении, осуждении. При этом несколько больше – 9 (14,8%) пациентов отмечали недоброжелательное отношение к себе со стороны среднего и – 10 (16,4%) случаев младшего медицинского персонала.

Почти половина – 28 (45,9%) пациентов отмечали ухудшение отношения к себе после совершения суицидальной попытки со стороны знакомых, приятелей, а 25 (40,9%) испытывали негативное отношение со стороны родственников и членов семьи.

Изучение результатов «Теста субъективного восприятия социальных последствий попытки самоубийства» и «Теста субъективного восприятия социальных последствий психического расстройства» представлены в диаграмме 1.





Как видно из диаграммы 1, в области работы и трудоустройства процент стигматизирующих утверждений в связи с попыткой самоубийства, на которые пациенты ответили утвердительно, составил 10,8%, а в связи с психическим расстройством – 27,8% ($p=0,00004$). Это свидетельствует о том, что в производственной сфере негативные социальные последствия суицидальной попытки мене значимы, чем негативные социальные последствия психического расстройства.

Уровень дискриминации (отрицательные комментарии, проявление неприязни, изменение отношения) из-за попытки самоубийства со стороны родственников и семьи оценивался пациентами в 36,6%, а из-за психического расстройства – в 43,6% (различия статистически не значимы).

Испытываемое стигматизирующее отношение из-за попытки самоубийства со стороны друзей и знакомых пациенты оценивали в 46,9%. При этом лица женского пола – в 52,2%, а мужского – в 34,7% ($p=0,031$). Уровень дискриминации из-за наличия психического расстройства со стороны друзей и знакомых пациенты оценивали в 44,5%, при этом у лиц женского пола было 52,1% положительных ответов на стигматизирующие утверждения, а у мужского – 27,8% ($p=0,0035$). Сказанное свидетельствует о том, что стигматизирующее значение суицидальной попытки и психического расстройства одинаковы, при этом лица женского пола более тяжело переживали стигматизацию, чем пациенты мужского пола.

Свои собственные негативные переживания, связанные с дискриминацией из-за попытки самоубийства, пациенты оценивали в 46%, а из-за психического расстройства – в 41,4%.

Трудности с устройством на работу для пациентов чаще ($\chi^2=4,202$ $p=0,04$) были связаны с психическим расстройством – 17 (27,9%) случаев, нежели с попыткой самоубийства – 7 (11,5%) случаев. То же касается отрицательных комментариев работодателя – всего 2 (3,3%) случая, связанных с попыткой самоубийства и 15 (24,6%) случаев, связанных с психическим расстройством ($\chi^2=9,842$ $p=0,002$). Значительное число – 19 (31,1%) пациентов предчувствовали отстранение от работы по причине попытки самоубийства, и из-за психического расстройства – 29 (47,5%). Тем не менее, никто из обследованных не был уволен с работы из-за своей суицидальной попытки, в то время как психическое расстройство послужило причиной и поводом для увольнения 18 (29,5%) пациентов.

Более половины обследованных выслушивали отрицательные комментарии от своих родственников: 34 (55,7%) – связанные с суицидальной попыткой и 41 (67,2%) – с психическим расстройством. Ощущение неприязни, неприятия со стороны членов семьи в связи с попыткой самоубийства испытывали 18 (29,5%) обследованных, а 27 (44,2%) – в связи с болезнью, чаще лица женского пола – 23 (54,8%) случая, чем мужского – 4 (21,1%) случая ($\chi^2=4,737$ $p=0,03$). Члены семей подавляющего большинства пациентов – 45 (73,8%) случаев, скрывали от окружающих наличие у родственника попытки самоубийства, в то время как наличие психического расстройства скрывалось достоверно реже – 33 (54,1%) случая ($\chi^2=4,301$ $p=0,038$). Необходимо отметить, что наличие психического расстройства у родственника чаще ($\chi^2=4,395$ $p=0,036$) скрывали члены семей больных женского пола – 27 (64,3%) случаев, чем мужского – 6 (31,6%) случаев. Значительное число пациентов опасались, что их супруг может разорвать отношения с ними из-за их попытки самоубийства – 10 (6,6%) случаев или психического расстройства – 14 (23,0%) случаев. Поводом для разрыва отношений по инициативе партнера или супруга чаще ($\chi^2=9,732$ $p=0,002$) становилось психическое расстройство – 18 (29,5%) случаев, чем попытка покончить с собой – 4 (6,6%) случаев.

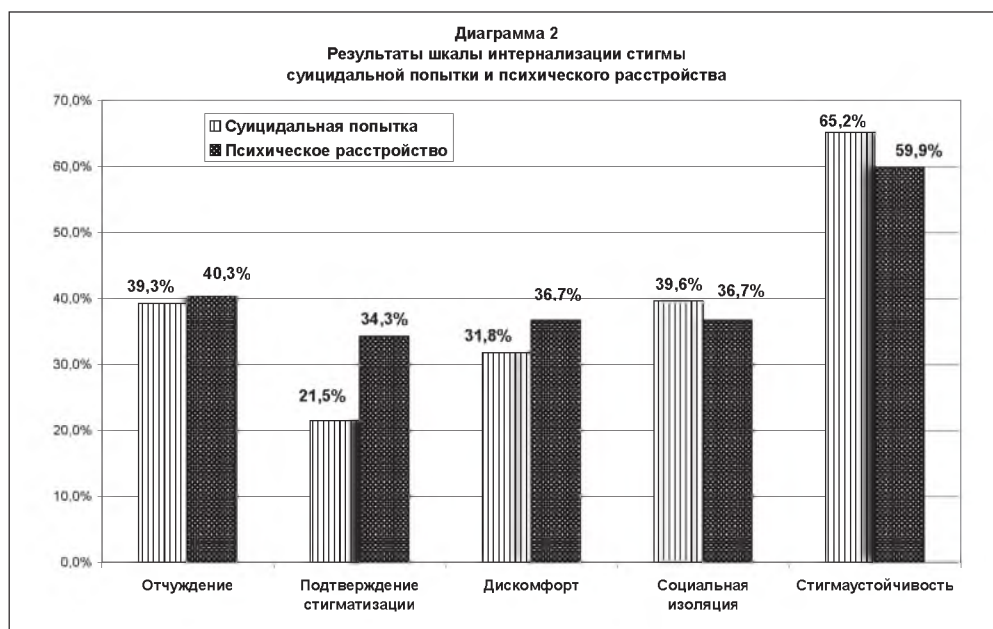
Большинство – 44 (72,1%) обследованных скрывали свою попытку самоубийства и психическое расстройство – 43 (70,5%) от коллег по работе. Несколько меньшее количество обследованных скрывали свою попытку самоубийства – 35 (57,4%) и психическое расстройство – 28 (45,9%) от близких друзей, лица женского пола чаще ($\chi^2=5,485$ $p=0,019$) – 24 (57,1%) случая, чем мужского – 4 (21,1%). У трети – 21 (34,4%) обследованных было опасение, что друзья могут перестать общаться с ними после известия о попытке самоубийства или – 23 (37,7%) случая, о психическом расстройстве. В последнем случае таких опасений было больше ($\chi^2=4,369$ $p=0,037$) лиц женского пола – 20 (47,6%) случаев, чем мужского – 3 (15,8%) случая. Друзья 28 (45,9%) пациентов обсуждали их попытку самоубийства и психическое расстройство – в 24 (39,3%) случаях друг с другом. При этом, факт обсуждения их психического расстройства друзьями чаще ($\chi^2=5,062$ $p=0,024$) замечали лица женского пола – 21 (50%) случаев, чем мужского – 3 (15,8%) случая. В то же время, друзья в 17 (27,9%) случаях перестали с ними общаться после известия о суицидальной попытке и в 26 (42,6%) – о психическом расстройстве.

Более половины – 35 (57,4%) обследованных чувствовали снижение своего социального положения и социального статуса после начала психического расстройства, треть – 21 (34,4%) после попытки самоубийства ($\chi^2=5,578$ $p=0,018$). Наоборот, чувство вины обследованные чаще ($\chi^2=6,784$ $p=0,009$) испытывали из-за попытки самоубийства – 45 (73,8%) случаев, чем из-за



психического расстройства – 30 (49,2%) случаев. Необходимо отметить, что 18 (29,5%) человек стали избегать контактов с окружающими из-за дискриминации и несправедливости, связанных с попыткой самоубийства, а 22 (36,1%) – из-за дискриминации, связанной с психическим расстройством. У четверти – 15 (25,6%) обследованных из-за дискриминации и несправедливости, связанных с психическим расстройством возникали мысли о нежелании жить.

Изучение результатов «Шкалы интернализации стигмы самоубийства» и «Шкалы интернализации стигмы психического расстройства» представлены в диаграмме 2.



Как видно из диаграммы 2, уровень отчужденности обследованных, связанный с совершенной попыткой самоубийства и с психическим расстройством одинаковый – соответственно 39,3% и 40,3% стигматизирующих утверждений.

Уровень подтверждения стигматизации, связанной с попыткой самоубийства – 21,5%: для лиц женского – 26,5% и мужского – 10,5% пола ($p=0,0028$), оказался более низким, чем связанный с психическим расстройством – 34,3% ($p=0,00019$).

Уровень дискомфорта, испытываемого пациентами в связи с попыткой самоубийства, оценивался в 31,8%, а в связи с психическим расстройством – в 36,7% ($p=0,026$): для лиц женского пола – 42,6% и для лиц мужского пола – 23,7% ($p=0,04$).

Уровень социальной изоляции, связанной с попыткой самоубийства, оценивался в 39,6%: у лиц женского пола – 47,2%, и мужского – 22,8% ($p=0,0075$). Уровень социальной изоляции, вызванной психическим расстройством, оценивался в 36,7%: у лиц женского пола – 45,0% и мужского – 18,6% ($p=0,0079$).

Уровень устойчивости к стигматизации и дискриминации из-за попытки самоубийства – 65,2% выше, чем из-за наличия психического расстройства – 59,9% ($p=0,02575$). Более половины обследованных – 36 (59%) заявляли, что психическое расстройство испортило им жизнь, и треть – 18 (29,5%) – что жизнь им испортила попытка самоубийства ($\chi^2=9,602$ $p=0,002$). Также, большая часть – 37 (60,7%) обследованных стыдятся своей суицидальной попытки, а половина – 30 (49,2%) – своего психического расстройства.

Более трети – 23 (37,7%) обследованных считают, что психически больные не могут жить полноценной жизнью. Что касается суицидентов, то такую точку зрения разделяли 16 (26,2%) человек, чаще ($\chi^2=4,794$ $p=0,029$) лица женского пола – 15 (35,7%) случаев, чем мужского – 1 (5,3%).

Значительное число – 26 (42,6%) обследованных считали, что окружающие думают, что они не смогут добиться многого в жизни из-за попытки самоубийства, а половина – 31 (50,8%) из-за психического расстройства, чаще ($\chi^2=5,282$ $p=0,022$) лица женского пола – 26 (61,9%) случаев, чем мужского – 5 (26,3%) человек. Почти половина – 30 (49,2%) обследованных считают, что из-за наличия психического расстройства окружающие к ним относятся несправедливо, реже ($\chi^2=4,898$ $p=0,027$) – что несправедливость связана с попыткой самоубийства – 19 (31,1%) случаев.

Более трети – 22 (36,1%) обследованных заявляют, что отрицательные стереотипы о психических расстройствах изолируют их от окружающих, такого же мнения в отношении сте-



реотипов о самоубийцах придерживаются 12 (19,8%) пациентов ($\chi^2=4,002$ $p=0,045$). Треть – 22 (36,1%) обследованных из-за психического расстройства или попытки самоубийства – 21 (34,4%) ощущали свою неуместность в компании. Почти столько же старались не сближаться с людьми, боясь отторжения из-за попытки самоубийства или психического расстройства – 20 (32,8%) и 22 (36,1%) соответственно. Более трети – 23 (37,7%) из-за попытки самоубийства или психического расстройства – 18 (29,5%) избегали контактов, чтобы не смущать близких людей.

Таким образом, в результате исследования установлено, что почти половина обследованных считают суицидента психически больным и обнаруживают высокий уровень самостигматизации. Так, несмотря на то, что почти все они считают, что суицидент может работать так же качественно, как и другие люди, более половины не позволили бы ему работать в судебно-следственных органах, врачами хирургического профиля, реже (40%), преподавателями ВУЗа, врачом-терапевтом и пожарным.

Недоброжелательное отношение со стороны специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи испытывали со стороны врачей – 8% пациентов, несколько больше – 14,8% и 16,4% со стороны медицинских сестер и младшего медицинского персонала. Почти половина (46%) пациентов отмечали негативное, стигматизирующее отношение к себе после совершения суицидальной попытки со стороны знакомых и приятелей, а 41% – со стороны родственников и членов семьи.

Стигматизация в семейной сфере обследованных более часто (67%) встречается по признаку психического расстройства, чем суицидального поведения (56%) и проявляется отрицательными комментариями, ощущением неприязни, риском разрыва отношений. При этом значительная часть указанного контингента испытывала двойную стигматизацию – и по признаку психического расстройства и по признаку суицидального поведения. В производственной сфере, из-за страха дискриминации более 70% обследованных скрывали как факт психического расстройства, так и суицидальную попытку. В бытовой сфере более половины пациентов скрывали от близких друзей попытку самоубийства и 45% – факт заболевания психическим расстройством. При этом факт психического расстройства скрывали чаще (более половины) женщины, чем мужчины (21%). Опасения что друзья перестанут с ним общаться, узнав о психическом расстройстве более характерны для женщин (48%) чем мужчин (16%).

Более трети пациентов с психотическими формами психических расстройств испытывали социальную стигматизацию и несправедливое к себе отношение, из-за которой ощущали свою неуместность в компании, избегали сближения с людьми из-за боязни отторжения, а также чтобы не смущать близких людей. Более чувствительными к стигматизации во всех сферах оказались лица женского пола.

Устойчивость к стигматизации выше по признаку суицидального поведения, так как большинство пациентов считают суицидента психически больным, а суицид – одним из проявлений психического расстройства. Тем не менее, 74% пациентов испытывали чувство вины и 61% – стыда, связанное с попыткой самоубийства, чаще, чем в связи с психическим расстройством (49%) случаев.

С целью дестигматизации суицидентов необходима психообразовательная работа с членами семей пациентов, а также повышение уровня осведомленности в области суицидального поведения медицинских сестер и младшего медицинского персонала психиатрических больниц.

Литература

1. Гурович, И. Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с психозом [Текст] / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9. – № 3. – С. 5-8.
2. Гурович, И. Я. Проблема стигмы и дискриминации больных психозом и их родственников, возможные пути преодоления [Текст] / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13. – № 3. – С. 26-30.
3. Амбрумова, А. Г., Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, Тихоненко В. А. – М., 1980. – 48 с.
4. Иржевская, В. П. Нарушения осознания психической болезни при психозом: дис. ... к. псих. н. – М., 2009. – 212 с.
5. Психиатрия. Национальное руководство (Краткое издание) / Дмитриева Т. Б. [и др.]; отв. редактор Ю.А. Александровский. – М: ГЕОТАР – Медиа, 2012. – 624 с.
6. Рукавишников, В. О. Методические подходы к изучению общественного мнения о психиатрии [Текст] / В. О. Рукавишников, Т. П. Рукавишникова, А. Г. Бильжо // Социология в медицине. – 1990. – Вып. 2. – С. 23-26.
7. Рукавишников, В. О. Проблемы психического здоровья населения и психиатрической помощи в советской печати [Текст] / В. О. Рукавишников, Т. П. Рукавишникова, А. Г. Бильжо // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1990. – № 11. – С. 110-114.
8. Руководство по психиатрии. В 2-х томах. Т 1. / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.



9. Серебряйская, Л. Я. Социальные представления о психически больных в контексте проблемы стигматизации [Текст] / Л. Я. Серебряйская // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – № 3. – С. 47-54.
10. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / под ред. А. В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – 403 с.
11. Dain, N. Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry / N. Dain // Hosp. Community Psychiatry. – 1994. – Vol. 45. – № 10. – P. 1010-1014.
12. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong / S. Lee [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 186. – № 2. – P. 153-157.
13. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness / S. M. Lawrie [et al.] // Psychol. Med. – 1998. – Vol. 28. – № 6. – P. 1463-1467.
14. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure / J.B. Ritsher, P.G. Otilingam, M. Grajales // Psychiatry research. – 2003. – Vol. 121. – № 1. – P. 31-49.
15. Hansson, L. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? / L. Hansson [et al.] // Int. J. Soc. Psychiatry. – 2013. – Vol. 59. – № 1. – P. 48-54.
16. Novak, L. Antipsychotics side effects' influence on stigma of mental illness: focus group study results / L. Novak, V. Svab // Psychiatr. Danub. – 2009. – Vol. 21. – № 1. – P. 99-102.
17. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders [Text] / B. G. Druss [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – Vol. 58. – № 6. – P. 565-72.
18. Sajatovic, M. Is antipsychotic medication stigmatizing for people with mental illness? / M. Sajatovic, J. H. Jenkins // Int. Rev. Psychiatry. – 2007. – Vol. 19. – № 2. – P. 107-112.
19. Sartorius, N. One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental / N. Sartorius // The image of madness / Dep. of Psychiatry; eds.: J. Guimón, W. Fischer, N. Sartorius. – Basle, 1999. – P. 96-105.
20. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China / M. R. Phillips [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 181. – P. 488-493.
21. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong / S. Lee, M.Y. Chiu, A. Tsang // Soc. Sci. Med. – 2006. – Vol. 62. – № 7. – P. 1685-1696.

STIGMATIZING AND SELF-STIGMATIZING EXPERIENCE BY PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOAFFECTIVE DISORDER AND SUICIDAL BEHAVIOR

B.S. POLOZHII¹

V.V. RUZHENKOVA²

¹⁾ *The Federal Medical Research Center of Psychiatries and Narcology of Ministry of Health of the Russian Federation*

²⁾ *Belgorod State Research University*

e-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru

By the clinical-psychological and psychometric methods 61 patients (19 male and 42 female) at the age from 20 to 77 (43,5±1,65) years are inspected. All examined patients have suicidal behavior in anamnesis and receive treatment in psychiatric hospital with diagnosis «Schizophrenia» or «Schizoaffective disorder». The article describes the clinical and social determinants of stigmatizing and self-stigmatizing experience in different social spheres in comparative and gender aspects.

Key words: schizophrenia, schizoaffective disorder, suicidal behavior, stigma, destigmatization, social support.