

Самостигматизации у пациентов с эндогенными психическими расстройствами: кроссекционное сравнительное исследование

Self-stigma in patients with endogenous mental disorders: a cross-sectional comparative study

doi: 10.17816/CP15485

Оригинальное исследование

Tatiana Solokhina, Dmitry Oshevsky,
Aleksandra Barkhatova, Marianna Kuzminova,
Galina Tiumentkova, Leyla Alieva, Alisa Shteinberg,
Anna Churkina

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Татьяна Солохина, Дмитрий Ошевский,
Александра Бархатова, Марианна Кузьминова,
Галина Тюменкова, Лейла Алиева,
Алиса Штейнберг, Анна Чуркина

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва,
Россия*

ABSTRACT

BACKGROUND: Self-stigma remains one of the most vexing issues in psychiatry. It complicates the treatment and social functioning of patients with endogenous psychiatric disorders. Identifying the specific features of self-stigma depending on the type and duration of the endogenous mental illness can help solve this problem.

AIM: The aim of this study was to establish the level and specific features of self-stigma in patients with various types of chronic endogenous psychiatric disorders at different disease stages and to establish the correlation between the level of self-stigma and the attitude of the patient to his/her disease and treatment.

METHODS: Clinical psychopathology assessment, psychometric scales and questionnaires (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS), Questionnaire for Self-Stigma Assessment in Mentally Ill Patients, and Russian versions of the “Insight Scale for Psychosis” (ISP), and “Drug Attitude Inventory” (DAI-10). The cross-sectional study included 86 patients with endogenous mental illnesses (bipolar affective disorder and schizophrenia spectrum disorders).

RESULTS: The analysis of the results of the Questionnaire for Self-Stigma Assessment in Mentally Ill Patients showed that, at the initial disease stages, the highest level of self-stigma is observed in patients with bipolar affective disorder ($M \pm \sigma = 1.22 \pm 0.73$; Me [Q1; Q3] = 1.10 [0.83; 1.60]), while the lowest level was observed in patients with schizophrenia spectrum disorders ($M \pm \sigma = 0.86 \pm 0.53$; Me [Q1; Q3] = 0.77 [0.31; 1.25]). Patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and a disease duration more than five years participating in a long-term comprehensive psychosocial rehabilitation program also demonstrated high rates of self-stigma ($M \pm \sigma = 1.20 \pm 0.57$, Me [Q1; Q3] = 1.26 [0.89; 1.47]). The study groups showed differences in terms of the structure of components of self-stigma and their severity; significant correlations were uncovered between the self-stigma parameters and the attitude of patients to their disease and therapy.

CONCLUSION: The results of this study contribute to a better understanding of the specific features of self-stigma in patients with various endogenous disorders at different stages of the disease. These data can be used as part of a comprehensive psychosocial treatment program for this patient cohort, as well as for future research.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Самостигматизация остается одной из актуальных проблем современной психиатрии, которая затрудняет лечение и социальное функционирование пациентов с эндогенными психическими расстройствами. Решению этой проблемы может способствовать определение особенностей и специфики самостигматизации в зависимости от формы и длительности эндогенного психического расстройства.

ЦЕЛЬ: Установить уровень и особенности самостигматизации у пациентов с различными формами эндогенных хронических психических расстройств на разных этапах болезни и выявить связь выраженности самостигматизации с отношением к своему заболеванию и лечению.

МЕТОДЫ: Клинико-психопатологический, психометрические шкалы и опросники («Опросник для оценки феномена самостигматизации психически больных», «Шкала позитивных и негативных симптомов — «Positive and Negative Syndrome Scale» (PANSS), русскоязычные версии опросников «Осознание болезни» — «Insight Scale for Psychosis» (ISP), «Отношение к лекарственным препаратам» — «Drug attitude inventory» (DAI-10). Проведено кроссекционное исследование 86 пациентов с эндогенными психическими заболеваниями (биполярное аффективное расстройство и расстройства шизофренического спектра).

РЕЗУЛЬТАТЫ: С помощью «Опросника для оценки феномена самостигматизации психически больных» установлено, что на начальном этапе заболевания наибольший уровень самостигматизации характерен для пациентов с биполярным аффективным расстройством ($M \pm \sigma = 1,22 \pm 0,73$; Me [Q1; Q3] = 1,10 [0,83; 1,60]), наиболее низкий выявлен у пациентов с расстройствами шизофренического спектра ($M \pm \sigma = 0,86 \pm 0,53$; Me [Q1; Q3] = 0,77 [0,31; 1,25]). Пациенты с шизофренией и шизоаффективным расстройством и длительностью заболевания более 5 лет, участвующие в долгосрочной комплексной программе психосоциальной реабилитации, также продемонстрировали высокие показатели самостигматизации ($M \pm \sigma = 1,20 \pm 0,57$, Me [Q1; Q3] = 1,26 [0,89; 1,47]). В изученных группах обнаружены различия в структуре компонентов самостигматизации пациентов и их выраженности и получены достоверные корреляционные связи между показателями самостигматизации, отношением пациентов к имеющемуся психическому расстройству и получаемому лечению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Результаты проведенного исследования уточняют и расширяют имеющиеся знания об особенностях самостигматизации у пациентов с различными эндогенными расстройствами на разных этапах заболевания. Полученные данные могут послужить основой для дальнейших исследований, а также для использования в комплексном психосоциальном лечении таких пациентов.

Keywords: *self-stigma; schizophrenia; schizoaffective disorder; bipolar affective disorder; first episode psychosis*

Ключевые слова: *самостигматизация; шизофрения; шизоаффективное расстройство; биполярное аффективное расстройство; первый психотический эпизод*

ВВЕДЕНИЕ

Анализ публикационной активности в международных научных базах данных и электронных библиотеках (PubMed, Cochrane Library, ResearchGate, Google Scholar) по проблемам стигматизации и самостигматизации пациентов с психическими расстройствами показал, что за последние 10 лет (с 2013 по 2023 год) было опубликовано более 2000 работ, то есть приблизительно столько же, сколько за предшествующие

50 лет, когда в 1963 году в психиатрию было введено понятие «стигматизация» [1]. Такой бурный рост публикационной активности вполне обоснован и указывает на актуальность и важность изучения этой проблемы, поскольку негативные последствия, связанные со стигматизацией психически больных людей, наносят значительный ущерб не только самим пациентам, но также их семьям, обществу и государству. Всемирная организация здравоохранения

традиционно рассматривает борьбу со стигматизацией и самостигматизацией пациентов с психическими расстройствами в качестве одного из приоритетных направлений в развитии психиатрии¹.

В результате стигматизации — социального ostracism и отторжения обществом, обусловленных существующими мифами, предубеждениями и стереотипами — у психически больных людей формируется недоверие к психиатрическим службам, возникают барьеры при обращении за помощью, что может приводить к ухудшению клинического состояния пациентов, нарушению комплаенса, пагубно влиять на их социальное функционирование [2]. Возникают проблемы с учебной и профессиональной деятельностью, сужается круг общения и, как следствие, ухудшается качество жизни, повышается риск злоупотребления психоактивными веществами, суицида и иных последствий [3, 4]. В ответ на заболевание, происходящие трансформации и статус «психически больного» у пациентов может формироваться сложный психологический феномен самостигматизации, выражающийся в совокупности негативных реакций, переживаний, оценок и личностных изменений [2].

Рядом авторов отмечено, что по сравнению с другими психическими расстройствами наиболее стигматизированными и стигматизирующими себя являются пациенты с эндогенными психическими заболеваниями (шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство, БАР, и др.) [5–7]. При этом общемировой тенденцией является повышенное внимание к вопросам организации комплексной помощи таким пациентам уже на начальных этапах заболевания [8, 9]. Для пациентов с расстройствами шизофренического спектра наиболее значимыми в плане прогноза течения, эффективности лечения и исходов рассматриваются первые 5 лет от момента манифестации болезни. В этот период, несмотря на интенсивность психопатологических процессов, тенденции к их повторению и хронификации, отмечается максимальная пластичность и курабельность заболевания [10]. Схожие данные получены и в отношении БАР [11]. В то же время, по нашим наблюдениям, именно на начальных этапах заболевания в силу недостаточной критичности к своему состоянию пациенты очень часто могут

недооценивать серьёзность ситуации и степень возможных ограничений в социуме и, следовательно, потенциальный риск стигматизации и формирования самостигматизации. Кроме того, представляет интерес динамика изменений в самостигматизации по мере течения психического расстройства. У длительно болеющих пациентов самостигматизация встраивается в клиническую картину, ухудшает состояние и ведёт к более глубокой дезадаптации [12].

Показано, что самостигматизация имеет сложные и вместе с тем тесные связи с мотивацией к лечению [13], а включение в психосоциальную реабилитацию (ПСР) элементов дестигматизационной работы повышает комплаенс у пациентов [14], позволяет достичь хорошей приверженности к лечению, избежать многих других негативных клинических, психологических и социальных последствий, связанных с болезнью [15, 16]. Однако с позиции биопсихосоциального подхода для разработки эффективных пациентоцентрированных медико-реабилитационных программ целесообразно учитывать социодемографические, клинические и психологические особенности самостигматизации.

Таким образом, актуальность изучаемой темы обусловлена необходимостью углублённого исследования проблемы самостигматизации у пациентов с различными формами эндогенных психических расстройств как на раннем, так и на более позднем этапе болезни и её связи с особенностями отношения к имеющемуся психическому расстройству и получаемой терапии.

В рамках исследования нами была выдвинута общая гипотеза о том, что выраженность и структура самостигматизации имеют специфичность в зависимости от формы психического расстройства и длительности его течения. Частная гипотеза предполагала, что существуют связи между самостигматизацией и особенностями отношения к своему заболеванию и получаемому лечению.

Цель исследования — установить уровень и особенности самостигматизации у пациентов с различными формами эндогенных хронических психических расстройств на разных этапах болезни и определить связь выраженности самостигматизации с отношением к своему заболеванию и его лечению.

¹ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Интернет]. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. [дата обращения: 20.03.2024]. Доступ по ссылке: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено одномоментное сравнительное исследование.

Условия проведения исследования

Исследование проводили на базе ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ, Москва), психиатрических больниц ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева» ДЗМ и ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина, а также Региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье» (Москва) в период с января по ноябрь 2023 года.

Критерии соответствия

Пациентов отбирали в исследование сплошным способом.

Описание критериев соответствия

Критерии включения:

- верифицированный диагноз биполярного аффективного расстройства (F31.xxx по МКБ-10) или расстройства шизофренического спектра (F20.xxx, F23.xxx, F25.xxx по МКБ-10);
- длительность болезни у пациентов на начальном этапе заболевания до 5 лет и наличие в анамнезе не более 3 госпитализаций (для длительно болеющих пациентов — более 5 лет);
- письменное информированное добровольное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии невключения:

- отказ от участия в исследовании;
- острая симптоматика, не дающая возможности провести обследование (для пациентов с расстройствами шизофренического спектра число баллов по шкале Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS, «Продуктивная симптоматика» — более 5 в каждом пункте);
- сочетанная органическая патология;
- злоупотребление психоактивными веществами.

Подбор участников в группы

Пациентов распределили по 3 группам в соответствии с диагнозом и длительностью течения психического расстройства.

В *первую группу* — «Расстройства шизофренического спектра, первый психотический эпизод» (РШС ППЭ; $n=39$) — включили пациентов с психотическими состояниями, диагностируемыми в рамках расстройств шизофренического спектра (F20.xxx, F23.xxx, F25.xxx по МКБ-10) в соответствии с принятыми для этого исследования критериями первого психотического эпизода (длительность заболевания не более 5 лет, не более 3 госпитализаций в анамнезе). Пациенты находились на полустационарном лечении в дневном стационаре ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева» и ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина, а также на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ.

В *вторую группу* (БАР; $n=17$) составили пациенты с диагнозом F31.xxx по МКБ-10, также на начальных этапах заболевания (длительность заболевания не более 5 лет, не более 3 госпитализаций в анамнезе), проходившие амбулаторное и стационарное лечение в ФГБНУ НЦПЗ.

В *третью группу* — «Расстройства шизофренического спектра, находящиеся на психосоциальной реабилитации» (РШС ПСР; $n=30$) — вошли лица с расстройствами шизофренического спектра (F20.xxx, F25.xxx по МКБ-10) на отдалённых этапах заболевания (длительностью более 5 лет). Пациенты этой группы являлись членами Региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье» и участниками комплексной долгосрочной программы психосоциальной реабилитации, проводящейся этой организацией непосредственно обществе.

Методы измерения целевых показателей

С целью качественного описания актуального психического статуса пациентов клинико-психопатологический анализ проводился врачами-психиатрами. Исследование пациентов с помощью психометрических шкал осуществлялось клиническими психологами совместно с врачами-психиатрами однократно, вне периода обострения заболевания.

В ходе исследования была проведена оценка социодемографических характеристик пациентов (пол, возраст, семейное положение, уровень образования). Полученные данные заносили в исследовательскую карту для последующего частотного анализа. Наряду с этим выполняли клинико-психопатологическое обследование

и оценку исследуемых признаков с помощью клинических психометрических шкал и опросников.

Психометрический комплекс исследований включал в себя следующие методики.

Для исследования выраженности психопатологической симптоматики у пациентов с расстройствами шизофренического спектра применяли *шкалу PANSS* [17], остальные опросники использовали у пациентов всех 3 групп.

«Опросник для оценки феномена самостигматизации психически больных» [18, 19] — методика, направленная на определение степени выраженности самостигматизации и установление её структуры по имеющимся 83 утверждениям, которые распределены по основным сферам психологического и социального функционирования человека. Они составляют 9 шкал:

- «Переоценка самореализации»;
- «Нарушение Я-идентичности»;
- «Ограничение психически больных в сфере трудовой адаптации»;
- «Деидентификация от окружающих в социальной сфере»;
- «Дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности»;
- «Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере»;
- «Переоценка внутренней активности»;
- «Принятие роли психически больного в сфере самореализации»;
- «Зеркальное Я психически больного в сфере внутренней активности».

Методика позволяет исследовать общий уровень самостигматизации и отдельных её компонентов. Утверждения оцениваются испытуемым по прямой шкале от 0 до 3 с интервалом в единицу, где «0» соответствует отсутствию согласия, а «3» предполагает полное согласие. Чем выше полученный балл, тем выше самостигматизация и отдельные её компоненты. Кроме того, проводится оценка форм самостигматизации: *аутопсихической* — с идеализацией доболезненного периода и снижением требований к себе; *компенсаторной* — с частичным игнорированием у себя признаков психического расстройства и утрированным приписыванием несостоятельности «психически больным»; *социореверсивной* — с изменением личностной позиции и дистанцированием от социума.

«Опросник осознания болезни» (*Insight Scale for Psychosis, ISP*) [20] предполагает возможность оценить по самоотчёту пациента, как он воспринимает своё заболевание. Шкала состоит из 8 вопросов, максимальный балл по каждой субшкале равен 3 и соответствует высокому уровню согласия с утверждениями, что указывает на хорошее осознание болезни. Оценку проводят по 3 параметрам:

- способность пациента опознавать болезненные проявления в качестве симптомов психического расстройства;
- осознание у себя психического заболевания;
- согласие с необходимостью лечения.

«Опросник отношения к лекарственным препаратам» (*Drug Attitude Inventory, DAI-10*) состоит из 10 вопросов и представляет собой сокращённую версию опросника DAI-30 [21]. Шкала содержит 5 прямых и 5 обратных утверждений, по которым пациент высказывает своё согласие/несогласие. Положительные и отрицательные баллы суммируют. Если получаемая сумма баллов имеет положительное значение, это указывает на принятие лекарственной терапии, при этом чем больше итоговый балл, тем выше уровень принятия необходимости лечения.

Статистический анализ

Принципы расчёта размера выборки

Минимальный объём выборки для уровня значимости $p=0,05$ определяли с помощью метода К.А. Отдельновой [22].

Статистические методы

Для верификации и объективизации данных были использованы математико-статистические методы, реализованные в программной среде STATISTICA v. 12.1 (StatSoft Inc., США) и офисном пакете Microsoft Excel (Microsoft, США). Для корректировки оценки статистической значимости различий при множественных сравнениях 3 выборок использовали поправку Бонферрони: $\alpha_{\text{корректированный}} = \alpha_{\text{исходный}} / 3$. Критический уровень значимости при таких сравнениях принимали равным 0,017.

Анализ распределений признаков с помощью критерия Шапиро–Уилка (*W-test*) показал, что они отличались от нормального, поэтому были применены непараметрические критерии. При сравнительном исследовании количественных значений

в 2 группах пользовались непараметрическим критерием Манна-Уитни (*U*-test), при сравнении в 3 группах применяли непараметрический критерий Краскела-Уоллиса (*H*-test; дисперсионный анализ ANOVA).

Результаты представлены медианными значениями (*Me*) с указанием интерквартильного размаха — 1-го (нижнего) и 3-го (верхнего) квартиля ([*Q1*; *Q3*]), а также в виде среднего значения признака с учётом среднеквадратичного отклонения (*M ± σ*). Для сравнения частоты категорий качественных переменных между группами использовали точный тест Фишера (*F*-test). Оценку силы возможной связанности качественных и порядковых переменных проводили при помощи непараметрического коэффициента ранговой корреляции Спирмена (*r*).

Этическая экспертиза

Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта» 1964 года (пересмотры: октябрь 1975 – октябрь 2013 года) и одобрено Локальным этическим комитетом при ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 914 от 21.11.2024). Все обследуемые дали письменное информированное добровольное информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика участников исследования

Анализ социо-демографических параметров (табл. 1) показал, что среди пациентов на начальных этапах

болезни преобладали лица более молодого возраста ($H=28,93$; $Df=2$; $p=0,0001$). Среди пациентов РСШ ПСР присутствовали лица более старшего возраста ($U_{\text{РСШ ППЭ vs РСШ ПСР}}=134,50$; $p=0,00011$; $U_{\text{БАР vs РСШ ПСР}}=18,00$; $p=0,0001$). Вместе с тем сравнительный анализ возрастного состава групп РСШ ППЭ и БАР между собой не продемонстрировал статистически значимых различий ($U=245,00$; $p=0,2020$), что позволило отнести обследуемых на начальных этапах заболевания к одной возрастной категории.

Анализ гендерного состава пациентов в зависимости от длительности течения психического расстройства не показал различий на уровне статистической значимости, рассчитанной по *F*-критерию ($p_{\text{РСШ ППЭ vs БАР}}=0,6296$; $p_{\text{РСШ ППЭ vs РСШ ПСР}}=0,4965$; $p_{\text{БАР vs РСШ ПСР}}=0,3417$).

Для пациентов всех групп был характерен достаточно высокий уровень образования, статистически значимых различий по этому параметру получено не было ($p_{\text{РСШ ППЭ vs БАР}}=0,2413$; $p_{\text{РСШ ППЭ vs РСШ ПСР}}=0,7138$; $p_{\text{БАР vs РСШ ПСР}}=0,3809$).

В преморбидный период пациенты групп РСШ ППЭ и БАР чаще были заняты в квалифицированной профессиональной деятельности и учёбе, чем пациенты группы РСШ ПСР ($p_{\text{РСШ ППЭ vs БАР}}=0,1181$; $p_{\text{БАР vs РСШ ПСР}}=0,0371$; $p_{\text{РСШ ППЭ vs РСШ ПСР}}=0,060$). Семейные отношения редко встречались у пациентов всех 3 групп, значимых различий получено не было ($p_{\text{РСШ ППЭ vs БАР}}=0,6943$; $p_{\text{РСШ ППЭ vs РСШ ПСР}}=0,5913$; $p_{\text{БАР vs РСШ ПСР}}=0,3718$).

Основные результаты исследования

В рамках исследования с помощью шкалы PANSS (табл. 2), а также при клинической оценке состояния

Таблица 1. Социо-демографические характеристики пациентов, включённых в исследование

Параметр	Группы пациентов		
	РСШ ППЭ (n=39)	БАР (n=17)	РСШ ПСР (n=30)
Возраст, лет <i>M ± σ</i> <i>Me [Q1; Q3]</i>	25,53±4,56 25 [22; 29]	28,95±8,53 29 [22; 35]	42,21±10,36 40 [34; 50]
Пол: мужской, <i>n</i> (%) женский, <i>n</i> (%)	16 (41,02) 23 (58,98)	5 (29,41) 12 (70,59)	16 (53,33) 14 (46,67)
Высшее/неоконченное высшее образование, <i>n</i> (%)	16 (41,03)	10 (58,82)	14 (46,67)
Женаты/замужем, есть партнёр, <i>n</i> (%)	6 (15,38)	2 (11,76)	3 (10,00)
Работа/учёба в преморбидный период, <i>n</i> (%)	19 (48,72)	11 (64,71)	5 (16,67)

Таблица 2. Показатели шкалы PANSS у пациентов с расстройствами шизофренического спектра с разной длительностью заболевания

Параметр	Группа РШС ППЭ (n=39), M ± σ Me [Q1; Q3]	Группа РШС ПСР (n=30), M ± σ Me [Q1; Q3]	U	p
P-1. Бред	2,08±0,87 2 [1; 3]	1,09±0,11 1 [1; 1]	132,0	0,000002
P-2. Расстройства суждения (концептуальная дезорганизация)	2,26±1,02 2 [1; 3]	1,17±0,48 1 [1; 1]	177,5	0,000041
P-3. Галлюцинаторное поведение	1,69±0,69 2 [1; 2]	1,13±0,34 1 [1; 1]	255,0	0,002633
P-4. Возбуждение	1,64±0,78 1 [1; 2]	1,11±0,07 1 [1; 1]	252,0	0,002288
P-5. Идеи величия	1,51±0,64 1 [1; 2]	1,12±0,211 [1; 1]	253,0	0,004489
P-6. Подозрительность	2,08±1,01 2 [1; 3]	1,13±1,33 1 [1; 1]	205,5	0,000209
P-7. Враждебность	1,46±0,60 1 [1; 2]	1,04±0,25 1 [1; 1]	294,5	0,014344
<i>Композитный балл по шкале «Позитивная симптоматика»</i>	12,72±4,22 12 [10; 15]	7,42±0,93 7 [7; 7,5]	100,5	0,000001
N-1. Притупленный аффект	2,54±0,91 3 [2; 3]	2,96±0,62 3 [3; 3]	342,0	0,075691
N-2. Эмоциональная безучастность	2,51±1,05 2 [2; 3]	2,75±0,89 3 [2; 3]	401,5	0,350238
N-3. Малоконтактность	2,10±1,12 2 [1; 3]	3,00±0,88 3 [2,5; 3,5]	253,0	0,002398
N-4. Пассивно-апатическая социальная отрешённость	2,49±1,02 2 [2; 3]	2,88±0,85 3 [2; 3]	362,0	0,135388
N-5. Нарушение абстрактного мышления	2,00±0,79 2 [1; 3]	3,25±1,29 3 [2,5; 4]	199,5	0,000149
N-6. Нарушение спонтанности, плавности речи	1,82±0,82 2 [1; 2]	2,95±1,42 3 [2; 4]	243,5	0,001523
N-7. Стереотипное мышление	1,83±0,76 2 [1; 2]	3,20±1,47 3 [2; 4,5]	210,5	0,000275
<i>Композитный балл по шкале «Негативная симптоматика»</i>	15,28±5,38 15 [12; 19]	21,00±5,05 21 [16,5; 24,5]	201,5	0,000167
G-1. Озабоченность соматическим состоянием	2,05±0,92 2 [1; 3]	2,45±0,97 2 [2; 3]	354,5	0,109746
G-2. Тревога	2,74±0,82 3 [2; 3]	2,52±0,86 2 [2; 3]	421,5	0,515009
G-3. Чувство вины	2,18±1,10 2 [1; 3]	1,38±0,57 1 [1; 2]	262,5	0,003715
G-4. Напряжённость	2,74±0,88 2 [1; 3]	2,58±0,77 2,5 [2; 3]	411,0	0,423902
G-5. Манерность и позирование	1,85±0,74 2 [1; 2]	1,46±0,76 1 [1; 1,5]	315,0	0,030897
G-6. Депрессия	2,41±1,12 2 [2; 3]	2,12±0,85 2 [1,5; 3]	415,5	0,461743
G-7. Моторная заторможенность	2,03±0,99 2 [1; 3]	1,67±0,85 1 [1; 2]	352,0	0,102108
G-8. Отказ от сотрудничества	1,64±0,99 1 [1; 2]	1,33±0,64 1 [1; 1,5]	397,0	0,318368
G-9. Необычное содержание мыслей	2,33±1,13 2 [1; 3]	2,67±1,13 3 [2; 3]	357,5	0,119500
G-10. Дезориентированность	1,59±0,68 1 [1; 2]	1,09±0,12 1 [1; 1]	240,0	0,001282

Параметр	Группа РШС ППЭ (n=39), M ± σ Me [Q1; Q3]	Группа РШС ПСР (n=30), M ± σ Me [Q1; Q3]	U	p
G-11. Нарушение внимания	2,13±1,03 2 [1; 3]	2,91±0,83 3 [2; 3,5]	258,0	0,003026
G-12. Снижение критичности к своему состоянию	2,00±1,00 2 [1; 3]	3,21±1,06 3,5 [2,5; 4]	195,5	0,000118
G-13. Расстройство воли	2,21±0,83 2 [2; 3]	3,37±0,76 3 [3; 4]	156,0	0,000010
G-14. Снижение контроля побуждений	1,64±0,74 1 [1; 2]	2,87±0,89 3 [2; 3,5]	163,0	0,000016
G-15. Аутизация	2,44±1,07 2 [2; 3]	2,83±1,19 3 [2; 3]	353,5	0,106638
G-16. Активное избегание социальных контактов	2,26±0,97 2 [2; 3]	1,87±1,06 1,5 [1; 3]	355,0	0,111326
Композитный балл по шкале «Общая психопатология»	34,23±10,41 33 [27; 40]	36,51±5,821 35 [33,5; 40]	372,5	0,178762
Общий балл PANSS	62,23±18,28 60 [49; 74]	64,19±9,91 63,5 [58; 71]	389,0	0,266549

пациентов врачом-психиатром было установлено, что на начальных этапах расстройств шизофренического спектра (РШС ППЭ) превалирует остаточная продуктивная симптоматика. Эта симптоматика была клинически представлена не до конца редуцированными бредовыми концепциями, расстройствами суждений, отдельными галлюцинаторными феноменами, возбуждением, нерезко выраженными идеями величия, подозрительностью и враждебностью, что также нашло отражение в более высоких показателях всех 7 подшкал (P1–P7) шкалы PANSS у пациентов группы РШС ППЭ.

У пациентов группы РШС ПСР в качестве ведущих выступали негативные симптомы. Отмечались мало-контактность (N-3), снижение абстрактного мышления (N-5), обеднённость эмоций и речи (N-6), стереотипность мыслительной деятельности (N-7).

Среди общепсихопатологических симптомов у пациентов группы РШС ПСР наблюдали более выраженную дезориентированность (G-10), нарушения внимания (G-11), сниженную критичность к своему состоянию (G-12), существенную дефицитарность волевой регуляции (G-13), а также снижение уровня контроля над возникающими побуждениями (G-14).

Характеристика самостигматизации в группах исследования

Результаты исследования структуры самостигматизации и выраженности ее компонентов в исследуемых группах представлены в табл. 3.

Наибольший общий уровень самостигматизации был характерен для пациентов с БАР, что значительно отличало их от лиц группы РШС ППЭ. У обследованных этой группы наибольшую выраженность имели следующие её компоненты: «Переоценка внутренней активности»; «Переоценка самореализации»; «Нарушение Я-идентичности»; «Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере». Такое сочетание характеризовалось преобладанием аутопсихической формы самостигматизации.

Для пациентов группы РШС ППЭ был характерен относительно невысокий уровень самостигматизации в целом и её структурных компонентов в частности. Наименьшие значения выраженности самостигматизации были получены по шкалам: «Зеркальное Я психически больного» в сфере внутренней активности»; «Принятие роли психически больного в сфере самореализации»; «Деидентификация от окружающих в социальной сфере»; «Дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности» и «Ограничение психически больных в сфере трудовой адаптации». Различные формы самостигматизации — аутопсихическая, компенсаторная и социореверсивная — отличались невысокой выраженностью.

У пациентов группы РШС ПСР определён высокий уровень самостигматизации. Ведущими компонентами в её структуре оказались шкалы: «Переоценка внутренней активности»; «Переоценка самореализации»; «Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере»; «Дистанцирование

Таблица 3. Сравнение выраженности структурных компонентов самостигматизации у пациентов исследуемых групп (по данным «Опросника для оценки феномена самостигматизации»)

Параметр	Группа РШС ППЭ (n=39), m±σ Me [Q1; Q3]	Группа БАР (n=17), m±σ Me [Q1; Q3]	Группа РШС ПСР (n=30), m±σ Me [Q1; Q3]	U, p (тест Манна-Уитни)			H при df=2, p (тест Краскела-Уоллиса)
				РШС ППЭ vs БАР	РШС ППЭ vs РШС ПСР	БАР vs РШС ПСР	
1-й компонент (переоценка самореализации)	1,05±0,74 1,00 [0,36; 1,55]	1,84±0,81 1,82 [1,27; 2,45]	1,48±0,78 1,50 [1,00; 2,00]	139,50 0,00212	139,00 0,012942	185,50 0,126197	11,2254 0,0037
2-й компонент (нарушение Я-идентичности)	0,82±0,65 0,67 [0,22; 1,44]	1,37±0,77 1,33 [0,78; 2,00]	1,17±0,59 1,17 [0,89; 1,56]	179,50 0,012901	379,50 0,056384	228,00 0,556294	6,5312 0,0382
3-й компонент (ограничение психически больных в сфере трудовой адаптации)	0,80±0,57 0,86 [0,29; 1,29]	1,07±0,83 1,00 [0,43; 1,57]	1,13±0,61 1,14 [0,71; 1,29]	229,00 0,018467	377,00 0,052264	232,00 0,616728	4,3466 0,1144
4-й компонент (деидентификация от окружающих в социальной сфере)	0,74±0,56 0,83 [0,22; 1,11]	0,93±0,76 0,72 [0,17; 1,28]	1,09±0,68 1,08 [0,61; 1,50]	271,50 0,618884	369,00 0,040735	215,50 0,387369	3,9412 0,1394
5-й компонент (дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности)	0,78±0,49 0,78 [0,44; 1,00]	0,97±0,76 0,78 [0,33; 1,22]	1,20±0,52 1,22 [0,89; 1,56]	265,00 0,532477	284,50 0,001588	175,00 0,076554	10,0796 0,0065
6-й компонент (готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере)	1,21±0,57 1,17 [0,83; 1,67]	1,24±0,75 1,33 [0,67; 1,50]	1,44±0,72 1,50 [1,17; 1,83]	293,50 0,945567	405,00 0,115835	203,50 0,257271	2,7554 0,2522
7-й компонент (переоценка внутренней активности)	1,21±0,74 1,27 [0,45; 1,91]	1,96±0,87 2,18 [1,45; 2,64]	1,61±0,67 1,73 [1,09; 2,18]	139,50 0,002124	351,00 0,022426	177,50 0,087781	11,8829 0,0026
8-й компонент (принятие роли психически больного в сфере самореализации)	0,60±0,48 0,57 [0,14; 1,00]	0,82±0,73 0,71 [0,43; 1,00]	0,81±0,61 0,79 [0,29; 1,29]	266,50 0,551865	419,00 0,165053	240,50 0,755289	1,8538 0,3958
9-й компонент («зеркальное Я психически больного» в сфере внутренней активности)	0,30±0,40 0,00 [0,00; 0,60]	0,31±0,82 0,00 [0,00; 0,20]	0,54±0,61 0,30 [0,00; 1,00]	255,00 0,412615	432,00 0,223525	187,00 0,104518	3,4201 0,1809
Аутопсихическая форма	1,13±0,72 1,05 [0,45; 1,64]	1,90±0,82 1,91 [1,45; 2,50]	1,55±0,68 1,61 [1,23; 2,00]	134,50 0,001525	349,00 0,020921	183,50 0,115717	12,1452 0,0023
Компенсаторная форма	0,93±0,46 0,92 [0,46; 1,34]	1,09±0,72 1,00 [0,59; 1,49]	1,25±0,57 1,30 [0,95; 1,56]	258,00 0,446789	336,50 0,013365	205,00 0,273074	5,9742 0,0504
Социореверсивная форма	0,62±0,49 0,42 [0,17; 1,02]	0,85±0,73 0,77 [0,38; 1,11]	0,90±0,55 0,91 [0,43; 1,20]	237,00 0,241829	370,00 0,042046	221,00 0,458229	4,5119 0,1048
Общий балл	0,86±0,53 0,77 [0,31; 1,25]	1,22±0,73 1,10 [0,83; 1,60]	1,20±0,57 1,26 [0,89; 1,47]	209,00 0,086048	357,50 0,027981	248,00 0,885566	5,7806 0,0556

Таблица 4. Отношение к лекарствам и болезни у пациентов с эндогенными хроническими заболеваниями в зависимости от формы психического расстройства и длительности течения (по данным ISP, DAI-10)

Параметр	Группа РШС ППЭ (n=39), m±σ Me [Q1; Q3]	Группа БАР (n=17), m±σ Me [Q1; Q3]	Группа РШС ПСР (n=30), m±σ Me [Q1; Q3]	U, p (тест Манна-Уитни)			H при df=2, p (тест Краскела-Уоллиса)
				РШС ППЭ vs БАР	РШС ППЭ vs РШС ПСР	БАР vs РШС ПСР	
Необходимость лечения (ISP)	2,94±0,91 3,00 [2,00; 4,00]	3,03±0,70 3,50 [2,50; 3,50]	3,17±0,79 2,25 [2,50; 4,00]	320,50 0,848772	379,5 0,514655	405,50 0,369974	0,8943 0,6394
Объяснение болезни (ISP)	2,59±1,19 3,00 [2,00; 4,00]	3,35±0,79 4,00 [3,00; 4,00]	3,20±0,78 3,00 [3,00; 4,00]	208,50 0,016431	333,50 0,047519	182,00 0,538054	7,0838 0,0290
Осознание болезни (ISP)	2,31±0,97 2,00 [1,00; 3,00]	3,59±0,61 4,00 [3,00; 4,00]	3,21±1,14 4,00 [3,00; 4,00]	128,00 0,000193	265,00 0,003028	174,00 0,442831	17,5539 0,0002
Отношение к лекарственным препаратам (DAI-10)	1,44±3,46 2,00 [-2,00; 4,00]	3,88±3,27 3,50 [2,50; 3,50]	3,25±4,36 4,00 [1,00; 7,00]	202,00 0,015291	288,50 0,016228	196,00 0,840198	7,7980 0,01653

от психически больных в сфере внутренней активности» и «Нарушение Я-идентичности». У них так же, как и у пациентов с БАР, наиболее выраженной стала аутопсихическая форма самостигматизации, однако уровень компенсаторной и социореверсивной формы также был высоким.

Связь уровня самостигматизации с отношением пациентов к своему заболеванию и лечению

Результаты оценки отношения пациентов к заболеванию и получаемому лечению представлены в табл. 4. По параметру методики ISP «Необходимость лечения» статистически значимых различий во всех 3 группах обнаружено не было. Вместе с тем более низкие показатели по методике DAI-10 («Отношение к лекарственным препаратам») были получены у пациентов группы РШС ППЭ, что отличало их от больных групп БАР и РШС ПСР. Аналогичная тенденция прослежена по параметру методики ISP «Осознание болезни». У пациентов группы РШС ППЭ результаты оказались значимо ниже, чем в группах БАР и РШС ПСР.

При проведении корреляционного анализа между шкалами «Опросника для оценки феномена самостигматизации психически больных» и показателями методик ISP и DAI-10 установлены умеренные прямые и обратные корреляции (табл. 5).

В группе пациентов РШС ППЭ обнаружены множественные значимые прямые умеренные корреляции между показателями шкалы «Осознание болезни» методики ISP и параметрами самостигматизации. У пациентов с БАР таких связей было меньше. В группе пациентов РШС ПСР они были единичны.

В группе пациентов РШС ПСР выявлены множественные статистически значимые умеренные обратные корреляции между показателями методики ISP «Необходимость лечения», а также шкалы DAI-10 («Отношение к лекарственным препаратам») со значениями по параметрам «Опросника для оценки феномена самостигматизации психически больных». В группах пациентов БАР и РШС ПСР таких связей обнаружено не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

Резюме основного результата исследования

Проведённое исследование подтвердило выдвинутую общую гипотезу о наличии различий в уровне и структуре самостигматизации у пациентов с эндогенными хроническими психическими расстройствами в зависимости от их формы и длительности течения заболевания.

Наибольший общий уровень самостигматизации был характерен для обследованных пациентов группы БАР. В структурных компонентах самостигматизации этих пациентов ведущими и наиболее выраженными выступали идеализация (переоценка) собственной активности и реализации своих возможностей в преморбидный период. Пациенты полагали, что из-за возникшего психического расстройства они утратили возможность получать приятные впечатления, проявлять активность и продуктивность, у них существенно сузились перспективы достижения успехов в учебной и профессиональной деятельности. При оценке межличностной сферы возникали сомнения в возможности поддерживать дружеские связи и создавать семейные отношения. Идеализация

Таблица 5. Корреляционная матрица результатов, полученных по методикам Drug Attitude Inventory-10 и Insight Scale for Psychosis с данными «Опросника для оценки феномена самостигматизации психически больных»

Коэффициент корреляции Спирмена (r)												
Параметр / группа	Отношение к лекарствам (DAI-10)			Объяснение болезни (ISP)			Осознанность болезни (ISP)			Необходимость лечения (ISP)		
	РШС ППЭ	БАР	РШС ПСР	РШС ППЭ	БАР	РШС ПСР	РШС ППЭ	БАР	РШС ПСР	РШС ППЭ	БАР	РШС ПСР
1-й компонент. Переоценка самореализации	-0,16	-0,18	-0,45*	0,01	0,22	-0,13	0,58*	0,54*	0,22	0,14	0,02	-0,21
2-й компонент. Нарушение Я-идентичности	-0,12	-0,31	-0,31	-0,12	0,32	-0,17	0,47*	0,64*	0,10	0,05	-0,03	-0,23
3-й компонент. Ограничение психически больных в сфере трудовой адаптации	-0,03	-0,21	-0,21	-0,07	0,27	-0,01	0,33	0,16	0,36	-0,05	0,03	0,07
4-й компонент. Деидентификация от окружающих в социальной сфере	-0,11	-0,32	-0,46*	-0,04	0,08	-0,09	0,61*	0,37	0,11	0,06	0,12	-0,33
5-й компонент. Дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности	0,10	-0,18	-0,41*	-0,17	0,28	0,00	0,44*	0,41	0,23	-0,07	0,10	-0,15
6-й компонент. Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере	0,03	-0,26	-0,03	-0,19	0,28	0,12	0,22	0,47	0,43*	-0,20	0,06	0,26
7-й компонент. Переоценка внутренней активности	-0,25	-0,39	-0,36	0,08	0,19	-0,10	0,52*	0,54*	0,23	0,19	0,05	-0,07
8-й компонент. Принятие роли психически больного в сфере самореализации	-0,04	-0,25	-0,41*	-0,08	0,11	-0,09	0,45*	0,20	-0,04	-0,06	0,05	-0,42*
9-й компонент. «Зеркальное Я психически больного» в сфере внутренней активности	-0,06	-0,44	-0,65*	-0,05	0,06	-0,10	0,27	0,28	-0,08	-0,11	-0,10	-0,57*
Аутопсихическая форма	-0,23	-0,29	-0,45*	0,08	0,24	-0,11	0,57*	0,61*	0,22	0,17	0,02	-0,18
Компенсаторная форма	0,06	-0,25	-0,19	-0,16	0,25	0,05	0,55*	0,36	0,33	-0,13	0,16	-0,46*
Социореверсивная форма	-0,06	-0,27	-0,58*	-0,08	0,18	-0,17	0,26	0,32	0,01	0,01	0,10	0,28
Общий балл	-0,09	-0,28	-0,43*	-0,02	0,18	-0,08	0,56*	0,46*	0,12	0,06	0,09	-0,42*

Примечание: * r-Spearman's при $p \leq 0,01$.

доболезненного периода жизни у пациентов с БАР и недооценка собственных актуальных возможностей приводили к пессимистичному взгляду на своё будущее, нарушению идентичности, снижению требований к себе, вторичному снижению активности, которое, по-видимому, уже напрямую не было связано с аффективной патологией. Такое сочетание характеризовалось преобладанием аутопсихической формы самостигматизации.

Сильные стороны и ограничения

Наше исследование имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать при интерпретации данных, а также при планировании дальнейших исследований. Кроме того, при проведении сравнительных исследований целесообразно формировать большие

по объёму выборки и стремиться к большей их гомогенности с учётом социо-демографических и клинических параметров. Так, из группы пациентов на начальном этапе болезни может быть выделена подгруппа с диагнозом F23.xxx. При сравнении групп пациентов с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от длительности течения психического расстройства может быть сформирована выборка с диагнозом F25. В группе пациентов с БАР возможно разделение обследуемых по типам БАР-I и БАР-II, что сделает результаты более дифференцированными. Исследование целесообразно расширить выборкой пациентов с БАР на отдалённых этапах заболевания. Для обеспечения репрезентативности данных целесообразно предусмотреть сбор материала в различных психиатрических учреждениях.

Поскольку в поисковом исследовании для полноты оценки самостигматизации изучалось значительное число параметров, следует иметь ввиду возможную корректировку на множественность сравнений.

Сильная сторона исследования состоит в выявлении уровня выраженности и структуры самостигматизации у пациентов с эндогенными психическими расстройствами в зависимости от его формы и длительности течения с помощью надёжных оценочных инструментов. Прослежены связи между самостигматизацией и отношением пациентов к имеющемуся психическому расстройству и лечению.

Интерпретация результатов исследования

Полученные нами результаты коррелируют с данными метаанализов, в которых показано, что при БАР уже на начальных этапах болезни характерен высокий уровень самостигматизации [23, 24]. При этом в указанных публикациях подчёркивается, что интенсивные переживания пациентов и происходящие изменения имеют связи не только с уровнем выраженности депрессивной симптоматики и снижением качества жизни, но и с избыточно критическим отношением к изменившимся внутренним и внешним условиям жизнедеятельности.

Для пациентов с шизофренией на начальных этапах болезни (группа РШС ППЭ) был характерен относительно невысокий уровень самостигматизации в целом и её структурных компонентов в частности. Пациенты полагали, что психическое расстройство и связанные с ним изменения не будут заметно отражаться на их восприятии внешнего мира, ограничивать их в творческой, профессиональной и социальной активности, выступать препятствием для самореализации. Отмечалось стремление дистанцироваться от образа «психически больного» человека, а также неприятие тех ограничений, которые наступают вследствие психического расстройства, с недооценкой возможных социальных и межличностных проблем, стремлением дистанцироваться от людей с психическими расстройствами. Различные формы самостигматизации (аутопсихическая, компенсаторная и социореверсивная) у пациентов с расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания отличались невысокой выраженностью.

Обращало на себя внимание то, что пациенты с расстройствами шизофренического спектра на отдалённых

этапах заболевания (группа РШС ПСР), несмотря на проводящуюся с ними долгосрочную психореабилитационную работу, так же, как и пациенты с БАР, демонстрировали высокий уровень самостигматизации. Ведущими компонентами в её структуре выступали идеализация и переоценка собственной активности и самореализации в доболезненный период. При подобном механизме сохранение относительно адекватной самооценки происходит за счёт оправдания своей несостоятельности исключительно влиянием психического заболевания. Кроме того, в этой группе пациентов происходит обобщённое проецирование собственной несостоятельности на всех лиц с психическими расстройствами и восприятие их как не способных реализоваться ни в межличностных отношениях, ни в профессиональной, ни в социальной сфере. Изменение собственной идентичности с формированием ограничительного поведения приводило к получению вторичной выгоды от психического расстройства, избавляло от необходимости проявлять адекватную активность. У них так же, как и у пациентов с БАР, наиболее выраженной оказалась аутопсихическая форма самостигматизации, однако уровень выраженности компенсаторной формы был довольно высоким. В целом полученные результаты у пациентов с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от длительности течения согласуются с данными литературы [25–27] и демонстрируют тенденцию к нарастанию компенсаторных и самоограничительных форм самостигматизации на более поздних этапах болезни.

В рамках частной гипотезы было установлено, что необходимость лечения пациенты признавали вне зависимости от формы и длительности течения психического расстройства. Вместе с тем обнаружено, что лица с БАР и длительно болеющие пациенты с расстройствами шизофренического спектра (группа РШС ПСР) более позитивно относятся к фармакологическому лечению, нежели пациенты с шизофренией на начальных этапах заболевания (группа РШС ППЭ), у которых высказываемое согласие с необходимостью лечения сочеталось в целом с отрицательным отношением к лекарствам и слабым пониманием необходимости их приёма. Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты с БАР и длительно болеющие пациенты с расстройствами шизофренического спектра отличаются лучшим осознанием у себя симптомов психического заболевания и пониманием

изменений в своей жизнедеятельности, с ним связанных, чем больные на начальных этапах течения психического заболевания, у которых большая осознанность у себя симптомов психического расстройства ведёт к повышению самостигматизации. Не исключено, что восприятие обобщённого образа «психического больного» как человека несостоятельного в различных сферах жизнедеятельности, утратившего активность, неспособного к самореализации, а также опасения подвергнуться социальному ostracismu по самому факту наличия психического заболевания, приводят к отрицанию у себя болезни в целом, что играет компенсаторную роль и предотвращает возникновение внутреннего напряжения. Аналогичная тенденция прослеживается и у пациентов с БАР. У длительно болеющих пациентов с расстройствами шизофренического спектра (группа РШС ПСР) обнаружены обратные корреляции между адекватным отношением к принимаемой лекарственной терапии и самостигматизацией. Принятие на себя роли «психически больного» с формированием социореверсивной формы самостигматизации, изменение личностной позиции и дистанцирование от социума приводит к всё большему искажению оценок, связанных с возможностями получения психиатрической помощи. Сходные данные были получены в ряде наблюдательных исследований [28, 29], что подчёркивает необходимость проведения дестигматизационной работы на всех этапах течения эндогенных психических расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведённого исследования уточняют и расширяют имеющиеся знания об особенностях самостигматизации у пациентов с различными эндогенными расстройствами на разных этапах заболевания. Наивысший уровень самостигматизации установлен у пациентов с БАР, наиболее низкий — у лиц с расстройствами шизофренического спектра на раннем этапе болезни. Пациенты с расстройствами шизофренического спектра и длительностью заболевания более 5 лет, участвующие в долгосрочной комплексной программе психосоциальной реабилитации, продемонстрировали высокие показатели самостигматизации. Были обнаружены различия в структуре и выраженности компонентов самостигматизации в изученных группах пациентов, прослежены связи с особенностями отношения пациентов к имеющемуся

психическому расстройству и лекарственной терапии. Высокий уровень самостигматизации у пациентов с БАР и расстройствами шизофренического спектра делает актуальным у пациентов с эндогенными психическими расстройствами уже на начальных этапах заболевания, с одной стороны, повышение осознания у себя болезни и возможных разумных ограничений, связанных с ней, посредством психообразования, а также адекватное улучшение понимания необходимости лечения и, с другой стороны, предотвращение самостигматизации и навешивания на себя обобщённых ярлыков «психически больного» человека. Представленные результаты могут послужить основой для дальнейшего углубленного поиска специфики формирования самостигматизации у пациентов с психическими расстройствами и способствовать разработке дестигматизационных технологий.

История публикации

Рукопись поступила: 17.12.2023

Рукопись принята: 15.03.2024

Опубликована онлайн: 26.03.2024

Вклад авторов: Т.А. Солохина — разработка идеи, постановка целей исследования, обсуждение результатов и формирование выводов, обзор публикаций по теме статьи, анализ полученных данных, написание текста рукописи; Д.С. Ошевский — разработка дизайна исследования, постановка целей исследования, обсуждение результатов и формирование выводов, обзор публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, анализ полученных данных, статистическая обработка, написание текста рукописи; А.Н. Бархатова — организация исследования, обсуждение результатов и формирование выводов, анализ полученных данных, написание текста рукописи; М.В. Кузьминова, Г.В. Тюменкова, Л.М. Алиева, А.С. Штейнберг, А.М. Чуркина — получение данных для анализа, анализ полученных данных.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с проведённым исследованием и публикацией настоящей статьи.

Цитировать:

Солохина Т.А., Ошевский Д.С., Бархатова А.Н., Кузьминова М.В., Тюменкова Г.В., Алиева Л.М., Штейнберг А.С. Самостигматизации у пациентов с эндогенными психическими расстройствами: кроссекционное сравнительное исследование // Consortium Psychiatricum. Т.5, №1. CP15485. doi: 10.17816/CP15485

Сведения об авторах

***Татьяна Александровна Солохина**, д.м.н., зав. отделом организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», гл.н.с.; ORCID: 0000-0003-3235-2476; e-Library SPIN: 7292-6023; Author ID РИНЦ: 670818; Scopus Author ID: 6602118347; WOS Research ID: F-9923-2019

E-mail: tsolokhina@live.ru

Дмитрий Станиславович Ошевский, к. псих. наук, доцент, в.н.с. отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0001-5234-5877; e-Library SPIN: 6432-9814; Author ID РИНЦ: 616245; Scopus Author ID: 35773701100; Researcher ID: rid67377

Александра Николаевна Бархатова, д.м.н., профессор, гл.н.с., руководитель отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0003-3805-332X, e-Library SPIN: 221553; Scopus Author ID: 23491525300; Researcher ID: C-3636-2016

Марианна Владимировна Кузьминова, к.м.н., с.н.с. отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0001-5234-5877; e-Library SPIN: 6446-5426; Author ID РИНЦ: 567871

Галина Викторовна Тюменкова, к.м.н., с.н.с. отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0003-1567-2814; e-Library SPIN: 1672-1211; Author ID РИНЦ: 567878; Scopus Author ID: 6504538761; WOS Research ID: S-8998-2019

Лейла Мусаферовна Алиева, м.н.с. отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0002-9037-6065; e-Library SPIN: 752018

Алиса Сергеевна Штейнберг, м.н.с. отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0009-0002-7273-3046

Анна Михайловна Чуркина, к.м.н., н.с. отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0002-7453-3155; e-Library SPIN: 8021-1574; РИНЦ ID: 1105729; WOS Research ID: ADU-8410-2022

* автор, ответственный за переписку

Список литературы

- Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall; 1963. 147 p.
- Yastrebov VS, Solokhina TA. [Stigmatization in psychiatry]. Mental health: social, clinical, organizational and scientific aspects. Proceedings of scientific and practical conference; October 31, 2016, Moscow. G.P. Kostyuk, editor. Moscow: KDU publisher; 2017. 524–531 p. Russian.
- Yu B, Chio F, Mak W, et al. Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: a meta-analytic structural equation modeling approach. *Clinical Psychology Review*. 2021;87:102029. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102029
- Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet*. 2022;400(10361):1438–1480. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2
- Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014;10:1399–1405. doi: 10.2147/NDT.S54081
- Rayan A, Aldaieflih M. Public stigma toward mental illness and its correlates among patients diagnosed with schizophrenia. *Contemp Nurse*. 2019;55(6):522–532. doi: 10.1080/10376178.2019.1670706
- Solokhina TA, Oshevsky DS, Barkhatova AN, et al. Self-stigmatization and targets of psychosocial intervention in patients with bipolar affective disorder. *Mental Health*. 2023;18(8):86–90.
- Neznanov NG, Shmukler AB, Kostyuk GP, Sofronov AG, et al. The first psychotic episode: Epidemiological aspects of care provision. *Social and Clinical Psychiatry*. 2019;28(3):5–11.
- Murru A, Carpiniello B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neuroscience Letters*. 2018;669:59–67. doi: 10.1016/j.neulet.2016.10.003
- Schizophrenia: Current science and clinical. 1st ed. Gaebel W, editor. Publishing house: John Wiley & Sons, Ltd; 2011. 272 p. doi: 10.1002/9780470978672
- Ratheesh A, Cotton SM, Davey CG, et al. Ethical considerations in preventive interventions for bipolar disorder. *Early Intervention Psychiatry*. 2017;11(2):104–112. doi: 10.1111/eip.12340
- Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2012;57(8):464–469. doi: 10.1177/070674371205700804
- Sorokin MY, Lutova NB, Bocharova MO, et al. Computational psychiatry approach to stigma subtyping in patients with mental disorders: Explicit and implicit internalized stigma. *Consortium Psychiatricum*. 2023;4(3):13–21. doi: 10.17816/CP6556
- Babin SM, Shlafer AM, Sergeeva NA. Compliance therapy for patients with schizophrenia. *Medicinskaâ psihologîâ v Rossii*. 2011;2. Available from: http://mprj.ru/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer11.php. Russian.
- Yastrebov VS, Trushchelev SA. Social images of psychiatry. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2009;6(109):65–68.
- Yanos PT, Lysaker PH, Silverstein SM, et al. A randomized controlled-trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019;54(11):1363–1378. doi: 10.1007/s00127-019-01702-0
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987;13(2):261–276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
- Mikhailova II. Self-stigmatization of mentally ill patients: description and typology. *Psychiatry*. 2004;2(8):23–30. Russian.
- Yastrebov VS, Enikolopov SN, Mikhailova II. Self-stigmatization of patients with major mental illnesses. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2005;105(11):50–54.
- Birchwood M, Smith J, Drury V, et al. A self report Insight Scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity

- to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89(1):62–67. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb01487.x
21. Hogan TP, Awad AG, Eastwood RA. Self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*. 1983;13(1):177–183. doi: 10.1017/s0033291700050182
 22. Otdel'nova KA. Determination of the required number of observations in social and hygienic studies. *Sb. trudov 2-go MMI*. 1980;150(6):18–22. Russian.
 23. Favre S, Richard-Lepouriel H. Self-stigma and bipolar disorder: A systematic review and best-evidence synthesis. *Journal of Affective Disorders*. 2023;335(15):273–288. doi: 10.1016/j.jad.2023.05.041
 24. Perich T, Mitchell PB, Vilus B. Stigma in bipolar disorder: a current review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022;56(9):1060–1064. doi: 10.1177/00048674221080708
 25. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013;12(2):155–164. doi: 10.1002/wps.20040
 26. Karidi MV, Vassilopoulou D, Savvidou E, et al. Bipolar disorder and self-stigma: a comparison with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders*. 2015;184:209–215. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.038
 27. Vasilchenko KF, Drozdovskii YuV. Internalized stigma and social adaptation levels among patients with first episode schizophrenia. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018;1(98):30–35. doi: 10.26617/1810-3111-2018-1(98)-30-35
 28. Feldhaus T, Falke S, von Gruchalla L, et al. The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*. 2018;261(3):391–399. doi: 10.1016/j.psychres.2018.01.012
 29. Novick D, Montgomery W, Treuer T, et al. PMH10 — Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*. 2015;15:189. doi: 10.1186/s12888-015-0560-4
-