

# Вычислительная психиатрия в типологии стигматизации у пациентов с психическими расстройствами: эксплицитная и имплицитная интернализованная СТИГМА

Computational psychiatry approach to stigma subtyping in patients with mental disorders: explicit and implicit internalized stigma

doi: 10.17816/CP6556

Оригинальное исследование

Mikhail Sorokin<sup>1</sup>, Natalia Lutova<sup>1</sup>,  
Maria Bocharova<sup>1,2</sup>, Maria Khobeys<sup>1</sup>, Viktor Wied<sup>1</sup>

<sup>1</sup> V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for  
Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

<sup>2</sup> IoPPN-King's College London, London, UK

Михаил Сорокин<sup>1</sup>, Наталия Лутова<sup>1</sup>,  
Мария Бочарова<sup>1,2</sup>, Мария Хобейш<sup>1</sup>, Виктор Вид<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский  
центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> Институт психиатрии, психологии и нейронаук,  
Королевский Колледж Лондон, Лондон, Великобритания

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Psychiatric stigma has potentially controversial effects on patients' health-related behaviors. It appears that both stigmatization and motivation in psychiatric patients are heterogeneous and multi-dimensional, and that the relationship between stigma and treatment motivation may be more complex than previously believed.

**AIM:** To determine psychiatric stigma subtypes as they relate to treatment motivation among inpatients with various mental disorders.

**METHODS:** Sixty-three psychiatric inpatients were examined by the Treatment Motivation Assessment Questionnaire (TMAQ) and the Russian version of Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI). K-Means cluster and dispersion analysis were conducted.

**RESULTS:** Cluster 3 (25 subjects) was the least stigmatized. Cluster 1 (18 subjects) showed an "explicit stigma." Cluster 2 (20 subjects) showed an "implicit stigma" that took the form of the lowest treatment motivation compared to other clusters. "Implicitly" stigmatized patients, in contrast to "explicitly" stigmatized individuals, showed a decline in 3 out of 4 TMAQ factors (Mean dif.=1.05–1.67).

**CONCLUSION:** Cooperation with doctors, together with reliance on one's own knowledge and skills to cope with the disorder, might be the way to overcome an internalized stigma for patients with mental disorders.

## АННОТАЦИЯ

**ВВЕДЕНИЕ:** Психиатрическая стигма имеет потенциально противоречивое влияние на поведение пациентов, связанное со здоровьем. Похоже, что стигматизация и мотивация пациентов с психическими расстройствами являются гетерогенными и многогранными характеристиками, и взаимосвязь между внутренней стигмой и мотивацией к лечению может быть более сложной, чем рассматривалось ранее.

**ЦЕЛЬ:** Определить подтипы психиатрической стигмы в их связи с терапевтической мотивацией у пациентов стационара, имеющих различные психические расстройства.

**МЕТОДЫ:** Было обследовано 63 пациента психиатрического стационара с помощью опросника оценки мотивации к лечению (ТМАQ) и русскоязычной версии шкалы интернализированной стигмы психического заболевания (ISMI). Выполнены дисперсионный и кластерный анализ методом k-средних.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** Кластер 3 (25 человек) оказался наименее стигматизированным. Кластер 1 (18 человек) показал эксплицитную стигму. Кластер 2 (20 человек) показал имплицитную стигму, проявляющуюся, в частности, через самую низкую мотивацию к лечению среди других кластеров. Имплицитно стигматизированные пациенты, в отличие от эксплицитно стигматизированных, в структуре мотивации к лечению демонстрировали снижение по 3-м из 4-х факторов ТМАQ (Mean dif.=1,05–1,67).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Существует категория пациентов с психическими расстройствами, которые преодолевают психиатрическую стигму за счет сотрудничества с врачами и опоры на собственные знания и навыки в преодолении болезни.

**Keywords:** *patient engagement; motivation; mental disorders; stigma; prejudice*

**Ключевые слова:** *вовлеченность пациента; мотивация; психические расстройства; стигма; предрассудение*

## ВВЕДЕНИЕ

Развитие психических расстройств часто сопровождается изменением отношения человека к самому себе и переоценкой отношений с близкими людьми. В литературе трансформация личности у пациентов с психотическими расстройствами обычно обсуждается с точки зрения ролевой перестройки и социальной дезадаптации, самостигматизации, симптоматического (патологического) изменения личности, когнитивных нарушений, а также возможностей личностного роста [1]. Примечательно, что психологические эффекты деморализации не уникальны для страдающих психотическими расстройствами: более чем в 20% случаев они являются обычной реакцией на любую серьезную проблему со здоровьем [2]. Клинические последствия в этом случае связаны не только с социальной дезадаптацией, но и с психосоматическими, тревожными и депрессивными расстройствами [3]. Таким образом, последствия стигматизации как клинического явления, связанного с деморализацией, для некоторых пациентов могут стать «второй болезнью».

У пациентов с психическими расстройствами интернализация воспринимаемой стигмы, развивающаяся как результат реакции на социальную стигму, встречается особенно часто и сопровождается нарушением выздоровления, снижением энергетических возможностей, снижением уверенности в себе и собственной эффективности [4, 5]. С другой стороны, продемонстрирована эффективность таргетных вмешательств, направленных на предотвращение интернализации пациентами воспринимаемой стигмы и негативного социального отношения, для копинг-стратегий и ориентации на выздоровление [6]. Однако взаимосвязь между интернализированной стигмой (ИС), социальным избеганием и качеством жизни в настоящее время является спорным вопросом, и даже в совокупности эти характеристики не позволяют достоверно прогнозировать широту спектра поведения стигматизированных пациентов в ходе терапевтического процесса [4]. В частности, приверженность лечению также во многом определяется мотивацией и уровнем понимания болезни [7, 8]. Предыдущие исследования показали,

что более высокая ИС сопряжена с меньшей приверженностью лечению во всех группах пациентов с психическими расстройствами [9, 10]. В то же время в другом исследовании более высокая степень заболевания по оценке самого пациента оказалась предиктором лучшей приверженности лечению, несмотря на негативное влияние стигматизации [11]. Представляется, что и стигматизация, и мотивация к лечению у пациентов психиатрического профиля являются гетерогенными и многомерными характеристиками, и их взаимосвязь может быть более сложной, чем считалось ранее.

Целью нашего исследования было с помощью вычислительного подхода определить феноменологические подтипы (кластеры) психиатрической стигмы в связи с мотивацией к лечению у стационарных пациентов с различными психическими расстройствами.

Задачи исследования: (1) изучить интернализированную стигму во всех ее подвидах; (2) изучить типичные связи между типами мотивации к лечению и подтипами интернализированной стигмы.

Авторами была проверена гипотеза о существовании категории пациентов психиатрического профиля, способных противостоять стигме за счет формирования специфической структуры мотивации к лечению. Второе предположение состояло в том, что пациенты с психотическими расстройствами и разными типами стигматизации имели разные клинические характеристики.

## **МЕТОДЫ**

### **Дизайн исследования**

Для достижения поставленной цели был выбран наблюдательный когортный дизайн исследования. Для цифрового фенотипирования групп пациентов в процедуре кластеризации данных использовали поперечные психосоциальные переменные.

### **Формирование выборки и отбор участников**

Пациенты были набраны из стационарного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Пациентов включали в исследование, если они были в возрасте от 18 до 65 лет; получали психофармакологическое лечение по поводу обострения психотических, аффективных или тревожных расстройств или декомпенсации расстройств личности (выборка пациентов с тяжелыми

психическими расстройствами [4, 7, 12, 13], у которых ожидаемые уровни психиатрической стигматизации были наиболее высокими), были близки к достижению ремиссии; и имели возможность понимать процедуры исследования и соглашаться их соблюдать. Пациентов исключали из исследования, если они не могли участвовать в исследовании из-за низких когнитивных способностей или отзывали согласие на любом этапе исследования.

### **Правовой и этический контроль за проведением исследования**

Участие в данном исследовании было добровольным и осуществлялось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации, подтвержденной ЭСО/НЭК (№ 72 ЕК-1-105/18 от 25.09.2018 года).

### **Исследуемые параметры**

Из медицинских карт были получены следующие сведения о социально-демографических, клинико-анамнестических параметрах пациентов: пол, возраст, семья, дети, образование, род занятий, длительность заболевания и количество предшествующих госпитализаций.

У всех пациентов выборки была проведена оценка мотивации к лечению и уровня ИС. Мотивацию к лечению оценивали с помощью опросника оценки мотивации к лечению (Treatment Motivation Assessment Questionnaire, TMAQ), разработанного на основе шкалы мотивации пациента к психофармакотерапии, созданной в Отделении интегративной фармакопсихотерапии [8]. Опросник включает 20 пунктов. Математический алгоритм их оценки позволяет получить 5 стандартизированных показателей в Z-баллах. Структура опросника отражает 4 мотивационных фактора: (1) опора на собственные знания и навыки по преодолению заболевания; (2) осознание необходимости лечения, (3) осознание психологического механизма болезненной дезадаптации и (4) готовность сотрудничать с врачом. Все пункты оценивали по пятибалльной шкале Лайкерта (от 1=«абсолютно не согласен» до 5=«полностью согласен»), по которой более высокие баллы отражали более высокий уровень мотивации к лечению. Окончательная внутренняя согласованность TMAQ оказалась хорошей (альфа Кронбаха 0,842). Конвергентная, параллельная и дискриминантная

валидность опросника подтверждена и описана в предыдущих публикациях [14, 15].

Самостигматизацию измеряли с помощью русскоязычной версии шкалы ИС психического заболевания (Internalized Stigma of Mental Illness, ISMI) [16]. Проверка русского перевода ISMI в настоящее время продолжается, и результаты предварительного анализа согласуются с пятифакторной структурой, описанной в оригинальной английской версии (отчуждение, одобрение стереотипов, опыт дискриминации, социальная изоляция и сопротивление стигматизации). Оригинальная шкала ISMI включает 29 пунктов, каждый из которых оценивается по 4-балльной шкале от 1=«абсолютно не согласен» до 4=«полностью согласен».

Результаты, полученные с помощью этих опросников, использовали для проверки основной гипотезы о связи типологии стигмы и мотивации к лечению в выборке в целом. Частота ответов в этой части исследования с самостоятельным заполнением опросников составила 100%. Вторую гипотезу проверяли только у пациентов с психотическими расстройствами (шизофрения, органическое аффективное расстройство (с маниакальными чертами) и шизофреноподобными расстройствами: коды F2, F06.3 и F06.2 по МКБ-10). Текущее клиническое состояние пациентов оценивали с помощью наиболее распространенных психометрических инструментов, имеющих также валидированные версии на русском языке: Краткой психиатрической оценочной шкалы (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) [17], шкалы оценки негативных симптомов (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS) [18] и глобального функционирования (Global Assessment of Functioning, GAF) [19]. Частота ответа по данным шкал составила 93,6%.

### Статистический анализ

Анализ таких разнородных и размерных параметров исследования требует специальных статистических методов.

Первый этап исследования включал поисковый анализ с описанием выборки, оценку нормальности полученных распределений (с помощью z-критерия Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса на значимость) и описание мер центральной тенденции.

Следующим этапом было проведение кластерного анализа выборки методом k-средних (IBM SPSS

Statistics) по подшкалам ИС психического заболевания (ранее стандартизированных с помощью Z-оценок) и факторам опросника мотивации к лечению (имеют только Z-оценки) в соответствии с общепринятыми статистическими и методологическими подходами [20], распространенными в практике [12, 21].

Далее выполняли сравнение клинических и социально-демографических характеристик пациентов в пределах полученных кластеров. Основной анализ исследования проводили с использованием однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) и t-критерия Стьюдента для параметрических данных, H-критерия Крускала-Уоллиса и U-критерия Манна-Уитни для непараметрических данных, а также критерия хи-квадрат Пирсона или точного критерия Фишера для номинальных шкал.

В дальнейшем для каждого полученного кластера проводили отдельную оценку характера распределения данных для включенных пациентов и описывали показатели центральной тенденции с использованием методов, аналогичных упомянутым выше.

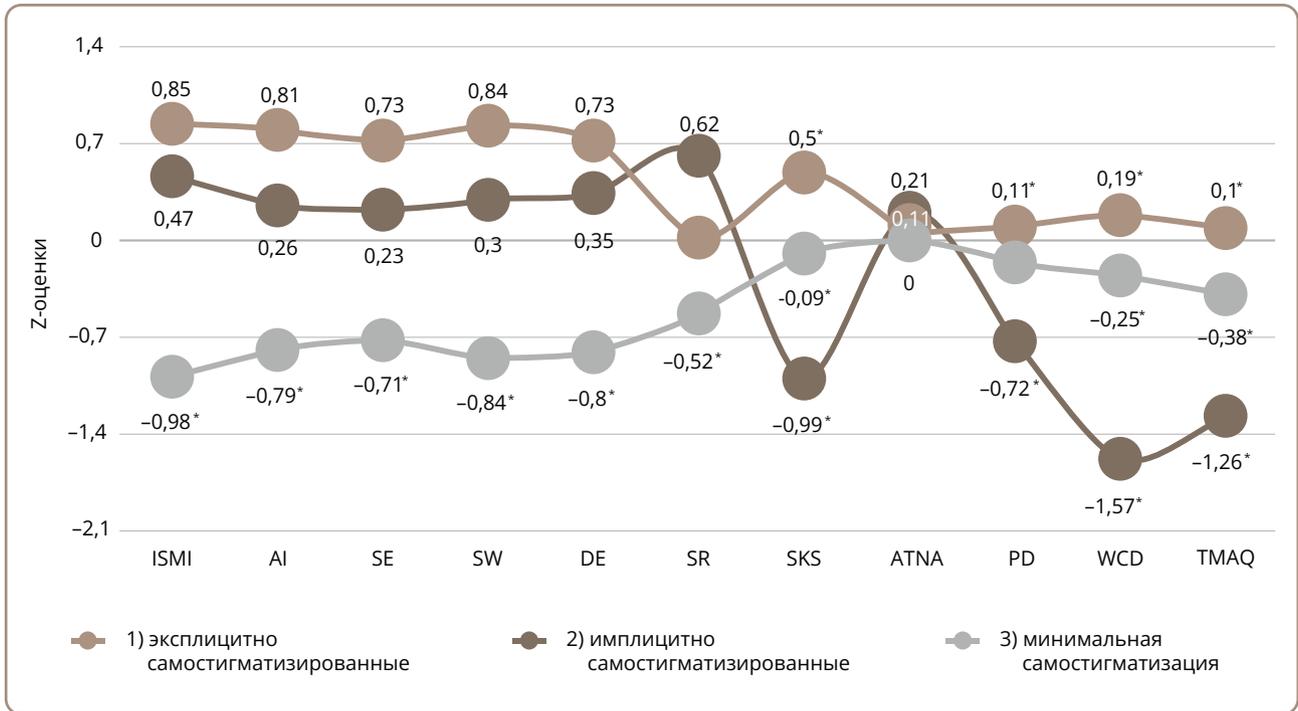
Следующим шагом было сравнение средних (или средних рангов, в зависимости от результатов оценки нормальности распределения) подшкал ИС и подшкал, оценивающих структуру и силу мотивации пациентов к лечению, аналогично с использованием дисперсионного анализа. Для ясности и согласованности все результаты были представлены в виде средних значений (SD). Различия считали достоверными при  $p \leq 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Характеристика выборки

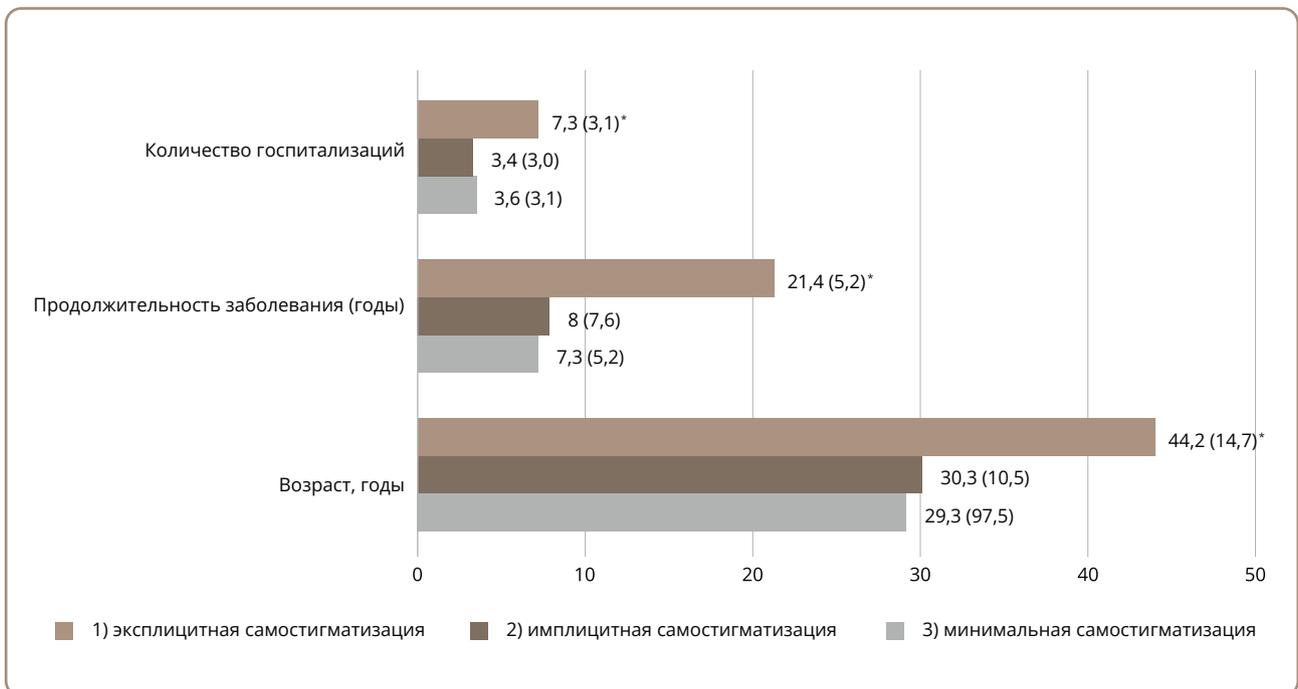
В выборку вошли 63 пациента психиатрического стационара [коды диагнозов по МКБ-10: F2,  $n=41$  (65%), F3,  $n=8$  (13%), F4/F6,  $n=8$  (13%), F06,  $n=6$  (9%)]. Средний возраст пациентов составил 34 (13) лет, средняя продолжительность болезни — 12 (11) лет; 67% пациентов были женского пола.

Средние значения основных исследуемых характеристик во всей выборке были следующими. Суммарная Z-оценка по TMAQ (интенсивность мотивации к лечению) — 0,29 (0,88) и факторов TMAQ: опора на собственные знания и умения справляться с расстройством -0,04 (0,98); понимание необходимости лечения -0,08 (0,95); понимание психологических механизмов болезненной дезадаптации -0,01 (0,92); готовность активно участвовать в лечебном процессе -0,09 (1,0). Суммарный балл по шкале ISMI (интенсивность



**Рисунок 1. Три кластера интернализированной стигмы в связи с мотивацией к лечению у психиатрических стационаров.**

Примечание: \* средние показатели по кластеру пациентов, относительно которых указаны числовые значения без звездочки различаются с  $p \leq 0,05$ ; численно обозначены только значения со статистически значимыми различиями. Параметры шкалы ISMI: ISMI — суммарный балл, AI — отчуждение, SE — одобрение стереотипов, SW — социальная изоляция, DE — опыт дискриминации, SR — сопротивление стигматизации. Параметры опросника TMAQ: SKS — опора на собственные знания и навыки по преодолению заболевания, ATN — осознание необходимости лечения, APD — осознание психологического механизма болезненной дезадаптации, WCD — готовность сотрудничать с врачом, TMAQ — суммарный балл.



**Рисунок 2. Статистически значимые различия между кластерами.**

Примечание: \*  $p \leq 0,05$ .

Таблица 1. Социально-демографические и клинические характеристики изученных кластеров

Характеристики		Распространенность в кластере, N (%)			$\chi^2$ (df)
		1-й кластер, n=18	2-й кластер, n=20	3-й кластер, n=25	
Пол	Мужской	3 (4,8)	13 (20,6)	5 (7,9)	13,3 (2)***
	Женский	15 (23,8)	7 (11,1)	20 (31,8)	
Семья	Женат/замужем	6 (9,5)	6 (9,5)	9 (14,3)	0,2 (2)
	Холост/не замужем	12 (19,1)	14 (22,2)	16 (25,4)	
Дети	Да	7 (11,1)	4 (6,4)	11 (17,5)	3,0 (2)
	Нет	11 (17,5)	16 (25,4)	14 (22,2)	
Образование	Начальное	4 (6,4)	10 (15,8)	5 (7,9)	6,0 (4)
	Среднее	5 (7,9)	3 (4,8)	5 (7,9)	
	Высшее	9 (14,3)	7 (11,1)	15 (22,7)	
Занятость	Работает	8 (12,8)	4 (6,4)	11 (17,5)	3,4 (2)
	Безработный/ая	10 (15,8)	16 (25,4)	14 (22,2)	
МКБ-10	F2	12 (19,1)	15 (22,7)	14 (22,2)	4,8 (6)
	F3	3 (4,8)	1 (1,6)	3 (4,8)	
	F4+F6	1 (1,6)	2 (3,2)	6 (9,6)	
	F0	2 (3,2)	2 (3,2)	2 (3,2)	

Примечание: значение \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

самостигматизации) составил 2,47 (0,49); оценки по подшкалам ISMI: отчуждение 2,46 (0,75); одобрение стереотипов 2,12 (0,56); опыт дискриминации 0,11 (0,64); социальная изоляция 2,23 (0,71); сопротивление стигматизации 3,44 (0,63).

### Кластеры пациентов на основе оценок по ISMI и TMAQ

Кластерный анализ оценок ISMI и факторов TMAQ выявил три кластера пациентов, что позволило разделить ИС в зависимости от структуры терапевтической мотивации на «эксплицитно самостигматизированных» (1-й кластер), «имплицитно самостигматизированных» (2-й кластер) пациентов и пациентов без специфических признаков самостигматизации, т.е. с «минимальной самостигматизацией» (3-й кластер). Результаты кластерного анализа представлены на рис. 1.

### Клинико-демографическая характеристика пациентов в кластерах

У пациентов из двух кластеров с самостигматизацией (1-й и 2-й) отмечены достоверные различия по всем параметрам, связанным со временем: возрасту ( $d$  Коэна=1,1), продолжительности болезни ( $d$  Коэна=2,1), госпитализациям в анамнезе ( $d$  Коэна = 1,3) (рис. 2).

В трех полученных кластерах пациентов не выявлено различий по основным социально-демографическим и клиническим характеристикам, за исключением преобладания негативной симптоматики и социальной дезадаптации, а также различий по полу (табл. 1 и табл. 2).

### Характеристики интернализованной стигмы и мотивации к лечению в кластерах пациентов

Согласно ANOVA с апостериорными тестами, у 18 пациентов в 1-м кластере (29% выборки) были более высокие уровни общей ИС ( $dif=0,90$ ,  $SE=0,089$ ,  $sig < 0,001$ ) из-за более высокого уровня отчуждения ( $dif=1,20$ ,  $SE=0,17$ ,  $sig < 0,001$ ), одобрения стереотипов ( $dif=0,81$ ,  $SE=0,14$ ,  $sig < 0,001$ ), социальной изоляции ( $dif=1,09$ ,  $SE=0,14$ ,  $sig < 0,001$ ) и опыта дискриминации ( $dif=1,09$ ,  $SE=0,17$ ,  $sig < 0,001$ ) по сравнению с 25 пациентами из 3-го кластера (40% выборки). Особенности структуры стигмы в 1-м кластере мы определили как «эксплицитную» самостигматизацию.

У 20 пациентов из 2-го кластера (32% выборки) был выше уровень самостигматизации ( $dif=0,71$ ,  $SE=0,09$ ,  $sig < 0,001$ ) по сравнению с пациентами из 3-го кластера за счет более низкого уровня устойчивости

Таблица 2. Психометрические характеристики пациентов с психотическими расстройствами (F2, F06)

Характеристики		Распространенность в кластере, N (%)			χ <sup>2</sup> (df)
		1-й кластер n=14	2-й кластер n=17	3-й кластер n=16	
BPRS	≥60 баллов	2 (4,3)	3 (6,4)	5 (10,6)	2,2 (4)
	40–60 баллов	9 (19,1)	11 (23,4)	8 (17,0)	
	≤40 баллов	1 (2,1)	2 (4,3)	3 (6,4)	
SANS	≥60 баллов	6 (12,8)	6 (12,8)	1 (2,1)	9,9 (4) *
	30–60 баллов	4 (8,5)	6 (12,8)	5 (10,6)	
	≤40 баллов	2 (4,3)	4 (8,5)	10 (21,3)	
GAF	≤40 баллов	4 (8,5)	6 (12,8)	3 (6,4)	13,2 (4) **
	40–60 баллов	7 (14,9)	9 (19,1)	4 (8,5)	
	≥60 баллов	1 (2,1)	1 (2,1)	9 (19,1)	

Примечание: значение \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

к самостигматизации ( $dif=-0,71$ ,  $SE=0,17$ ,  $sig < 0,001$ ). Подтип стигмы у пациентов 2-го кластера мы определили как «имплицитную» стигму.

Пациенты 2-го кластера имели самую низкую мотивацию к лечению по сравнению с пациентами в 1-м и 3-м кластерах ( $dif=-1,53$ ,  $SE=0,20$ ,  $sig < 0,001$ ;  $dif=-1,14$ ,  $SE=0,19$ ,  $sig < 0,001$ ) за счет самого низкого фактора TMAQ 1 (опора на собственные знания и навыки по преодолению заболевания;  $dif=-1,67$ ,  $SE=0,22$ ,  $sig < 0,001$ ;  $dif=-1,31$ ,  $SE=0,21$ ,  $sig < 0,001$ ) и фактора 4 (готовность к сотрудничеству с врачом;  $dif=-1,19$ ,  $SE=0,29$ ,  $sig=0,01$ ;  $dif=-1,13$ ,  $SE=0,26$ ,  $sig < 0,001$ ).

Эксплицитно и имплицитно стигматизированные пациенты отличались друг от друга по фактору TMAQ 3 (осведомленность о психологическом механизме болезненной дезадаптации), который был ниже в имплицитно стигматизированной группе ( $dif=-1,05$ ,  $SE=0,27$ ,  $sig=0,01$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ

В данном исследовании совокупная доля пациентов с психическими расстройствами, у которых была выражена ИС, составила 60%, что выше распространенности реакций психологической деморализации (24%) у пациентов с непсихиатрическими расстройствами [3].

В выборке пациентов психиатрического стационара наблюдали три клинически различных типа интернализации психиатрической стигмы, связанные с мотивацией к лечению. Этот результат подтвердил первую гипотезу о существовании пациентов психиатрического профиля, способных противостоять стигме

за счет формирования специфической структуры мотивации к лечению.

Наиболее благоприятный тип реакции на психические расстройства выявлен у большей части выборки с минимальной самостигматизацией по ISMI и благоприятной структурой мотивации к лечению по TMAQ (3-й кластер, 40%). У пациентов в 1-м (29%) и 2-м кластере (32%) отмечали эффекты отчуждения, одобрения стереотипов, социальной изоляции и опыта дискриминации по шкале ISMI. Тем не менее, у пациентов в 1-м и 2-м кластерах наблюдали различное поведение, связанное со здоровьем, за счет различий в мотивации к лечению.

Пациенты из 1-го кластера могли перенести стигму за счет работы с врачами и опоры на собственные знания и навыки по преодолению заболевания (по данным TMAQ). По этой причине в связи с хорошей способностью пациентов этого кластера справляться со стрессом в процессе лечения, мы назвали самостигматизацию для этой категории пациентов психиатрического стационара «эксплицитной самостигматизацией».

У пациентов из 2-го кластера отмечены самые высокие баллы по подшкале устойчивости к стигме с обратным кодом согласно ISMI. В результате они пассивно принимали роль «психически больного человека» и проявляли минимальную мотивацию к лечению, что подтверждали результаты по шкале TMAQ — пациенты проявляли наименьшую выраженность мотивации к лечению и слабое осознание психологического механизма дезадаптации. По этой причине в связи с отсутствием активной

позиции против интернализации стигмы пациенты данного кластера были отнесены к категории «имплицитно самостигматизированных».

Уровни патологической дезадаптации и негативной симптоматики (по шкалам GAF и SANS соответственно) у пациентов с шизофренией, органическим аффективным расстройством (с маниакальными чертами) и шизофреноподобными расстройствами в 1-м и 2-м кластерах были сопоставимы. У них были выраженные негативные симптомы (оценка по SANS более 60 баллов) и умеренные негативные симптомы (оценка по SANS от 40 до 60 баллов). Социальная дезадаптация характеризовалась преимущественно умеренными оценками по шкале GAF (от 40 до 60 баллов). У пациентов из 3-го кластера отмечалась редкая дезадаптация по шкале GAF и низкая распространенность негативной симптоматики по шкале SANS. Количество пациентов с шизофренией, органическим аффективным расстройством (с маниакальными чертами) и шизофреноподобными расстройствами в 1-м, 2-м и 3-м кластерах было сопоставимо. Таким образом, данный результат частично подтвердил вторую гипотезу исследования: различия в клинических характеристиках пациентов с разными типами стигматизации явно проявлялись между «самостигматизированными» (1-й и 2-й кластеры) и «минимально стигматизированными» (3-й кластер), но не между пациентами с двумя типами ИС мотивированных и не мотивированных на лечение (1-й и 2-й кластеры). Этот вывод согласуется с большим количеством доказательств того, что уменьшение самостигмы в психиатрической реабилитационной работе сопровождается не только повышением комплаентности, но также уменьшением симптоматики [22] и социальной дезадаптации [13].

У двух подтипов стигматизированных пациентов (1-й и 2-й кластеры) отмечали различия в клинических и социально-демографических характеристиках. В 1-й кластер (включающий лиц, мотивированных к лечению и испытывающих стигматизацию) вошли пациенты пожилого возраста с более длительным течением болезни и повторными госпитализациями. Наиболее уязвимую группу составили пациенты 2-го кластера, у которых, в отличие от пациентов 1-го кластера, была ИС без формирования интенсивной мотивации к лечению. Эти пациенты были моложе, продолжительность болезни была короче, меньше госпитализаций, они были преимущественно мужчинами.

## Сильные стороны и ограничения

У исследования есть несколько ограничений. Первое ограничение — размер выборки. Однако пилотные исследования по данной теме довольно часто опираются на небольшие выборки: около 15% из 111 статей, вошедших в обзор [23], описывали сравнимые с нашим или меньшие размеры выборки. Вторым ограничением является поперечный, а не продольный дизайн исследования, что создает необходимость подтверждения выявленных закономерностей в дальнейших наблюдательных исследованиях.

Наблюдательный характер данного исследования также определяет нозологическую неоднородность выборки, что, тем не менее, отражает обращаемость за стационарной психиатрической помощью в НМИЦ и достаточно часто встречается в исследованиях по психологии лечебного процесса [4, 9, 10].

Существенным общим методологическим ограничением является неопределенность конструкт ИС или самостигмы. В связи с этим мы применяли один из наиболее широко используемых психометрических инструментов (шкала ISMI), в силу своей распространенности известный как консенсусный метод оценки феномена стигмы [16]. В литературе также описаны существенные различия в распространенности, восприятии и интернализации психиатрической стигмы в разных культурах [5]. Это подчеркивает актуальность и необходимость расширения транскультурных исследований психологических реакций людей с психическими заболеваниями с целью выявления универсальных факторов защиты от самостигматизации.

Основная сильная сторона и основной практический результат этого исследования заключаются в выявлении лиц с имплицитной самостигматизацией (2-й кластер), проявляющих заметно сниженную мотивацию к лечению среди всех самостигматизированных пациентов. Эти наблюдения, не связанные с различиями в нозологии или позитивных симптомах между пациентами 2-го кластера и пациентами, относящимися к двум другим группам (1-й и 3-й кластеры), подчеркивают потенциальное влияние личных качеств пациентов и течения болезни на интернализацию стигмы. Дальнейшее изучение психологических механизмов и клинических факторов, вызывающих феномен самостигматизации, особенно с точки зрения мотивированного и немотивированного отношения

к лечению, дает надежду на разработку более индивидуальных и личностно-ориентированных подходов в психиатрической реабилитации лиц с тяжелыми психическими расстройствами.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В выборке пациентов психиатрического стационара наблюдались три клинически различных типа реакции на психические расстройства, что позволило выявить различные подтипы психиатрической самостигматизации в зависимости от типа мотивации к лечению. Склонность пациентов с психическими расстройствами к самостигматизации связана с более выраженной болезненной дезадаптацией и тяжелыми негативными, но не позитивными симптомами. Формирование благоприятного или менее благоприятного подтипа ИС опосредуется преимущественно течением заболевания и полом пациентов, а не диагнозом и тяжестью симптомов. Выявление таких транснозологических феноменов, как стигма и мотивация к психиатрическому лечению, дает нам перспективную возможность для разработки личностного, а не нозологически ориентированного подхода (персонализированного) к реабилитации пациентов. В зависимости от поведения, связанного со здоровьем, выделены два подтипа психиатрической стигмы. «Эксплицитный» подтип самостигматизации можно считать более благоприятным, чем «имплицитный», в связи с конструктивным типом отношения к лечению и интенсивной мотивацией к лечению среди пациентов с эксплицитной самостигматизацией.

## **История публикации:**

**Статья поступила:** 11.05.2023

**Статья принята:** 14.08.2023

**Публикация:** 31.08.2023

**Благодарности:** Авторы выражают благодарность Герасимчук Екатерине за техническую помощь во время подготовки рукописи.

**Финансирование:** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов:** М.Ю. Сорокин: разработка дизайна исследования, получение данных для анализа, анализ полученных данных; М.Ю. Сорокин, М.О. Бочарова, М.А. Хобейш: написание текста рукописи; М.Ю. Сорокин, М.О. Бочарова: обзор публикаций по теме статьи; М.Ю. Сорокин, Н.Б. Лутова, В.Д. Вид: разработка идеи, постановка целей исследования, обсуждение результатов и формирование выводов. Все авторы внесли значительный вклад в исследование и подготовку статьи, прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи перед публикацией.

## **Цитировать:**

Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Бочарова М.О., Хобейш М.А., Вид В.Д. Вычислительная психиатрия в типологии стигматизации у пациентов с психическими расстройствами: эксплицитная и имплицитная интернализованная стигма // Consortium Psychiatricum. 2023. Т.4, №3. CP6556. doi: 10.17816/CP6556

## **Информация об авторах**

**\*Михаил Юрьевич Сорокин**, к.м.н., Ученый секретарь, Старший научный сотрудник отделения интегративной фармакотерапии больных психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2502-6365>, e-Library SPIN-код: 7807-4497, Scopus Author ID: 57191369987, Researcher ID: AAN-5757-2020  
E-mail: m.sorokin@list.ru

**Наталья Борисовна Лутова**, д.м.н., Руководитель отделения интегративной фармакотерапии больных психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>, e-Library SPIN-код: 1890-9182, Scopus Author ID: 6506495244, Researcher ID: AAN-6629-2020

**Мария Олеговна Бочарова**, Младший научный сотрудник отделения интегративной фармакотерапии больных психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; Научный сотрудник отделения психиатрии пожилого возраста Института психиатрии, психологии и нейронаук Королевского Колледжа Лондон; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2113-699X>, Scopus Author ID: 57197829164

**Мария Александровна Хобейш**, Младший научный сотрудник отделения интегративной фармакотерапии больных психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8860-986X>, e-Library SPIN-код: 2167-4923, Scopus Author ID: 57273052100, Researcher ID: ABM-6184-2022

**Виктор Давыдович Вид**, д.м.н., Профессор, Главный научный сотрудник отделения интегративной фармакотерапии больных

психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7334-2165>, Scopus Author ID: 6603072792

\*автор, ответственный за переписку

## Список литературы

1. Conneely M, McNamee P, Gupta V, Richardson J, Priebe S, Jones JM, et al. Understanding identity changes in psychosis: a systematic review and narrative synthesis. *Schizophrenia Bulletin*. 2020;47(2):309-22. doi:10.1093/schbul/sbaa124.
2. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S. A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;49(3):595-610. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.07.008.
3. Rafanelli C, Guidi J, Gostoli S, Tomba E, Porcelli P, Grandi S. Subtyping demoralization in the medically ill by cluster analysis. *European Journal of Psychiatry*. 2013;27(1):7-17. doi: 10.4321/S0213-61632013000100002.
4. Jahn DR, Leith J, Muralidharan A, Brown CH, Drapalski AL, Hack S, et al. The influence of experiences of stigma on recovery: mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2020;43(2):97-105. doi:10.1037/prj0000377.
5. Yu B, Chio F, Mak W, Corrigan PW, Chan K. 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.
6. Alonso M, Guillén AI, Muñoz M. Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: a systematic review. *The Spanish Journal of Psychology*. 2019;22. doi: 10.1017/sjp.2019.9.
7. Noordraven EL, Wierdsma AI, Blanken P, Bloemendaal AF, Mulder CL. Depot-medication compliance for patients with psychotic disorders: the importance of illness insight and treatment motivation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:269-74. doi: 10.2147/NDT.S97883.
8. Sorokin MY, Lutova NB, Wied VD. The role of treatment motivation subsystems in the overall structure of compliance in patients undergoing psychopharmacotherapy. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2017;47(8):890-4. doi: 10.1007/s11055-017-0486-z.
9. Buchman-Wildbaum T, Váradi E, Schmelowszky Á, Griffiths MD, Demetrovics Z, et al. Targeting the problem of treatment non-adherence among mentally ill patients: the impact of loss, grief and stigma. *Psychiatry Research*. 2020;290:113140. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113140.
10. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K, Krnacova B, et al. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:1289-98. doi: 10.2147/PPA.S99136.
11. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*. 2001;52(12):1615-20. doi:10.1176/appi.ps.52.12.1615.
12. Hasson-Ohayon I, Mashiach-Eizenberg M, Lysaker PH, Roe D. Self-clarity and different clusters of insight and self-stigma in mental illness. *Psychiatry Research*. 2016;240:308-13. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.060.
13. Díaz-Mandado O, Periañez JA. An effective psychological intervention in reducing internalized stigma and improving recovery outcomes in people with severe mental illness. *Psychiatry Res*. 2021;295:113635. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113635.
14. Sorokin MY, Neznanov NG, Lutova NB, Wied VD. Revisiting drug compliance: the Need for a holistic approach in the treatment of severe mental disorders. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(3):17-25. doi:10.17816/CP93.
15. Lutova NB, Sorokin MY, Makarevich OV, Wied VD. The subjective concept of morbidity: its assessment and connection with the motivation for treatment in persons who underwent psychosis. *VM Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2020;(2):73-9. doi:10.31363/2313-7053-2020-2-73-79. Russian.
16. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(1):221-31. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.06.005.
17. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*. 1962;10(3):799-812. doi: 10.2466/pr0.1962.10.3.799.
18. Andreasen NC. Negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1982;39(7):784. doi: 10.1001/archpsyc.1982.04290070020005.
19. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale. *British Journal of Psychiatry*. 1995;166(5):654-9. doi:10.1192/bjp.166.5.654.
20. Cross CL. Statistical and methodological considerations when using cluster analysis in neuropsychological research. In: Allen D, Goldstein G., editors. *Cluster Analysis in Neuropsychological Research*. New York: Springer; 2013. p. 13-35. doi: 10.1007/978-1-4614-6744-1\_2.
21. Benassi M, Garofalo S, Ambrosini F, Sant'Angelo RP, Raggini R, De Paoli G, et al. Using two-step cluster analysis and latent class cluster analysis to classify the cognitive heterogeneity of cross-diagnostic psychiatric inpatients. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1085. doi:10.3389/fpsyg.2020.01085.
22. Gaebel W, Zäske H, Hesse K, Klingberg S, Ohmann C, Grebe J, et al. Promoting stigma coping and empowerment in patients with schizophrenia and depression: results of a cluster-RCT. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2019;270:501-11. doi: 10.1007/s00406-019-01064-3.
23. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2010;13(2):73-93. doi: 10.1080/15487761003756860.