

САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ И ДИСКРИМИНАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

А.В. Голенков, проф., А.А. Ронжин

Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова, Чебоксары

Обсуждается проблема самостигматизации и дискриминации психически больных. Степень самостигматизации зависела от пола, возраста, образования и длительности болезни. Многие медицинские работники негативно относятся к пациентам, что дополнительно усиливает самостигматизацию.

Ключевые слова: самостигматизация, дискриминация, психически больные.

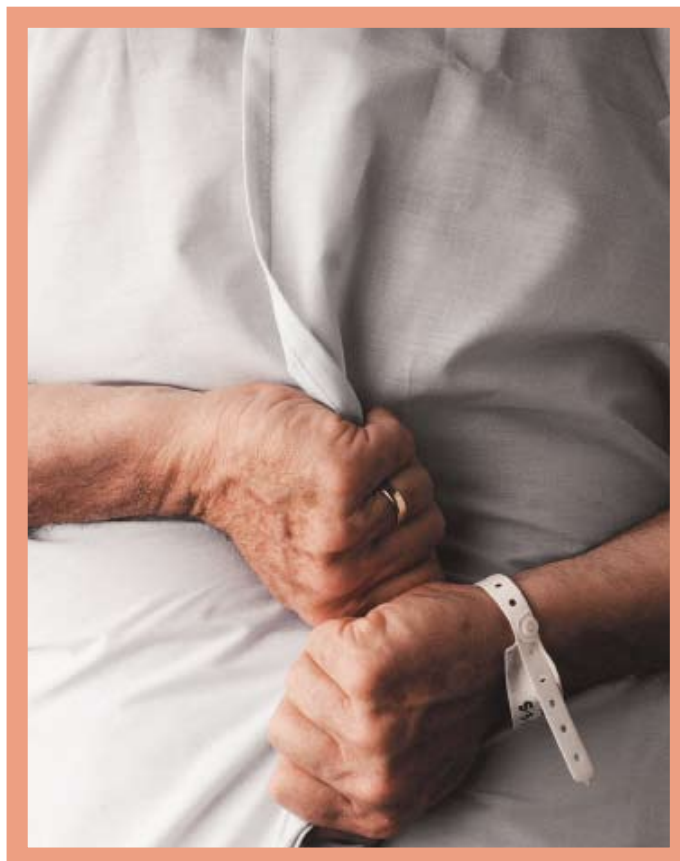
Вокруг психических расстройств (ПР) существует множество мифов, которые определенным образом отражаются на больных, членах их семей, медицинских работниках и врачах психиатрических учреждений (2–6). Это мифы о неизлечимости ПР, социальной опасности и непредсказуемости больных, тотальной профессиональной психической деформации сотрудников психиатрической службы. Общество, как правило, отрицательно, нетерпимо и настороженно относится к лицам с ПР, что проявляется ущемлением прав больных, их прямой или косвенной дискриминацией (9). Подвергаясь притеснениям, люди страдают от социального клейма порой больше, чем от самого ПР (7). В результате самостигматизации (принятие роли человека второго сорта, дефективного и др.) создается порочный круг отчуждения, приводящий больного к изоляции, стойкой нетрудоспособности, бездомности, отказу от лечения и др. (2, 6).

Целью настоящего исследования являлось изучение проявлений стигматизации и дискриминации у стационарных психически больных.

Обследовано 45 пациентов (20 мужчин и 25 женщин) от 18 до 55 лет (средний возраст – 30 лет), находящихся на стационарном лечении в Республиканской психиатрической больнице Чебоксар. Больные шизофренией составили 86% обследованных, с прочими ПР – 14% (органические ПР, эпилепсия). Длительность существования ПР колебалась от 3 мес до 20 лет (в среднем – 11 лет). Критериями включения больных в исследование явились дезактуализация галлюцинаторно-бредовых расстройств, стабилизация (значительное улучшение) психического состояния с отсутствием интеллектуально-мнестических нарушений и других ПР, определяющих поведение, оценку себя и окружающих.

Для выявления стигматизации и дискриминации использовалась анкета S. Lee et al. (9). Применяли дихотомическую систему оценки («да», «нет»). Математико-статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью *t*-критерия для относительных величин (в %).

Опрос показал, что не было ни одного больного, который бы не отметил каких-либо фактов дискриминации в



связи с ПР. Все респонденты испытывали негативные социальные последствия, связанные с болезнью, страдали под воздействием стигмы (табл. 1).

Со своей собственной семьей проживали 11 (24,4%) больных, с ближайшими родственниками (родители, братья, сестры) – 32 (71,2%); самостоятельно – 2 (4,4%). При этом 16 (35,6%) человек никогда не создавали собственную семью, разведенными были 18 (40%). Детей имели 29 (64,4%) больных.

На момент исследования постоянно работали 8 человек, перебивались случайными заработками (помощь по хозяйству, продавец) – 3, не работали 34 (75,6%). Профессиональный статус работающих оказался неизменным лишь в случаях изначально невысокого образовательного (неполное среднее образование имели 28,9% больных) и профессионального уровня (сторож, оператор котельной). Больные с высшим или средним специальным образованием (71,1%) оказались занятыми на работах, не соответствующих их образовательному и профессиональному уровням (вахтер, ку-

Частота (в %) негативных социальных последствий психических расстройств			
Темы опроса	Всего	М.	Ж.
Работа/трудоустройство			
Невозможность устроиться на работу после лечения (начала) ПР	13,3	30*	–
Увольнение с работы в связи с ПР	4,4	10	–
Отрицательные комментарии от начальства на работе	2,2	5	–
Недовольство работодателя оформлением больничного листа в связи с ПР	6,7	15*	–
Оформление отпуска для лечения в психиатрической клинике	6,7	15*	–
Предчувствие отстранения от работы вследствие ПР	13,3	30*	–
Предчувствие отказа в повышении по работе вследствие ПР	8,9	20*	–
Родственники/семья			
Члены семьи стали отмечать повышение агрессивности после начала ПР	17,8	30	8
Отрицательные комментарии от членов семьи во время обострения ПР	13,3	20	8
Ощущение неприязни/непринятия от членов семьи в связи с болезнью	6,6	5	8
Соккрытие членами семьи от других наличия ПР	17,8	30	8
Партнер (супруг) отмечал повышение агрессивности вследствие ПР	15,6	15	16
Отрицательные комментарии от него (нее) во время обострения ПР	11,1	15	8
Предчувствие, что партнер прервет отношения, если узнает о ПР	15,5	35*	–
Разрыв отношений по инициативе партнера из-за ПР	4,4	10	–
Друзья/знакомые			
Узнав о ПР, друзья стали отмечать повышение агрессивности	8,9	20*	–
Дистанцирование друзей после известия о ПР	4,4	10	–
Друзья делились с другими своими опасениями о Вашем ПР	6,6	15	–
Соккрытие ПР от сотрудников/однокурсников	26,7	35	20
Соккрытие ПР от друзей	22,2	25	20
Предчувствие, что друзья дистанцируются, если узнают о ПР	15,5	25	8
Предчувствие, что окружающие будут считать Вас агрессивным, если узнают о ПР	24,4	45*	8
Переживания, связанные с дискриминацией			
Чувство снижения своего статуса и социального положения	28,9	35	24
Мысли о самоубийстве в результате дискриминации и несправедливости	11,1	25*	–
Чувство вины в связи с началом ПР	33,3	45	24
Избегание контактов с окружающими из-за дискриминации и несправедливости	31,5	40	24
Примечание. Здесь и в табл. 2: М. – мужчины, Ж. – женщины; * – неслучайность (достоверность) различий.			

рьер, корректор). В качестве источников дохода назывались: пенсия по инвалидности; заработная плата (у работающих инвалидов); материальная помощь со стороны родственников и/или заработка членов семьи; социальные выплаты на детей (у женщин); подсобное хозяйство (у жителей села). Практически все больные указывали несколько источников дохода, в качестве основного и стабильного выделяя пенсию по инвалидности. Мужчины после лечения чаще женщин испытывали трудности при трудоустройстве на работу (30 против 0% у женщин; $p < 0,002$), предчувствовали отстранение от работы в случае получения информации работодателем о ПР (30 против 0% у женщин; $p < 0,002$), препятствия карьерному росту (20 против 0% у женщин; $p < 0,02$); друзья стали отмечать у них повышение агрессивности (20 против 0% у женщин; $p < 0,02$), делиться своими опасениями с окружающими (15 против 0% у женщин; $p < 0,05$); появились опасения, что партнер порвет отношения, если

узнает о ПР (35 против 0% у женщин; $p < 0,001$). В результате у каждого 4-го больного мужчины (25%) появились мысли о самоубийстве в результате дискриминации и несправедливости со стороны окружающих ($p < 0,01$).

С возрастом (после 30 лет) социальные последствия дискриминации усиливались. В частности, члены семьи и сами больные стали чаще скрывать от окружающих факт ПР (3,8 против 36,8% у пациентов старше 30 лет; $p < 0,01$). Особенно часто это касалось сотрудников/однокурсников (11,5 и 47,4%; $p < 0,01$) и друзей (11,5 и 36,8%; $p < 0,05$). Более половины (52,6%) стали испытывать чувство вины в связи с ПР, избегать контактов с окружающими. Почти каждый 3-й (32,3%) отмечал нарушение врачебной тайны о наличии ПР. Все это можно объяснить и большей длительностью ПР у данной группы пациентов (табл. 2).

ПР больше мешали больным мужчинам выполнять свои профессиональные обязанности, чем женщинам, вследствие чего они чаще брали отпуск для лечения в больнице,

Таблица 2

Негативные последствия психических расстройств, связанные с лечением (утвердительные ответы), %

Темы опроса	Всего	М.	Ж.
Нарушение этики и деонтологии/информированного согласия			
Оскорбления со стороны медицинского персонала во время госпитализации	35,6	20	48
Случаи негативного отношения медицинского персонала	17,8	10	24
Чувство нарушения врачебной тайны о ПР	13,3	10	16
Информирование о побочных эффектах психотропных препаратов	13,3	10	16
Информирование о побочных эффектах инъекций	2,2	5	–
Информирование о возможности фиксации, изоляции, выполнении инъекции в случае нарушения больничного режима	33,3	20	44
Отказ от медицинской помощи и его последствия			
Пропуски посещения врача для сокрытия ПР от окружающих	11,1	–	20*
Отказ посещать диспансер вследствие побочных эффектов препаратов	20,0	35*	8
Просьбы не делать записей о ПР	2,2	5	–
Откладывание лечения из-за страха, что другие узнают о ПР	4,4	10	–
Случаи обострения ПР из-за самовольной отмены препаратов	17,8	30	8
Побочные эффекты психофармакотерапии			
Невыполнение работы из-за побочных эффектов препаратов	13,3	30*	–
Насмешки коллег/однокурсников вследствие побочных эффектов лечения	13,3	5	20
Ошибки или усиление лени вследствие побочных эффектов лечения	33,3	45	24
ПР стало известным окружающим вследствие побочных эффектов от препаратов	4,4	10	–
Затруднения в выполнении работы вследствие побочных эффектов от препаратов	26,7	30	24
Обвинения со стороны родителей вследствие побочных эффектов лечения	13,3	10	16
Обвинения со стороны братьев и/или сестер вследствие побочных эффектов от препаратов	11,1	15	8
Обвинения со стороны родственников вследствие побочных эффектов лечения	2,2	5	–
Ошибочное принятие высоких доз психотропных средств	11,1	15	8
Нарушение режима лечения, отмена препаратов			
Уменьшение суточной дозы препаратов вследствие побочных эффектов	11,1	5	16
Прекращение приема препаратов вследствие побочных эффектов	13,3	30*	–
«Давление» со стороны медицинского персонала при оформлении документов на лечение у психиатра	20,0	20	20
Возможность (право) подать апелляцию судье при недобровольной госпитализации	8,9	20*	–
Злоупотребления медицинского персонала			
Факты обмана при оформлении документов на добровольную госпитализацию в психиатрическую больницу	8,9	5	12
Факты фиксации, изоляции, выполнения инъекций при нарушении больничного режима	8,9	5	12
Факты фиксации, изоляции, выполнения инъекций во время госпитализации в обычную соматическую больницу	11,1	–	20*
Факты фиксации во время доставки в больницу без обострения психического состояния	6,7	–	12

были свидетелями недовольства работодателя в связи с их нетрудоспособностью, не могли выполнять работу из-за побочных эффектов психофармакотерапии. Видимо, из-за этого нередко (20–25%) больные мужчины самовольно прекращали лечение, не посещали психоневрологический диспансер.

Больные женщины пропускали посещение врача, чтобы скрыть от окружающих наличие ПР. Во время госпитализации в психиатрический стационар они чаще сталкивались с грубым обращением медицинского персонала, фактами необоснованной фиксации, изоляции и использования инъекций. При этом только 20% мужчин знали о праве подать апелляцию судье при недобровольной госпитализации ($p < 0,02$).

Интересно, что чаще все вышеперечисленное отмечали больные со средним образованием и выше, а также лица старше 30 лет.

Пациенты с длительностью ПР менее 1 года чаще сталкивались с грубым отношением медицинского персонала при госпитализации в психиатрический стационар (22,2 против 3,7%; $p < 0,05$), а пациенты с большей длительностью ПР чаще отмечали обман при госпитализации (18,5 против 36,8%; $p < 0,05$); первые пропускали посещение врача, чтобы скрыть факт ПР (27,8 против 0%; $p < 0,01$), а вторые самовольно прекращали прием психотропных средств, чаще не могли выполнять работу из-за побочных эффектов психофармакотерапии (22,2 против 3,7%; $p < 0,05$).

Русский врач Н.Ф. Рюль в далеком 1840 г. апеллировал к обществу: «Имея сожаление к ближнему твоему, потерявшему драгоценнейшее для человека – рассудок, не отказывая подать ему руку благодетельной помощи и страшись не признавать его себе подобным» (3). С тех пор прошло много времени. Повысились благосостояние и образовательный уровень россиян, но отношение к психически больным осталось прежним. Улучшение знаний о ПР не способствовало, к сожалению, интеграции общества и больных. Отчуждение от общества лиц с ПР сохраняется (2, 4–9).

Результаты исследования показывают, что пациенты психиатрического стационара испытывают значительные негативные последствия ПР. Возможно, это связано с обследованным контингентом (большинство – больные шизофренией), который является наиболее стигматизированным из всех лиц с ПР (8). Последствия дискриминации затрагивают все сферы жизни больного, существенно отражаются на качестве его жизни, мешают жить полноценной жизнью. Больные и члены их семей начинают стесняться, избегают социальных контактов, ощущают свою неполноценность. Чувство вины, связанное с ПР, угрызения совести, сниженная самооценка нередко сопровождаются мыслями о самоубийстве. В результате пациенты неохотно обращаются за психиатрической помощью, снижается их приверженность лечению, что ухудшает их шансы на достижение полноценной ремиссии.

Отмеченные больными негативные факты, связанные с получением психиатрической помощи, видимо, не случайны. Их, очевидно, можно оспаривать, корректировать, но полностью исключить нельзя. Об этом, в частности, свидетельствует наше предыдущее исследование (1), которое показало различную степень интолерантного отношения к психически больным у всех опрошенных медсестер психиатрического учреждения. С возрастом и увеличением стажа работы, а также при расширении знаний о течении и прогнозе ПР у них уменьшалась толерантность к психически больным. Пессимистические оценки медсестер в какой-то степени можно объяснить условиями работы и обслуживанием преимущественно больных с хроническим течением ПР и стойко нарушенной социально-трудовой адаптацией. В другой работе показано, что медсестры психиатрических учреждений, несмотря на лучшую осведомленность о психической патологии, относятся к больным хуже, чем их коллеги из общесоматической сети (5).

Проведенное исследование актуализировало проблему стигмы и дискриминации в психиатрии. Для минимизации этих проявлений требуется создание стандартов сестринского ухода и наблюдения. Важно разработать конкретные рекомендации, которые могли бы помочь больным адаптироваться к стигме. Не менее актуально повышение толерантности медицинских работников к больным

путем введения в программы до- и последипломного обучения вопросов стигматизации и дискриминации. Следует также создать общественные организации (ассоциации психически больных и их родственников), которые будут способствовать решению наиболее острых проблем психиатрии, изменению мнения населения о ПР. Разрушение вымыслов и превратных представлений о психически больных – сложная задача, но это жизненно необходимо.

Литература

1. Голенков А.В., Аверин А.В., Чучакова Н.А. Толерантность медицинских сестер к психически больным // Сестринское дело. – 2008; 3: 27–29.
2. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2002; 7: 58–65.
3. Рюль Н.Ф. Опыт статистического обозрения о числе одержимых разного рода душевными недугами в России. – СПб., 1840. – 19 с.
4. Семенихин Д.Г., Карпов А.М., Ревенкова Ю.А. и др. Социально-психологический блок в биопсихосоциальной структуре детерминации психического здоровья: Монография. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2008. – 336 с.
5. Семин И.Р. Психически больной в обществе (результаты экспериментального исследования) // Психиатрия в контексте культуры: Сб. научн. тр. – Томск, Улан-Уде, 1995. – С. 132–186.
6. Серебрянская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2002; 9: 59–67.
7. Финзен А. Психоз и стигма. Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. – М.: Алетейа, 2001. – 216 с.
8. Dickerson F.B., Sommerville J., Origoni E.A. et al. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia // Sch. Bull. – 2002; 28(1): 143–155.
9. Lee S., Chin M., Chui H. et al. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong // Social science and medicine. – 2006; 62: 1685–1696.

SELF-STIGMATIZATION AND DISCRIMINATION OF THE MENTALLY ILL

Prof. A.V. Golenkov, A.A. Ronzhin

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper discusses the problem of self-stigmatization and discrimination of the mentally ill. The degree of self-stigmatization depends on gender, age, education, and duration of disease. Many medical workers show their negative attitude towards the patients, which additionally enhances self-stigmatization.

Key words: self-stigmatization, discrimination, mental patients.