

САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ: ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА

К.Ф. Васильченко, Ю.В. Дроздовский, докт. мед. наук, проф.

Омский государственный медицинский университет;
Российская Федерация, 644043, Омск, ул. Ленина, д. 12

E-mail: kirill.f.vasilchenko@gmail.com

Описан феномен стигматизации в медицине. Даны его основные характеристики, формы внутренней стигматизации. Рассмотрена диагностика самостигматизации в психиатрии, обозначена роль в ней, а также в ее профилактике среднего и младшего медицинского персонала..

Ключевые слова: самостигматизация, психически больные, медсестры.

Для цитирования: Васильченко К.Ф., Дроздовский Ю.В. Самостигматизация: диагностика и профилактика. Медицинская сестра. 2019; 21 (1): 44–47.
<https://doi.org/10.29296/25879979-2019-01-11>

Стереотипы и предубеждения принадлежат к числу характерных особенностей нашей общественной жизни. Впервые встретив человека, мы определяем его социальную идентичность, исходя из того или иного явно выраженного признака. «Классифицировав» таким образом собеседника, мы выбираем форму поведения и коммуникации, которая, на наш взгляд, является в данном случае наиболее правильной, и ожидаем от собеседника соответствующего нашим представлениям поведения. Первым исследователем, указавшим на существование социальных стереотипов, стал Е. Goffman (1963). В своей фундаментальной работе «Стигма: заметки по управлению испорченной идентичностью», он подробно описал указанный феномен.

Термин «стигма» употреблялся еще во времена античности. Так в Древней Греции называли знаки, выжженные или вырезанные на теле человека и обозначающие его принадлежность к определенному кругу лиц: преступник, раб, человек с запятнанной репутацией. Следует отметить, что лишь к XVIII веку область применения этого термина расширилась, им перестали обозначать только идентифицирующую метку на теле. Он стал применим для обозначения любого физического дефекта, в том числе – и симптомов заболевания.

Только в XX веке Е. Goffman сформулировал современное определение стигмы, согласно которому она представляет собой особенность человека, которая дискредитирует его в глазах людей, не имеющих оной. Примечательно, что человек с такой особенностью подчас сам считает себя дискредитированным. Так, пациенты онкологического профиля, узнав о своем заболевании, считают, что скоро умрут, что отрицательно сказывается на их психоэмоциональном состоянии. Исследование 1996 г. показало, что ВИЧ-инфекция у мужчин, которые скрывают свою гомосексуальность, протекает на порядок тяжелее, чем у тех, кто ее признает [1]. Больные туберкулезом также несут бремя стигмы: «Он туберкулезник!», «Отойди и не кашляй на меня!». Несомненно, это вызывает у пациентов подавленность, обиду на окружающих. Часть пациентов используют стигму с манипулятивной целью: «Я сердечник! Мне нельзя волноваться», «Не расстраивай бабушку, у нее давление!». Или человек, узнав о своем диагнозе, с которым связано множество стереотипов, «присваивает» их себе [2]. В таком случае мы имеем дело с иным феноменом — интернализированной, внутренней стигмой, называемой в отечественной литературе самостигматизацией [3].

Биологические представления о психических расстройствах начали формироваться в 30-е годы XX века. Появилось новое направление медицины – социальная психиатрия; интеграция лиц с психическими заболеваниями в общество происходила уже на фоне существующих стереотипов. Сложилась понятия «опасный», «истеричка», «больной», «дебил», составляющие образ психически больного в умах большинства людей. Если человек в силу каких-либо обстоятельств госпитализируется в психиатрический стационар, он тоже может усвоить предрасудки, касающиеся душевнобольных.

Понятие самостигматизации было введено в социальную психиатрию в 1997 г. В контексте данной дисциплины этим термином обозначают реакцию пациента на факт своей госпитализации и наличие у него психического расстройства. Заметный рост интереса к данной проблеме начал наблюдаться с 2000 г.

Существует несколько моделей самостигматизации, которые, на наш взгляд, применимы как в психиатрии, так и в соматической медицине. В 2003 г. известный исследователь данного феномена J.V. Ritscher выделила 5 компонентов самостигматизации [4]. Один из них – отчуждение. Его наличие в структуре внутренней стигмы обуславливает стремление пациента вести замкнутый образ жизни, компенсируя тем самым свою реакцию на факт госпитализации и наличие психиатрического диагноза. Выраженность этого компонента можно ошибочно принять за негативный симптом, что затруднит оценку психического статуса.

Следующий компонент – социальная отгороженность. Пациент избегает контактов с людьми из-за страха внимания с их стороны. Он знает о своем недуге и испытывает тревогу: возможно, окружающие узнают его тайну и будут относиться к нему предвзято.

Каждый психиатрический пациент рано или поздно сталкивается с дискриминацией себя как психически больного. Опыт дискриминации – 3-й компонент самостигматизации. Известно, что при трудоустройстве многие работодатели требуют от соискателя справку от психиатра. Одна лишь эта просьба вызывает у пациента с психиатрическим диагнозом негативную реакцию, ожидание неудачи с устройством на работу. Кроме того, опыт дискриминации пациенты подчас приобретают и в своей семье. Так, известны семьи душевнобольных, в которых при малейшей провинности человеку напоминают о его психическом расстройстве, угрожая вызовом профильной бригады скорой помощи.

Согласие со стереотипами – 4-й компонент самостигматизации. Стереотипы, касающиеся психически больных, известны каждому пациенту, однако не все согласны с ними. Одни их поддерживают, запуская процесс самостигматизации, другие совсем не согласны с ними, от чего уровень их самостигматизации значительно ниже либо она вообще отсутствует.

И, наконец, последний компонент, стоящий особняком по отношению к предыдущим, – устойчивость к стигме. Это – феномен, наличие которого в той или иной мере сглаживает действие других компонентов. Так, пациент может иметь большой опыт дискриминации, быть согласным со стереотипами, но сохранять способность к адекватному социальному функционированию и нормальному образу жизни. Результат взаимодействия названных компонентов зависит не только от диагноза, но и от влияния социально-средовых факторов, поведения родственников, друзей. Описанная модель самостигматизации не предусматривает разделения ее на подтипы.

Отечественными исследователями тоже была проведена работа по изучению феномена самостиг-

матизации у пациентов с психическими расстройствами [5]. Согласно предложенной ими модели, внутренняя стигма включает в себя 9 компонентов. Сочетая их, авторы выделили 3 формы самостигматизации: социореверсивную, компенсаторную и аутопсихическую.

Социореверсивная форма встречается наиболее часто – у 52% пациентов с шизофренией [6]. Такие пациенты склонны ассоциировать все свои неудачи, сложности на работе или в личной жизни, с предвзятым отношением к ним со стороны общества. Эта форма самостигматизации проявляется нарушением пациента самовосприятия, деидентификацией его от окружения. Выраженность социореверсивной формы неодинакова у пациентов с разной длительностью заболевания, однако замечено ее значительное преобладание над всеми остальными формами вне зависимости от стажа болезни.

Компенсаторная форма. С течением времени после 1-й госпитализации самовосприятие пациента меняется на фоне становления новой социальной роли — роли психически больного.

Аутопсихическая форма отражает реакцию пациента непосредственно на психическое заболевание. Узнав свой диагноз либо приняв тот факт, что его недавнее состояние явилось проявлением душевного расстройства, пациент переоценивает свои возможности, внутреннюю активность.

Последующие исследования показали, что соотношение аутопсихической и компенсаторной форм различно в зависимости от длительности заболевания [6]. Так, если в случае 1-го психотического эпизода при шизофрении аутопсихическая форма преобладает над компенсаторной, то с течением времени ситуация меняется в пользу второй. При этом, как было сказано ранее, социореверсивная форма сохраняет свое преобладание над другими на протяжении всего периода заболевания.

Исследование стигматизации весьма актуально в связи с тенденцией современной психиатрии к изучению социального благополучия и качества жизни пациентов. До сих пор сохраняются предрасудки по отношению к психически больным, что в свете вышесказанного снижает качество их жизни и ухудшает социальное функционирование [3]. Нами проведено исследование самостигматизации у пациентов с 1-м психотическим эпизодом при шизофрении. Эти больные представляют особый интерес, так как известно, что в первые 5 лет заболевания психопатологические процессы имеют наибольшую пластичность и характеризуются наилучшим ответом на терапевтическое вмешательство [7]. С учетом оценки уровня самостигматизации, ее типов, адаптации и качества жизни возможны разработка и внедрение новых организационных форм реабилитации и психопрофилактики.

Для диагностики внутренней стигмы у 98 пациентов с первичным диагнозом шизофрении нами были использованы 2 опросника: ISMI (Internalized Stigma Mental Illness – внутренняя стигма при душевном заболевании) [4] и «Опросник по самостигматизации» [5]. Рассмотренные выше взгляды зарубежных и отечественных исследователей на феномен самостигматизации легли в основу созданных ими инструментов его оценки. Используя методику Г.В. Логвинович [8], мы изучили характер самостигматизации с учетом уровня социальной адаптации. В ходе исследования подтверждены результаты работ Е.Ю. Антохина и соавт. [6] о преобладании социореверсивной формы самостигматизации над остальными у всех исследованных групп пациентов. Анализ выраженности форм самостигматизации в группах лиц с разными типами адаптации выявил преобладание социореверсивной формы в интегративной, интравертной и экстравертной группах. Когорта пациентов с деструктивным типом адаптации характеризовалась преобладанием аутопсихической формы, что, вероятно, связано с преобладанием негативной симптоматики в клинической картине заболевания. Наше исследование выявило многофакторность феномена внутренней стигмы, определив ее зависимость не только от известных стереотипов, связанных с заболеванием, от переживания пациентом факта госпитализации, но и от психического статуса в целом. Так, критические способности значительно определяли выраженность стигматизационных переживаний – пациенты с незначительным уровнем критических способностей или с полным их отсутствием демонстрировали крайне низкую выраженность самостигматизации.

Учитывая сложность и длительность расчета результата тестирования, с целью оптимизации диагностики внутренней стигмы мы разработали приложение для ПК «SS Measure», основанное на отечественном «Опроснике самостигматизации».

Средний медицинский персонал и как следствие – подчиненный ему младший медицинский персонал играют уникальную роль в работе со стигмой [9]. Благодаря доверию пациентов к медсестрам появляется возможность более эффективной работы с этим феноменом. Большое значение имеет образование в области психиатрии. Повышение уровня знаний медсестер и младшего медицинского персонала о психических расстройствах является первоосновой для проведения реабилитационных мероприятий, снижающих уровень внутренней стигмы, что неоднократно подтверждается и систематическими обзорами литературы [9]. С этой целью в средних учебных медицинских заведениях в образовательную программу не только включают большой объем материала о психопатологии, но и программой предусмотрен непосредственный кон-

такт с пациентами психиатрического стационара. Проспективные исследования демонстрируют положительный результат таких контактов. К сожалению, подобный подход принят далеко не во всех учебных заведениях, и, поскольку посещение подобных дополнительных занятий необязательно, не каждый студент соглашается на участие в них.

Прямой контакт с пациентом эффективен, однако без предварительной подготовки получить от него положительный результат не удастся. В этом случае нельзя переоценить вклад в усвоение материала просмотра фильмов о психиатрической службе и ее пациентах. Результаты исследований показывают эффективность этой меры [9]. Просмотр видео продолжительностью 36 мин перед контактом с пациентом оказывает большее влияние, чем целая лекция аналогичного содержания.

Говоря о самостигматизации, необходимо добавить, что она не только ухудшает качество жизни пациента, но и ведет к снижению приверженности лечению, что, как известно, увеличивает нагрузку на средний медицинский персонал. С целью профилактики отказа от лечения мы рекомендуем своевременно определять уровень и тип внутренней стигмы, чтобы можно было осуществить своевременное вмешательство и коррекцию подобного состояния. Результаты нашего исследования позволяют сделать вывод о взаимосвязи адаптационных возможностей пациентов, их социального функционирования, качества жизни, а также клинических проявлений заболевания и самостигматизации.

Известно, что внутренняя стигма формируется на фоне внешней, существующей в окружении пациента. Поэтому подготовка среднего и младшего медицинского персонала в области психиатрии представляется необходимым звеном реабилитационного процесса, снижающим уровень самостигматизации. Именно эта группа сотрудников психиатрической службы взаимодействует с пациентами значительно больше, чем врачи. При поступлении пациента в отделение именно средний медицинский персонал раньше, чем врач, вступает в контакт с ним и формирует у него первое впечатление, важное для дальнейшего участия в лечебных мероприятиях. Уместно вспомнить опыт переименования шизофрении в Японии, после чего социальное функционирование этих пациентов улучшилось вместе с качеством их жизни, так как им стали уделять должное внимание и проявлять эмпатическое отношение к ним в средствах массовой информации [10].

Литература

1. Cole S.W., Kemeny M.E., Taylor S.E., Visscher B.R. Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology*. 1996; 15 (4): 243–51.

2. Голенков А.В. Общественные предубеждения к психиатрии в Чувашии. Психическое здоровье. 2010; 8 (4): 42–6.

3. Тараканова Е.А. Оруджев Н.Я. Самостигматизация и качество жизни при шизофрении: корреляционные взаимоотношения. Дальневосточный медицинский журнал. 2010; 2: 78–80.

4. Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Research. 2003; 121: 31–49.

5. Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., Михайлова И.И. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях. Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2005; 105 (11): 50–4.

6. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Горбунова М.В., Крюкова Е.М., Шлафер А.М. Структура психологической адаптации у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания. Уральский медицинский журнал. 2010; 1: 59–64.

7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. Росс. психиатр. журн. 2006; 2: 61–4.

8. Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. Томск. 1995; 216.

9. Happell B. Mental Health Nursing: challenging stigma and discrimination towards people experiencing

a mental illness. Int. J. Ment. Health. Nurs. 2005; 14: 1.

10. Yamaguchi S., Mino Y., Uddin S. Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. Psychiatry Clin Neurosci. 2011; 65: 405–14.

THE ROLE OF MID-LEVEL MEDICAL STAFF IN DIAGNOSING AND PREVENTING SELF-STIGMATIZATION

K.F. Vasilchenko, Prof. Yu.V. Drozdovsky, MD
Omsk State Medical University, 12, Lenin St., Omsk
644043, Russian Federation

The paper describes the stigmatization phenomenon in medicine in its historical aspect. It gives the main characteristics of internal stigma and lists its forms. The diagnostic tools of self-stigmatization in psychiatry are dealt with. The role of mid-level and junior medical personnel in diagnosing and preventing the stigma is indicated.

Key words: self-stigmatization, the mentally ill, nurses.

For reference: Vasilchenko K.F., Drozdovsky Yu.V. The role of mid-level medical staff in diagnosing and preventing self-stigmatization. Meditsinskaya Sestra. 2019; 21 (1): 44–47. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-01-11>

ИНФОРМАЦИЯ

Вакцинация против рака шейки матки

Австралия станет первой страной в мире, победившей рак шейки матки, благодаря вакцинации и скринингу, которые обусловили значительное снижение заболеваемости.

Согласно исследованию, опубликованному Советом по борьбе с раком (Cancer Council Australia) в журнале Lancet Public Health 2 октября 2018 г., всего лишь в течение 2 лет Австралия станет первой в мире страной, победившей рак шейки матки (РШМ), а к 2028 г. он будет настолько малораспространенным, что перестанет быть проблемой здравоохранения страны. По прогнозам, к 2020 г. уровень заболеваемости РШМ составит всего 6 случаев на 100 тыс. женщин, а к 2028 г. – не более 4 случаев на 100 тыс. женщин.

В 100% случаев РШМ вызван вирусом папилломы человека (ВПЧ) – самой распространенной инфекцией, передающейся половым путем. Сегодня РШМ представляет собой серьезную проблему для здравоохранения во всем мире; смертность от него превышает 310 000 случаев в год.

Положительный прогноз Австралийского совета по борьбе с раком в наибольшей степени обусловлен результатами внедрения более 10 лет назад в Национальную программу иммунопрофилактики вакцинации школьников против ВПЧ, а также запущенной в 1991 г. массовой программой цитологических скринингов (ПАП-тестов).

В 2007 г. Австралийское правительство инициировало программу бесплатной вакцинации девочек в возрасте от 12 до 13 лет, а в 2013 г. к этой программе были подключены и мальчики. Девочки и мальчики за пределами данной возрастной группы, но еще не достигшие возраста 19 лет, также имеют право на получение 2 бесплатных доз вакцины. Иммунизационные программы были хорошо организованы и позволили достичь высокого охвата целевых групп.

За 10 лет реализации программы уровень инфицирования ВПЧ австралийских женщин в возрасте от 18 до 24 лет снизился в 22 раза – с 22,7 до 1,1%, а заболеваемость РШМ снизилась примерно на 50%. В настоящее время заболеваемость РШМ в Австралии составляет 7 случаев на 100 тыс. человек, что примерно в 2 раза меньше среднемировых показателей.

При сохранении существующей практики и тенденций в Австралии РШМ будет практически полностью побежден к 2066 г., когда заболеваемость составит примерно 1 случай на 100 тыс. женщин. К 2100 г. смертность может составить лишь 3 случая на 1 млн женщин (по сравнению с 21 летальным исходом на 1 млн женщин или приблизительно 260 летальными исходами в год в настоящий момент).

Л.А. Ашрафян, академик РАН (Институт онкогинекологии и маммологии, Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова) заявляет: «Каждый день в России от РШМ умирают 17 женщин, а в течение года – >6 тыс. При этом для женщин возрастной группы 30–39 лет РШМ является основной причиной смерти. Это – статистика, но за ней скрывается трагедия. Молодые женщины, болеющие РШМ, потенциально неоднократно могли стать матерями! У молодых РШМ протекает очень быстро, быстро прогрессирует. У 70% девушек в возрасте до 25 лет РШМ диагностируется уже на самых поздних стадиях (III и IV), когда их трудно спасти, не говоря уже о сохранении детородной функции. Без принятия государственных профилактических программ такая тенденция будет только ухудшаться».

Л.С. Намазова-Баранова, профессор (кафедра факультетской педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова) отмечает что пример Австралии прекрасно иллюстрирует успехи в борьбе с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями, которых страна может достичь за очень короткий временной период.

В России вакцинация против ВПЧ в Национальный календарь, к сожалению, до сих пор не включена. С 2007 г. в России было реализовано около 30 региональных программ ВПЧ-вакцинации, которые демонстрируют свою эффективность в основном на индивидуальном уровне. Для достижения максимального эффекта от вакцинации против ВПЧ (снижение заболеваемости ВПЧ-ассоциированными онкологическими и неонкологическими заболеваниями) необходимо внедрение массовой вакцинации девочек и мальчиков на национальном уровне».