

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.85-06:616.89:616.082.4:347.426.356.1:364.624.6:364.63

Для цитирования: Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Феномен самостигматизации у больных соматизированными расстройствами (клинические и психологические аспекты). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 3 (104): 66–79. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3\(104\)-66-79](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-66-79)

Феномен самостигматизации у больных соматизированными расстройствами

Погосов А.В., Богушевская Ю.В.

*Курский государственный медицинский университет
Россия, 305041, Курск, ул. К. Маркса, 3*

РЕЗЮМЕ

Введение: актуальность изучения феномена самостигматизации у больных соматизированными расстройствами (СР) связана с несвоевременным и зачастую поздним их обращением за специализированной психиатрической помощью и последующим неэффективным лечением. **Цель исследования:** изучение клинических и психологических особенностей самостигматизации больных в динамике соматизированного расстройства, разработка программы дестигматизации. **Методы исследования:** клинико-психопатологический; психодиагностический (опросник самостигматизации, методика изучения личностной идентичности – МИЛИ); методы статистической обработки данных. **Результаты:** описаны клинические проявления феномена самостигматизации и ряд психологических особенностей у больных соматизированными расстройствами. В динамике СР эти характерные особенности претерпевают изменения: на начальных этапах это выраженная самостигматизация, опасения и ожидание негативных последствий для себя со стороны социума в связи с диагнозом психического заболевания, изменение привычного поведения, отсутствие планов на ближайшее будущее. Проявления самостигматизирующего поведения у больных СР ослабевают при длительном течении заболевания. **Обсуждение:** избегающее врача-психиатра поведение отмечалось на протяжении длительного времени (от 1 года до 6 лет и более) и проявлялось отказом проконсультироваться у врача-психиатра или психотерапевта, несмотря на рекомендации специалистов первичной медицинской сети. Стремление проходить многочисленные диагностические обследования является своеобразным ритуалом самосохранения, прямой защитой от нежелательного обращения за специализированной помощью. Описанные симптомы (отрицание психологических проблем и их связи с заболеванием, страх критической оценки со стороны социума, чуждость мыслей о возможном лечении у врача-психиатра, избегающее врача-психиатра поведение) являются клиническими проявлениями (индикаторами) феномена самостигматизации, который наряду с другими факторами препятствует своевременному лечению СР. **Заключение:** для впервые госпитализированных в психиатрическое учреждение больных СР свойственны проявления самостигматизации, затрагивающие отношение к своему диагнозу психического расстройства, его возможному влиянию на взаимоотношения с окружающими, изменения в своем характере и поведении из-за болезни, а также опасения планировать свое будущее. Больные СР основной группы предпочитают скрывать от окружающих сведения о своем заболевании, факте госпитализации, опасаясь потери социального статуса и нарушений взаимоотношений, насмешек со стороны знакомых и близких, отрицательных комментариев. Избегающее врача-психиатра поведение у больных СР до госпитализации встречалось в большинстве (89%) случаев. В течение нескольких лет такие пациенты безрезультатно обследовались, принимали малоэффективное лечение, не следовали рекомендациям специалистов первичной медицинской сети обратиться к врачу-психиатру. У больных СР с первичным обращением к психиатру выявлены нарушения личностной идентичности: преобладающими являются такие разновидности, как диффузная и преждевременная. Они характеризуются отсутствием четких жизненных целей, ценностных ориентиров и убеждений, принятием всех важных решений под влиянием чужого мнения, как вариант навязанной идентичности. В предложенные нами психообразовательные программы для специалистов первичного звена здравоохранения и больных соматизированными расстройствами должны быть включены дестигматизирующие составляющие.

Ключевые слова: психосоматика, соматизированные расстройства, самостигматизация, избегающее врача-психиатра поведение.

ВВЕДЕНИЕ

В отечественной и зарубежной литературе последних десятилетий продолжает оставаться актуальной проблема стигматизации психически больных [1, 7, 13, 14]. Существует распространенное мнение, что в обществе складываются стереотипы неоднозначного, особенного отношения к людям с психическими расстройствами. Стигматизация психически больных ассоциируется с дискриминацией, что нарушает социальную адаптацию таких пациентов в обществе, препятствует эффективному взаимодействию с врачом.

Э. Пинел (Pinel E.C., 1999) ввела в психологию определение «стигма-осознанности» (Stigma Consciousness), характеризующее степень осмысления пациентами с психиатрическим диагнозом воздействия проявлений внутренней стигмы и её последствий [18]. С точки зрения М.М. Кабанова (2001), процесс стигматизации заключается в наделении лица, обладающего психиатрическим диагнозом, образом девианта в глазах общества, типичными чертами, присущими душевнобольным, с последующим его дискредитированием широкой общественностью. Описываемый процесс длителен во времени и протекает постепенно, затрагивая различные аспекты психологического и социального функционирования человека [5]. Автор подчеркивает преждевременную «готовность» причислить себя к категории «душевнобольных», что обусловлено ценностью психического здоровья у индивида. В. Link et al. (2001) описали стигму как ответную реакцию психически больных и назвали её «самостигматизацией» [16]. Л.Г. Ионин (2000) указывает, что после изменения идентификации себя с «душевнобольными» наступает новый этап самостигматизации – подтверждение обновленной идентификации другими людьми и адаптация к новым условиям среды, вследствие чего начинает полностью преобразовываться вся система отношений больного [4]. По мнению S. Sontag (2001), стигма выступает преградой для обращения за своевременной психиатрической помощью [17]. Ю.А. Александровский (2001) считает, что расстройства невротического уровня наиболее подвержены процессу самостигматизации. Понимание больным своего психического статуса обусловлено внутренней картиной болезни, что непосредственно связано с механизмами развития заболевания и социальным функционированием [1].

На причины возникновения феномена стигматизации существует несколько точек зрения. Одни авторы находят в основе формирования стигматизации психически больных архитипические структуры, которые наследуются и видоизменяются под влиянием исторической эпохи [2]. Другие описывают закрепление стереотипа восприятия «безумия» ещё в детском возрасте, которые с течением времени усугубляются под воздействием средств массовой информации на сознание индивида [6]. Часть исследователей связывает появление стигматизации с низким уровнем нравственного самосознания индивида и общества в целом [8]. Отсутствие знаний о психических заболеваниях и опыта контактов с пациентами существенно влияет на процесс стигматизации.

Е.В. Парфенова и др. (2017) выделяют в категоризации стигмы следующие разновидности: самостигма (воспринимаемая стигма) – представление пациента о своем заболевании; межличностная стигма – реакция окружающих на заболевание; социально-политическая стигма – влияние культурных ценностей и общественных законов. Также имеет место разделение стигмы на внешнюю – стереотипы, предрассудки, дискриминация, существующие в обществе, и внутреннюю (самостигматизация) – интернализация внешней стигмы [10].

И.И. Михайлова (2005) предлагает рассматривать процессы стигматизации и самостигматизации в их единстве и дает определение данному феномену: «совокупность реакций пациента на проявление психической болезни и статус психически больного в обществе, центральным переживанием которой является предполагаемая нравственная, морально-эстетическая несостоятельность больного» [9].

В отношении соматизированных расстройств (СР), которые представляют категорию «трудных больных» для первичного звена здравоохранения, следует обратить внимание, что свойственные им в течение длительного времени многочисленные обследования, малоэффективное лечение, «избегающее врача-психиатра поведение» происходит в силу ряда причин [11, 12]. А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская (2017), показав роль социально-демографических, информационных, клинических и организационных факторов, препятствующих своевременному обращению больных СР за специализированной помощью, предположили, что важное место здесь может принадлежать феномену самостигматизации.

Встречается мнение, что больные соматизированными расстройствами не признают связи соматического дискомфорта с психологическими проблемами. Низкая психологическая культура населения обуславливает подозрительное отношение к врачам-психотерапевтам и боязнь обращаться к этим специалистам из-за страха «навешивания ярлыка» [3, 15].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение клинических и психологических проявлений самостигматизации у больных соматизированными расстройствами.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание клинических проявлений феномена, изучение выраженности самостигматизации у больных СР с разной длительностью наблюдения в психиатрической службе, определение типов личностной идентичности, разработка психообразовательной программы для больных с соматизированными расстройствами, направленной на преодоление самостигматизирующего отношения у больных к своему заболеванию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2016–2019 гг. в дневных стационарах ОБУЗ «ККПБ им. Святого великомученика и целителя Пантелеймона», психосоматическом отделении ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница» г. Курска обследовано 86 больных женщин с диагнозом «Соматизированное расстройство» (F45.0).

Для изучения психологических аспектов самостигматизации нами отобрано 45 больных, которые были разделены на две группы в зависимости от длительности наблюдения в психиатрических учреждениях. Основную группу составили 22 больных, впервые госпитализированных в психиатрические учреждения. В контрольную вошли 23 больных, госпитализированных повторно и имеющих более длительный период наблюдения у врача-психиатра (от 3 до 5 лет). Исключением являлись случаи повторной госпитализации, но со стажем наблюдения у психиатра менее 3 лет. Средний возраст больных в основной группе ($n=22$) составил $31,5 \pm 1,2$ года, в контрольной группе ($n=25$) – $31,6 \pm 0,8$ года ($p \geq 0,5$). Группы не имели статистически значимых различий по социально-демографическим показателям.

Для решения поставленных задач нами использовались следующие методы: клиничко-психопатологический, психодиагностический (опросник самостигматизации, методика изучения личностной идентичности – МИЛИ), методы статистической обработки данных.

Клиничко-психопатологический метод включал диагностику соматизированного расстройства (F45.0) с использованием критериев МКБ-10. Сбор анамнестических данных был дополнен расспросом о проявлениях стигматизации, затрагивающих различные аспекты жизни в ситуации болезни: представления об имеющемся заболевании, критика к своему состоянию, отношение к психически больным, представления о себе как о психически больном, имеющиеся или возможные ограничения в связи с психиатрическим заболеванием, отношение к проводимому лечению, его влиянию на взаимоотношения с микросоциумом, проявления «избегающего врача-психиатра поведения», желание скрыть факты обращения к врачу-психиатру, изменения характера, планирование своего будущего. Результаты расспроса заносились в специальную анкету.

Опросник самостигматизации, разработанный сотрудниками отдела организации психиатрической помощи НЦПЗ РАМН (Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., 2005), использовался для определения выраженности самостигматизации у конкретного больного. Утверждения опросника были представлены 83 вопросами и касались сфер психологического и социального функционирования респондента, каждой из которых соответствовала определенная группа ответов.

Методика изучения личностной идентичности (МИЛИ) (Шнейдер Л.Б., 2007) была направлена на выявление типов личностной идентичности. Она основана на принципах ассоциативного эксперимента и отражала способность субъекта воспринимать себя как целостное единство (личностная идентичность). Данный феномен предполагает несколько статусов (типов личностной идентичности). 1. *Достигнутая позитивная идентичность* – статус идентичности, которым обладает человек, сформировавший определенную совокупность личностно-значимых для него целей, ценностей и убеждений. 2. *Мораторий* – статус идентичности, при котором человек находится в состоянии кризиса идентичности и активно пытается разрешить его, пробуя различные варианты. 3. *Преждевременная идентичность* возникает в тех случаях, когда человек вообще не делал независимых жизненных выборов, идентичность не осознается, это вариант навязанной идентичности. 4. *Диффузная идентичность* – это статус идентичности, при котором не имеется прочных целей, ценностей и убеждений

и попыток их активно сформировать. 5. *Псевдодопозитивная* – стабильное отрицание собственной уникальности или, напротив, её амбициозное подчеркивание, нарушение механизмов идентификации в сторону гипертрофированности, ригидность Я-концепции, болезненное неприятие критики в свой адрес, низкая рефлексия.

В качестве основных методов статистической обработки данных использованы описательная и сравнительная статистика: критерий Пирсона χ^2 для оценки частоты встречаемости разных значений признака в двух и более эмпирических распределениях. Расчеты проводились с применением статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA (версия 10.0).

Первый этап исследования заключался в формировании мотивации на участие в исследовании, информировании обследуемых о проведении психодиагностических методик, представленных вопросами об отношении к своему диагнозу и лечению, влиянии заболевания на взаимоотношения с окружающими. Участники исследования дали информированное согласие на его проведение.

Второй этап представлял собой собственно исследование клинических и психологических особенностей стигматизации: выраженности самостигматизации, типов личностной идентичности, уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, показателей самооценки. Клинико-психопатологический метод (распрос, наблюдение) был дополнен психодиагностическим исследованием. Исследуемым были предоставлены тестовый материал и бланки для заполнения. Инструктирование проводилось в соответствии с набором психодиагностических методик и предложенными к ним инструкциями.

Третий этап включал первичную обработку индивидуальных результатов с последующим предоставлением их в адаптированном виде. Проводилась статистическая обработка пер-

вичных результатов. В дальнейшем осуществлено обобщение и анализ результатов исследования, представление полученных данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное нами ранее исследование [3, 11, 12] отражает роль клинических, социально-демографических, информационных, организационных (изменения в системе здравоохранения последних лет) и психологических факторов, препятствующих своевременному обращению больных СР за специализированной психиатрической помощью. На фоне низкого образовательного уровня, использования неавторитетных источников информации о своем заболевании, высокой внушаемости у больных СР обнаруживаются суждения предвзятого отношения к психиатрической помощи. Практические наблюдения свидетельствуют о том, что при своевременном направлении специалистами первичного звена здравоохранения (терапевт, невролог, эндокринолог и др.) на консультацию к врачу-психиатру больные СР не следуют их рекомендациям. Внимания заслуживают примитивные представления о психиатрических учреждениях, возможностях лечения. Больные считают, что в психиатрии применяются методы физического воздействия («связывают», «усмиряют», «делают уколы, чтоб дураком стал»), высказывают опасения «вдруг меня закроют в психушке?» или «не выпустят!» и др. Обывательские, а порой нелепые рассуждения о «кошмарах» в психиатрических учреждениях, знания о своем заболевании на уровне средневековых представлений являются отражением стигматизации. Непонимание целесообразности лечения телесных симптомов у врача-психиатра с установившимся негативно-предвзятым отношением к психиатрической службе, нежелание принимать во внимание наличие психологических проблем, связанных с возникновением жалоб соматического характера, напрямую связано с изучаемым феноменом самостигматизации.

Т а б л и ц а 1. Клинические проявления (индикаторы) феномена самостигматизации

Индикатор самостигматизации	Абс.	%
Отрицание психологических проблем и их связи с заболеванием	80	93,02
Страх (фобия) критической оценки в социуме	82	95,35
Чуждость мыслей о психическом заболевании	86	100,0
Тревожные опасения возможных последствий (настороженность)	78	90,70
Депрессивные включения	75	87,20
Избегание темы разговора о возможном лечении у врача-психиатра	84	97,67
Избегающее врача-психиатра поведение	86	100,0

Клинико-психопатологическим методом у 86 больных СР (100%) обнаружены проявления самостигматизирующего поведения. Нами обозначен ряд симптомов, которые мы предлагаем рассматривать в качестве клинических проявлений феномена самостигматизации (табл. 1).

Наличие психологических проблем и их связи с возникновением заболевания отрицали 80 больных СР (93,02%). Врачи-клиницисты первичного звена здравоохранения, к которым неоднократно обращались на прием больные, при обсуждении безрезультатных обследований пытались обозначить психологические причины, предположить психогенные механизмы развития имеющихся симптомов. Степень отрицания психологических факторов была до крайности полярной – от категорического возмущения («все болезни от нервов») до мягкого отказа продолжать беседу на эту тему. Следует иметь в виду, что негативное отношение больного к попыткам объяснить данные расстройства психологическими причинами относится к числу общих диагностических указаний для всей рубрики соматоформных расстройств, одной из разновидностей которых являются собственно соматизированные (F45.0).

При обсуждении возможного диагноза психического расстройства и необходимости обратиться за консультацией к врачу-психиатру у 82 больных СР (95,35%) отмечался страх критической оценки в социуме (проявления социофобии). Они боялись, что о факте обращения в специализированные психиатрические учреждения станет известно их коллегам по работе, соседям и родственникам, а это, в свою очередь, негативно скажется на их социальном положении. Навязчивые мысли, раздумья о наличии психического расстройства возникали у всех 86 больных (100% случаев). Они были тягостными, мучительными, крайне неприятными, чуждыми, вызывающими беспокойство и тревогу. Больные старались от них избавиться, пытались убедить себя путем прохождения многократных медицинских обследований в наличии соматической патологии.

Понимание необходимости обратиться за помощью к врачу-психиатру сопровождалось тревожными опасениями возможных отрицательных последствий у 78 больных (90,70%). При этом больные затруднялись объяснить, чем именно вызваны их опасения, каких конкретных нежелательных последствий для себя они ожидают. Беспричинная тревога способствует её усугублению.

Длительное существование соматизированных проявлений, отсутствие объясняющих результатов диагностики, эффективности назначенного врачами-клиницистами лечения, тщетность попыток разобраться в причинах телесного недомогания на протяжении длительного времени – всё это способствовало появлению депрессивных включений. 75 больных (87,20%) отмечали снижение настроения, им не хватало энергии, активности в повседневной жизни («опускались руки»). При этом для диагностики клинически оформленного депрессивного расстройства не доставало основных, дополнительных и специальных критериев. Когда очередное обследование не давало результатов и общение с врачом сводилось к рекомендации обратиться к врачу-психиатру, больные отказывались от дальнейшего взаимодействия с этим специалистом и искали помощи в другом лечебном учреждении. Явный отказ или молчаливое нежелание обсуждать тему психиатрической помощи наблюдалось у 84 больных СР (97,67%).

Избегающее врача-психиатра поведение отмечалось на протяжении долгого времени (от 1 года до 6 лет и более) и проявлялось нежеланием обратиться за помощью к врачу-психиатру или психотерапевту, несмотря на рекомендации специалистов первичной медицинской сети. Стремление пройти многочисленные диагностические обследования является своеобразным ритуалом, прямой защитой от нежелательного обращения за специализированной помощью. Каждый из вышеописанных симптомов является индикатором феномена самостигматизации, который наряду с другими факторами препятствует своевременному лечению СР.

Далее в сравнительном аспекте проанализированы психологические проявления самостигматизирующего поведения, затрагивающего отношение к своему диагнозу и проводимому лечению, его влияние на взаимоотношения с окружающими, характерологические изменения, планирование своего будущего, у больных СР с разной длительностью наблюдения у врача-психиатра.

Впервые госпитализированные в психиатрическое учреждение больные СР (19 – 86,36%) предпочитали скрывать сведения о своем заболевании, факте госпитализации, опасаясь потери социального статуса и нарушений взаимоотношений с окружающими, насмешек со стороны знакомых и близких, отрицательных комментариев. В контрольной группе (18 – 78,26%)

доминировали высказывания противоположного содержания, они утверждали, что не видят смысла в сокрытии своего диагноза, их не беспокоит возможность распространения информации о лечении у врача-психиатра среди ближайшего окружения. Они отмечали, что в прошлом совершенно безосновательно беспокоились о том, как повлияет диагноз психического заболевания на дальнейшую жизнь, «что будет если кто-то узнает?». Более того, сожалели, что вовремя не прислушались к советам специали-

стов проконсультироваться у психиатра и не обратились раньше. Больные, имеющие опыт повторных госпитализаций, более позитивно оценивают эффективность лечения, убеждены в отсутствии каких-либо последствий психиатрического диагноза.

На рисунках 1, 2, 3 и 4 представлены диаграммы, отражающие ответы больных на те вопросы анкеты, которые содержат наиболее яркие проявления самостигматизирующего отношения.



Р и с у н о к 1. Распределение больных СР в группах по факту сокрытия психического заболевания



Р и с у н о к 2. Распределение больных СР в группах по наличию феномена «избегающего врача-психиатра поведения»

Ранее нами было описано свойственное для больных соматизированными расстройствами формирование «избегающего врача-психиатра поведение». Ответы на вопрос, затрагивающий проявления этого феномена, показали, что в основной группе он встречается у 20 больных (90,90% случаев). В течение нескольких лет эти пациенты безрезультатно обследовались, принимали малоэффективное лечение, не следова-

ли рекомендациям специалистов первичной медицинской сети (терапевт, невролог, эндокринолог и др.) обратиться к врачу-психиатру. Отсюда вовремя нераспознанное расстройство и отсутствие адекватной помощи. У 19 больных СР (82,61%) контрольной группы, имеющих опыт неоднократных госпитализаций и наблюдения у врача-психиатра, проявления феномена избегающего поведения не обнаруживались.



Р и с у н о к 3. Распределение больных СР, обнаруживающих изменения в характере и поведении из-за болезни

Больные СР основной группы (18 человек – 81,82%) отметили у себя существенные изменения в характере и поведении. Они считают, что наличие диагноза психического заболевания снизило их уверенность в себе, они стали робкими, нерешительными, чаще задумывались о том, где «всплывет» наличие диагноза, каково будет качество жизни, какие последствия возможны? У них присутствовало ощущение дискриминации и опасения предстоящей социальной изоляции. В контрольной группе большинство больных СР (18 человек – 78,26 %) не заметили значимых перемен в своем характере и привычном поведении. Они утверждали, что им «всё равно у кого лечиться, лишь бы болезнь ушла», «в психиатрии такие же больные, как и в любой другой больнице». Высказывания их в отношении лечения в психиатрии были более адекватны, оптимистичны, соответствовали их реальной жизненной ситуации.

В отношении своего будущего в связи с наличием психиатрического диагноза заболевания 18 больных (81,82 %) основной группы не строят планов и ближайших перспектив, руководствуясь имеющимися на момент госпитализации представлениями о своем диагнозе. С учетом описанных нами ранее социально-демографических сведений, а именно низкого образовательного уровня, ненадежных источников информации (интернет-сайты, рассказы знакомых и др.), можно предположить, что знания и представления о причинах происхождения психического заболевания у больных, впервые госпитализированных в специализированное психиатрическое учреждение, часто бывают искаженные и соответствуют обывательским представлениям. Именно этот аспект следует учесть при разработке дестигматизирующей программы для больных соматизированными расстройствами.



Р и с у н о к 4. Распределение больных СР в группах относительно планов на ближайшее будущее

У 19 больных (82,61%) СР контрольной группы, госпитализированных в психиатрический стационар повторно, отсутствуют какие-либо опасения из-за болезни, касающиеся дальнейшей реализации жизненных целей.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что больные СР с первичным обращением к психиатру склонны скрывать факт наличия имеющегося психиатрического диагноза, опасаясь потери социального статуса и нарушений взаимоотношений с окружающими. Кроме того, они отмечают негативное влияние заболевания на их характерологические особенности и поведение, опасаются строить планы на ближайшее будущее. Больные СР, имеющие опыт неоднократных госпитализаций в анамнезе и регулярно наблюдающиеся у врача-психиатра, не высказывают опасений по поводу диагноза психического заболевания, не видят препятствий во взаимодействии с окружающими и построении планов на будущее, спокойно относятся к возможности появления сведений об их заболевании среди ближайшего окружения.

Феномен самостигматизации в динамике соматизированного расстройства претерпевает изменения: на начальных этапах это выраженная самостигматизация, ожидание и опасение

возможных негативных и неприятных последствий для себя со стороны социума в связи с диагнозом психического заболевания, опасения, изменение привычного поведения, отсутствие планов на ближайшее будущее. Вышеуказанные проявления самостигматизирующего отношения у больных соматизированными расстройствами, которые в течение более длительного времени наблюдаются у врача-психиатра, получают поддерживающее лечение и имеют опыт неоднократных госпитализаций в специализированные учреждения, отсутствуют.

Динамические изменения феномена самостигматизации в нашем исследовании подтверждаются психологическими методами. В целях изучения выраженности самостигматизации у больных СР с первичным и повторным обращением к психиатру нами был применен опросник по самостигматизации, разработанный сотрудниками отдела организации психиатрической помощи НЦПЗ РАМН (Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., 2005).

Для определения различий в группах мы использовали критерий χ^2 Пирсона для оценки частоты встречаемости разных значений признака в двух и более эмпирических распределениях. Анализ полученных результатов представлен в таблице 2.

Т а б л и ц а 2. Распределение больных СР по выраженности самостигматизации в основной и контрольной группах (частотное распределение)

Выраженность самостигматизации	Основная группа (n=22)		Контрольная группа (n=23)		p-level (критерий Пирсона)
	Абс.	%	Абс.	%	
Низкая	5	22,72	14	60,86	p=0,01750*
Средняя	7	31,81	6	26,08	
Высокая	10	45,45	3	13,04	

Примечание. p-level – Уровень статистической значимости; * – различия на уровне статистической значимости.

Как видно из приведенных в таблице 2 данных, различия по частоте встречаемости выраженности самостигматизации в обеих группах больных СР обнаружены на уровне статистической значимости ($p \leq 0,05$). Лишь для 5 больных (22,72%), впервые госпитализированных в психиатрическое учреждение, оказалась характерна низкая выраженность самостигматизации. В группе больных, имеющих опыт госпитализации и более длительного наблюдения у врача-психиатра, низкая выраженность самостигматизации наблюдается в 2,67 раза чаще (14 обследованных – 60,86%). Среди впервые обратившихся за психиатрической помощью больных СР средняя выраженность самостигматизации встречается у 7 человек (31,81%), аналогичный показатель среди госпитализированных повторно выявлен у 6 больных (26,08%), т.е. с практически идентичной частотой. Высокая выраженность самостигматизации отмечается у 10 больных СР (45,45%) с первичным обращением и в 3,48 раза реже у больных (3 – 13,04%) из контрольной группы, имеющих более длительный опыт обращения за помощью к врачам-психиатрам.

Опираясь на полученные данные, можно сделать заключение о том, что высокая выраженность самостигматизации является характерной для пациентов с соматизированными расстройствами, которые впервые обратились за психиатрической помощью. Они более глубоко и болезненно переживают новую для себя роль психически больного и испытывают ограничения в различных сферах психологического

и социального личностного функционирования в сравнении с пациентами, длительно наблюдающимися у врача-психиатра и имеющими опыт неоднократных госпитализаций в психиатрические учреждения. Феномен самостигматизации следует отнести к числу факторов, препятствующих своевременному обращению больных за оказанием психиатрической помощи. Самостигматизация, наряду с другими причинами, предрасполагает к формированию избегающего врача-психиатра поведения. Особенно ярко описанный феномен проявляется во время первичной госпитализации пациента в психиатрическое учреждение.

На следующем этапе нами было проведено изучение особенностей личностной идентичности у больных соматизированными расстройствами с различной длительностью наблюдения в психиатрических учреждениях.

Типы личностной идентичности у больных СР с различной длительностью сроков клинико-динамического наблюдения в психиатрических учреждениях изучены с помощью тестовой методики изучения личностной идентичности (МИЛИ) (Шнейдер Л.Б., 2007). Для нахождения различий в группах нами применялся критерий χ^2 Пирсона, который позволял оценить частоты встречаемости различных значений признака в двух и более эмпирических распределениях.

Анализ полученных результатов по частоте встречаемости типов личностной идентичности представлен в таблице 3.

Т а б л и ц а 3. Распределение больных СР по частоте встречаемости типов личностной идентичности в основной и контрольной группах

Тип личностной идентичности	Основная группа (n=22)		Контрольная группа (n=23)		p-level (критерий Пирсона)
	Абс.	%	Абс.	%	
Псевдопозитивная	2	9,09	1	4,34	p=,01053*
Достигнутая позитивная	4	18,18	10	43,47	
Мораторий	1	4,54	7	30,43	
Диффузная	9	40,90	3	13,04	
Преждевременная	6	27,27	2	8,69	

Примечание. p-level – Уровень статистической значимости; * – различия на уровне статистической значимости.

Как видно из таблицы 3, различия по частоте встречаемости типов личностной идентичности в группах больных СР с различной длительностью наблюдения в психиатрических учреждениях обнаружены на уровне статистической значимости ($p \leq 0,05$). В группе больных СР с первичным обращением к психиатру псевдопозитивная идентичность характерна для 2 испытуемых (9,09%), в группе с повторным обращением к психиатру – для 1 (4,34%). В основной группе достигнутая позитивная идентичность встречается у 4 больных СР (18,18%), в контрольной группе в 2,39 раза чаще (10 – 43,47%). Тип личностной идентичности «мораторий» обнаружен у 1 больного СР (4,54%) с первичным обращением и у 7 пациентов (30,43%) с повторной госпитализацией. Для 9 больных СР (40,90%) основной группы свойственно формирование диффузной идентичности, в то время как у больных с повторным обращением указанный тип наблюдается у 3 обследованных (13,04%). Преждевременная идентичность отмечена в 6 случаях (27,27%) у больных СР основной группы, в контрольной группе – у 2 больных (8,69%).

Изучение типов личностной идентичности в группах больных СР с различной длительностью наблюдения в психиатрических учреждениях показало, что для пациентов с первичным обращением к психиатру доминирующими являются две разновидности, такие как диффузная и преждевременная. Идентичность в данном случае будет характеризоваться отсутствием четких жизненных целей, ценностей и убеждений, а также принятием всех важных решений под контролем других людей, что расценивается как вариант навязанной идентичности. В группе больных с повторными обращениями и более длительным опытом наблюдения у врача-психиатра из типов личностной идентичности преобладают «мораторий» и «достигнутая позитивная идентичность». В первом случае они отражают наличие кризиса идентичности и активные попытки выхода человека из него, во втором – наличие прочных жизненных целей и ценностей.

Более широкое понятие процесса стигматизации как предвзятого отношения к психически больным в обществе у больных соматизированными расстройствами сводится непосредственно к более узкому пониманию феномена самостигматизации. Он отражает установку, готовность или ответную реакцию пациента на свое заболевание и существующую обществен-

ную стигму. Наряду с другими социально-демографическими, информационными и психологическими факторами у больных СР обозначенные проявления самостигматизации играют важную роль для своевременности обращения за психиатрической помощью. Рассматриваемый феномен самостигматизации как predisposition, ожидание особого негативного отношения к себе со стороны общества, попытка принять на себя роль психически больного – всё это участвует в формировании избегающего врача-психиатра поведения. Изучение выраженности феномена самостигматизации и длительности наблюдения и лечения у врача-психиатра показало существование взаимосвязи. Приобретаемый больными СР опыт взаимодействия с врачами-психиатрами, психологами, общения с другими больными могут оказывать влияние на снижение проявлений самостигматизации. Приоритетным становится вопрос более раннего вмешательства (инициальные этапы динамики СР) и включения программ дестигматизации на этапе диагностики СР в первичном звене здравоохранения.

Предлагаемые нами алгоритмы ранней диагностики соматизированных расстройств для специалистов городских поликлиник, медицинских диагностических центров содержат тематические блоки (тренинги), которые помогут больным понять психологическую природу возникновения соматических симптомов, преодолеть мнимую опасность диагноза психического расстройства, осознать ошибочность взглядов на воображаемые негативные последствия, дискриминацию со стороны общества. Дестигматизация – это одна из основных задач, которая возникает перед специалистами как в области психиатрии, клинической психологии, так и является необходимой составляющей в практической работе специалистов первичной медицинской сети с больными соматизированными расстройствами.

ВЫВОДЫ

Феномен самостигматизации у больных СР следует отнести к числу факторов, препятствующих своевременному обращению за специализированной помощью и способствующих развитию избегающего врача-психиатра поведения. Самостигматизация при СР наиболее ярко проявляется у больных, впервые обратившихся за помощью в психиатрические учреждения. Они глубже и болезненнее переживают новую для себя роль психически больного и испытывают ограничения в различных сфе-

рах психологического и социального функционирования в сравнении с пациентами, длительно наблюдающимися у психиатра и имеющими опыт госпитализаций в психиатрические учреждения.

Предложены клинические проявления феномена самостигматизации у больных СР, являющиеся его индикаторами: отрицание психологических проблем и их связи с заболеванием, страх (фобия) быть критически оцененным в социуме, чуждость мыслей о психическом заболевании, тревожные опасения возможных последствий (настороженность), депрессивные включения, избегание темы разговора о возможном лечении у врача-психиатра, избегающее врача-психиатра поведение.

В динамике заболевания у больных соматизированными расстройствами, имеющих повторные госпитализации в анамнезе и более длительный опыт наблюдения и лечения у врача-психиатра, выраженность самостигматизации снижается.

Исследование типов личностной идентичности в группах больных соматизированными расстройствами с различной длительностью наблюдения в психиатрических учреждениях показало, что для пациентов с первичным обращением к психиатру преобладающими являются такие как диффузная и преждевременная личностная идентичность. Они характеризуются отсутствием четких жизненных целей, ценностей и убеждений, принятием всех важных решений под контролем других людей как вариант навязанной идентичности.

Для больных СР с повторной госпитализацией свойственны такие разновидности личностной идентичности, как мораторий и достигнутая позитивная идентичность. Указанные типы в первом случае отражают наличие кризиса идентичности и активные попытки выхода человека из него, во втором – наличие прочных жизненных целей и ценностей.

Полученные результаты необходимо учитывать в предложенной нами ранее психообразовательной программе для больных соматизированными расстройствами, дополнить её дестигматизирующей составляющей. Это позволит больным СР сформировать грамотные представления о своем заболевании, осознать необходимость более раннего обращения за специализированной психиатрической помощью, преодолеть избегающее отношение к врачу-психиатру и осуществить профилактику процесса самостигматизации.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол заседания Комитета по этике Курского ГМУ № 5 от 14.05.2015 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 2001: 177–193.
2. Семенихин Д.Г., Башмакова О.В. Роль архетипических представлений в формировании стигматизации психически больных. Symbolic and archetypic in culture and social relations symbolic and archetypic in culture and social relations: materials of the IV international scientific conference on March 5–6, 2014. – Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»: 110–112.
3. Богушевская Ю.В., Ласков В.Б., Погосов А.В. Психогенные факторы и ятрогении при болях в спине (коррекция и профилактика). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2019; 119(5): 250–251.
4. Ионин Л.Г. Идентификация и инсценировка. Психология самосознания. Самара, «БАХРАХ-М», 2000: 641–655.
5. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2001; 1: 22–27.
6. Косенко Н.А., Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Агеев М.И. Истоки психиатрической стигматизации и её перспективы. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2015; 3: 58–61.
7. Лугова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма – её проявления и последствия. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2017; 3: 41–45.
8. Мамедов А.К., Липай Т.П. Социальная стигматизация: генезис и детерминанты становления. *Социологический альманах (Республика Беларусь, Минск)*. 2011; 2: 128–138.
9. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2005; 7: 58–65.
10. Парфенова Е.В., Ридер Ф.К., Герсамя А.Г. Стигматизация пациентов с эпилепсией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2017; 1: 78–83.

11. Погосов А.В., Богусhevская Ю.В. Клинические, личностно-психологические и социально-демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной помощью. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 22–30.
12. Погосов А.В., Ласков В.Б., Богусhevская Ю.В. Причины необоснованного обращения больных с соматизированными расстройствами к врачам общемедицинской практики. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018; 10(4): 40–45.
13. Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с суицидальным поведением. *Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация*. 2015; 4 (201): 49–56.
14. Серебряйская Л.Я. Социальные представления о психически больных в контексте проблемы стигматизации. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2005; 3: 47–54.
15. Толкач Е.А. Личностные характеристики пациентов с соматизированным расстройством. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2010; 3: 64–66.
16. Link B., Struening E.L., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan J.C. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of the people with mental health disorders. *Psychiatry Serv.* 2001; 52(12): 1621–1626. DOI: 10.1176/appi.ps.52.12.1621
17. Sontag S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. New York, NY: Picador, 2001: 183.
18. Pinel E.C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999; 76 (1): 114–128. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.76.1.114>

Поступила в редакцию 15.07.2019
Утверждена к печати 09.09.2019

Погосов Альберт Вазгенович – доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики.

Богусhevская Юлия Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и психосоматики (ORCID ID: orcid.org/0000-0003-4912-4285).

✉ Богусhevская Юлия Владимировна, yuliyabogushevskaya@yandex.ru

УДК 616.85-06:616.89:616.082.4:347.426.356.1:364.624.6:364.63

For citation: Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. Self-stigmatization phenomenon in patients with somatoform disorders (clinical and psychological aspects). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 3 (104): 66–79. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3\(104\)-66-79](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-66-79)

Self-stigmatization phenomenon in patients with somatoform disorders (clinical and psychological aspects)

Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V.

Kursk State Medical University

Karl Marx street, 3, 305041, Kursk, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction: the rationale for studying self-stigmatization phenomenon in patients with somatoform disorders (SD) is associated with their delayed seeking for specialized psychiatric attention and subsequent ineffective treatment. **Goal of research:** to study clinical and psychological features of patients' self-stigmatization in the dynamics of somatoform disorder, to develop a program for destigmatization. **Methods:** clinical and psychopathologic; psychodiagnostic (self-stigmatization questionnaire, methods for studying personal identity (MSPI); methods of data statistical processing. **Results:** we have proposed clinical manifestations of self-stigmatization phenomenon and described a number of psychological features. In the dynamics of somatoform disorder they undergo certain changes: at the initial stages it is a pronounced self-stigmatization, fears and anticipation of consequences from the society due to the diagnosis of mental illness, a change in habitual behavior, and lack of plans for the nearest future. Manifestations of self-stigmatizing behavior in patients with SD grow weak when the disease is long-lasting. **Conclusion:** manifestations of self-stigmatization are characteristic of SD patients admitted to a psychiatric institution for the first time, they include attitude to the diagnosis of some mental disorder, its possible influence on relationships with others, changes in their character and behavior due to the disease, and fears to plan their future as well. SD patients of the main group prefer to hide the information about their disease, the fact of their admission to the hospital, being afraid to lose social status and break relationships, to subject oneself to ridicule by friends and relatives, to get negative comments. A psychiatrist escape behavior in SD patients before hospital admission was observed in 89% of cases. For several years

they had an ineffective medical checkup, took ineffective treatment, did not follow the recommendations of primary medical specialists to consult a psychiatrist. Upon their first visit to a psychiatrist, disorders of personal identity were revealed in SD patients: such varieties as diffuse and premature dominated. They are characterized by the absence of clear life goals, values and beliefs, making all important decisions influenced by someone else's opinion, as a variant of imposed identity. In our psycho-educational programs for primary health care professionals and SD patients, destigmatizing components should be included.

Keywords: psychosomatics, somatoform disorders, self-stigmatization, a psychiatrist escape behavior.

REFERENCES

1. Aleksandrovsky Yu.A. Sotsial'nyye faktory i pogramichnyye psikhicheskiye rasstroystva. Rukovodstvo po sotsial'noy psikhiiatrii [Social factors and borderline mental disorders. Manual for Social Psychiatry] / Edited T.B. Dmitrieva. Moscow, 2001: 177–193 (in Russian).
2. Semenikhin D.G., Bashmakova O.V. Rol' arkhitiicheskiykh predstavleniy v formirovani stigmatizatsii psikhicheski bol'nykh [The role of archetypal ideas in the formation of stigmatization of the mentally ill]. Symbolic and archetypic in culture and social relations ymbolic and archetypic in culture and social relations: materials of the IV international scientific conference of the IV international scientific conference on March 5–6, c conference on March 5–6, 2014. – Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»: 110–112 (in Russian).
3. Bogushevskaya Yu.V., Laskov V.B., Pogosov A.V. Psikhogennyye faktory i yatrogenii pri bol'yakh v spine (korrektsiya i profilaktika) [Psychogenic factors and iatrogenic pain in the back (correction and prevention)]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova – Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2019; 119(5): 250–251 (in Russian).
4. Ionin L.G. Identifikatsiya i instsenirovka. Psikhologiya samosoznaniya [Identification and staging. Psychology of self-awareness]. Samara, “Bahrakh-M”, 2000: 641–655 (in Russian).
5. Kabanov M.M. Problema reabilitatsii psikhicheski bol'nykh i kachestvo ikh zhizni [The problem of rehabilitation of the mentally ill and the quality of their life]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2001; 1: 22–27 (in Russian).
6. Kosenko N.A., Krasilnikov G.T., Kosenko V.G., Ageev M.I. Istoki psikhiiatricheskoy stigmatizatsii i yeye perspektivy [The origins of psychiatric stigmatization and its prospects]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik – Kuban Scientific Medical Herald*. 2015; 3: 58–61 (in Russian).
7. Lutova N.B., Sorokin M.Yu., Vid V.D. Psikhiiatricheskaya stigma – yeyo proyavleniya i posledstviya [Psychiatric stigma – its manifestations and consequences]. *Obozreniye psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva – Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev*. 2017; 3: 41–45 (in Russian).
8. Mamedov A.K., Lipay T.P. Sotsial'naya stigmatizatsiya: genesis i determinanty stanovleniya [Social stigmatization: the genesis and determinants of formation]. *Sotsiologicheskiy al'manakh – Sociological Almanac (Republic of Belarus, Minsk)*. 2011; 2: 128–138 (in Russian).
9. Mikhailova I.I., Yastrebov V.S., Enikolopov S.N. Kliniko-psikhologicheskiye i sotsial'nyye faktory, vliyayushchiye na stigmatizatsiyu psikhicheski bol'nykh raznykh nozologicheskikh grupp [Clinical, psychological and social factors affecting the stigmatization of mentally ill patients of different nosological groups]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova – Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2005; 7: 58–65 (in Russian).
10. Parfenova E.V., Reader F.K., Gersamia A.G. Stigmatizatsiya patsiyentov s epilepsiyey [Stigmatization of patients with epilepsy]. *Nevroogiya, neyropsikhiiatriya, psikhosomatika – Neuroscience, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2017; 1: 78–83 (in Russian).
11. Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. Klinicheskiye, lichnostno-psikhologicheskiye i sotsial'no-demograficheskiye faktory, prep'yatstvuyushchiye obrashcheniyu bol'nykh somatizirovannymi rasstroystvami za spetsializirovannoy pomoshch'yu [Clinical, personality-psychological and socio-demographic factors that impede the treatment of patients with somatized disorders for specialized care]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 22–30 (in Russian).
12. Pogosov A.V., Laskov V.B., Bogushevskaya Yu.V. Prichiny neobosnovannogo obrashcheniya bol'nykh s somatizirovannymi rasstroystvami k vracham obshchemeditsinskoy praktiki [Reasons for unreasonable treatment of patients with somatized disorders to general practitioners]. *Nevroogiya, neyropsikhiiatriya, psikhosomatika – Neuroscience, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018; 10(4): 40–45 (in Russian).
13. Polozhiy B.S., Ruzhenkova V.V. Stigmatizatsiya i samostigmatizatsiya bol'nykh shizofreniyey i shizoafektivnym rasstroystvom s suitsidal'nym povedeniym [Stigmatization and self-stigmatization of patients with schizophrenia and schizoaffective disorder with suicidal behavior]. *Nauchnyye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta – Scientific Reports of Belgorod State University. Series Medicine. Pharmacy*. 2015; 4 (201): 49–56 (in Russian).

14. Serebriyskaya L.Ya. Sotsial'nyye predstavleniya o psikhicheski bol'nykh v kontekste problemy stigmatizatsii [Social perceptions of the mentally ill in the context of stigma]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova – Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2005; 3: 47–54 (in Russian).
15. Tolkach Ye.A. Lichnostnyye kharakteristiki patsiyentov s somatizirovannym rasstroystvom [Personal characteristics of patients with somatized disorder]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika – Neuroscience, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010; 3: 64–66 (in Russian).
16. Link B., Struening E.L., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan J.C. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of the people with mental health disorders. *Psychiatry Serv.* 2001; 52(12): 1621–1626. DOI: 10.1176/appi.ps.52.12.1621
17. Sontag S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. New York, NY: Picador, 2001: 183.
18. Pinel E.C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999; 76 (1): 114–128. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.76.1.114>

Received July 15.2019

Accepted September 09.2019

Pogosov Albert V. – MD, Prof., Head of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Kursk State Medical University.

Bogushevskaya Julia V. – PhD, docent of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Kursk State Medical University (ORCID ID: orcid.org/0000-0003-4912-4285).

✉ Bogushevskaya Julia V., yuliyabogushevskaya@yandex.ru