

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89-008.441.45:159.923+616.89-008.454]-085

Ряполова Т.Л.¹, Титухин Н.В.²

ОСОБЕННОСТИ СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹ Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР;

² Республиканская клиническая психиатрическая больница, Донецк, ДНР

Больные с депрессивными расстройствами, как вследствие особенностей клинических проявлений заболевания, так и в силу сложившихся в социуме предрассудков в отношении пациентов с психическими расстройствами, оказываются подверженными процессам стигматизации и самостигматизации, которые являются трудными жизненными ситуациями, предусматривающими индивидуальную психическую адаптацию к ним. Психическая адаптация как процесс совладания человека с трудными жизненными ситуациями может происходить на внешнем, поведенческом уровне в виде копинг-стратегий, направленных на преодоление проблемы (аллопсихическая адаптация) и в виде механизмов психологической защиты (интрапсихическая адаптация) [1, с. 32].

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния индивидуальных особенностей механизмов приспособления на степень самостигматизированности больных с депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования

Было обследовано 116 больных с аффективными расстройствами, которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии (основная группа), из них 25 чел. (21,6%) – пациенты с депрессивным эпизодом легким (F32.0) и умеренным (F32.1); 34 чел. (29,3%) – пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством, текущий эпизод легкой степени (F33.0) и текущий эпизод умеренной тяжести (F33.1); 57 чел. (49,1%) – пациенты с биполярным аффективным расстройством (БАР), текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3). Степень тяжести

депрессивной симптоматики (шкала НАМ-D) оценивалась как легкая степень (8-13 баллов) у 39 чел. (33,6%), средняя степень тяжести (14-18 баллов) – у 77 чел. (66,4%).

Обследованные пациенты в зависимости от уровня самостигматизации (СС) [2] были разделены на группы: группа I (низкий уровень СС) – 14 чел. (12,07%), группа II (средний уровень СС) – 66 чел. (56,9%), группа III (высокий уровень СС) – 36 чел. (31,03%).

Группа сравнения была сформирована из 30 больных с депрессией без признаков самостигматизации, сопоставимых с пациентами основной группы по клиническим, динамическим, гендерно-возрастным и другим социально-демографическим характеристикам.

В исследовании использовались методы: клинико-психопатологический, психодиагностический, метод математической обработки результатов.

Клинико-психопатологический метод предусматривал психиатрическое обследование больных путем традиционного опроса и динамического анализа психического статуса пациента. Для стандартизованной количественной состояния больных с депрессивными расстройствами была использована Шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Rating Scale for Depression – НАМ-D, М. Hamilton, 1960) [3].

Психодиагностический метод предусматривал оценку уровня ауто стигматизации больных с депрессией с помощью Шкалы оценки уровня самостигматизации (В.А. Абрамов и соавт., 2011) [4]. Для определения доминирующих копинг-стрессовых поведенческих стратегий больных была использована методика «Копинг-поведение в стрессовых си-

туациях» (С. Норманн и соавт., 1988) [5, с.162]. Исследование механизмов психологической защиты (МПЗ) проводилось с помощью методики определения механизмов психологической защиты R. Plutchik и Н. Kellerman (1979) [5, с.168].

Метод математической обработки результатов предусматривал создание компьютерного банка данных 146 обследованных больных и дальнейшей статистической обработки полученных результатов. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT. Для количественного анализа полученных в исследовании данных использовались методы статистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Под копинг – поведением понимается психологическое преодоление, совладание субъекта с затруднительной ситуацией в соответствии с ее актуальностью для личности и ее ресурсами. Данный процесс предполагает определенные когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния травматической ситуации. Активная форма копинг – стратегии предусматривает целенаправленные усилия по устранению или изменению влияния стрессовой ситуации за счет ослабления личностной связи с ситуацией стресса. В случае использования личностью интрапсихических способов совладания со стрессом с помощью механизмов психологической защиты, когда происходит редукция эмоционального напряжения при сохраняющейся стрессовой ситуации, копинг-поведение рассматривается как пассивное.

В соответствии с классификацией копинг-поведения С. Норманн и соавт. [], у обследованных пациентов с депрессией нами выделялись три основных типа копинг-стратегий (копинг, сфокусированный на разрешении проблем; копинг, сфокусированный на эмоциях; копинг, сфокусированный на избегании), которые характеризовались различными комбинациями когнитивных, эмоциональных и поведенческих составляющих переживания стресса.

В таблице 1 приведены данные о частоте использования различных копинг-стратегий больными с депрессией с различным уровнем самостигматизации.

Больные с низким уровнем самостигмы примерно с одинаковой частотой использовали все виды копинг-стратегий, направленных на преодоление стресса, связанного, в том числе, со стигматизирующими воздействиями. Их стратегии преодоления были направлены как на решение задач (35,7±0,6% больных), на эмоции (35,7±0,6%) и на избегание стрессовой ситуации (28,6±1,0%).

В группе депрессивных пациентов со средним уровнем самостигматизации в основном использовался копинг, ориентированный на эмоции (42,4±0,9%), причем данный показатель статистически значимо ($p < 0,05$) превышал соответствующие показатели как в группах с более низким или более высоким уровнем самостигмы, так и в группе сравнения. Стратегии, ориентированные на решение задач или избегание использовались примерно с одинаковой частотой (31,8±0,7% и 25,8±0,7% соответственно)

На заключительных этапах самостигматизации для больных с депрессией оказа-

Таблица 1

Частота преобладающих вариантов копинг-поведения больных с депрессией с различным уровнем самостигматизации

Варианты копинг-поведения	Группа I, %±m% (n=14)	Группа II, %±m% (n=66)	Группа III, %±m% (n=36)	Группа сравнения, %±m%
I - копинг, ориентированный на решение задач	35,7±0,6	31,8±0,7	33,3±0,6	60,0±0,4*
II - копинг, ориентированный на эмоции	35,7±1,4	42,4±0,9*	38,9±0,7	33,3±1,2
III - копинг, ориентированный на избегание	28,6±1,0	25,8±0,7	27,8±0,5	6,7±0,9*

Примечание: * - значения, для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия относительно предыдущего исследования (Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок).

лись используемыми как ориентированные на решение проблем стратегии поведения ($33,3 \pm 0,6\%$), так и на эмоции ($38,9 \pm 0,7\%$) или избегание ($27,8 \pm 0,5\%$).

Сравнение частоты использования различных видов копинг-стратегий у самостигматизированных больных с аналогичными показателями в группе сравнения обнаружило ряд закономерностей, имеющих, с нашей точки зрения, определенное прогностическое значение. Так, статистически значимо ($p < 0,05$) более частое использование когнитивных стратегий, предусматривающих использование различных вариантов решения проблем, связанных с депрессией, в группе сравнения ($60,0 \pm 0,4$), позволяет рассматривать вариант копинга, ориентированного на решение задач, как оптимальную стратегию преодоления стигматизирующих и самостигматизирующих аспектов. В то же время, эскапизм как избегающая стратегия поведения использовалась нестигматизированными депрессивными больными статистически значимо ($p < 0,5$) реже (в $6,7 \pm 0,9\%$ случаев), чем аутоستيгматизированными пациентами, что свидетельствует о принятии больными группы сравнения своего состояния и сопряженных с ним проблем. Данное наблюдение может быть использовано в разработке специфических психокоррекционных подходов в работе с подверженными самостигматизации депрессивными больными.

Различия частоты используемых копинг-стратегий в сравниваемых группах больных подтверждались и их содержательными характеристиками. В таблице 2 представлены данные об интенсивности используемых копинг-стратегий больными

с депрессивными расстройствами с разным уровнем самостигматизации.

Весь спектр возможных копинг-стратегий у обследованных больных нами был разделен на конструктивные, условно конструктивные и неконструктивные варианты. В качестве конструктивного рассматривался копинг, ориентированный на разрешение проблем, условно конструктивного – ориентированный на эмоции и неконструктивного – ориентированный на избегание.

У пациентов всех групп, вне зависимости от уровня самостигматизации преобладали условно конструктивные стратегии копинга, ориентированные на эмоции ($54,0 \pm 1,9$ в группе больных с низким уровнем самостигматизации, $58,5 \pm 1,9$ – со средним, $55,0 \pm 1,3$ – с высоким уровнем самостигмы, различия между группами статистически незначимы, $p > 0,05$). Копинг, ориентированный на управление эмоциональными последствиями стрессорных жизненных обстоятельств, каковыми являлись факторы и механизмы самостигматизации, предусматривал их пассивное преодоление с использованием различного арсенала механизмов психологической защиты, направленных на редукцию эмоционального напряжения и дезадаптивного отношения к травматическому событию, а не на изменение или активное преодоление стрессовой ситуации. Особенно выраженной данная стратегия была у пациентов группы II, которые, помимо депрессивных переживаний, «вживались» в роль больного с психическими расстройствами. При этом пациентами, согласно нашим наблюдениям, использовались три варианта данной стратегии. Первый из них, чаще встречавшийся у больных со средним уровнем аутоستيгмы, был обозначен нами как

Таблица 2

Сравнительная оценка интенсивности использования копинг-стратегий в сравниваемых группах больных

Варианты копинг-поведения	Группа I, $\bar{X} \pm m$	Группа II, $\bar{X} \pm m$	Группа III, $\bar{X} \pm m$
Копинг, ориентированный на решение задач	$49,0 \pm 1,5^*$	$46,0 \pm 1,3^*$	$47,0 \pm 1,2^*$
Копинг, ориентированный на эмоции	$54,0 \pm 1,9$	$58,5 \pm 1,9$	$55,0 \pm 1,3$
Копинг, ориентированный на избегание	$38,0 \pm 1,1^*$	$35,5 \pm 1,4^*$	$41,0 \pm 2,2^*$

Примечание: * - значения, для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия относительно предыдущего исследования (Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок).

эмоциональное напряжение, в переживаниях присутствовали утверждения: «испытываю раздражение, напряжение, эмоциональный шок», «переживаю о последствиях». Второй вариант, усугублявшийся болезненными депрессивными переживаниями, представлял собой пессимизм с чувством вины, что находило отражение в высказываниях типа: «вину себя за нерешительность», «погружаюсь в свою боль и страдания», «вину себя за то, что оказался в данной ситуации, за слишком эмоциональное отношение к ней», «переживаю, что не могу справиться с ситуацией», «жалею, что не могу ничего изменить», «думаю о своих недостатках». Ориентированный вовне вариант данной стратегии заключался в переживаниях того, что больные вербализовали как «отыгрываюсь на других», «убеждаю себя, что это произошло не со мной». Конструктивные элементы данной стратегии заключались в том, что больные не дистанцировались от травмирующей ситуации, переживали ее, искали оправдательные нюансы своей беспомощности, в широком смысле демонстрировали осознание своего дистресса, неприятие стрессовой ситуации и заинтересованность в ее преодолении. Однако фиксация на депрессивных симптомах как собственных недостатках и низкая самооценка значительно ограничивали потенциал «конструктивности».

На втором месте по интенсивности использования был копинг, ориентированный на решение проблем, причем статистически значимо более высоким ($p < 0,05$) он был в группе больных с низким уровнем самостигматизации ($49,0 \pm 1,5$) в сравнении с аналогичным показателем во II и III группах пациентов с депрессией ($46,0 \pm 1,3$ и $47,0 \pm 1,2$ соответственно). При данном варианте копинга использовались следующие механизмы: проблемный анализ (выбор позиций «сосредотачиваюсь на проблеме, анализирую ее», «думаю, как ее решить и что для меня самое главное в данной ситуации»), поиск путей разрешения («вспоминаю, как мною решались эти проблемы раньше», «определяю план действий», «подбираю вариант решения») и концентрация на собственных действиях («контролирую ситуацию», «стараясь собраться», «пытаюсь доказать, что я могу это сделать», «немедленно предпринимаю меры»). Доминирующими способами совладания при этой стратегии являлись интеллектуальная проработка и

анализ событий, а также когнитивные усилия, направленные на планирование действий, позволяющих сохранить самооценку и самоуважение. При этом, если больные с низким уровнем самостигмы не только обдумывали сложившуюся ситуацию, но и обнаруживали тенденцию к проблемно-решающему поведению, то по мере нарастания аутостигмы доминировала рефлексия без поведенческой активности.

Неконструктивный вариант копинга, ориентированного на избегание, был наименее интенсивно используемым, но статистически достоверно ($p < 0,05$) выше в группе депрессивных пациентов с высоким уровнем самостигмы ($41,0 \pm 2,2$ в сравнении с $38,0 \pm 1,1$ и $35,5 \pm 1,4$ в группах I и II соответственно). Поведение больных с высоким уровнем самостигматизации было дезадаптивным, псевдосовладающим и мог рассматриваться как предрасполагающий к их социальной изоляции или избеганию социальных контактов. Исходя из выбираемых пациентами вариантов ответов, эскапизм обследованных пациентов нами рассматривался как пассивное избегание с преобладанием переключения на отвлекающую деятельность и общение (больные обнаруживали склонность к искажению значимости возникающих проблем, конформность установок, нерешительность, «покорность своей судьбе», пессимистичное оценивание собственной перспективы) или активное избегание - уход от деятельности («стараясь больше есть», «бесцельно хожу», «пытаюсь заснуть»). Доминирование стратегии избегания, согласно нашим наблюдениям, способствовало формированию негативной Я-концепции с низким уровнем самосознания и самооценки, что позволяло оценивать эскапизм в качестве диагностического предиктора дезадаптивного поведения самостигматизированных депрессивных пациентов.

Самостигматизация больных с депрессией сопровождается искажением процессов переработки информации с заниженной самооценкой, изменениям в восприятии окружающих и их отношения, следствием чего является социальная дезадаптация большей или меньшей степени выраженности. Данные процессы на глубинном уровне протекают с использованием механизмов психологической защиты, что нередко приводит к нарушениям мотивационных механизмов социального функционирования.

Основными характеристиками механизмов психологической защиты являются: они действуют в подсознании, индивид не осознает, что с ним происходит, они «...отрицают, искажают, фальсифицируют действительность...» [6], действуют, в том числе, в ситуации конфликта или стресса. Целью психологической защиты является снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения и личности.

У обследованного нами контингента больных защитные механизмы выполняли не столько дезадаптивную функцию, сколько способствовали адаптации, охраняя не только самоуважение, но и помогая справляться с ситуацией депрессии, диагноза психического расстройства, госпитализации в психиатрический стационар и другими ситуациями, формирующими стигматизирующий фон в различных жизненных аспектах пациентов. В связи нами рассматривались компенсаторные защитные механизмы, компенсирующие клинические проявления депрессии и являющиеся благоприятным прогностическим критерием, способствующим формированию качественного терапевтического ответа (относительно зрелые механизмы психологической защиты – вытеснение, рационализация-интеллектуализация, замещение, компенсация-гиперкомпенсация) и декомпенсирующие, усугубляющие

симптоматику и идентифицируемые нами как неблагоприятный прогностический критерий (незрелые, примитивные защитные механизмы - отрицание, проекция и регрессия).

Анализ показателей напряженности механизмов психологической защиты у больных с депрессией в зависимости от уровня аутостигматизированности представлен в таблице 3.

Как видно из приведенной таблицы, по мере нарастания уровня самостигматизации возрастала общая напряженность механизмов психологической защиты. Так, если при низком уровне самостигмы данный показатель практически не отличался от аналогичного в группе сравнения ($21,7 \pm 1,7$ и $22,4 \pm 2,6$ соответственно), то при среднем и высоком уровне показатель ОНЗ статистически достоверно ($p < 0,05$) повышался ($33,7 \pm 4,0$ и $33,7 \pm 1,9$), что отражало нарастание внутреннего эмоционального напряжения как отражения переживания опыта самостигматизации.

У всех обследованных депрессивных больных (как основных групп, так и группы сравнения) наибольшей напряженностью характеризовался защитный механизм регрессии (при отсутствии статистически значимых различий между группами). С нашей точки зрения, это свидетельствовало о пессимистической, инфантильной жизненной позиции многих пациентов депрессией с нежеланием брать на

Таблица 3

Сравнительная характеристика напряженности защитных механизмов больных с депрессией в зависимости от уровня самостигматизации

Механизмы психологической защиты	Группа I	Группа II	Группа III	Группа сравнения
Вытеснение	$3,0 \pm 0,4$	$4,0 \pm 0,5$	$3,0 \pm 0,3$	$3,0 \pm 0,8$
Регрессия	$5,0 \pm 0,5$	$5,0 \pm 0,9$	$6,0 \pm 0,6$	$5,0 \pm 0,3$
Замещение	$2,0 \pm 0,7$	$3,0 \pm 0,9$	$2,0 \pm 0,5$	$3,0 \pm 0,6$
Отрицание	$1,0 \pm 0,3$	$2,0 \pm 0,7$	$3,0 \pm 0,4^{*}\#$	$2,0 \pm 0,4$
Проекция	$2,0 \pm 0,6$	$5,0 \pm 1,0^{*}\#$	$6,0 \pm 0,6^{*}\#$	$3,0 \pm 0,3$
Компенсация	$2,0 \pm 0,5$	$2,0 \pm 0,6$	$2,0 \pm 0,3$	$2,0 \pm 0,7$
Гиперкомпенсация	$3,0 \pm 0,5$	$4,0 \pm 0,9$	$3,0 \pm 0,5$	$3,0 \pm 0,4$
Рационализация	$3,0 \pm 0,4$	$4,0 \pm 0,7$	$5,0 \pm 0,4^{*}\#$	$3,0 \pm 0,6$
ОНЗ	$21,7 \pm 1,7$	$33,7 \pm 4,0^{*}\#$	$33,7 \pm 1,9^{*}\#$	$22,4 \pm 2,6$

Примечание: * - Различие с группой I является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,05$;
 # - Различие с группой сравнения является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,05$;
 ОНЗ – общая напряженность защиты.

себя ответственность за собственную судьбу, склонностью использовать выученных, ставших стереотипными, стратегий беспомощности. Данные характеристики могли быть факторами, способствующими самостигматизации и принятии на себя роли больного большинством обследованных пациентов.

В группах больных со средним и высоким уровнем самостигмы статистически достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с группой I и группой сравнения более высокой была напряженность защитного механизма проекции ($5,0 \pm 1,0$ и $6,0 \pm 0,6$ соответственно). Характеризуя склонность приписывать собственные мысли и чувства окружающим, данный механизм мог обуславливать нарастание выраженности внутренних механизмов стигматизации: обвиняя окружающих в предвзятом отношении к больным с депрессией, пациенты усугубляли чувство собственной малоценности и беспомощности в сопротивлении стигматизирующим влияниям социума.

В группе больных с высоким уровнем самостигмы нарастала также напряженность примитивной защиты отрицания ($3,0 \pm 0,4$, различия с другими группами статистически значимы на уровне $p < 0,05$), что находило отражение в уходе от личностных и социальных проблем. Являясь проявлением глубинных защитных механизмов, отрицание способ-

ствовало формированию неконструктивных поведенческих стратегий, ориентированных на избегание. В то же время, статистически достоверное ($p < 0,05$) нарастание напряженности рационализации у больных данной группы свидетельствовало об их способности к рефлексии, разумному объяснению происходящих событий и собственных реакций, что могло сглаживать тенденции к эскапизму, в результате чего даже при высоком уровне самостигматизированности пациенты не были полностью социально изолированы и дезадаптированы.

Таким образом, нарастание уровня самостигматизации больных с депрессивными расстройствами характеризовалось дисбалансом адаптационных механизмов с преобладанием условно конструктивных копинг-стратегий, ориентированных на эмоции, и активации в основном примитивных форм психологической защиты. Нарастание общей напряженности механизмов психологической защиты указывает как на попытки преодоления неуспешных, но закрепившихся с течением болезни, стратегий совладания, так и на возможное искажение восприятия и когнитивной оценки ситуаций, связанных с болезнью, что, в свою очередь, может способствовать выбору неконструктивных копинг-стратегий.

Ряполова Т.Л.¹, Титухин Н.В.²

ОСОБЕННОСТИ СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР;

² Республиканская клиническая психиатрическая больница, Донецк, ДНР

В статье рассматриваются вопросы психической адаптации стигматизированных больных с депрессией. Процесс совладания больных с ситуацией болезни и самостигмы рассматривается как на внешнем, поведенческом уровне в виде копинг-стратегий, направленных на преодоление проблемы (аллопсихическая адаптация), так и в виде механизмов психологической защиты (интрапсихическая адаптация).

Цель исследования - изучение влияния индивидуальных особенностей механизмов приспособления на степень самостигматизированности больных с депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования. Было обследовано 116 больных с аффективными расстройствами (основная группа), из них 25 чел. (21,6%) – пациенты с депрессивным эпизодом легким (F32.0) и умеренным (F32.1); 34 чел. (29,3%) – пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством, текущий эпизод легкой степени (F33.0) и текущий эпизод умеренной тяжести (F33.1); 57 чел. (49,1%) – пациенты с биполярным аффективным расстройством (БАР), текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3). Степень тяжести депрессивной симптоматики (шкала НАМ-D) оценивалась как легкая степень (8-13 баллов) у 39 чел. (33,6%), средняя степень тяжести (14-18 баллов) – у 77 чел. (66,4%). Обследованные пациенты в зависимости от уровня самостигматизации были разделены на группы: группа I (низкий уровень) – 14 чел. (12,07%), группа II (средний уровень) – 66 чел. (56,9%), группа III (высокий уровень) – 36 чел. (31,03%).

Группа сравнения - 30 больных с депрессией без признаков самостигматизации, сопоставимых с пациентами основной группы по клиническим, динамическим, гендерно-возрастным и другим социально-демографическим характеристикам.

В исследовании использовались методы: клинико-психопатологический, психодиагностический, метод математической обработки результатов.

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнение частоты использования различных видов копинг-стратегий у самостигматизированных больных с аналогичными показателями в группе сравнения обнаружило ряд закономерностей, имеющих, с нашей точки зрения, определенное прогностическое значение. Так, статистически значимо ($p < 0,05$) более частое использование когнитивных стратегий, предусматривающих использование различные вариантов решения проблем, связанных с депрессией, в группе сравнения ($60,0 \pm 0,4$), позволяет рассматривать вариант копинга, ориентированного на решение задач, как оптимальную стратегию преодоления стигматизирующих и самостигматизирующих аспектов. В то же время, эскапизм как избегающая стратегия поведения использовалась нестигматизированными депрессивными больными статистически значимо ($p < 0,5$) реже (в $6,7 \pm 0,9\%$ случаев), чем аутостигматизированными пациентами, что свидетельствует о принятии больными группы сравнения своего состояния и сопряженных с ним проблем. Данное наблюдение может быть использовано в разработке специфических психокоррекционных подходов в работе с подверженными самостигматизации депрессивными больными.

У всех обследованных депрессивных больных (как основных групп, так и группы сравнения) наибольшей напряженностью характеризовался защитный механизм регрессии (при отсутствии статистически значимых различий между группами). С нашей точки зрения, это свидетельствовало о пессимистической, инфантильной жизненной позиции многих пациентов депрессией с нежеланием брать на себя ответственность за собственную судьбу, склонностью использовать выученных, ставших стереотипными, стратегий беспомощности. Данные характеристики могли быть факторами, способствующими самостигматизации и принятии на себя роли больного большинством обследованных пациентов.

Нарастание уровня самостигматизации больных с депрессивными расстройствами характеризовалось дисбалансом адаптационных механизмов с преобладанием условно конструктивных копинг-стратегий, ориентированных на эмоции, и активации в основном примитивных форм психологической защиты. Нарастание общей напряженности механизмов психологической защиты указывает как на попытки преодоления неуспешных, но закрепившихся с течением болезни, стратегий совладания, так и на возможное искажение восприятия и когнитивной оценки ситуаций, связанных с болезнью, что, в свою очередь, может способствовать выбору неконструктивных копинг-стратегий.

Ключевые слова: депрессия, стигматизация, самостигматизация, копинг-стратегии

Ryapolova T.L.¹, Titukhin N.V.²

FEATURES OF STRATEGIES FOR OVERCOMING SELF-STIGMATIZATION IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

¹ State educational institution of higher professional education «M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR;

² Republican Clinical Psychiatric Hospital, Donetsk, DPR

The article discusses the issues of mental adaptation of stigmatized patients with depression. The process of coping patients with the situation of illness and self-stigma is considered both on the external, behavioral level in the form of coping strategies aimed at overcoming the problem (allopsychic adaptation), and in the form of psychological defense mechanisms (intrapsychic adaptation).

The purpose of the study is to study the influence of individual characteristics of adaptation mechanisms on the degree of self-stigmatization of patients with depressive disorders.

Material and research methods. 116 patients with affective disorders (main group) were examined, 25 of them. (21.6%) - patients with a depressive episode of lung (F32.0) and moderate (F32.1); 34 pax (29.3%) - patients with recurrent depressive disorder, the current mild episode (F33.0) and the current moderate episode (F33.1); 57 people (49.1%) - patients with bipolar affective disorder (BAR), the current episode of moderate or mild depression (F31.3). The severity of depressive symptoms (HAM-D

scale) was evaluated as a mild degree (8-13 points) in 39 people. (33.6%), moderate severity (14-18 points) - in 77 people. (66.4%). The examined patients, depending on the level of self-stigmatization, were divided into groups: group I (low level) - 14 people. (12.07%), group II (middle level) - 66 people. (56.9%), group III (high level) - 36 people. (31.03%).

Comparison group - 30 patients with depression without signs of self-stigmatization, comparable with patients of the main group according to clinical, dynamic, gender-age and other socio-demographic characteristics.

The study used the methods: clinical, psychopathological, psychodiagnostic, method of mathematical processing of results.

Research results and discussion. A comparison of the frequency of using different types of coping strategies in self-stigmatized patients with similar indicators in the comparison group revealed a number of patterns that, in our opinion, have a certain prognostic value. Thus, a statistically significant ($p < 0.05$) more frequent use of cognitive strategies involving the use of various solutions to problems associated with depression in the comparison group (60.0 ± 0.4) allows us to consider coping-oriented solutions as an optimal strategy for overcoming stigmatizing and self-stigmatizing aspects. At the same time, escapism as an evading behavior strategy was used by non-stigmatized depressed patients statistically significantly ($p < 0.5$) less often (in $6.7 \pm 0.9\%$ of cases) than by autostigmatized patients, which indicates that patients accept a comparison group of their condition and related problems. This observation can be used in the development of specific psychocorrective approaches in working with depressed patients self-stigmatized.

In all depressed patients examined (both the main groups and the comparison group), the protective mechanism of regression was characterized by the greatest tension (in the absence of statistically significant differences between the groups). From our point of view, this testified to the pessimistic, infantile life position of many depressed patients with an unwillingness to take responsibility for their own destiny, a tendency to use learned helplessness strategies. These characteristics could be factors contributing to self-stigmatization and assuming the role of the patient by the majority of examined patients.

The increase in the level of self-stigmatization of patients with depressive disorders was characterized by an imbalance of adaptive mechanisms with a predominance of conditionally constructive coping strategies focused on emotions and activation of mostly primitive forms of psychological defense. The increase in the general tension of psychological defense mechanisms indicates both attempts to overcome unsuccessful, but entrenched with the course of the disease, coping strategies, and possible distortion of perception and cognitive assessment of situations associated with the disease, which, in turn, may contribute to the choice of unconstructive coping strategies.

Keywords: depression, stigmatization, self-stigmatization, coping strategies

Литература

1. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н., Коваленко С.Р., Соловьева М.А., Абрамов В.А., Бойченко А.А. Психическое здоровье и личностные ресурсы в экстремальных условиях жизнедеятельности: Монография. Донецк: «Каштан»; 2017. 340.
2. Ряполова Т.Л., Титухин Н.В. Особенности самосознания стигматизированных больных с депрессивными расстройствами. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 1: 28-36.
3. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Psychol. 1967; 6: 278-296.
4. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Путятин Г.Г., Жигулина И.В. Методический комплекс для оценки стигматизирующих эффектов психиатрической помощи. Метод. рекомендации. Донецк; 2011. 24.
5. Табачников А.Е., Абдрахимова Ц.Б. Основы клинической психологии. Донецк: ДонГУЭТ; 2008. 315.
6. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Индекс жизненного стиля: Методическое пособие. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; 1998.48.

References

1. Abramov V.A., Ryapolova T.L., Golodenko O.N., Kovalenko S.R., Solov'eva M.A., Abramov V.Al., Boichenko A.A. Psikhicheskoe zdorov'e i lichnostnye resursy v ekstremal'nykh usloviyakh zhiznedeyatel'nosti: Monografiya [Mental health and personal resources in extreme living conditions: Monograph]. Donetsk: «Kashtan»; 2017. 340 (in Russian).
2. Ryapolova T.L., Titukhin N.V. Osobennosti samosoznaniya stigmatizirovannykh bol'nykh s depressivnymi rasstroistvami [Identity features of stigmatized patients with depressive disorders]. Zhurnal psikiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2020; 1: 28-36 (in Russian).
3. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Psychol. 1967; 6: 278-296.
4. Abramov V.A., Ryapolova T.L., Abramov A.V., Putyatin G.G., Zhigulina I.V. Metodicheskii kompleks dlya otsenki stigmatiziruyushchikh effektiv psikiatricheskoi pomoshchi. Metod. rekomendatsii [Methodological complex for assessing the stigmatizing effects of psychiatric care. Method. recommendations]. Donetsk; 2011. 24 (in Russian).
5. Tabachnikov A.E., Abdryakhimova Ts.B. Osnovy klinicheskoi psikhologii [The basics of clinical psychologists]. Donetsk: DonGUET; 2008. 315 (in Russian).
6. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. idr. Indeks zhiznennogo stilya: Metodicheskoe posobie [Life Style Index: Methodical manual]. SPb.: Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva; 1998.48 (in Russian).

Поступила в редакцию 12.02.2020