

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК616.89-008.454:159.923

Ряполова Т.Л.¹, Титухин Н.В.²

ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ СТИГМАТИЗИРОВАННЫХ 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

Самоотношение рассматривается как проявление специфики отношения личности к собственному «Я» [1]. Главная функция самоотношения – сигнализировать о смысле «Я» личности. Смысл «Я» возникает вследствие соотнесения собственных свойств с мотивом деятельности. Самоотношение, его форма и характер, ведущая модальность и степень позитивности оказываются обусловленными степенью удовлетворения базовых, ситуационных и стратегических потребностно-мотивационно-ценностных напряжений. Данный подход позволяет установить характер связи самоотношения с личностной идентичностью, связывая его характер со спецификой социального бытия субъекта в контексте факторов, способствующих воспроизводству социальных рисков (стигма психического расстройства).

При этом самоотношение не является простой совокупностью эмоциональных реакций индивида на его знания о себе. Данный феномен следует рассматривать как представленность в сознании личностного смысла «Я», который выражается через оценку и устойчивые эмоциональные переживания соответствия «Я» субъекта его смыслообразующим мотивам, формирующимся в контексте жизненных реалий индивида. В русле концепции, основанной на идее А.Н. Леонтьева о личностном смысле, более всего разработанной в трудах В.В. Столина и С.Р. Панталева [2], отношение к себе является многомерным образованием, компоненты которого, в первую очередь, оценочный и эмоциональный, объединены в единую систему, по С.Р. Панталеву – динамическую иерархию [3]. На вершине иерархии – смысловой компонент, соответствующий ведущим мотивам личности, отношение к

которому определяет эмоциональный фон и семантическое содержание обобщенного самоотношения (обобщенное ощущение «за» или «против» себя). Кроме того, компоненты самоотношения полимодальны, взаимосвязаны друг с другом, и характер данной взаимосвязи можно описать с помощью трех характеристик: интегрированности, дифференцированности и реципрокности.

Цель исследования – оценить самоотношение стигматизированных больных с депрессией как возможный механизм трансформации личностной идентичности.

Материал и методы исследования

В основную группу вошли 116 больных с аффективными расстройствами, которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии.

Критерии включения больных в исследование: возраст 18 – 65 лет; диагноз аффективного расстройства (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство (БАР) с текущим депрессивным эпизодом), установленный в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10й пересмотр); умеренная и легкая выраженность депрессивных симптомов на момент обследования (HAM-D₁₇ ≤ 18 баллов); наличие ответа на психофармакотерапию с использованием не более 2-х препаратов, предусмотренных стандартами МЗ ДНР, в течение первых 3-х недель лечения; длительность заболевания не более 5ти лет; кратность госпитализаций в психиатрический стационар – не более 3х; информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: больные в возрасте младше 18 и старше 65 лет; наличие других диагнозов психического расстройства в соответствии с МКБ-10; тяжелый депрессивный эпизод на момент обследования (НАМД>18 баллов); наличие органической мозговой дисфункции и/или декомпенсации хронического соматического заболевания; полипрагмазия, медикаментозная резистентность или отсутствие ответа на стандартную психофармакотерапию в течение 3-х недель.

В основную группу были включены пациенты с разным уровнем самостигматизации (СС): 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%).

Распределение больных основной группы по диагнозам было следующим: 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).

Распределение пациентов основной группы в соответствии с оценкой степени тяжести депрессивной симптоматики по шкале НАМ-D: легкая степень (8-13 баллов) – 39 чел. (33,6%), средняя степень тяжести (14-18 баллов) – 77 чел. (66,4%).

Группа сравнения включала 30 больных с депрессией в структуре депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства и депрессивной фазы БАР, сопоставимых с больными основной группы в гендерно-возрастном отношении, с длительностью заболевания не

более 5ти лет, кратностью госпитализаций в психиатрический стационар не более 3х.

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) [4].

Психодиагностический метод предусматривал оценку уровня ауто стигматизации больных с депрессией с помощью Шкалы оценки уровня самостигматизации (В.А. Абрамов и соавт., 2011) [5], а также оценку профиля идентичности личности с помощью структурированного «Опросника для определения уровня интеграции и профиля идентичности» (В.А. Абрамов и соавт., 2011) [5]. Психодиагностика эмоционально-оценочной сферы самосознания больных с депрессивными расстройствами проводилась с использованием методики исследования самооотношения (МИС) [6].

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.

Таблица 1

Распределение больных с депрессией по уровням интеграции (дезинтеграции) идентичности личности на различных этапах формирования стигмы

Уровень интеграции идентичности	Уровень СС		
	Группа I	Группа II	Группа III
Ценностно-дифференцированный	12 (50,0%)*	10 (41,7%)	2 (8,3%)
Диффузно-фрагментарный	2 (4,4%)	37 (80,4%)*	7 (15,2%)
Спутанный	-	19 (41,3%)	27 (58,7%)*

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

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ соотношения стадий самостигматизации и уровней интеграции идентичности личности больных с депрессией показал (табл. 1), что ценностно-дифференцированный уровень интеграции идентичности преобладал у пациентов с низким уровнем самостигмы (12 чел. – 50,0%) (различия между группами достоверны, $p < 0,05$).

Пациенты с целостно-дифференцированным уровнем интеграции идентичности осознавали качества своего Я и дифференцировали личностные особенности и границы собственной личности. При этом переживание, рефлексия внутреннего единства и целостность личности находились в прямо пропорциональной зависимости: чем выше был уровень рефлексии, тем более устойчивой была целостность Я. То есть, основным признаком целостно-дифференцированной идентичности было переживание больными собственной уникальности, бесконечности и тождественности с миром. Пациенты признавали наличие у себя психического расстройства и возможность присвоения им окружающими негативных свойств и качеств в соответствии с предубеждениями и стереотипами обесценивания, но при этом отождествляли себя со здоровыми личностями. Несмотря на обусловленную депрессией заниженную самооценку, опора на социальную поддержку способствовала использованию личностных резервов в противостоянии прогрессирующей самостигматизации.

В группе больных со средним уровнем самостигмы статистически значимо ($p < 0,05$) преобладал диффузно-фрагментарный тип личностной дезинтеграции (37 чел. - 80,4%). В данной группе пациентов преобладала умеренно выраженная депрессия (40 чел. - 51,9%). Заниженная самооценка депрессивных больных сопровождалась выраженным эмоционально-мотивационным напряжением вследствие переживания высокой субъективной значимости психиатрического диагноза и тягостного переживания предубеждений окружающих (действительных или преувеличенных) в отношении диагноза психического расстройства. Такая диссоциация способствовала обесцениванию собственного Я с точки зрения возможностей, достижения личных целей и совладания с болезнью, переосмысление основных (прежних) ценностей своей жизни с чувством их безнадежной утраты, ограни-

чение мотивации к социальным контактам. Подобная фрагментация самосознания способствовала деидентификации депрессивных больных от условно здоровых как в личностной, так и в социальной сферах.

У 27 больных (58,7%) на заключительных стадиях самостигматизации происходило формирование спутанной идентичности. Депрессивные феномены снижения самооценки, самоуважения, самоэффективности, проявлялись и усугублялись переживаниями отчуждения, уязвимости, собственной несостоятельности и некомпетентности. Данный уровень дезинтеграции идентичности отражал отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности, фрагментарность и противоречивость представлений о себе, о качествах собственного Я. Диссоциированная концепция Я была ригидной, зависимой от мнения окружающих с одновременным дистанцированием от них, восприятием здоровых как «чужих».

Таким образом, трансформация идентичности личности больных с депрессией протекала с потерей чувства собственного Я, ощущением потери контроля над собственной жизнью, невозможностью приспособиться к собственной роли в сложившейся в результате болезни ситуации.

В современных исследованиях феномен идентичности отождествляется с такими понятиями как «Я», «Я-концепция», «самосознание», «самоорганизация», «самотождественность», «самоотношение» и т. д. При анализе феномена идентичности нельзя не обратиться к процессу самоорганизации и самоотношения, поскольку как любая развивающаяся система идентичность личности подвергается не только внешним, средовым воздействиям, но и зависит от внутренних ресурсных состояний.

В основу настоящего исследования нами положена концепция самосознания, предложенная В. В. Столиным (1983) [2], согласно которой самоотношение является следствием знания, представления человека о себе, восприятия, переживания собственной идентичности. По мнению С.Р. Пантилеева (1991), важнейшими структурными образующими самоотношения также являются: самоуважение (саморуководство, самоуверенность, социальная желательность Я); аутосимпатия (самопривязанность, самоценность, самопринятие); самоуничижение (внутренняя конфликтность, самообвинение) [3]. В целом же самоотношение определяется

им как эмоционально-оценочная система, как обобщенное образование, отражающее более или менее устойчивую степень положительности или отрицательности отношения индивида к самому себе. Депрессивный аффект, безусловно, меняет частные виды самоотношения. Но, в то же время, самостигматизация депрессивных больных существенно меняет контекст реальных жизненных отношений и их мотивационной активности, оказывая влияние на строение самоотношения. При этом суть самоотношения как выражение смысла собственного Я, чувство «за» или «против» себя [7] рассматривается как относительно устойчивая личностная черта, которая складывается постепенно, приобретает привычный характер и играет определенную (потенцирующую или протекторную) роль как в процессе самостигматизации, так и в трансформации идентичности при нарастании депрессивного расстройства.

Динамика формирования и становления самостигмы при депрессии неразрывно связаны со всем личностным опытом больного, преломляющимся через его индивидуальные особенности. Изменяя психическую деятельность, аффект и поведение человека, депрессия приводит к деформации личностного компо-

нента с изменением соотношения потребностей и мотивов, переживаний и самоотношения больных, что может рассматриваться как механизмы формирования аутостигматизации пациентов с аффективными расстройствами.

Данные описательной статистики показателей самоотношения больных с депрессией с разной степенью самостигматизации представлены в таблице 2.

У пациентов всех групп показатели шкалы «Закрытость» соответствовали нормативным ($6,43 \pm 1,65$ в I группе, $6,35 \pm 1,23$ во II группе, $5,26 \pm 1,45$ в III группе и $6,92 \pm 0,96$ в группе сравнения), что, несмотря на наличие статистически значимое ($p < 0,05$) снижение показателя в группе III в сравнении с остальными группами, свидетельствовало об избирательном отношении пациентов к себе, их достаточной рефлексивности, критичности и способности осознать связанные с депрессией и самостигмой проблемы и даже обсуждать их с другими людьми.

Показатель самоуверенности у больных с самостигмой и без нее соответствовал средним значениям ($5,34 \pm 1,37$ в I группе, $5,04 \pm 1,49$ во II группе, $4,37 \pm 2,18$ в III группе и $6,43 \pm 1,32$ в группе сравнения), однако по мере нарастания

Таблица 2

Распределение больных с депрессией по уровням интеграции (дезинтеграции) идентичности личности на различных этапах формирования стигмы

Шкалы и факторы второго порядка МИС	Группа I	Группа II	Группа III	Группа сравнения
Закрытость	$6,43 \pm 1,65$	$6,35 \pm 1,23$	$5,26 \pm 1,45^*$	$6,92 \pm 0,96$
Самоуверенность	$5,34 \pm 1,37$	$5,04 \pm 1,49^*$	$4,37 \pm 2,18^*$	$6,43 \pm 1,32$
Саморуководство	$6,75 \pm 1,62$	$5,28 \pm 2,73^*$	$4,05 \pm 1,52^*$	$6,62 \pm 1,09$
Зеркальное Я (отраженное самоотношение)	$4,97 \pm 1,63$	$4,25 \pm 0,97^*$	$3,48 \pm 1,17^*$	$5,23 \pm 2,44$
Самоценность	$5,54 \pm 1,46$	$4,08 \pm 1,34^*$	$3,33 \pm 0,51^*$	$5,16 \pm 1,85$
Самопринятие	$5,54 \pm 2,73$	$3,47 \pm 1,95^*$	$2,89 \pm 1,38^*$	$4,87 \pm 1,37$
Самопривязанность	$6,73 \pm 1,66$	$5,84 \pm 2,23$	$5,26 \pm 1,49^*$	$6,93 \pm 2,76$
Внутренняя конфликтность	$5,16 \pm 1,93^*$	$4,27 \pm 2,16^*$	$3,59 \pm 0,43^*$	$6,78 \pm 1,38$
Самообвинение	$4,32 \pm 2,48^*$	$5,28 \pm 1,95^*$	$6,56 \pm 1,69^*$	$5,73 \pm 2,92$
Самоуважение	$21,37 \pm 1,52^*$	$20,36 \pm 1,32^*$	$16,23 \pm 2,15^*$	$25,73 \pm 1,35$
Аутосимпатия	$16,84 \pm 2,13$	$12,28 \pm 1,48^*$	$10,42 \pm 1,63^*$	$16,94 \pm 2,19$
Внутренняя неустойчивость	$9,73 \pm 1,65^*$	$9,57 \pm 0,73^*$	$9,28 \pm 1,24^*$	$11,26 \pm 1,53$

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

выраженности самостигмы имела место тенденция к статистически значимому ($p < 0,05$) снижению этого показателя ($5,04 \pm 1,49$ во II группе и $4,37 \pm 2,18$ в III группе) в сравнении с аналогичным показателем у депрессивных больных без проявлений самостигматизации. Т.е., если при легкой степени ауто стигмы больные с депрессией сохраняли представление о себе как о самостоятельной, надежной личности, достойной самоуважения, то по мере нарастания самостигматизации снижалась уверенность в себе, что сопровождалось нарастанием тревоги и беспокойства, не всегда клинически связанных с депрессивными феноменами.

Пациенты с легкой степенью самостигмы, как и больные группы сравнения в основном сохраняли представление о себе как об источнике активности и достижения результатов ($6,75 \pm 1,62$ и $6,62 \pm 1,09$ по шкале «Саморуководство» соответственно). Во II и III группах больных способность к саморуководству статистически значимо ($p < 0,05$) снижалась ($5,28 \pm 2,73$ и $4,05 \pm 1,52$ соответственно), не выходя, однако, за пределы средних значений. Это свидетельствует о том, что увеличение количества и выраженности самостигматизирующих переживаний сопровождалось ослаблением регуляторных возможностей Я больных с периодически возникающим ощущением утраты контроля над собственной активностью и ходом заболевания, подчиненности их внешним обстоятельствам.

Отраженное самоотношение обследованных больных менялось по мере утяжеления самостигмы. В I группе показатель зеркального Я находился на среднем уровне ($4,97 \pm 1,63$ стана), хотя и был несколько ниже (различия недостоверны, $p > 0,05$), чем в группе сравнения ($5,23 \pm 2,44$). Больные с легкой степенью самостигмы, как и депрессивные пациенты без самостигматизации, были готовы к восприятию любой оценки себя со стороны других людей. Во II и III группах показатель статистически значимо ($p < 0,05$) снижался до нижней границы нормы ($4,25 \pm 0,97$ при средней степени самостигмы) и ниже ($3,48 \pm 1,17$ при тяжелой степени самостигматизации). Утяжеление ауто стигмы у больных этих групп сопровождалось нарастанием ожидания негативного оценивания себя со стороны окружающих, представлениями пациентов о том, что они не способны вызывать симпатию или одобрение с нарастанием

уверенности в непонимании их проблем здоровыми людьми.

Эмоциональная оценка собственного Я (шкала «Самоценность») у пациентов I группы и группы сравнения соответствовала средним значениям ($5,54 \pm 1,46$ и $5,16 \pm 1,85$ соответственно). Эти больные избирательно относились к себе, признавая уникальность отдельных качеств и недооценивая другие особенности. Статистически значимое ($p < 0,05$) незначительное и в пределах нормы снижение показателя у пациентов II группы ($4,08 \pm 1,34$) могло быть следствием депрессивной переоценки больными своего духовного Я, некоторых сомнений в самоценности, возможно, на фоне психопатологических переживаний. У больных с выраженной самостигмой показатель самоценности статистически значимо ($p < 0,05$) снижался в сравнении с аналогичным показателем в других группах пациентов до низких значений ($3,33 \pm 0,51$), что, при наличии нетяжелой депрессии, проявлялось глубокими сомнениями в собственной уникальности, неуверенностью, обидчивостью, ранимостью как результатом ослабления сопротивления средовым влияниям.

Пациенты с легкой степенью самостигмы, как и больные группы сравнения сохраняли способность к адекватному самопринятию ($5,54 \pm 2,73$ и $4,87 \pm 1,37$ соответственно). Однако уже во II группе показатель самопринятия статистически значимо ($p < 0,05$) снижался ($3,47 \pm 1,95$). В III группе больных статистически значимо ($p < 0,05$) в сравнении с аналогичным показателем в других группах нарастала недостаточность самопринятия ($2,89 \pm 1,38$), что проявлялось фиксацией пациентов на собственных недостатках с неспособностью принимать себя и собственные недостатки, в отсутствие согласия с самим собой. Самоуничижительный характер негативного восприятия и описания себя больными не соответствовал выраженности депрессивной симптоматики, что позволяет рассматривать данный феномен как один из механизмов самостигматизации, облегчающий принятие стигмы и усугубляющий ее выраженность.

Показатель самопривязанности во всех обследованных группах больных имел средние значения ($6,73 \pm 1,66$ в I группе, $5,84 \pm 2,23$ во II группе, $5,26 \pm 1,49$ в III группе и $6,93 \pm 2,76$ в группе сравнения), несмотря на статистически значимое ($p < 0,05$) снижение при тяжелой степени самостигмы. Это указывало

на избирательность отношения пациентов к своим личностным качествам при наличии относительного стремления к изменению лишь некоторых из них, причем данные качества, по мнению больных, не имели отношения к депрессивной симптоматике.

Показатель внутренней конфликтности находился в пределах средних значений у больных I, II групп и группы сравнения ($5,16 \pm 1,93$, $4,27 \pm 2,16$ и $6,78 \pm 1,38$), но при статистически значимой ($p < 0,05$) тенденции к снижению показателя у больных с самостигмой. Это свидетельствует о наличии у стигматизированных больных указанных групп тенденции к повышению рефлексивности, занижению самооценки и, соответственно, сомнениям в способности что-то предпринять или изменить в своем состоянии в относительно новой для пациентов ситуации психического расстройства и госпитализации в психиатрический стационар. У пациентов III группы внутренняя конфликтность статистически значимо ($p < 0,05$) снижалась ($3,59 \pm 0,43$) в сравнении с аналогичным показателем у больных других групп. То есть, по мере утяжеления самостигмы повышенная рефлексия обследованных больных с депрессией сменялась склонностью к закрытости и отрицанию проблем, связанных как с симптомами психического расстройства, так и с переживанием самостигмы, что отражало принятие ими роли больных в рамках тяжелой степени ауто стигмы.

Показатели самообвинения в группах стигматизированных больных и в группе сравнения соответствовали средним значениям ($4,32 \pm 2,48$ при легкой, $5,28 \pm 1,95$ при средней, $6,56 \pm 1,69$ при тяжелой степени самостигмы и $5,73 \pm 2,92$ в группе сравнения), указывая на избирательное отношение к себе больных с депрессией: обвинение себя в тех или иных поступках сочеталось с выражением досады в адрес окружающих. Статистически значимое ($p < 0,05$) повышение показателя по мере утяжеления проявлений самостигмы свидетельствовало о нарастании у пациентов негативных эмоций в свой адрес, снижения симпатии к себе и, соответственно, склонности к обвинению себя в собственных недостатках, что коррелировало с выраженностью депрессивной симптоматики.

Анализ независимых факторов самооотношения больных с депрессией и различной степенью самостигматизации выявил тенденцию к статистически значимому ($p < 0,05$)

в сравнении с группой депрессивных больных без признаков самостигмы снижению значений таких факторов второго порядка как самоуважение ($21,37 \pm 1,52$ в I группе, $20,36 \pm 1,32$ во II группе и $16,23 \pm 2,15$ в III группе) и ауто симпатия ($12,28 \pm 1,48$ во II группе и $10,42 \pm 1,63$ в III группе). Подобная динамика означает снижение самооценки собственного Я обследованных больных по отношению к социально-нормативным критериям («Самоуважение»), а также снижение эмоционального отношения к собственному Я («Ауто симпатия») по мере нарастания выраженности ауто стигматизации независимо от степени выраженности депрессивной симптоматики. Фактор внутренней неустойчивости был статистически значимо ($p < 0,05$) ниже в группах самостигматизированных больных ($9,73 \pm 1,65$ в I группе, $9,57 \pm 0,73$ во II группе и $9,28 \pm 1,24$ в III группе), чем в группе сравнения ($11,26 \pm 1,53$). Такая динамика фактора внутренней неустойчивости может быть результатом активизации защитных механизмов депрессивных больных по мере нарастания у них выраженности ауто стигматизации.

Таким образом, в группе больных с депрессивными расстройствами и легкой степенью самостигматизации показатели отражают средний уровень всех параметров самооотношения. В то же время, уже на данной стадии самооотношение приобретает признаки неустойчивости, что делает пациентов уязвимыми к переживанию собственной недостаточности в силу симптомов основного заболевания, а также повышает восприимчивость к стигматизирующим внешним и внутренним воздействиям.

В группе больных со средней степенью самостигмы показатели также соответствуют среднему уровню по абсолютному большинству шкал, кроме самопринятия, где показатель ниже нормы. В то же время в данной группе больных показатели, включенные в независимые факторы самоуважения (открытость (внутренняя честность), самоуверенность, саморуководство и зеркальное Я (отражение самооотношения)) и ауто симпатии (самоценность, самопринятие и самопривязанность) статистически значимо ($p < 0,05$) ниже аналогичных показателей в I группе пациентов.

У больных с тяжелой степенью ауто стигматизации среднему уровню соответствовали показатели открытости, самоуверенности,

саморуководства, самопривязанности и самообвинения, показатели зеркального Я, самопринятия, самооценности, внутренней конфликтности ниже средних значений. При этом сохранялась тенденция к статистически значимому ($p < 0,05$) снижению всех показателей в сравнении с аналогичными в других группах обследованных больных, а также в группе сравнения. Активизация защитных механизмов в данной группе больных в сочетании с общим снижением профиля по предыдущим параметрам является индикатором глубокой внутренней разобщенности, дезинтеграции и дезадаптации больных с тяжелой степенью

самостигматизации больных с депрессивными расстройствами.

При этом в основе самостигмы больных с депрессией лежит процесс дезинтеграции самосознания, выраженность которого нарастает прямо пропорционально нарастанию тяжести депрессивной симптоматики и, соответственно, утяжелению самостигматизации сопровождается прогрессирующей диссоциацией личностной идентичности. Этот факт необходимо использовать при включении антистигматизационных психокоррекционных подходов в программы реабилитации больных с аффективными расстройствами.

Ряполова Т.Л.¹, Титухин Н.В.²

ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ СТИГМАТИЗИРОВАННЫХ 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

Актуальность исследования обусловлена недостаточной изученностью механизмов самостигматизации больных с аффективными расстройствами. Исходя из представления о самоотношении как проявлении специфики отношения личности к собственному «Я» и о сущностном единстве самосознания, самоотношения и идентичности, авторами рассматривается возможность участия данных личностных характеристик в формировании самостигмы больных с депрессией в структуре аффективных расстройств.

Цель исследования – оценить самоотношение стигматизированных больных с депрессией как возможный механизм трансформации личностной идентичности.

В основную группу вошли 116 больных с депрессивными расстройствами и разным уровнем самостигматизации (СС): 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 - 30 больных с депрессией в структуре депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства и депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства, сопоставимых с больными основной группы в гендерно-возрастном отношении, с длительностью заболевания не более 5ти лет, кратностью госпитализаций в психиатрический стационар не более 3х. В исследовании использовались методы: клинико-психопатологический, психодиагностический, метод математической обработки результатов.

В группе больных с депрессивными расстройствами и легкой степенью самостигматизации показатели отражают средний уровень всех параметров самоотношения. В то же время, уже на данной стадии самоотношение приобретает признаки неустойчивости, что делает пациентов уязвимыми к переживанию собственной недостаточности в силу симптомов основного заболевания, а также повышает восприимчивость к стигматизирующим внешним и внутренним воздействиям.

В группе больных со средней степенью самостигмы показатели также соответствуют среднему уровню по абсолютному большинству шкал, кроме самопринятия, где показатель ниже нормы. В то же время в данной группе больных показатели, включенные в независимые факторы самоуважения (открытость (внутренняя честность), самоуверенность, саморуководство и зеркальное Я (отражение самоотношения)) и аутосимпатии (самоценность, самопринятие и самопривязанность) статистически значимо ($p < 0,05$) ниже аналогичных показателей в I группе пациентов.

У больных с тяжелой степенью аутостигматизации среднему уровню соответствовали показатели открытости, самоуверенности, саморуководства, самопривязанности и самообвинения, показатели зеркального Я, самопринятия, самооценности, внутренней конфликтности ниже средних значений. При этом сохранялась тенденция к статистически значимому ($p < 0,05$) сниже-

нию всех показателей в сравнении с аналогичными в других группах обследованных больных, а также в группе сравнения. Активизация защитных механизмов в данной группе больных в сочетании с общим снижением профиля по предыдущим параметрам является индикатором глубокой внутренней разобщенности, дезинтеграции и дезадаптации больных с тяжелой степенью самостигматизации больных с депрессивными расстройствами.

При этом в основе самостигмы больных с депрессией лежит процесс дезинтеграции самосознания, выраженность которого нарастает прямо пропорционально нарастанию тяжести депрессивной симптоматики и, соответственно, утяжеление самостигматизации сопровождается прогрессирующей диссоциацией личностной идентичности. Этот факт необходимо использовать при включении антистигматизационных психокоррекционных подходов в программы реабилитации больных с аффективными расстройствами.

Ключевые слова: депрессия, стигматизация, самостигматизация, идентичность личности

Ryapolova T.L.¹, Titukhin N.V.²

PECULIARITIES OF SELF-CONSCIOUSNESS OF STIGMATIZED 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 relevance of the study is due to insufficient knowledge of the mechanisms of self-stigmatization of patients with affective disorders. Based on the notion of self-relation as a manifestation of the specificity of a person's relationship to his own "I" and the essential unity of self-consciousness, self-relationship and identity, the authors consider the possibility of participation of these personality characteristics in the formation of self-stigma of patients with depression in the structure of affective disorders.

The aim of the study was to evaluate the self-attitude of stigmatized patients with depression as a possible mechanism for the transformation of personal identity.

The main group included 116 patients with depressive disorders and different levels of self-stigmatization (SS): group I (low level of SS) - 14 people. (12.07%), group II (average level of SS) - 66 people. (56.9%), group III (high level of SS) - 36 people. (31.03%). Comparison group - 30 patients with depression in the structure of a depressive episode, recurrent depressive disorder and depressive phase of bipolar affective disorder, comparable with the patients of the main group in a gender-age relation, with a disease duration of not more than 5 years, the rate of hospitalization in a psychiatric hospital is not more than 3. The study used the methods: clinical, psychopathological, psychodiagnostic, method of mathematical processing of results.

In the group of patients with depressive disorders and a mild degree of self-stigmatization, indicators reflect the average level of all parameters of self-attitude. At the same time, already at this stage, self-attitude acquires signs of instability, which makes patients vulnerable to experiencing their own insufficiency due to symptoms of the underlying disease, and also increases susceptibility to stigmatizing external and internal influences.

In the group of patients with an average degree of self-stigma, the indicators also correspond to the average level on the absolute majority of scales, except for self-acceptance, where the indicator is below normal. At the same time, in this group of patients, indicators included in independent factors of self-esteem (openness (internal honesty), self-confidence, self-guidance and a mirror self (reflection of self-attitude)) and autosympaty (self-worth, self-acceptance and self-attachment) are statistically significant ($p < 0.05$) below similar indicators in group I patients.

In patients with a severe degree of autostigmatization, the average level corresponded to indicators of openness, self-confidence, self-guidance, self-attachment and self-accusation, indicators of the mirror self, self-acceptance, self-worth, internal conflict below average values. At the same time, there was a tendency toward a statistically significant ($p < 0.05$) decrease in all indicators compared to similar ones in other groups of examined patients, as well as in the comparison group. Activation of protective mechanisms in this group of patients, combined with a general decrease in profile according to the previous parameters, is an indicator of deep internal disunity, disintegration and maladaptation of patients with severe self-stigmatization of patients with depressive disorders.

In this case, the self-stigma of patients with depression is based on the process of self-consciousness

disintegration, the severity of which increases in direct proportion to the increase in the severity of depressive symptoms and, accordingly, the intensification of self-stigmatization is accompanied by a progressive dissociation of personal identity. This fact must be used when including anti-stigmatization psychocorrectional approaches in rehabilitation programs for patients with affective disorders.

Keywords: depression, stigmatization, self-stigmatization, personality identity

Литература

1. Астрецов Д.А. Методологические подходы к изучению самоотношения в психологии. Теоретическая и экспериментальная психология. 2015; 1: 62–78.
2. Столин В.В. Проблема самосознания личности с позиций теории деятельности А.Н. Леонтьева. М.: изд-во МГУ; 1983: 220-231.
3. Пантилеев С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. М.: Изд-во МГУ; 1991. 110.
4. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Psychol. 1967; 6: 278-296.
5. 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.
6. Пантилеев С.Р. Методика исследования самоотношения. М.: «СМЫСЛ»; 1993. 32.
7. Чеснокова И. И. Проблема самосознания в психологии. М.: Наука; 1977. 165.

References

1. Astretsov D.A. Metodologicheskie podkhody k izucheniyu samootnosheniya v psikhologii [Methodological approaches to the study of self-relationship in psychology]. Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya. 2015; 1: 62–78 (in Russian).
2. Stolin V.V. Problema samosoznaniya lichnosti s pozitsii teorii deyatel'nosti A.N. Leont'eva [the problem of personal identity from the standpoint of the theory of activity A.N. Leontiev]. Moscow: izd-vo MGU; 1983: 220-231 (in Russian).
3. Pantileev S. R. Samootnoshenie kak emotsional'no-otsenochnaya Sistema [Self-attitude as an emotional-evaluative system]. Moscow: Izd-vo MGU; 1991. 110 (in Russian).
4. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Psychol. 1967; 6: 278-296.
5. Abramov V.A., Ryapolova T.L., Abramov A.V., Putyatin G.G., Zhigulina I.V. Metodicheskii kompleks dlya otsenki stigmatiziruyushchikh effektov psikhiatricheskoi pomoshchi. Metod. Rekomendatsii [Methodological complex for assessing the stigmatizing effects of psychiatric care. Method. recommendations]. Donetsk; 2011. 24 (in Russian).
6. Pantileev S.R. Metodika issledovaniya samootnosheniya [Methodology for the study of self-relationship]. Moscow: «SMYSL»; 1993. 32 (in Russian).
7. Chesnokova I. I. Problema samosoznaniya v psikhologii [The problem of self-consciousness in psychology]. Moscow: Nauka; 1977. 165 (in Russian).

Поступила в редакцию 20.12.2019