

УДК 616.89+616-002.5]:316.647.8

В.А. Абрамов¹, Т.Л. Ряполова¹, С.М. Лепшина¹, Е.А. Лепшина², О.Н. Голоденко¹**СТИГМА В ПСИХИАТРИИ И ФТИЗИАТРИИ. ВЗГЛЯД ПСИХИАТРА**¹ Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,² Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ ДНР

Реферат. В статье проанализированы структурно-динамические особенности стигматизации больных психическими расстройствами и туберкулезом, на основании которого сделан вывод об общности процессов, лежащих в основе формирования психиатрической и фтизиатрической стигмы. Несмотря на сходство стереотипов и предубеждений, лежащих в основе стигматизации обеих категорий пациентов, у больных туберкулезом ситуация нередко усугубляется сопутствующими туберкулезу алкогольной или наркотической зависимостью, ВИЧ, преморбидной психопатизацией и асоциальным поведением больных. Выделены общие для больных с психическими расстройствами и туберкулезом векторы стигматизации (со стороны медицинского персонала, со стороны микросоциального окружения, со стороны семьи и самостигматизация). Рассматриваются основные формы несбалансированных терапевтических отношений, лежащих в основе стигматизации пациентов. Выделены социально-психологические факторы, стигматизирующие больных в случаях длительной госпитализации. Описаны основные стигматизирующие факторы со стороны микросоциального окружения (стереотипизация массового сознания, негативный имидж лечебных учреждений психиатрического и фтизиатрического профиля, низкий уровень толерантности и эмпатии по отношению к больным, социальная невостребованность и дискриминация). Проанализированы особенности стигматизации больных в семьях, которые, в свою очередь, подвержены стигматизации со стороны общества вследствие ситуации хронического стресса, связанного с болезнью родственника, чувства вины, самоизоляции и нереалистичности представлений о динамике и лечении заболевания. Определены условия самостигматизации обеих категорий больных (готовность пациента к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных», самоидентификация больным себя со стигматизированной группой, принятие больным негативных представлений об этой группе и убежденность в их правдивости и реалистичности). На основании проведенного анализа представлений о предпосылках формирования и структурно-динамических особенностях стигматизационных эффектов психиатрической и фтизиатрической помощи стигма отнесена к факторам, в значительной степени определяющим клинический и социальный прогноз больных и качество их жизни. Сделан вывод о том, что стигматизирующий характер традиционной системы оказания медицинской помощи данным категориям больных предполагает изменение ее парадигмы в направлении внедрения гуманистических, личностно ориентированных подходов, направленных на устранение предпосылок для оппозиционного отношения общества к больным. Помимо этого, глобальный характер стигматизирующих влияний на больных с психическими расстройствами и туберкулезом предполагает использование широкомасштабных профилактических мероприятий как на государственном и законодательном уровнях, так и на уровне микросоциального окружения и семей больных.

Ключевые слова: стигма, психические расстройства, туберкулез.

Стигматизация (греч. — стигма, ярлык, клеймо) — навешивание социальных ярлыков; ас-

социация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана. Стигматизация является составной частью многих стереотипов и предубеждений. Негативная социальная стигма — своего рода вторая болезнь, болезнь с плохой репутацией [1].

Стигматизация как в психиатрии, так и во фтизиатрии, — явление глобальное, выходящее за рамки клинической практики, затрагивающее различные стороны общественных отношений. Как социально-психологическому феномену ей присущи определенные закономерности, механизмы формирования и динамики. Схематично содержание этого процесса и этапность формирования стигмы можно представить следующим образом (рис. 1).

Стереотипы в контексте стигматизации больных и с психическими расстройствами, и с туберкулезом — это санкционированные обществом чрезвычайно стойкие, иррациональные, эмпирически не подтвержденные негативные представления о больных или проекция отрицательных качеств на образ пациента с отождествлением его с маргинальной личностью и снижением толерантности к этой категории больных. Эти стереотипы можно трактовать, как мысли человека (индивидуальные стереотипы) или сообщества (социальные стереотипы) о личностных качествах определенной группы людей. Они характеризуются упрощенностью оценок и обобщений, неверифицированностью, выраженной эмоциональной окраской, чрезмерной категоризацией и генерализацией негативных оценок («все они одинаковые»), активным противодействием изменениям стереотипов. Основными психологическими механизмами их формирования являются схематизация, категоризация, каузальная атрибуция.

Предубеждение — основанное на стереотипных представлениях, необоснованное, негативно-пренебрежительное отношение к больному человеку, способствующее обесцениванию его личности, дистанцированию от него в конкретном личностном и социальном контексте и, в конечном счете, его дискриминации и ухудшению качества жизни. Этот феномен возникает на основе стереотипов и имеет аналогичные социально-психологические механизмы формирования.

По отношению к психически больным предубеждения рассматриваются как установки, не основанные на знаниях и личном опыте, но стойкие к каким-либо изменениям, возникшие

на основе неверной информации и выявляющие отрицательное отношение, и неприятие объекта предубеждений. Эти установки включают негативные суждения и стереотипы, различный спектр отрицательных эмоциональных реакций (страх, ненависть, враждебность) и поведенческий компонент в виде намерения вести себя негативным образом по отношению к психически больным только на основании их принадлежности к соответствующей группе, которая априори наделяется предсудительными свойствами.

В основе предубеждений в отношении больных туберкулезом лежит сложившаяся на протяжении тысячелетий дискриминация в отношении инфекционных пациентов, вероятно, оправданная для выживания общества. В некоторых культурах и до сегодняшнего дня ситуация усугубляется тем, что туберкулез ассоциируется с колдовством или проклятием. Более того, «затронутые» туберкулезом люди живут в нищете, страдают от наркотической или алкогольной зависимости либо подвергаются социальной изоляции по иным причинам [2]. Можно думать, таким образом, о «двойных» стигматизирующих предубеждениях в отношении больных туберкулезом: отношение к ним как к изгоям в связи с асоциальным образом жизни части пациентов (отсюда такое мнение общества как «все больные туберкулезом — алкоголики и наркоманы») и страх перед заражением («все больные туберкулезом заразны»).

Непосредственным негативным следствием стереотипов и предубеждений в отношении пациентов и психиатрического, и фтизиатрического профиля является навешивание на больных с соответствующим диагнозом определенного ярлыка, который квалифицируется как социальное клеймо или стигма. Таким образом, понятие «стигма» является свидетельством негативного отношения к людям только на основании их принадлежности к определенной, наделяемой отрицательными качествами группе, которая выделяется как отдельная категория людей.

Стигма как смыслообразующее понятие, процессуально связана с целым рядом социально-психологических и клинично-психопатологических феноменов, интегрированных в различные составляющие качественной медицинской помощи. Как крайне негативный признак, она лежит в основе стигматизации или процесса выделения, обесценивания и отчуждения обществом особой «категории» больных и с психиатрическим диагнозом, и с диагнозом туберкулеза.

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2001) в разделе «Психическое здоровье, новое понимание, новая надежда» отмечено, что стигма — «это клеймо стыда, позора или неодобрения, которое ведет к отторжению, дискрими-

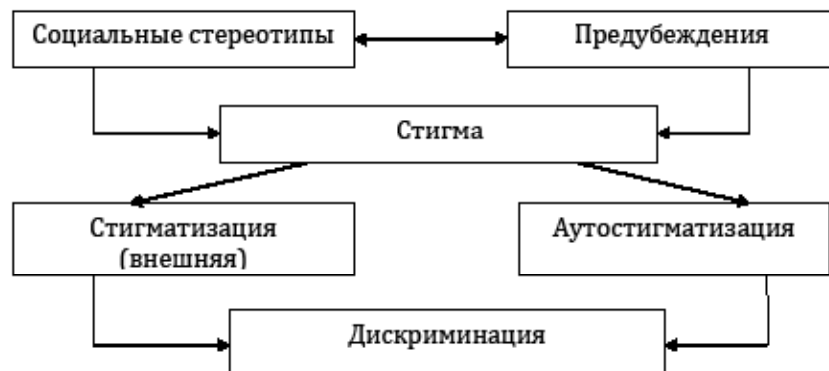


Рис.1. Структурно-динамические особенности процесса стигматизации

нации и изгнанию отдельного человека от участия в целом ряде видов деятельности общества». Стигма подрывает доверие к тому, что психические расстройства— это расстройства состояния здоровья, которые поддаются лечению. Она заставляет людей избегать общения, принятия на работу или совместной работы, мешает проживанию с людьми, наблюдающимся у психиатров. Стигма трагическим образом лишает людей их достоинства, полноценного участия в жизни общества, она является серьезным препятствием для личного развития и социальной интеграции больных [3].

В докладе Секретариата ВОЗ «Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г.» (2013) в качестве одной из дилемм этического характера в отношении пациентов с туберкулезом отмечается наличие «мер борьбы со стигматизацией, связанной с этой болезнью, и дискриминацией тех, кто ею страдает» [4, 5].

Предпосылками к предвзятому отношению к психически больным являются: 1) готовность в отношении психически больного к признанию его в качестве объекта предвзятости; 2) социальная допустимость и санкционированность предвзятости (отсутствие негативной реакции общества на предвзятое отношение к больному); 3) недостаток персональных знаний большинства людей об объекте предвзятости.

Эти предпосылки оказываются хорошей «почвой», на которой реализуются многочисленные дегуманизирующие эффекты традиционной модели оказания медицинской помощи. Эти эффекты определяются отсутствием системы ценностей в организации как психиатрической, так и фтизиатрической помощи больным. Такие ценности как приспособительное поведение, функционирование, качество жизни, самоопределение, выбор, права человека, жизненные предпочтения и др., как правило, не учитываются при проведении лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, что, само по себе попирает чувство собственного достоинства пациента, лишает его права на самоопределение, возможности полноценного участия в жизни сообщества, надежды на выздоровление и способствует закреплению (если не активному культивированию) постоянной зависимости и отдаленности от остальной части общества.

Можно выделить следующие векторы стигматизации пациента:

а) стигматизация больного со стороны медицинского персонала; б) стигматизация со стороны формального микросоциального окружения; в) стигматизация больного в семье; г) самостигматизация больного.

Стигматизирующие больного с психическими расстройствами факторы при его взаимодействии с медперсоналом наблюдаются на всех этапах оказания ему психиатрической помощи, включая пребывание в психиатрической больнице, дневном стационаре и в процессе диспансерного наблюдения. Наибольшую негативную нагрузку включает в себе формальное взаимодействие врача с пациентом, определяемое стремлением выявить психопатологические феномены, определить психиатрический диагноз и назначить медикаментозное лечение, не затрагивающее какие-либо сферы жизнедеятельности больного, кроме симптомов.

Процесс стигматизации больных туберкулезом можно наблюдать в общемедицинской сети, сети противотуберкулезных диспансеров, больниц, оказывающих помощь лицам с туберкулезом. С одной стороны, его можно рассматривать как защитную реакцию сотрудников этих учреждений на возрастающее количество пациентов. Помимо этого, пациенты с туберкулезом зачастую страдают алкогольной или наркотической зависимостью и/или являются ВИЧ-инфицированными, что отражается в особенностях поведения этих больных. Сталкиваясь с такими проблемами, медицинские работники, не имея достаточного уровня подготовки и соответствующих навыков оказания помощи пациентам с выраженными психологическими или психиатрическими проблемами, используют стигматизирующие больные формы терапевтических отношений.

Стигматизирующими пациентов несбалансированными формами терапевтических отношений являются подходы, когда:

- пациент рассматривается как носитель проблем, а не как человек со сложным взаимодействием межличностных и социальных факторов;
- доминирует отношение к пациенту как к «клинически нестабильному», склонному к рецидивам заболевания или «неадекватному поведению», нуждающемуся в постоянном наблюдении;
- присутствует необоснованная убежденность в невозможности выздоровления пациента, формирование у него чувства обреченности;
- медперсонал берет на себя ответственность за контроль над всеми ключевыми решениями, влияющими на жизнедеятельность пациента;
- присутствует дефицит внимания к осознанным целям и нуждам пациентов;
- наблюдается дефицит ценностных принципов и подходов при оказании помощи (возможность выбора, расширение компетен-

ции больных, предоставление поддержки окружения).

Такой спектр терапевтических отношений порождает протестные реакции при возникающей необходимости обращения за медицинской, психиатрической или фтизиатрической помощью.

В наиболее концентрированном виде стигматизирующие эффекты присущи периоду стационарного лечения, в котором нуждаются и больные с психическими расстройствами, и больные туберкулезом.

Госпитализация, особенно длительная, сама по себе способствует стигматизации и формированию у больных дезадаптивных форм приспособительного поведения. Отлучение пациентов от своих семей и сообщества обычно происходит в условиях реализации т.н. «патерналистических» лечебных программ, включающих такие составляющие как опека, надзор, уход, не предусматривающих возвращение пациента в социум. Это способствует тому, что вся социальная предистория человека постепенно нивелируется, его отношения с медперсоналом становятся пассивными и зависимыми. Пациенты в таких случаях используют довольно ограниченный набор «приемлемых форм поведения», жесткие рамки которых дистанцируют их и от персонала, а в дальнейшем и от остальных членов сообщества. Формирующаяся при этом жизнеопределяющая роль «получателя лечения», во всем зависимого от персонала, способствует утрате пациентами человеческой уникальности, снижению реабилитационного потенциала, социальной отгороженности и дистанцированию от общества. Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистское отношение персонала к больным, а также недостаток социальной поддержки способствуют появлению у пациентов феномена «заученной негибкости», нарушению навыков преодоления, формированию чувства зависимости, «заталкиванию» их в группу маргинальных личностей.

К основным стигматизирующим факторам со стороны микросоциального окружения можно отнести:

- 1) стереотипизацию массового сознания, манипуляции общественным мнением в отношении как психически больных, так и больных туберкулезом;
- 2) формирование негативного имиджа психиатрических и фтизиатрических учреждений и уровня медицинской помощи в них;
- 3) низкий уровень психиатрической и фтизиатрической грамотности в обществе, стремление дискредитировать возможности психиатрии и фтизиатрии;
- 4) низкий уровень толерантности и эмпатии по отношению к лицам и с нарушениями психики, и с туберкулезом, стремление дистанцироваться от них;

5) убежденность в низкой социальной полезности больных, низкий уровень их социальной востребованности, а в отношении больных туберкулезом — отказ в трудоустройстве «из-за возможности заражения»;

6) дискриминационные меры при решении различных социальных вопросов, в т.ч. — отсутствие квотирования рабочих мест на рынке общего труда, дефицит учебных и производственных баз для данных категорий больных.

Семья как первичная социальная группа имеет непосредственное отношение к заболеванию своего родственника, его течению и исходу. Существующие предрассудки, предубеждения и негативная отвергающая установка по отношению к психически больным и больным туберкулезом определяют особое отношение семьи к самому факту заболевания ее члена и порождает своеобразное их поведение в общении с больным, внутреннюю противоречивость мотивов обращения к специалистам и изменение структуры взаимоотношений семьи с внешним окружением.

На ранних стадиях заболевания стигматизационные эффекты отношения к больному в семье проявляются в стремлении скрыть факт заболевания от окружающих, что само по себе сопровождается сокращением социальных связей, неспособностью общения с окружающими как с равными, регрессивным типом приспособительного поведения. В дальнейшем социальная изоляция больного становится барьером на пути интеграции пациента в общество, чему способствует снижающийся уровень его социальной компетентности, социальная отгороженность из-за страха отвержения, пассивная жизненная позиция.

Патерналистический стиль поведения медперсонала психиатрических учреждений служит своего рода сигналом для самого больного — о том, какого отношения к себе он должен теперь ожидать от окружающих и для членов семьи — о том, как они должны вести себя по отношению к больному. Стигматизирующий эффект диагноза и врачебный патернализм побуждают семью к гиперпротективности и чрезмерному контролю, тем самым снижая способность больного управлять своей жизнью. Члены семей больных туберкулезом, помимо этого, могут перекладывать ответственность за состояние и отношение к больному на медицинские и государственные структуры, берущие на себя бремя финансовой ответственности за состояние и лечение пациента в рамках международных или государственных программ.

Другой крайностью является отвержение и пренебрежение нуждами пациента со стороны медицинских и социальных служб, что приводит к аналогичный «отклик» в семье и приводит к агрессивно-пренебрежительному отношению со стороны здоровых членов семьи и маргинализации больного. Этому в определенной степени способствует наличие объективной и субъек-

тивной «семейной нагрузки», являющейся не только результатом стресса, но одновременно и стрессором для других членов семьи. Эта «нагрузка», которую испытывает семья при совместном проживании с больным, способствует постепенному истощению семейной поддержки больного. Семьи больных туберкулезом нередко испытывают «двойную» нагрузку, связанную с сопутствующей туберкулезу патологией в виде алкогольной или наркотической зависимости, ВИЧ или психопатизацией больного члена семьи.

Стигматизация обществом семьи больного обусловлена следующими обстоятельствами:

- ситуацией хронического стресса у членов семьи, связанной с бременем проживания с больным родственником, которая приводит к значительному эмоциональному напряжению семьи;
- чувством вины по отношению к больному у его родных;
- тенденцией семей больных к защите от внешнего окружения и усилению со временем их социальной изоляции;
- неоправданными ожиданиями и требованиями, предъявляемыми к больному.

Члены семей больных с психическими расстройствами обычно испытывают острую душевную боль из-за потери «нормального» родственника, ввиду крушения всех надежд и ожиданий, связанных с ним, переживают болезненный процесс адаптации к новым реалиям жизни, которая в силу сложившихся обстоятельств оказалась совершенно не такой, на какую они рассчитывали. Для семей больных туберкулезом ситуация усугубляется страхом их окружения и их собственным страхом перед заражением. Эти психологические реакции сочетаются с драматическими переменами в динамике семьи, нарушая здоровые и усугубляя условно патогенные паттерны взаимоотношений друг с другом. Стигматизированные семьи ориентируются в первую очередь на лекарственную терапию и в этом отношении становятся ее «пассивными потребителями».

Внешнее стигматизирование больных только тогда оказывает свое действие, если развивается процесс аутопсихической стигматизации, если пациент сам себя стигматизирует. Реакция больного на стигматизацию определяется теми же факторами, что и мотивация к стигматизации (степень удовлетворенности своей жизнью, иерархия ценностей, обобщенный образ психически больного или больного туберкулезом). Поэтому стигматизацию и самостигматизацию следует рассматривать в качестве единого процесса приобретения пациентом новой (деструктивной) идентичности. При этом, если стигматизацию понимают, как воздействие извне (социальный процесс), то самостигматизация — это процесс саморазрушения социальной и личностной идентичности пациента в связи с принятием им стигмы и субъективным переживанием ее.

Самостигматизирование больного осуществляется при соблюдении следующих условий: 1) готовность пациента к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных»; 2) больной должен себя идентифицировать со стигматизированной группой; 3) больной должен принять негативные представления об этой группе и быть убежденным в их правдивости и реалистичности.

Самостигматизация — это деструктивный процесс принятия и переживания стигмы и нового для себя статуса. Этот феномен проявляется в тех случаях, когда окружающие больного здоровые люди начинают восприниматься им как «чужие». Он складывается из наличия диагноза, усвоенных мифов о психических болезнях или туберкулезе и применения их к себе, опасений дискриминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от реальных и потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса и самооценки. В этих случаях происходит более или менее выраженное нарушение идентичности пациента, формируется особая система отношений больного, согласно которой все его существование на данный момент и в перспективе определяется болезнью. Этому сопутствуют не соответствующие его ожиданиям реакции в виде санкций или социальных ограничений. Это в свою очередь повышает эмоционально-мотивационное напряжение, которое личность снижает за счет различных, в том числе неадекватных механизмов психологической защиты и копинг — стратегий. Такие личностные реакции, определяя ответ больного на стигматизацию, углубляют психическую дезадаптацию больного.

Таким образом, систематизация представлений о предпосылках формирования и структурно-динамических особенностях стигматизационных эффектов психиатрической и фтизиатрической помощи позволяет отнести стигму к факторам, в значительной степени определяющим клинический и социальный прогноз больных и качество их жизни. Стигматизирующий характер традиционной системы оказания медицинской помощи данным категориям больных предполагает изменение ее парадигмы в направлении внедрения гуманистических, личностно ориентированных подходов, направленных на устранение предпосылок для оппозиционного отношения общества к больным. Глобальный характер стигматизирующих влияний на больных с психическими расстройствами и туберкулезом предполагает использование широкомасштабных профилактических мероприятий как на государственном и законодательном уровнях, так и на уровне микросоциального окружения и семей больных.

V. Abramov, T. Ryapolova, S. Lyepshina, C. Liepshyna, O. Golodenko
STIGMA IN PSYCHIATRY AND PHTHISIATRY. POINT OF VIEW OF THE PSYCHIATRIST

Summary. *The article analyzes the structural and dynamic features of the stigmatization of patients with mental*

disorders and tuberculosis, on the basis of which it was concluded that processes underlying the formation of psychiatric and phthisiatric stigma are common. Despite the similarity of the stereotypes and prejudices that underlie stigma in both categories, situation of patients with tuberculosis is often exacerbated by concomitant with tuberculosis drug or alcohol addiction, HIV, premorbid personal disorders and antisocial behavior. Identified common for patients with mental disorders and tuberculosis vectors of stigma (by medical personnel, by microsocial environment, by family and self-stigmatization). The main forms of unbalanced therapeutic relationship underlying the stigmatization of patients were highlighted. Were marked the social and psychological factors, stigmatizing patients in cases of prolonged hospitalization. The basic factors of stigmatization by microsocial environment were identified (stereotyping of mass consciousness, the negative image of the psychiatric hospitals and TB profile, low tolerance and empathy towards patients, social exclusion and discrimination). Were marked the features of the stigmatization of patients in families, which are subject to stigmatization by society as a result of a situation of chronic stress associated with the disease of the relative, guilt, isolation and unrealistic ideas about the dynamics and treatment of disease. The conditions for self-stigmatization of both categories of patients (patient's readiness for categorical identification in the «healthy» and «sick», self-identification of the patients with the stigmatized group, the adoption of the patient's negative perceptions about this group, and the conviction of their veracity and realism). Based on the analysis of representations about premises formation and structural-dynamic features stigmatization effects of psychiatric and TB services stigma was attributed to factors that largely determine the clinical and social prognosis of patients and their quality of life. It is concluded that the stigmatizing nature of the traditional system of medical care of these categories of patients involves changing its paradigm towards the introduction of humanistic, student-oriented approach aimed at addressing the prerequisites for oppositional attitudes towards patients. In addition, the global nature of stigmatizing effects on patients with mental disorders and tuberculosis involves the use of large-scale preventive measures at both the national and legislative levels, and at the level of microsocial environment and families of patients.

Key words: *stigma, mental disorders, tuberculosis.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. — Донецк, «Каштан», 2009. — 583с.
2. Кибраева З.Ю. Проблема и профилактика туберкулеза на современном этапе / З.Ю. Кибраева // *Science and world*, 2014. — Т. 11, № 7. — С. 89-91.
3. Социально-психологический блок в биопсихосоциальной структуре детерминации психического здоровья / Д.Г. Семенихин, А.М. Карпов, Ю.А. Ревенкова, О.В. Башмакова. — М., «Закон и право», 2008. — 331с.
4. Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (www.euro.who.int/en/publications/abstracts/best-practices-in-prevention,-control-and-care-for-drug-resistant-tuberculosis).
5. Global tuberculosis report 2013. Geneva: World Health Organization, 2013. (www.who.int/tb/publications/global_report/en/).