

**В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. В. Абрамов, Г. Г. Путятин**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

## **ЭФФЕКТЫ СТИГМАТИЗАЦИИ И АУТОСТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ШИЗОФРЕНИИ**

Одним из важнейших направлений психиатрической помощи и реабилитационной тактики при шизофрении является преодоление стигмы как фактора, существенно влияющего на качество жизни и социального функционирования пациента. В связи с этим нами с использованием системного информационно-теоретического метода проведен анализ макро- и микросоциальных условий, способствующих стигматизации больных на различных этапах заболевания, типологизированы особенности стигматизирующих переживаний пациента и сформулированы основные пути их преодоления.

Стигматизация психиатрии проявляется в негативном предубежденном отношении к ней общества и дистанцировании от решения ее проблем. Стигма психического расстройства определяется как признак недоверия или пренебрежения, сопровождающийся мощной негативной характеристикой во всех социальных отношениях и отдаляющий пациента от остальных [1—3]. По некоторым данным, переживание стигмы является более тяжелым нарушением даже в сравнении с самыми серьезными симптомами психического заболевания [1]. Тем не менее, специального термина, определяющего предубеждение против психического расстройства, не существует, но как бы стигма ни определялась, она так или иначе приводит к негативным переживаниям, в частности, чувству стыда и вины, социального отторжения и дискриминации.

Постановка психиатрического диагноза обозначает официальную констатацию у пациента того или иного психического расстройства. С этого момента начинается процесс стигматизации или негативного выделения его обществом. Такое отношение формируется на вполне реальной почве — психическое расстройство действительно может нести в себе принципиальную опасность для общества, а общение с душевнобольным человеком зачастую обременительно и чревато неприятными неожиданностями для его окружения.

Однако гораздо большее значение для стигматизации имеют не столько собственно странности поведения индивидуума, сколько исторически сложившиеся в конкретном обществе предрассудки, обусловленные невозможностью «влиять» на больного, а также трудностью его приспособления к окружающей обстановке, и сводящиеся в большинстве случаев к представлениям об опасности, позорности (греховности) и ущербности человека с психическим расстройством. Эти идеологемы усваиваются в процессе социального развития людей и становятся частью их мировоззрения. Широкое общественное сознание считает таких пациентов неспособными извлечь пользу из их включения в общественную жизнь. Отсюда терпимое отношение к содержанию их в психиатрических больницах и интернатах психиатрического профиля и длительное назначение психотропных средств как единственных способов помощи. Таким образом, стигма является прямым отражением сложившихся, негативных стереотипов психического заболевания или предубеждений, глубоко укоренившихся

в сознании окружающих, в т. ч. лиц, вовлеченных в сферу оказания психиатрической помощи.

В советский период отношение государства к потребителям психиатрической помощи базировалось на представлении об их неперменной социальной опасности и необходимости защиты общества от этой опасности. Поэтому социальная политика в вопросах организации психиатрической помощи приобрела отчетливый стигматизирующий характер и реализовалась в следующих направлениях.

1. В приоритетном развитии институционализированной психиатрической помощи как удобной формы ограничительно-изоляционных санкций и дистанцирования государства от конструктивного решения психиатрических проблем и проблем конкретного человека.

2. В организации внебольничной психиатрической помощи с ее преимущественно диспансеризационным направлением (в конечном счете, приведшем к злоупотреблениям психиатрией и навешиванию ярлыка «карательная психиатрия»), оказавшейся не в состоянии удовлетворить потребности населения в альтернативных видах психотерапевтической и психосоциальной помощи, по существу лишив значительные контингенты пациентов с пограничными психическими расстройствами права выбора и сузив реальные возможности получения психиатрической помощи до уровня психиатрического стационара.

3. В содержании стационарной психиатрической помощи, использовавшей преимущественно биологические подходы к лечению (в т. ч. шоковые), длительную изоляцию, надзорные функции, патернализм во взаимоотношениях с пациентами, что при отсутствии адекватной социальной стимуляции создавало условия для их социального выключения.

4. В необоснованной монополизации психиатрами права на социальную интеграцию пациентов без привлечения компетентных в этой работе специалистов (психологов, социальных работников и др.).

5. В исторически сложившейся тотальной обособленности психиатрии, ее кастовости, ограничивающей возможности социального контроля за качеством жизни и реализацией прав пациента.

В настоящее время основной предпосылкой стигматизации («нормативом» социальной политики государства) в области психиатрии является социальная допустимость иронического и пренебрежительного отношения к психиатрическим проблемам и потребителям психиатрической помощи, поощряемая всеми ветвями власти. Стигматизация затрагивает все сферы психиатрической помощи (медицинское обслуживание, социальную реабилитацию, социальную защиту) и осуществляется через социальное отвержение, дискриминацию и социальную изоляцию, приводя к нарушениям у пациента ощущения «самости». Стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психически больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей [4].

В цивілізованому суспільстві постановка психіатричного діагнозу сприймається частіше за все з позицій гуманної інтерпретації соціальних (поведенчих) відхилень. В умовах стигматизації психіатрична діагностика нерідко олицетворяє собою акт дегуманізації і виключення пацієнта з складу повноцінного суспільства. Конкретні «виталкуючі» процеси відбуваються в свідомості родини, друзів, колег, сослуживців пацієнта, які під різними пропозиціями (прямо або опосередковано) демонструють прагнення позбутися від таких осіб і досягти стану власного комфорту. Стигма, сформувана певний набір негативних соціальних установок, укоренившись в свідомості широких шарів населення, обриває тем найбільшій кількості людей з психічними розладами на доповільні інтенсивні переживання в зв'язі з дискримінаційним і сегрегаційним характером відносин до них суспільства.

Апофеозом негативного відношення до психіатричних пацієнтів є констатація т. н. «шкідливих умов праці» для медперсоналу психіатричних закладів. Освідомлення і ідентифікація цієї «шкідливості» з позицій терапевтичного взаємодіявання єдиною можливістю сприяти формуванню партнерських відносин між медперсоналом і пацієнтом, а скоріше дистанціюють їх. В кінцевому рахунку це призводить до маргіналізації психічними хворими, його невідворотного соціального виключення, в т. ч. з сфери соціальної політики держави.

Стигматизація пацієнтів проявляється і в їх неінформованості про свої права і гарантії, ні про способи їх захисту; пацієнти, більшість з яких є інвалідами, не знають, що дискримінація інвалідів заборонена і переслідується законом. Судячи з відсутності відповідних звернень, вони не знають про головний захисник прав і свобод людини є суд. В 55 статті Конституції України держава гарантує кожному право на апеляцію в суді рішення, дій чи бездіяльності органів влади, місцевого самоврядування, посадових осіб. Не інформовані наші пацієнти і про можливість звернень до уповноваженого Верховної Ради України по правах людини.

Стигма є своєрідним соціальним клеймом психічного захворювання, перешкоджає соціальної інтеграції пацієнтів і веде до їх соціальному відкиданню. В клінічній практиці стигматизація пацієнта проявляється з боку: а) медичного персоналу; б) родини; в) формального мікросоціального оточення [5].

Відношення медперсоналу до пацієнта (патерналістське, директивне, неважливе і формальне), яке частіше проявляється в демонстративній снисходливості, «похлопуванні по плечу», зверненні до пацієнта на «ти» і тільки по імені (в залежності від віку пацієнта і професіонала), важливо не тільки для самосвідомості хворого, але і для формування аналогічних тенденцій в поведінці по відношенню до нього з боку членів родини (а через неї — і неформального оточення), що, в свою чергу, визначає позицію пацієнта як всередині, так і поза родину. В результаті стигматизуючий ефект діагнозу і лікарського патерналізму стимулюють родину до гіперпротективності і надмірного контролю за пацієнтом, тим самим значно зменшують здатність пацієнта контролювати свою життя,

що в свою чергу вже «об'єктивно» детермінує патерналізм з боку медперсоналу (ситуація «порочного кола»). Другою крайністю є відкидання і пренебреження потребами пацієнта з боку медичних і соціальних служб, що призводить до аналогічного «відклику» в родину і призводить до маргіналізації психічними хворими людини. Не випадково частіше за все вказується на певний внесок в це явище спеціалістів, які працюють в сфері психічного здоров'я, що пов'язано з їх відношенням до хронічними психічними хворими [6].

Переживання стигми і страх її формування проявляються вже на ранніх етапах психічного розладу. Так, в дослідженні 156 батьків і подружжя пацієнтів, вперше госпіталізованих в психіатричну лікарню, половина опитаних розповіла про те, що вони прагнули приховати хворобу від оточуючих [7]. Однак найбільшою стигмою, яку мають багаточисельно умовлені, переживають особи з хронічними психічними захворюваннями, довго перебувають на стаціонарному лікуванні в умовах ізоляційно-обмежувального режиму. По суті, в цей період хворі переживають кризу, пов'язану з збільшенням соціальної ізоляції [2].

В контексті цього дослідження особливу увагу було приділено наступним аспектам стигматизації: а) відношення суспільства до осіб, які страждають психічними розладами; б) відношення медперсоналу до своїх пацієнтів; в) так званого самостигматизації пацієнтів.

Проведений нами аналіз конкретних умов надання психіатричної допомоги дозволив сформулювати основні причини стигматизації хворих на різних стадіях шизофренічного процесу:

— переобладнання інституціалізованих (обмежувальних) форм психіатричної допомоги, способів формування у пацієнтів т. н. «госпітальної травми» і свідомості стійкої залежності від лікувальних закладів такого типу;

— неможливість психіатрів подолати історично сформовані предрасудки по відношенню до психічними хворими (консерватизм поглядів, цинічне світоглядання, песимізм в відношенні прогнозу хвороби і т. п.);

— великий контингент стигматизаторів серед людей і організацій, з якими стикається пацієнт вже в початковій стадії шизофренії;

— низький рівень заходів реабілітаційного характеру, використовують ресурси мікросоціального оточення, членів родини, психолого-психотерапевтичного втручання і соціальної підтримки пацієнта по місцю проживання;

— відсутність теоретичного осмислення ролі стигматизуючих факторів в формуванні деструктивних форм адаптивного поведінки хворих і відповідних підходів до профілактики і подолання стигматизації.

Аналіз думок лікарів, які працюють в психіатричних лікарнях, дозволив виділити основні сфери впливу стигматизуючих факторів медперсоналу:

1. Гіпертрофоване відчуття відповідальності за поведінку пацієнтів, що призводить до надмірної опіки і патерналізму.

2. Уверенность в отсутствии у пациентов с психиатрической инвалидностью возможности воспользоваться правом на полноценную интеграцию в общество.

3. Сегрегативный характер терапевтической среды и оказываемых услуг.

4. Неинформированность медперсонала общепсихиатрических отделений не только о желаниях своих пациентов, но и о том, что удовлетворение основных их потребностей возможно исключительно в сообществе.

5. Отсутствие условий, открывающих доступ к ключевым ресурсам сообщества; скептическое отношение к реинтеграционным возможностям пациентов.

На все потребности лиц с психиатрической инвалидностью навешивается специфический ярлык, исходя из того, что любые их нужды вытекают из «психической болезни». В ответ на такие общечеловеческие запросы как потребность в жилье, работе, социальных связях и т. п. пациентам предлагается помощь, ориентированная чаще всего на стационарное лечение. Тем самым подкреплялось мнение, что этих людей скорее следует рассматривать через призму их «дефекта», чем видеть в них полноправных граждан. Эту фундаментальную проблему в системе охраны психического здоровья принято описывать как тенденцию к «разрушению человеческого духа» путем помещения персонала и клиентов в условия, исключающие возможность реализации большинства основных человеческих реакций [8]. Этот процесс ведет к дегуманизации, лишая человеческих качеств всех, кто в него вовлечен (и пациенты, и медперсонал).

Стигматизирующими факторами являются предубеждения, глубоко укоренившиеся в сознании лиц, вовлеченных в сферу оказания психиатрической помощи. Можно выделить следующие стереотипы восприятия медперсоналом хронически инвалидизированных пациентов:

1. Вечный пациент, беспомощный, зависимый, лишенный каких-либо надежд на лучшее будущее.

2. Не способны участвовать в обычных социальных отношениях в сообществе, не способны сделать разумный выбор, справиться с обычной работой.

3. Реципиент услуг, нуждающийся в постоянном наблюдении и изоляции от здоровой части общества.

4. Невозможность ответственности за контроль над всеми ключевыми решениями, влияющими на жизнь таких пациентов: ее должны нести профессионалы.

5. Имеющие высокоспецифические нужды, принципиально отличающиеся от характерных для остальных граждан.

6. Потребность в лечении является определяющей (статус объекта лечения) по отношению к потребностям в уважении, чувстве собственного достоинства, в любви и т. п.

Стигматизирующее влияние медперсонала проявляется и в тенденции рассматривать любые проблемы, о которых сообщает пациент с психиатрической инвалидностью, как порождение его внутренних (патологических) переживаний. При этом игнорируются его реальный опыт, а сам он исключается как важный, заслуживающий доверия источник информации о собственных текущих трудностях.

Необходимо отметить, что мнение медперсонала психиатрических стационаров о людях с психической инвалидностью формируется в условиях мрачной реальности психиатрических отделений, где пациент, как

правило, обесценен и не имеет объективной возможности функционировать нормально, выполнять социально значимые роли. Можно предположить, что оценка потенциала и социального прогноза многих пациентов была бы иной, если бы мнение о нем формировалось в обычной, достаточно интегрированной среде.

Крайней степенью стигматизации является отвержение, пренебрежение нуждами пациента со стороны медицинских и социальных служб, что получает аналогичный «отклик» в семье и приводит в итоге к маргинализации психически больного человека. Не случайно часть исследований по стигматизации указывает на определенный вклад в данное явление специалистов, работающих в сфере психического здоровья, что связано с их отношением к хронически психически больным [6].

По сути, стигматизацию можно рассматривать как вариант социального давления на индивидуум с навязыванием ему статуса «стигматизированного». Ощущение стигматизированности (стигма на уровне пациента) достаточно быстро приводит к разрушению представлений о собственном «я» и усвоению (интернализации) чувства собственной некомпетентности и хронической недееспособности, о чем свидетельствует популяционный профиль дефицитарности качества жизни и ущербность социальной сети пациентов [9].

Как правило, свой опыт, связанный с заболеванием и лечением в системе психиатрической помощи, они описывают как процесс усвоения роли пациента, потери своих прав и, в конечном счете, — развития чувства безнадежности во взгляде на будущее. Практически все пациенты во время госпитализации испытывают беспомощность, как по отношению к непосредственному окружению и медперсоналу, так и по отношению к себе лично. Наиболее негативное влияние на общее впечатление от пребывания в психиатрической больнице оказывают изоляция, невозможность самореализации, удовлетворения общечеловеческих потребностей, ощутить свою принадлежность к какому-нибудь сообществу.

Следует, однако, отметить, что ступенчатый (прогредиентный) характер формирования стигмы в динамике шизофренического процесса убеждает в необходимости ее выявления и коррекции на ранних этапах заболевания. С этой целью на основе результатов структурированного интервью нами выделено несколько составляющих стигматизирующего влияния на пациентов впервые установленного диагноза шизофрении, которые рассматривались как:

1) часть общих предрассудков, присущих обществу и разделяемых лицами, оказывающими психиатрическую помощь;

2) предубежденное (иррациональное) отношение пациента к своему состоянию (аутостигма);

3) реальный процесс многоуровневого стигматизирующего вмешательства микросоциального окружения.

Стигма является отдельным и важным показателем, существенно влияющим как на динамику болезни, так и на реабилитационный потенциал больного, и, как правило, препятствующий улучшению его социального функционирования. При выявлении стигмы у больных инициальными формами шизофрении мы ориентировались не только на субъективные ощущения и переживания пациента, но и на получение объективной информации о роли болезни в его жизни (включая первый негативный опыт), особенностях его социальных контактов,

фактах дискримінації, змінившихся представленнях о себе, якості підтримки ближчим оточенням і т. д.). Використання такої тактики дозволило визначити зовнішні і внутрішні фактори стигматизації. К зовнішнім (соціально-психологічним) факторам віднесені: 1) суцільні стереотипи (передрастерки) передубежденно-негативного (іронічного, неприязненного, психіофобія) відношення к людині к психічеським расстройством; 2) проявлення дискримінації в різних аспектах соціальної і економічної життя пацієнта; 3) неприоритетність в суцільному свідомстві питань охорони психічеського здоров'я і психіатричеської допомоги, негативно впливаючих на соціально політику держави і розподілення засвідків, направляемих на потреби цих сфер; широке використання в обиході іронічно-враждебної, ірраціональної термінології (некорректних літературних вираженій) применительно к пацієнтам к психічеськими расстройствами. Среди внутрішніх факторів стигматизації (аутостигматизації) нами виділені: 1) низька самооцінка пацієнта; 2) соціальне дистанціювання; 3) низький рівень мобілізації психіологічеських ресурсів особистості і копінг-стратегій; 4) оцінка рівня соціальної (в т. ч. сімейної) підтримки як недостаточного.

Система заходів по профілактиці і преодолінню стигми у хворих шизофренією визначається міжнародними принципами, соціальною політикою держави в сфері охорони психічеського здоров'я і регіональними можливостями дестигматизації.

Програма Всесвітньої психіатричеської асоціації, направлена на дестигматизацію, преследує наступні цілі:

- збільшити освідомленість населення о прирде шизофренії і праві вибору лічення;
- злішити відношення населення к хворим, страждающим шизофренією, і їх сім'ям;
- організувати заходи, направленные на усунення дискримінації і передубеждения.

Однако для української психіатрії ці заходи едва ли стануть результативними, пока не прирде кардинальних змін в організації психіатричеської допомоги. Ни общеобразовательні програми, широко використовувемі за рубежом [10], ни правдивая інформація о психічеських расстройствах і їх наслідках [5], ни конструктивная програма ВПА, направлена на дестигматизацію, не змінит відношення суцільства (в т. ч. психіатрів) к потребителям психіатричеської допомоги, пока она не стане приоритетним направлением соціальної політики держави, направленим на задоволення потребностей пацієнта, і пока не будуть прийняті і виконувемі законодавчі, освітні і соціальні заходи, направленные на соціальну реінтеграцію пацієнтів.

Дестигматизація, по-существу, возможна при суцільствених зміннях змісту психіатричеської допомоги в рамках системи адекватного професіонального (междисциплинарного) реагування на соціальну дисфункцію пацієнтів і при створенні рівних можливостей для їх участія в соціальному житті і розвитку.

Всесвітня програма дій в відношенні інвалідів под створенням рівних можливостей починає «процес, к помощи которого такі общіе системи суцільства как фізическая і культурная среда, жилищні умови, соціальні служби і служби

здоровоохранения, образование і работа, соціальная жизнь в целом, делаються доступными для всех». Принцип равенства прав предполагает, что потребности потребителей психіатричеської помощи имеют такое же важное значение, что і потребности здоровой части населения, что эти потребности должны учитываться в планах соціально-економічного развития держави і что все средства следует использовать таким образом, чтобы каждый пацієнт имел равные возможности для участія в жизни суцільства.

Любой пацієнт, в т. ч. хронічеськи інвалідизированный, имеет право оставаться жить в своей семье і получать необходимую поддержку в рамках обычных систем здравоохранения, образования, занятости і соціальных услуг. При этом ограничение возможностей не является основанием для отказа от создания условий для их реализации. Равные права предполагают также создание условий для максимально возможного выполнения пацієнтами своих обязанностей как членов суцільства.

Таким образом, дестигматизація осіб к психічеськими расстройствами возможна только при адекватной соціальної політиці на різних рівнях психіатричеської допомоги. А пока приходится констатировать, что борьба со стигмой не входит в число мишеней терапевтической помощи, по крайней мере, в комплексе методов, используемых в целях медицинской і соціальної реабилитации хворих, рекомендации по преодолінню стигмы отсутствуют. Нет их і в современных стандартах оказания психіатричеської помощи.

Заходи по профілактиці і преодолінню стигми являются важной составляющей реабилитационной программы. В этом отношении особое значение приобретает аспект первичной профілактики стигмы на этапе инициальной шизофренії. С этой целью в систему ранней реабилитации хворих нами были включены следующие элементы:

- оцінка степені вероятности формирования стигмы с учетом макро- і микросоциальных факторів;
- признание наличия передубежденности с выявлением начальных признаков стигматизації і ауто-стигматизації методом стандартизованного интервью пацієнта і его близких родственников;
- определение стигматизирующих условий, факторів і реальных стигматизаторов; структурный анализ жизненных ситуаций, формирующих стигму;
- снижение вероятности возникновения стигмы (передубеждения по отношению к болезни), преодоление стигматизирующих переживаний путем формирования взглядов на них как на часть передрастерков, присутщих суцільству;
- наділення пацієнта определенными полномочиями;
- оказание пацієнту помощи в наименее ограничительных условиях с как можно быстрым і полноценным интегрированием его в суцільство.

Исследование стигматизації пацієнтов с впервые установленным диагнозом шизофренії проводилось при помощи стандартизированной шкалы типов стигматизирующих переживаний, включавшей 15 позиций. Обследовано 90 хворих, после купирования у них продуктивных расстройств і появления критического отношения к болезни. 50 хворих прошли курс медико-соціальної реабилитации, включавший медикаментозное лічення і, собственно, реабилитационные заходи (использовались когнитивно-

поведенческая терапия, основанная на распространении информации о заболевании, и семейная терапия, направленная на повышение резистентности больных к навязываемой им внешним окружением роли «социального изгоя»).

Поскольку процесс дестигматизации предполагает устранение стигматизирующих влияний, как со стороны окружения пациента (больничного и внебольничного), так и на уровне самого пациента (аутостигматизация) в период стационарного лечения мы использовали следующие направления реабилитационной тактики:

— сознание терапевтической среды и условий для реализации потребностей, а также ограниченных возможностей пациентов;

— использование системы междисциплинарного (бригадного) реагирования на социальную дисфункцию пациентов;

— сознание возможности для участия пациентов в использовании социально значимых ролей;

— установление между медицинским персоналом и пациентами равноправных коллегиальных социальных отношений.

У 40 больных терапевтическая тактика исчерпывалась применением типичных нейролептиков и атипичных антипсихотиков; целенаправленное реабилитационное вмешательство им не проводилось. Частота стигматизирующих переживаний в этих группах пациентов приведена в таблице.

**Типология и удельный вес стигматизирующих переживаний пациентов с впервые установленным диагнозом шизофрении (принимавших и не принимавших участие в реабилитационной программе)**

Тип стигматизирующих переживаний	Частота стигматизирующих переживаний, %		P
	пациенты, не включенные в реабилитационную группу	пациенты, включенные в реабилитационную группу	
Страх общения с окружающими	45 ± 2,3	27 ± 3,4	< 0,05
Переживание утраты социального статуса и положения в обществе	70 ± 4,3	41 ± 3,1	< 0,05
Ощущение невозможности снижения жизнедеятельности	75 ± 4,1	34 ± 2,3	< 0,01
Разрыв социальных связей	69 ± 3,6	32 ± 2,1	< 0,01
Мучительное чувство стыда	80 ± 4,5	39 ± 2,4	< 0,01
Низкая самооценка	62 ± 3,2	29 ± 1,9	< 0,01
Социальное отвержение	74 ± 3,9	36 ± 2,1	< 0,01
Чувство вины	72 ± 3,4	28 ± 1,7	< 0,01
Возможность дискриминации	84 ± 4,9	72 ± 3,9	> 0,05
Ощущение враждебного отношения к себе	46 ± 2,3	23 ± 1,7	< 0,05
Недоверие окружающих	64 ± 3,1	31 ± 2,1	< 0,05
Социальная бесполезность	54 ± 1,4	29 ± 1,9	< 0,05
Не такой, как все	43 ± 2,1	35 ± 2,0	> 0,05
Ощущение безнадежности	63 ± 3,2	44 ± 3,3	< 0,05
Ощущение зависимости от окружающих	74 ± 3,9	31 ± 2,1	< 0,01

Анализ приведенных в таблице данных показывает, что у большинства больных, получавших традиционное медикаментозное лечение, наблюдались полиморфные переживания возможных неблагоприятных последствий диагностированного у них психического заболевания. К наиболее часто встречающимся переживаниям можно отнести мучительное чувство стыда (80 ± 4,5 %), возможность ущемления прав (84 ± 4,9 %), ощущение снижения уровня жизнедеятельности (75 ± 4,1 %) и зависимость от окружающих (74 ± 3,9 %). Несколько реже у этой категории пациентов в структуре стигматизирующих переживаний встречались страх общения с окружающими (45 ± 2,3 %), ощущение враждебного к себе отношения (46 ± 2,3 %) и ощущение «не такой, как все» (43 ± 2,1 %).

В группе пациентов, участвовавших в реабилитационной программе, негативные переживания болезни встречались значительно реже, за исключением опасений возможной дискриминации и ощущения «не такой, как все». Это свидетельствует о возможности «смягчения» стигмы заболевания (аутостигматизации) на ранних этапах шизофрении, что, в свою очередь, должно способствовать достижению более оптимальных результатов реабилитационного вмешательства в сфере социального функционирования пациентов.

**Список литературы**

1. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2000. — Vol. 6. — P. 65—72.
2. Holmes P., River L. P. Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness // *Cognitive and Behavioral Practice*. — 1998, 5. — P. 231—239.
3. Fink P. J., Tasman A. Stigma and mental illness. — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992.
4. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it // *Lancet*. — 1998, 352. — P. 1058—1059.
5. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Зайцев В. В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // *Журнал невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова*. — 1998, 1. — С. 9—12.
6. Mirabi M., Wienman M., Magnetti S. et al. Professional attitudes towards the chronically mentally ill // *Hospital and Community Psychiatry*. — 1985. — V. 36, 3. — P. 404—405.
7. Phelan J. C., Bromet E. J., Link B. G. Psychiatric illness and family stigma // *Schizophrenia Bulletin*. — 1998, 24. — P. 115—126.
8. Deegan P. E. Spirit breaking: When the helping professions hurt // *Humanistic Psychologist*. — 1990 78, 3. — P. 301—313.
9. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Подкорытов В. С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. — Донецк: ООО «Лебедь», 2002. — 279 с.
10. Lawrie S. M. Stigmatisation on Psychiatric disorder // *Psychiatric Bulletin*. — 1999, 23. — P. 129—131.

*Надійшла до редакції 18.03.2008 р.*

**В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, О. В. Абрамов, Г. Г. Путятин**  
**Ефекти стигматизації та аутостигматизації хворих**  
**на різних стадіях шизофренії**

*Донецький національний медичний університет*  
*ім. М. Горького (м. Донецьк)*

У статті на основі системного інформаційно-теоретичного методу представлено аналіз макро- та мікросоціальних умов, що сприяють стигматизації хворих на різних етапах шизофренії, типологізовано особливості переживань пацієнта, що стигматизують, та сформульовано основні шляхи їх подолання.

**V. A. Abramov, T. L. Ryapolova, A. V. Abramov, G. G. Putyatин**  
**Effects of stigmatization and autostigmatization**  
**of the patients at the different stages of schizophrenia**

*Donets'k National medical University named after M. Gor'ky*  
*(Donets'k)*

The article contains the analysis of macro- and microsocial factors which encourage by the stigmatization of the patients with the different stages of schizophrenia due to systemic information-theoretical method. Types of peculiarities of the patient's feelings which stigmatize them are described. Ways of the overcoming of the stigmas are formulated.

УДК 616.853:616.89-008.444-036

**Д. М. Андрейко, врач-психиатр**  
 Коммунальное учреждение «Днепропетровская областная  
 клиническая психиатрическая больница» (г. Днепропетровск)

### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В настоящее время различные аспекты отдаленных последствий травмы головного мозга остаются актуальными как для неврологов, нейрохирургов, психиатров, так и для врачей многих других специальностей. Это обусловлено тем, что одним из наиболее частых последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) является посттравматическая эпилепсия (ПТЭ), как правило, развивающаяся в сроки от 3 до 18 месяцев от момента травмы, полученной впервые или повторно. Во всем мире черепно-мозговая травма является основной идентифицированной причиной симптоматической эпилепсии в молодом возрасте [3, 5, 6].

Распространенность ЧМТ в Украине и странах СНГ составляет 4 случая на 1000 населения. У мужчин в возрасте 20—39 лет ЧМТ встречается в 2—3 раза чаще, чем у женщин. В структуре ЧМТ доминирует сотрясение головного мозга (81—90%), ушибы головного мозга составляют 5—12%, его сдавление — 1—9% [15]. Развитие ПТЭ является одной из причин инвалидизации пациентов, находящихся в наиболее трудоспособном, социально активном возрасте. Поэтому организация лечебной и реабилитационной помощи больным с ПТЭ является не только значимой медицинской, но и важной социально-экономической проблемой [13].

Посттравматическая эпилепсия развивается у 11—20% перенесших ЧМТ. Частота и тяжесть течения зависят от выраженности первичной ЧМТ, локализации посттравматического очага, состояния преморбидного фона (наличие повторных ЧМТ и генетической предрасположенности) [2, 14].

Основными факторами риска развития ПТЭ являются: посттравматическая амнезия (более 2 часов), вдавленные переломы черепа, внутримозговые гематомы, повреждение твердой мозговой оболочки, наличие фокальных неврологических синдромов. Имеется зависимость между степенью тяжести и частотой развития посттравматической эпилепсии. ПТЭ впоследствии выявляется у 13% перенесших ушиб головного мозга средней степени, у 41% пациентов с тяжелой ЧМТ и у 45% — с открытой ЧМТ. Повреждение мозговых оболочек при травме головного мозга увеличивает вероятность развития эпилепсии до 36—53%. Статистически подтверждена эпилептогенность гематом вследствие ЧМТ, потери сознания более 3 часов, неврологического дефицита и персистирующего психоорганического синдрома [7, 11, 18].

Пусковым моментом развития ПТЭ чаще являются очаги первичного повреждения мозга. Однако наличие такого очага травматического повреждения головного мозга нельзя считать достаточным для эпилептического синдрома. Для развития эпилепсии необходимо наличие стойкого очага эпилептической активности. Эпилептизация нейронов, их особое состояние, определяющее «судорожную готовность» мозга в очагах травматического поражения, и степень эпилептического влияния этих очагов на мозговую структуру зависят и от преморбидного эпилептического предрасположения генетического или приобретенного характера [1, 8, 17].

В круг задач, изучаемых специалистами ВОЗ на начало 21-го века, попали проблемы профилактики и минимизации психических расстройств у больных эпилепсией, в том числе после перенесенных ЧМТ. Акцент таких исследований смещается в сторону ранней диагностики эпилепсии, проведения адекватной восстановительной и противосудорожной терапии, играющих ключевую роль в улучшении качества жизни больных [9, 10, 12, 16].

Целью настоящей работы явилось изучение динамики клинических и психопатологических характеристик больных с посттравматической эпилепсией на разных стадиях её развития.

Задачей исследования было установление частоты и структуры пароксизмальных нарушений и особенностей динамики формирования психических расстройств.

Катамнестически изучено 435 карт стационарных и амбулаторных больных эпилепсией, находившихся на стационарном лечении и амбулаторном обслуживании в Днепропетровской областной психиатрической больнице в период с 1986 года по 2007 год. Скрининговым методом установлено, что диагноз ПТЭ установлен у 62 больных (14,25%), которые составили основную группу исследования. Мужчин в группе исследования было 32 чел. (51,6%), женщин — 30 (48,4%). Средний возраст больных составил  $32 \pm 7,9$  лет, давность верификации заболевания — от 6 месяцев до 20 лет. Среднее количество припадков составило  $19 \pm 4,7$  в год.

Диагноз ПТЭ устанавливался в соответствии с классификацией эпилепсий и эпилептических синдромов (1989) и стандартами диагностики эпилепсии, разработанными Международной противоэпилептической