

ФАКТОРИ НА ИНТЕРНАЛИЗИРАНАТА СТИГМА ПРИ ЛИЦА С ПСИХИЧНИ ПРОБЛЕМИ

Л. Джалев¹, А. Ферчева² и В. Миланова²

¹Департамент по когнитивна наука и психология, Нов български университет – София

²Катедра по психиатрия, Медицински университет – София

FACTORS OF INTERNALIZED STIGMA AMONG PEOPLE WITH MENTAL ILLNESSES

L. Djalev¹, A. Fercheva² and V. Milanova²

¹Department of Cognitive Science and Psychology, New Bulgarian University – Sofia

²Department of Psychiatry, Medical University – Sofia

Резюме. В статията са представени резултатите от изследване на интернализираната стигма (автостигма) за психичната болест при лица с психиатрични диагнози. Основният изследователски въпрос е свързан с влиянието на осем социално-демографски и медицински фактора върху равнището на автостигма. Участници в изследването са 279 пациенти на лечение в Клиниката по психиатрия към УМБАЛ „Александровска“ или в дневния стационар към същата клиника. Участниците са изследвани със самооценъчен Въпросник за оценка на автостигмата на психичната болест, разработен въз основа на международно утвърдени инструменти за оценка на автостигма. Обработването на данните е направено по метода на многомерния дисперсионен анализ (MANOVA). Резултатите показват, че пациентите като цяло се характеризират с умерено висока автостигма и че не всички наблюдавани фактори имат влияние върху нейното равнище. Два от социално-демографските фактори – пол и образователно равнище, не оказват влияние върху стигмата. Други три – семейният и трудовият статус, отчасти и възрастовият фактор, водят до значими междугрупови различия. Разграничителната линия между тези две групи фактори е в различния им потенциал да бъдат асиметрични предпоставки за пълноценното социално функциониране на лицата в различните субгрупи – тези с психични проблеми, които не са семейни, не работят или не учат, както и онези от по-високите възрастови групи, се характеризират с по-високи равнища на автостигма. Всички фактори, свързани с психичното заболяване, имат голяма предиктивна сила – лицата, страдащи от личностово разстройство, шизофрения и депресия, както и тези с по-продължителна история на заболяването, се характеризират с по-високи равнища на автостигма. Като най-моцнен предиктор на автостигмата се очертава субективната оценка на пациентите за сериозността на психичното им заболяване, като тежестта на стигмата нараства със сериозността на заболяването.

Ключови думи: психична болест, публична стигма, автостигма, дисперсионен анализ

Summary. The article presents the results of a study aimed to explore the internalized stigma (self-stigma) of mental illness among people with psychiatric diagnoses. The main research question is related to the effect of eight socio-demographic and medical factors on the level of self-stigma. Participants in the study were 279 patients treated in Psychiatry clinic at the „Aleksandrovska“ University hospital. Participants were tested with self-report Questionnaire measure of self-stigma of mental illness, developed on the basis of internationally recognized assessment tools for self-stigma. Data processing was done by the method of multivariate analysis of variance (MANOVA). Results showed that patients in general are characterized by moderately high level of self-stigma and that not all of the factors have an effect on its level. Two of socio-demographic factors – gender

and educational level, did not influence the stigma. Three other factors – family and employment status, partly age factor lead to significant between-group differences. The border line between these two groups of factors is their different potential to be asymmetric prerequisites for social functioning of individuals in various subgroups – those with mental health problems who are not married, not working or studying, as well as those from higher age groups are characterized by higher levels of self-stigma. All factors associated with mental illness have considerable predictive power – people suffering from personality disorder, schizophrenia and depression, and those with a longer history of the illness are characterized by higher levels of self-stigma. As the most powerful predictor of self-stigma emerged subjective assessment of patients' severity of mental illness, as the burden of stigma increases with the severity of the illness.

Key words: *mental illness, public stigma, self-stigma, analysis of variance*

ВЪВЕДЕНИЕ

Психичната болест се разглежда като едно от най-стигматизирания състояния в нашето общество. Независимо че в някои страни действат различни програми за борба против стигмата, всепризнат факт е, че потребителите на психичноздравни услуги твърде често страдат от дискриминация, стигма и негативни нагласи от страна на обществото. Стигмата и дискриминационното поведение, свързани с психичната болест, са така увреждащи, както и самата болест [18].

Стигма и автостигма

В литературата по въпросите на стигмата за психичната болест се използва понятието и терминологично разграничаване между публична (социална) стигма и интернализирана (авто)стигма. В повечето изследвания като основна дефиниция на този феномен служи класическото предложение на Goffman (1963) [14] за стигмата като атрибут, който дълбоко дискредитира и обезценява лицето, което го притежава. Тази дефиниция по-нататък се разширява от специалистите, най-вече в посока към разбирането на стигмата като загуба на статус и дискриминация, породена от негативните стереотипи за хората, живеещи с диагнозата (етикета) на психичната болест [7].

Публичната стигма включва широк спектър негативни нагласи (стереотипи, предразсъдъци и дискриминационни убеждения) от страна на обществото към хората с психични проблеми. Обществото поддържа изключително много негативни стереотипи за хората с психични проблеми, например представите за тях като за опасни, некомпетентни и дори непълноценни, от което произтичат съответните поведенчески реакции, включително и дискриминация [8, 9].

Автостигмата, или интернализираната стигма, се отнася до негативните нагласи, които хората с психични проблеми възприемат от околните и обръщат към себе си. Авторите описват автостигма-

та като резултат от интернализация на публичната стигма или на негативните публични възгледи за психичната болест [6, 7, 8]. Важен момент е, че отговорът на тези лица на публичната стигма е също стигма – пациентите с психиатрични диагнози могат да интернализират негативните стереотипи за психичната болест и да реагират със самостигматизация [17]. Някои автори разглеждат реакцията на лицата с психични проблеми към публичната стигма като процес, при който те прилагат представите на общността за психична болест към себе си и се съгласяват с негативните и омаловажителни характеристики, които им се приписват [7, 12]. Например лицето с психиатрична диагноза се съгласява и вярва, че всички хора с психична болест, включително и самото то, са неинтелигентни и опасни. Brohan et al. [6], облягайки се и на други автори, представят една по-разширена концепция, съгласно която автостигмата е продукт на осъзнат или неосъзнат процес на интернализация на срам и отговорност, безнадеждност, вина и страх от дискриминация заради психичната болест, като преживяване на загуба на самооценка и лично достойнство.

Негативните убеждения и поведения в обществото създават двоен проблем за хората с психични разстройства. От една страна, те трябва да се справят със симптоми като халюцинации, налудности, тревожност и депресия, а от друга страна, трябва ежедневно да преодоляват социалното изключване и дискриминация [5].

Последици от автостигмата за самооценката и поведението

Многобройни са негативните последици от автостигмата, за които се съобщава в литературата. Преживяването да си белязан като „психично болен“ носи вътрешни последици като ниска самооценка и срам, и външни последици като социално изключване, предразсъдъци и дискриминация [15].

Една от най-болезнените и деструктивни последици от автостигмата за психичната болест

е, че тя предизвиква значителна загуба на себе-оценка. Лицата с психична болест преживяват себе си като хора без стойност, като непълноценни членове на обществото, като по-малко компетентни и незаслужаващи доверие [7, 11]. Независимо от обективното ниво на дискриминация, на която е изложен индивидът, именно субективната перцепция, че си обезценен и маргинализиран, е това, което директно повлиява себеоценката на човека и нивото на постоянен стрес [19]. Ниската себеоценка може да се развие към по-дълбоки негативи като чувството, че целият живот е провал [18].

Автостигмата силно повлиява аз-концепцията на индивида и чувството му за идентичност [15]. Някои индивиди с психиатрични проблеми започват да се определят чрез своята психична болест и загубват чувство за останалите аспекти за себе си, загубват предишните си идентичности като студент, работник или родител; идентичността на стигматизираната болест става определяща [13]. Стигматизираната „болестна идентичност“, или ролята и нагласите, които индивидите развиват в съответствие с разбирането за своите психични проблеми, стават доминантна – те започват да дефинират своята идентичност чрез своята диагноза [4]. Лицата с психични заболявания очакват да бъдат стигматизирани, чувстват, че са стигматизирани и се държат по начин, консистентен с тази външна нагласа. Автостигматизацията като себеналожена изолация има много вредни последици, водещи до загуба на жизнените цели и ниско качество на живот [15].

Автостигмата може да действа като бариера срещу търсенето на психиатрична помощ и да пречатства лечението и възстановяването от болестта [11]. Хората с психични проблеми често отлагат търсенето на помощ, защото не желаят да бъдат идентифицирани като такива; много често нямат достатъчна мотивация за търсене на подкрепа и лечение; трудно формират доверителни колаборативни взаимоотношения със специалистите; избягват хоспитализация или прекъсват предприетата терапия. Това закономерно води до agravация на психиатричните симптоми, влошаване на психическото състояние, рецидиви и хронифициране, което от своя страна води до ниско качество на живота [20].

Изследвания на автостигмата

Редица изследвания показват, че голяма част от лицата с психична болест преживяват автостигма в някаква степен, като около една трета споделят висока степен на интернализирана стигма [5]. По данни на [10], 35% от пациентите със

сериозни психични проблеми споделят умерено до тежко ниво на интернализирана стигма, като по-висока автостигма се свързва с ниско ниво на себеоценка и на личната ефикасност. Поне една четвърт от депресивните пациенти и една трета от пациентите с шизофрения страдат от висока автостигма [4].

Цели на изследването

Целта на изследването е да се направи анализ на феномена „автостигма“ при българската популация от лица, страдащи от психични заболявания. Конкретният изследователски въпрос, на който търсим отговор в рамките на това изследване, е дали и в каква степен процесите на интернализиране на негативните нагласи към психичната болест, поддържани от хората в обществото (публичната стигма), се модифицират от някои социално-демографски и клинични характеристики на лицата от целевата група.

Изследвани лица

Изследването беше проведено сред 279 лица с психични проблеми, които са на лечение в Клиниката по психиатрия към УМБАЛ „Александровска“ или в дневния стационар към същата клиника. Техният подбор беше направен с цел да се постигне максимално широка представителност на извадката по отношение на социално-демографските и клиничните показатели на пациентите на лечебното заведение. Критериите за изключване на пациенти от изследването бяха заявено несъгласие за участие от тяхна страна или обективна невъзможност за участие поради актуална активна психопатологична симптоматика с инкохерентност, увредени когнитивни функции или дезорганизация.

За изследваните лица (и. л.) бяха събрани данни по осем показателя, част от които са почерпени от медицинската документация на пациентите: пол и възраст; образователно равнище, семеен и трудов статус; психичен проблем (вид на психичното заболяване), степен на сериозност на заболяването и неговата продължителност (давност). Като цяло извадката не е напълно балансирана по нито един от показателите, но това отразява структурата на популацията на пациентите в клиниката. Сред участниците 152 (54.48% от всички) са жени, а 127 (45.52%) са мъже. По отношение на възрастта и. л. са разпределени в четири категории, като най-голяма по обем е субизвадката на лицата от 35 до 44 год. (180 души, 64.52% от всички), а най-малък

е броят на лицата в групата от 45 до 64 год. (10 души, 3.58%). На възраст между 18 и 24 год. са 25 пациенти (8.96%), а между 25 и 34 год. – 64 пациенти (22.94%).

По своето образователно равнище и. л. се разпределят в три, също неравностойни категории, най-голямата сред които е на лицата със средно образование (175 души, 62.72%). Делът на лицата с основно образование е най-малък (15 души, 5.38%), а тези с висше образование са 89 души (31.90%).

По отношение на семейната среда, в която протича частният живот на пациентите, най-малък е делът на тези, които живеят самостоятелно, като отделно семейство (40 души, 14.34%). Обратно, най-голям е делът на онези, които живеят с родителите си (134 души, 48.03%), а сравнително по-малко живеят с партньор, съпруг или съпруга (105 души, 37.63%).

Извадката е разнообразна и по отношение на трудовия статус на участниците. Най-голяма е групата на и. л., които са пенсионирани по болест и това са 92 души (32.97%). Други 75 (26.88%) в периода на изследването не работят, но активно си търсят работа. Дълготрайно безработни (отдавна не работят и не си търсят работа) са 21 души (7.53%), а 15 души (5.38%) учат, предимно във висши училища. Една малка група от 8 души (2.87%) не са уточнили трудовия си статус. От цялата извадка онези пациенти, които работят на трудов договор и получават доходи от своята работа, са 68 души (24.37%). Следователно малко над 75% от всички участници в изследването не работят и не получават трудови доходи.

От особено значение за изследването е структурата на извадката по отношение на психиатричните диагнози на участниците, поставени на базата на общоприетите критерии по МКБ-10. Съгласно данните по този признак, най-големи са групите на пациентите с шизофрения (90 души, 32, 26%), депресия (70 души, 25.09%), биполарно афективно разстройство (66 души, 23.66%) и тревожно разстройство (43 души, 15.41%). Значително по-малък дял имат лицата с личностово разстройство (7 души, 2.51%), а тези с обесивно-компулсивно или хранително разстройство представляват маргинални групи (по 1 човек, 0.36%). Едно и. л. има диагноза, различна от посочените по-горе.

Собствената преценка на участниците за тежестта на техните психични проблеми е също показателна. Над една трета (110 души, 39.43%) възприемат своите психични проблеми като много сериозни. За почти половината (127 души, 45.52%) те са средно сериозни и едва 42 души (15.05%) не им отдават особено значение.

По последния показател – продължителност (давност) на заболяването, и. л. се разпределят в пет, също нееднакви по обем категории. С продължителност на заболяването до 1 год. са 20 лица (7.17% от всички), от 1 до 5 год. са 101 лица (36.20%), от 6 до 10 год. са 66 лица (23.66%), от 11 до 20 год. са 69 лица (24.73%) и над 20 год. – 23 лица (8.24%).

Инструментарии

За оценка на интернализираната стигма е използван Въпросникът за оценка на автостигмата на психичната болест [1]. Това е самооценъчен въпросник, предназначен за директна оценка на интернализираната стигма при лица, страдащи от психични заболявания, който се характеризира с много добри психометрични качества.

Въпросникът се състои от 44 айтема, формулирани като твърдения, чрез които лицата с психични проблеми изразяват различни аспекти на автостигмата, която, съгласно концепцията, поддържана от редица автори [5, 7], се разглежда като интернализация на публичната стигма. Скаловата структура на въпросника включва следните четири субскали:

1. Алиенация. Субскалата съдържа 12 айтема и нейното семантично значение е затваряне на индивида в себе си; страх от споделяне, от разкриване на проблемите, свързани с психичното заболяване и от реакцията на другите; разочарование от себе си, от своя нисък социален потенциал; избягване на обсъждане на заболяването с други хора; чувство за малоценност. Надеждността на субскалата, определена чрез коефициента на Кронбах, е $\alpha = 0.90$.

2. Социално отдръпване. Тази субскала също включва 12 айтема с общо значение отбягване на хората от общността поради страх от отхвърляне или за предпазване на близките от притеснения; чувството на индивида за примирение и за социална изолация; поставяне в зависимост от другите; чувство за неадекватност в нормална среда. Надеждността на тази субскалата е също на високо равнище – $\alpha = 0.85$.

3. Дискриминация. Субскалата съдържа 10 айтема, които манифестират усещането за дискриминация у индивида поради неговите психични проблеми; отбягването, обидното или сниходителното отношение от страна на хората от общността. Надеждността на тази субскала е на равнище $\alpha = 0.76$.

4. Резистентност към стигма. Последната субскала съдържа също 10 айтема, с основно значение съзнание на индивида за собствената

ценност; надрастване на психичния проблем, който се възприема не като недостатък, а като предимство; готовност и желание за разкриване и споделяне на психичния проблем с хората от общността. Надеждността на тази скала ($\alpha = 0.67$) е малко по-ниска от установения стандарт, но се доближава до него, което прави практическата ѝ полезност съпоставима с тази на останалите субскали.

Освен на субскалово, автостигмата може да се изследва и на скалово равнище, като общата скала включва всичките 44 айтема. Тази скала, поради големия брой на айтемите, има коефициент на надеждност $\alpha = 0.90$.

Въпросникът е ориентиран към измерване на високите равнища на автостигма както на субскалово, така и на скалово равнище. Всички айтеми са от ликертов тип, като изследваните лица се само-оценяват чрез 4-бална скала със следните балове: напълно несъгласен (1), несъгласен (2), съгласен (3) и напълно съгласен (4). 13 от айтемите във въпросника са контраиндикативни („обърнати“), поради което при формиране на суровия субтестов или тестов бал отговорите на изследваните лица на тези айтеми са прекодирани в обратна посока.

РЕЗУЛТАТИ

Задачата за изследване на факторите, модифициращи интернализирането на външните негативни стигматизиращи нагласи, може да бъде разглеждана като задача за оценка на междугруповите различия в равнището на автостигмата в рамките на всеки от наблюдаваните осем социално-демографски и клинични показателя.

Междугруповите различия са анализирани чрез серия от еднофакторни многомерни дисперсионни анализи (MANOVA). Независима променлива във всеки анализ е съответният социално-демографски или медицински показател, а зависимите – суровите балове на и. л. по съответната субскала на Въпросника за оценка на автостигма на психичната болест („Алиенация“, „Социално отдръпване“, „Дискриминация“ и „Резистентност към стигма“), както и общият суров бал от въпросника. Нулевите статистически хипотези, подложени на проверка с MANOVA, са за липса на влияние на съответната независима променлива.

Резултатите от дисперсионните анализи включват стойностите на проверяващите статистики (Wilks' Lambda и F), степените на свобода, както и статистическата значимост (p) на теста. Към резултатите от тестовете, при които се наблюдава статистическа значимост на ниво

$\alpha = 0.05$, са добавени и данни за големината на наблюдавания ефект, която показва практическата значимост на съответния резултат, и за статистическата мощност на използвания тест. Като мярка за оценка на големината на ефекта в еднофакторния дисперсионен анализ се използва коефициентът частична ета на квадрат (η_p^2), който, при еднофакторния дизайн, представлява дела на вариацията във всяка зависима променлива (субскалите във Въпросника за оценка на автостигмата), която се дължи на съответната независима променлива (социално-демографски или клиничен показател).

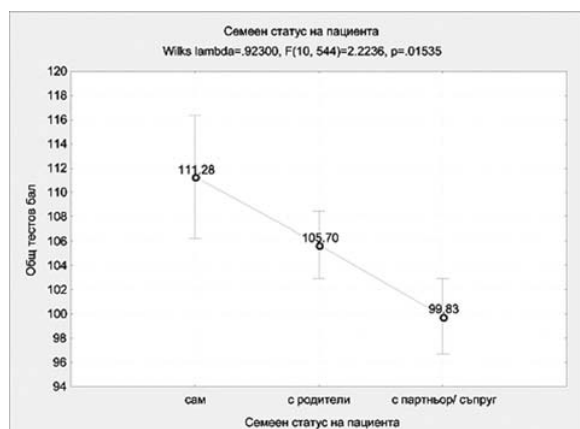
Резултатите от анализа променливата „пол“ сочат, че тази характеристика не оказва статистически значимо влияние върху нито една от димензиите на автостигмата. Единствено по скалата „Резистентност“ се забелязва по-ясна тенденция мъжете да бъдат по-устойчиви в сравнение с жените ($p = 0.07$). Забелязва се също, макар и по-слаба, тенденция мъжете да бъдат по-чувствителни на дискриминационни отношения от околните. И обратно, жените са по-склонни към алиенация и социално отдръпване. Те демонстрират и малко по-високи равнища на общата автостигма в сравнение с мъжете.

Сходни са резултатите и при променливата „възраст“, но с някои статистически значими ефекти (Wilks' $\lambda = 0.91$, $F(15, 748.51) = 1.72$, $p = 0.04$). Докато по скалите „Алиенация“ и „Социално отдръпване“, както и по общата скала, не се наблюдават статистически значими междугрупови различия, значими ефекти има при скалите „Дискриминация“ и „Резистентност“. Като обща тенденция по скалата „Дискриминация“ може да се отбележи постепенното повишаване на чувствителността към несправедливото отношение на околните с напредването на възрастта на лицата с психични разстройства. Тук статистически значимият контраст е между най-възрастните в извадката (45-64 год.), които чувстват най-силно дискриминационните нагласи, и лицата в по-долните възрастови групи (за различните възрастови групи p варира между 0.02 и 0.04). При скалата „Резистентност“ се наблюдава слабо намаляване на равнището на устойчивост при възрастовата група 25-34 год. в сравнение с най-младите (18-24 год.), след което, с напредването на възрастта, настъпва повишаване, което отвежда най-възрастните представители (45-64 год.) дори над равнището на най-младите (18-24 год.) При тази дименсия статистически значима разлика се наблюдава между групите 25-34 год. и 45-64 год. ($p = 0.04$).

Не се наблюдават статистически значими ефекти и по отношение на образователния статус на пациентите. При някои скали („Алиенация“ и „Резистентност“) има слаба тенденция лицата с висше образование да демонстрират по-високи равнища на автостигма в сравнение с останалите групи, а по-склонни към социално отдръпване са лицата с основно образование.

Коренно различна е картината на взаимодействието между семейния статус на пациента и дименсиите на автостигмата. По 4 от тези дименсии се наблюдават значими ефекти на независимата променлива (Wilks' $\lambda = 0.92$, $F(10, 544) = 2.22$, $p = 0.02$), които се изразяват в съществени междугрупови различия в техните равнища. Големината на ефекта при този анализ е $\eta_p^2 = 0.04$, а статистическата мощност на теста е 0.92. Влиянието на фактора „семеен статус“ върху всяка отделна скала е оценено чрез post-hoc теста на Bonferroni.

Различията се наблюдават по скалите „Алиенация“, като контрастни групи са тези, които живеят сами „срещу“ тези, които живеят с партньор/съпруг или съпруга ($p = 0.00$); „Социално отдръпване“ (контрастни са същите две групи, $p = 0.04$); „Дискриминация“ (тук противопоставянето е между тези, които живеят сами или с родители „срещу“ тези, които живеят с партньор/съпруг или съпруга, $p = 0.00$ и $p = 0.04$), както и по общата скала (също между тези, които живеят сами или с родители „срещу“ тези, които живеят с партньор/съпруг или съпруга, $p = 0.00$ и $p = 0.02$). Единствено по скалата „Резистентност“ не се наблюдават статистически значими различия.



Фиг. 1. Ефект на фактора „семеен статус“ върху общото равнище на автостигма

На фиг. 1 са представени резултатите от анализа на влиянието на семейния статус върху общата скала на автостигма. На графиката

се откроява ясно тенденцията за намаляване на равнището на общата автостигма с промяната на семейния статус от живеещ сам, без постоянна семейна среда, през живеещ с родителите си към живеещ постоянен партньор, който може да бъде и брачен. Такива съотношения между равнищата на автостигмата при отделните групи се наблюдават при всички останали скали на въпросника. Както беше отбелязано, тук съществена разлика е между лицата, живеещи самостоятелно, и тези, които са обкръжени от свои близки.

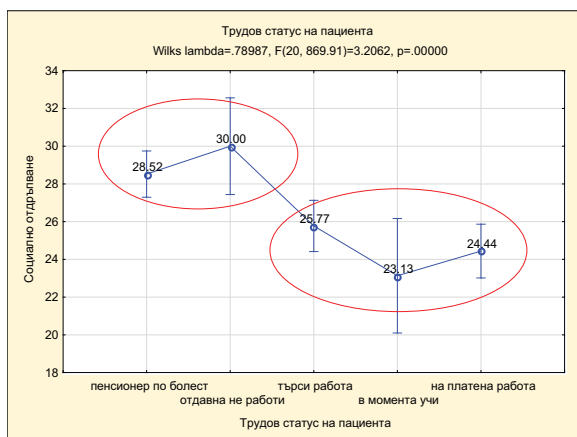
Не по-слаба е взаимовръзката между дименсиите на автостигмата и трудовия статус на пациентите. Тук също се наблюдават значими влияния на независимата променлива върху 4 от петте измерения на автостигмата (Wilks' $\lambda = 0.79$, $F(20, 869.91) = 3.21$, $p = 0.00$). Големината на ефекта при този анализ е $\eta_p^2 = 0.07$, а статистическата мощност на теста е 1.00. Анализът е направен върху пет от шестте групи, формирани по този признак (от него е извадена група „други“ поради малкия ѝ обем - 8 и. л., които не са уточнили трудовия си статус). При оценката на влиянието на този фактор върху отделните скали е приложен post-hoc теста на Bonferroni.

Единствената дименсия, по която не се наблюдават междугрупови различия, е „Алиенация“. По всички останали скали, включително и общата скала, такива различия има при равнище на статистическа значимост $p < 0.05$. Трябва да отбележим, че не всички групи, формирани според трудовия статус на лицата, могат да бъдат диференцирани чрез този статистически критерий. Както и при предходния анализ, при по-голяма част от дименсиите на автостигмата се забелязва един устойчив модел на противопоставяне на две по-големи категории: от една страна – това са лицата, които са пенсионирани по болест или са дългосрочно безработни, а от друга – лицата, които активно търсят работа, учат или работят. Илюстрация на този модел е фиг. 2, съдържаща резултатите от анализа за общата скала на автостигма.

На фиг. 2 е визуализирано групирането на отделните категории и. л. в две по-големи категории: лица, които са се откъснали от пазара на труда (пенсионери и дълготрайно безработни), и лица, които имат мотивация за труд и, макар и безработни, активно търсят работа, учат или имат постоянна работа.

Последните три показателя са свързани със здравния статус на участниците: вида на психичното заболяване, неговата сериозност и продължителност (давност). Както беше отбелязано, ин-

формацията за вида на заболяването и неговата продължителност е почерпена от медицинската документация на пациентите, а оценката за сериозността на психичния проблем е израз на субективните преживявания на пациентите.

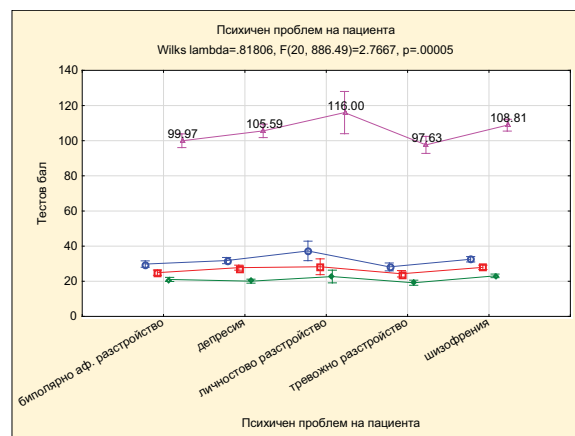


Фиг. 2. Ефект на фактора „трудов статус“ върху скалата „Социално отдръпване“

Резултатите от дисперсионните анализи дават основание да се приеме, че тези три фактора са най-мощните предиктори на интернализираната стигма. При изследването на влиянието на психичното заболяване върху автостигмата в анализа не са включени три диагностични групи (обсесивно-компулсивно разстройство, хранително разстройство и „други“), които са представени в извадката с по едно и. л. Резултатите недвусмислено показват статистически значимото въздействие на вида на психичното заболяване върху равнището на интернализираната стигма (Wilks' $\lambda = 0.82$, $F(20, 886.49) = 2.77$, $p = 0.00$). Големината на ефекта при този анализ е $\eta_p^2 = 0.06$, а статистическата мощност на теста е 1.00. Ефектът на заболяването се проявява при всички дименсии на автостигмата, с изключение на скалата „Резистентност“. Една интересна особеност на резултатите е, че моделът на ефекта е почти един и същ при четирите скали, както се вижда на фиг. 3.

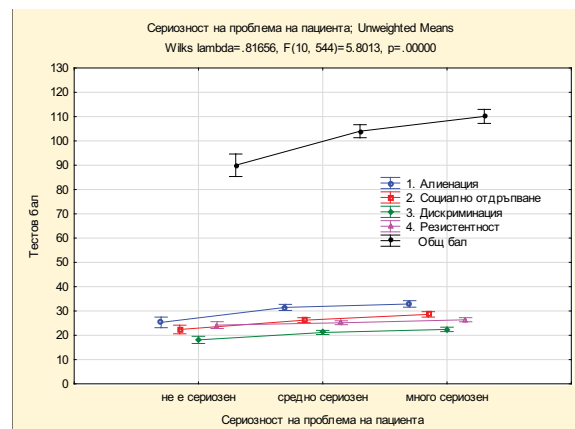
Този модел е визуализиран най-добре в профила на общата скала, която отразява общото равнище на интернализирана стигма. При трите субскали, както и по общата скала, с най-високи равнища на автостигма се характеризират лицата с личностово разстройство, а с най-ниско – тези с тревожно разстройство. Пациентите, диагностицирани с останалите три психични заболявания, се характеризират с много близки равнища, които заемат място между първите две.

Сред тях по-силно изразена е автостигмата при лицата, страдащи от шизофрения.



Фиг. 3. Ефект на фактора „психичен проблем“ върху равнището на автостигма

Т Сериозността на заболяването, по-точно субективната оценка на участниците за неговата тежест, е единственият фактор, който оказва влияние върху всички дименсии на автостигмата (Wilks' $\lambda = 0.82$, $F(10, 544) = 5.802$, $p = 0.00$). Големината на ефекта при този анализ е $\eta_p^2 = 0.10$, а статистическата мощност на теста е 1.00. При този анализ също се наблюдават сходни профили на равнищата на автостигма по отделните скали на въпросника.



Фиг. 4. Ефект на фактора „сериозност на проблема“ върху равнището на автостигма

Както може да се види на фиг. 4, с повишаване на нивото на самооценка за сериозността на заболяването при отделните групи и. л., нараства и равнището на интернализирана стигма.

Сходна е картината, която се получава след анализа на влиянието на фактора „продължителност на заболяването“, който също има значим цялостен ефект върху интернализираната стигма

(Wilks' $\lambda = 0.83$, $F(20, 896.44) = 2.56$, $p = 0.00$). Големината на ефекта при този анализ е $\eta_p^2 = 0.05$, а статистическата мощност на теста е 1.00. Специфично за въздействието на този фактор е, че то не се разпростира върху две от дименсиите – „Алиенация“ и „Резистентност“. Но и при този фактор по всички скали, с изключение на скалата „Резистентност“, се наблюдава един и същи модел – неизменно повишаване на равнището на интернализираната стигма с увеличаване на времевия интервал, през който пациентите са засегнати от своето психично заболяване.

ОБСЪЖДАНЕ

Резултатите от проведените анализи предоставят достатъчно убедителни свидетелства, че в процеса на интернализиране на негативните нагласи към психичната болест, поддържани от хората в обществото, тежестта на тези нагласи като цяло се модифицира от наблюдаваните социално-демографски и клинични характеристики на лицата, страдащи от психични заболявания.

Участието на различните фактори в този процес обаче не е равностойно. В хода на анализа се очертаха две ясно различими групи фактори. Едната от тях включва факторите „пол“, „образователно равнище“ и „възраст“. Първите две от тези социално-демографски характеристики не изпълняват модифицираща функция, а третата повлиява слабо равнищата на автостигма само по някои от нейните дименсии, причинявайки различия между най-контрастните групи.

Втората група включва останалите пет показателя, които играят съществена роля в процесите на интернализиране на публичната стигма. Два от тях - семеен и трудов статус, са също социално-демографски. Възниква въпросът защо различни социално-демографски характеристики, които принадлежат към една и съща категория, имат коренно различно значение в процеса на формиране на негативни нагласи на лицата с психични проблеми към себе си. Разграничителната линия между тях може да бъде видяна в различния потенциал на социално-демографските фактори да бъдат симетрични или, напротив, асиметрични предпоставки за пълноценното социално функциониране (социална адаптация, социална активност, развитие на трайни социални взаимодействия и др.) сред представителите на различните групи лица с психични проблеми.

Полът и образователното равнище по своя характер са категорийни променливи и могат да бъдат разглеждани като дадености, като качест-

вени атрибути на индивида (полът като съвкупност от биологични, социални и психологически признаци на индивида, а образователното равнище като етап, обикновено отминал, от неговия жизнен път). Принадлежността на дадено лице към една или друга категория, например „жена“ или „със средно образование“, сама по себе си не е предпоставка за повишена или понижена социална активност на това лице в сравнение с членовете на другите категории. Поради това в изследването не са установени междугрупови различия по тези признаци. Възрастта е динамичен фактор, при който хората в различните възрастови периоди са въввлечени в различни области на социалното функциониране, с различно качество и интензивност. При все това резултатите от изследването показват, че този социално-демографски признак влияе относително слабо върху равнището на автостигма, и то само върху две от нейните дименсии. Анализирайки депресията в късна възраст, Стоянова и Нацкова (2015), [3] отбелязват, че възрастта не е диагностичен критерий при определяне на психичните заболявания. В свое изследване върху лица с психиатрични диагнози, сходни с тези на лицата, обхванати в настоящото изследване, Martin et al. (2015) [13] отбелязват, че психичните заболявания са свързани със сериозни дефицити в социалното им функциониране в хода на болестта. Авторите обаче не откриват значимо взаимодействие между възрастта и диагностичните групи, макар че се забелязва тенденция за нарушено функциониране на лицата в по-високите възрастови групи. Стоянова и Нацкова [3] също подчертават, че депресията в късна възраст може да бъде свързана с определена специфичност на клиничните прояви и терапевтичното повлияване. Заболяването може да доведе до усложняване на функционалните и социалните проблеми, до влошаване на качеството на живот и повишаване на нуждите от грижи в общността и семейството. Като едни от най-важните в тази възраст авторите разглеждат социалните фактори поради загубата на професионалните и социални роли, загубата на партньор, чувството на самота и повишената зависимост. Механджийска (2014) [2] също привежда многобройни доказателства за взаимовръзката между депресията и нарушенията в социалното функциониране при лицата в напреднала възраст, почерпени както от различни литературни източници, така и от собствено оригинално изследване.

Факторите „семеен статус“ и „трудова статус“, които имат значимо въздействие върху изуча-

вания феномен, са очевидно от друг порядък. Общото между тези два фактора е в това, че те създават асиметрични предпоставки за социалното функциониране на представителите на различните групи от лица с психични проблеми. Наблюдаваните разлики между отделните групи могат да бъдат обяснени с различното качество, интензивност и дълбочина на социалните взаимодействия, на активно социално взаимодействие между индивида и окръжаващата среда.

Резултатите от изследването показват, че самотно живеещите, които са лишени от близки семейни контакти, изпитват по-силно чувство на автостигма в сравнение с тези, които са обкръжени от семейна среда (живеят с родителите си или със съпруг/ съпруга). Лицата, които са безработни или пенсионирани по болест, намиращи се извън определена професионално-трудова среда, също преживяват автостигмата по-силно от тези, които се радват на по-интензивни контакти в някаква организационна структура (работят на платена работа или учат).

Останалите три фактора от втората група са свързани с психичното заболяване – с неговия вид и продължителност, както и със субективно преживяваната сериозност на психичния проблем, независимо от диагностичната категория. В тази група се откроява индивидуалната субективна оценка на тежестта на заболяването, която влияе върху всички скали на въпросника и се очертава като най-обхватния предиктор на автостигмата. Видът на заболяването, както и неговата продължителност, също са определящи за равнището на автостигма. Лицата, страдащи от личностово разстройство, шизофрения и депресия, както и тези с по-продължителна история на болестта, се характеризират с по-високи равнища на автостигма в сравнение с тези от останалите групи.

Друг интересен аспект на получените резултати е свързан с диференциацията на дименсите на автостигмата по отношение на влиянието, което търпят от независимите социално-демографски и клинични фактори. По-често такова влияние, което се изразява чрез значими междугрупови различия, се наблюдава при субскалите „Социално отдръпване“ и „Дискриминация“, както и върху общата скала. По тези три скали се наблюдават междугрупови различия по петте фактора от втората група. По-рядко такива междугрупови различия се наблюдават при субскалите „Алиенация“ и „Резистентност“.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Можем да резюмираме, че интернализираното преживяване за стигма за психичната болест е детерминирано преди всичко от фактическото състояние на социалната изолация/социално включване на индивида и от спецификата на психичното заболяване, най-вече от субективно възприемане за неговата дълбочина и тежест. То се изразява най-често чрез (1) социално отдръпване – чувството у индивида за примирение; избягване на хората от общността поради страх от отхвърляне или за предпазване на близките от притеснения; чувството за социална изолация; поставяне в зависимост от другите, както и чувството за неадекватност в нормална среда и (2) чувството за дискриминация у индивида поради неговите психични проблеми; отбягването, обидното или снизходително отношение от страна на хората от общността.

Библиография

1. Джалев, Л. и А. Ферчева. Въпросник за оценка на автостигма на психичната болест. Психологични изследвания, 18, 2015, № 1, 59-72.
2. Механджийска, Г. Депресия и социално функциониране при лица в напреднала и старческа възраст – потребители на социални услуги. Годишник на Софийския университет „Св. Климент Охридски“, Факултет по педагогика, Книга Социални дейности. София, Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, Т. 107, 2014, 5-33
3. Стоянова, В., Нацкова, Ж. (2015). Депресия в късна възраст – социално-клинична значимост, разпознаване, видове. Мединфо, 7. <http://www.medinfo.bg/spisanie/2015/7/statii/depresija-v-kysna-vyzrast-socialno-klinichna-znachimost-razpoznavane-vidove-2164>.
4. Boyd, J. et al. Internalized stigma of mental illness (ISMI) scale: A multinational review. – Comprehensive Psychiatry, 55, 2014, 221-231.
5. Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. – Journal of Affective Disorders, 129, 2011, (1-3), 56-63.
6. Brohan, E. et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. – BMC Health Services Research, 10, 2010, 80.
7. Corrigan, P. W. et D. Rao. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. – Can. J. Psychiat., 57, 2012, № 8, 464-469.
8. Corrigan, P. W. et A. C. Watson. The paradox of self-stigma and mental illness. – Clin. Psychol. Sci. Pract., 9, 2002, 35-53.
9. De Sousa, S. et al. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. – Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 34, 2012, № 4, 186-197.

10. Drapalski, A. et al. A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. – *Psychiatric Services*, **64**, 2013, № 3, 264-269.
11. Dunion, L. et A. McArthur. Pushing Back - A pilot study on self-stigma in Scotland. Glasgow. The Social Marketing Gateway. 2012.
12. Gerlinger, G. et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. – *World Psychiatry*, **12**, 2013, № 2, 155-164.
13. Girma, E. et al. Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. – *Int. J. Mental. Health Systems*, **7**, 2013, № 1, 21.
14. Goffman, E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. N. Y.: Simon and Schuster, Inc. 1963.
15. Livingston, J. D. et J. E. Boyd. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. – *Social Science & Medicine*, **71**, 2010, № 12, 2150-2161.
16. Martin, E. A. et al. Social functioning and age across affective and non-affective psychoses. – *J. Nervous and Mental Disease*, **203**, 2015, № 1, 37-42.
17. Michaels, P. et al. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. – *Psychology, Society, and Education*, **4**, 2012, № 2, 183-194.
18. Ritsher, J. et J. Phelan. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. – *Psychiatry Research*, **129**, 2004, 257-265.
19. Ritsher, J., P. Otilingam et M. Grajales. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. – *Psychiatry Research*, **121**, 2003, № 1, 31-49.
20. Yanos, P. et al. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. – *Psychiatric Services*, **59**, 2008, 1437-1442.
-
- Изследването е проведено в рамките на проект „Открито за психичните разстройства“ по Програма BG07 „Инициативи за обществено здраве“, Мярка 1 „Подобряване на системата за психично здраве на българските граждани“ в рамките на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2009-2014.*
-

✉ Адрес за кореспонденция:
Анита Ферчева
тел. +359(889)544 542
anita.fercheva@gmail.com