

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ НА ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

А.А. ДОЛНЫКОВА, Л.Ю. ДЕМИДОВА

Люди, обладающие различными по глубине знаниями психиатрии, обладают разными установками в отношении психически больных людей. Мы сравнивали три группы: клинических психологов, психологов (обе группы — студенты выпускного курса) и экономистов. И психологи, и клинические психологи (как люди, обладающие научными знаниями по психиатрии) меньше стигматизируют психически больных людей, чем экономисты, которые, в основном, не имеют научных знаний в этой области. Люди, которые были знакомы с психически больными, также меньше стигматизируют их, чем люди, никогда не контактировавшие с ними.

Ключевые слова: стигматизация, психически больной, образ психически больного, студенты психологи, опыт общения с психически больными.

В настоящее время наряду с работами, посвященными стигматизации в целом (по признакам национальности и сексуальной ориентации, наличию соматического заболевания и т.п.), увеличивается количество работ, посвященных восприятию такой категории людей, как психически больные. Проблема отношения к психически больным имеет очень древнюю историю и возникла задолго до проблем стигматизации по другим основаниям [Финзен, 2001; Дмитриева, 2001; Серебряйская, 2005].

Негативное отношение к психически больным сильно сказывается не только на числе повторных приступов заболевания, но и в целом на благополучии больных людей и их возможности в дальнейшем эффективно функционировать в обществе.

Нерешенность теоретических вопросов в этом направлении не позволяет разработать дестигматизационные программы таким образом, чтобы они оказывали желаемый эффект. Как подчеркивают авторы, результаты подобных программ в большинстве случаев не настолько эффективны, чтобы можно было быть уверенными в их точной направленности [Финзен, 2001; Серебряйская, 2005]. Во многих исследовани-

ях стигматизации основное внимание уделяется ее когнитивному компоненту — представлениям и стереотипам о психически больных [Серебрянская, 2005].

О стигме в психиатрии сейчас говорят преимущественно с целью показать последствия определенного диагноза [Финзен, 2001; Гурович и др., 2007]. Предубеждение в отношении психически больных становится причиной невозможности для них жить полноценной жизнью во время прохождения лечения и даже после него.

«Стигма» — сложное понятие. «В ней встречаются друг с другом фантазии и страхи, исторические и религиозные мифы, субъективные теории о психическом здоровье и психической болезни, повседневные знания и социальные представления, картины и воспоминания о национал-социалистических массовых убийствах психически больных и слабоумных, личные встречи и опыт и, не в последнюю очередь, ассоциации» [Финзен, 2001, с. 190]. Явление стигматизации в современном обществе имеет исторические и психологические корни. Это явление, свойственное любому обществу с древнейших времен и существующее по сей день. «Древнее клеймо превратилось в символ инакости и приобрело скрытый, но масштабный характер воздействия» [Ястребов и др., 2008, с. 4].

Современный, даже не сведущий в психиатрии человек, позволяет себе использовать психиатрические понятия и наполнять их удобным для себя смыслом, более того, он позволяет себе отличать здорового от больного, даже вопреки мнению врачей [Ястребов и др., 2004, 2008].

В качестве обобщения можно выделить следующие характерные для общества мнения о психических болезнях и психически больных людях [Серебрянская, 2005]:

- психически больным приписываются такие качества, как агрессивность, ненадежность, непонятность, сложность и непредсказуемость;
- противоречивое отношение к психиатрии — уважение и страх; восприятие психически больных как опасных и в то же время слабых;
- психически больные недифференцированно воспринимаются как «плохие люди»;
- типичный психически больной в глазах населения (т.е. тот образ, который возникает у большинства людей при сочетании «психическая болезнь») — это человек с острой параноидной симптоматикой;
- преобладание немедицинских представлений о психических заболеваниях;
- предположения, что психически больные сами виновны в своем заболевании.

Как указывают Ястребов В.С. и соавторы, на отношение человека к психически больным «влияют очень многие факторы: возраст, образо-

вание, культурный уровень и религиозность, профессия и опыт общения с психически больными, характер и состояние здоровья и, наконец, его оценка всего перечисленного» [Ястребов и др., 2008, с. 14]. В исследованиях, посвященных стигматизации, стараются учитывать максимально возможное число этих факторов.

Отсутствие медицинских, научных знаний, просвещенности в области психического здоровья и болезней, с одной стороны, и доступность «антинаучной» информации из СМИ и других источников, с другой, — только усугубляют ситуацию.

Можно выделить два фактора, которые, по мнению А. Финзена, обуславливают эту непросвещенность в вопросах психического здоровья и болезней:

1) отсутствие непосредственного контакта с психически больным.

Финзен указывает, что приблизительно один из ста человек заболевает шизофренией. Это позволяет придти к выводу, что среди друзей и знакомых каждого из нас с большой вероятностью мог бы оказаться человек, больной шизофренией [Финзен, 2001]. Тем не менее, подавляющее большинство (если следовать «подсчетам» Финзена — больше, чем ? населения) знакомы с шизофренией преимущественно понаслышке, поскольку круг общения больных, как правило, узок и относительно немногие люди включены в непосредственное взаимодействие с больным.

2) наличие представлений у большинства членов общества о чуждости им психического заболевания. Речь идет о том, что тяжелые психические расстройства оцениваются обществом иначе, нежели соматические [Финзен, 2001]. «Тяжелые психические расстройства имеют совершенно иную общественную оценку, чем соматические заболевания. Больные шизофренией к нам отношения не имеют. В депрессивного больного мы еще, пожалуй, можем вчувствоваться. Но не в больного шизофренией!» [Финзен, 2001, с. 109].

При душевных болезнях изменяется личность человека, он как бы перестает быть самим собой. Кроме того, в обществе существует представление о неизлечимости душевных болезней. При этом однозначного эффективного способа профилактики душевных болезней нет. Это, усугубляясь статусом отверженного, порождает страх сумасшествия, и, следовательно, определяет способы определяет способы совладания с этим страхом: отгородиться от душевнобольных, признать, что они другие, совсем не такие, как я, — и, значит, доказать себе, что я не заболею.

Можно привести такой пример. Нам не раз в начале обучения студентов — клинических психологов приходилось сталкиваться с ситуацией, когда больной, вызвавший расположение студенческой группы, одновременно порождает непринятие студентами выставленного врачами диагно-

за. По тому, как студенты объясняют свою позицию, можно сделать вывод, что, с одной стороны, это вызвано сочувствием, с другой — ощущением «похожести» этого человека на здорового, т.е. такого как они. Принять идею о том, что не сильно отличающийся от меня человек может быть больным, а значит, и у меня есть вероятность заболеть, очень трудно.

Таким образом, наличие знаний и опыта контактов с больными людьми может влиять на отношение к ним, на степень и особенности стигматизации. Оба этих обстоятельства отличают людей, по роду своей профессиональной деятельности связанных с больными, в частности, клинических психологов. Исследования показывают, что психиатры воспринимают психически больных более верно, чем другие представители общества, но агрессивное неприятие присутствует у них в такой же степени, как и у неподготовленных людей [Серебрянская, 2005]. Однако не встречается данных о стигматизации психически больных со стороны психологов в исследованиях, посвященных изучению особенностей отношения к психически больным представителей разных профессий.

Нами было выдвинуто две гипотезы исследования:

1. Профессиональные знания по психиатрии связаны с более позитивным, менее стигматизирующим отношением к больным и к самой психиатрии.

2. Опыт взаимодействия с больными также связан с меньшей склонностью к стигматизации больных.

Выборка и методы исследования

В соответствии с выдвинутыми гипотезами, были обследованы группы с разным уровнем информированности о сфере психиатрии и разным опытом взаимодействия с больными людьми. Одну группу составили студенты выпускного курса, обучавшиеся по специальности «Клиническая психология», прослушавшие соответствующие лекционные курсы и прошедшие практику в психиатрической клинике. Вторую группу — студенты, обучавшиеся по специальности «Психология», прослушавшие курс психиатрии и проходившие практику в психиатрической клинике в меньшем объеме. Третью группу — выпускники, год назад закончившие вуз по специальности «Экономика и управление на предприятии». Всего было обследовано 128 человек.

Другим основанием для выделения групп разной информированности о сфере психиатрии стал опыт взаимодействия с психически больными людьми. Для выявления различных групп по этому параметру всем испытуемым было предложено ответить на следующие вопросы: «Есть ли среди Ваших близких люди с психическими заболеваниями?» и «Случалось ли Вам общаться с психически больными людьми?» (вто-

рой вопрос имел менее жесткую формулировку по сравнению с первым). Также в случае положительного ответа на один из указанных ранее вопросов испытуемым было предложено оценить опыт своего общения с психически больным: как «положительный», «отрицательный» либо «затрудняюсь ответить».

Демографические данные испытуемых, а также их распределение по группам в зависимости от наличия и оценки опыта общения с психически больными представлены в табл. 1.

Таблица 1

Демографические данные по всем испытуемым

Группа	Количество человек, чел.	Возраст, лет		Пол		Наличие близких с психической болезнью, чел. (%)	Наличие опыта общения с психически больными, чел. (%)	Оценка опыта		
		M	(SD)	м	ж			Положительный	Отрицательный	Затрудняюсь ответить
Психология	74	21,65	-1,026	8	66	6 (8,1 %)	60 (67,8 %)	29 (48,3 %)	4 (6,7 %)	27 (45,00 %)
Клиническая психология	35	21,43	-0,655	2	33	5 (14,3 %)	35 (100 %)	18 (51,4 %)	0 (0%)	17 (48,6%)
Экономика и управление	19	23,58	-0,838	6	13	2 (10,5 %)	7 (15,8 %)	2 (28,6 %)	2 (28,6 %)	3 (42,8 %)
Всего	128	21,88	-1,157	16	112	13 (10,2 %)	102 (68,8 %)	49 (48,0 %)	6 (5,9 %)	47 (46,1 %)

Условные обозначения: M (mean) — среднее;

SD — квадратичное отклонение;

N — количество человек.

Методы исследования

В исследовании были использованы следующие методики:

1. Анкета. Всем испытуемым предлагалось заполнить анкету, содержащую вопросы, направленные как на выяснение социодемографических характеристик, так и на наличие опыта общения с психически больными людьми. В анкете содержался вопрос о наличии именно профессионального опыта общения с психически больными.

2. Опросник «Социальные представления о психическом здоровье». был разработан сотрудниками НЦПЗ (Ястребов, Ениколопов, Серебряйская,

Михайлова, Степанова, Балабанова) специально для изучения представлений, возможно, оказывающих влияние на стигматизацию психически больных [Серебряйская, 2005]. На основании факторного анализа авторами были выделены 4 фактора: «Контроль и отвержение по отношению к больным», «Негативное отношение к психиатрии», «Агрессивное восприятие», «Небиологические представления о психическом заболевании». Отметим, что в последний фактор вошли вопросы, которые отражают представление о болезни как моральном изъяне или влиянии оккультных сил.

Результаты исследования

Обработка проводилась с помощью статистического пакета SPSS-11 (англоязычная версия).

Различия в представлениях о психическом здоровье у групп разных специальностей представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнение трех независимых выборок (специальности «Психология», «Клиническая психология» и «Экономика и управление») по четырем факторам опросника «Социальные представления о психическом здоровье» (критерий Манна-Уитни)

По всем факторам наименьшие значения — в группе клинических

Факторы	Сравниваемые группы		
	Психология M (SD) (N = 74)	Клиническая психология M (SD) (N = 35)	Экономика и управление M (SD) (N = 19)
Контроль и отвержение	0,38 (0,18) *	0,32 (0,17) b	0,49 (0,26) b *
Негативное отношение к психиатрии	0,16 (0,13)	0,11 (0,77) c	0,21 (0,14) c
Агрессивное восприятие	0,09 (0,12)	0,07 (0,07)	0,11 (0,14)
Небиологические представления о болезни	0,15 (0,13) a	0,11 (0,09) d	0,34 (0,17) a d

Условные обозначения: a — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,000 ($p < 0,01$); b — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,018 ($p < 0,05$); c — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,009 ($p < 0,01$); d — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,000 ($p < 0,01$); * — тенденция на уровне значимости 0,066.

психологов, наибольшие — в группе экономистов. Между группой клинических психологов и группой психологов по сравниваемым параметрам достоверных различий нет. Между группами психологов и экономистов наблюдается тенденция к различиям по фактору «Контроль и

отвержение», а также статистически подтверждаются различия в небиелогических представлениях о заболевании. Между группами «клиническая психология» и «экономика и управление» выявлены значимые различия по всем факторам, кроме «агрессивного восприятия».

В табл. 3 представлены данные об отношении к психически больным людям у испытуемых с разным опытом общения с ними. Следует оговориться, что испытуемых, оценивших опыт своего общения с психически больными как «отрицательный», оказалось мало (6 человек). Это, безусловно, резко снижает статистическую достоверность результатов по этой группе. Однако группу отрицательного опыта решено было оставить для отслеживания общей тенденции по рассматриваемым факторам. К сожалению, число испытуемых недостаточно и для того, чтобы разделить группы и по опыту общения, и по специальности.

Таблица 3

Сравнение четырех независимых выборок (с положительным, отрицательным опытом и отсутствием опыта общения с психически больными людьми, а также с группой затрудняющихся оценить свой опыт общения) по четырем факторам опросника «Социальные представления о психическом здоровье» (критерий Манна-Уитни)

Условные обозначения: а — Статистически значимые различия на уровне значи-

Факторы	Сравниваемые группы			
	Отсутствие опыта М (SD) (N = 26)	Положительный опыт М (SD) (N = 49)	Отрицательный опыт М (SD) (N = 6)	«Затрудняюсь ответить» М (SD) (N = 47)
Контроль и отвержение	0,47 (0,22) а	0,32 (0,18) а g	0,53 (0,15) g j	0,38 (0,18) j
Негативное отношение к психиатрии	0,19 (0,15)	0,15 (0,12)	0,14 (0,07)	0,15 (0,12)
Агрессивное восприятие	0,12 (0,16) b d	0,04 (0,05) b h i	0,20 (0,06) d h k	0,10 (0,11) i k
Небиологические представления о болезни	0,27 (0,17) c e f	0,15 (0,12) c	0,10 (0,09) e	0,15 (0,13) f

мости 0,006 ($p < 0,01$); b — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,037 ($p < 0,05$); c — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,002 ($p < 0,01$); d — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,046 ($p < 0,05$); e — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,025 ($p < 0,05$); f — Статистически значимые различия на уровне значи-

мости 0,002 ($p < 0,01$); g — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,012 ($p < 0,05$); h — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,000 ($p < 0,01$); i — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,012 ($p < 0,05$); j — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,036 ($p < 0,05$); k — Статистически значимые различия на уровне значимости 0,006 ($p < 0,01$).

Как видно из табл. 3, у людей с положительным опытом общения по всем факторам кроме небиологических представлений о болезни, показатели меньше, чем в других группах. С отрицательным опытом — больше по всем факторам, но они имеют чуть меньше небиологических представлений о болезни. Интересно, что при сравнении групп именно по знаку личного опыта общения (а не при сравнении по специальности) выявляются значимые различия в агрессивности восприятия психически больных, которых не было выявлено в предыдущем разделе.

Обсуждение результатов

Полученные данные позволяют предположить, что различия в представлениях о болезни и в стремлении ограничивать права психически больных, а также удерживаемая дистанция по отношению к психически больным обусловлены наличием научных знаний, образованностью. Люди, профессионально далекие от психиатрии, черпающие свои представления о ней из ненаучных источников, отличаются большим стремлением отвергать и контролировать больных, они хуже относятся к психиатрии. Самые большие различия — по фактору небиологических (в данном случае фактически — это синоним ненаучных) представлений о психиатрии. Это косвенно свидетельствует о том, что непрофессионалы черпают информацию из ненаучных источников — СМИ, бытовых разговоров, художественных произведений разного уровня — т.е. тех источников информации, которые выделяются другими авторами как важные факторы стигматизации [Финзен, 2001; Серебряйская, 2005; Гурович и др, 2007; Ястребов и др., 2008], демонизирующие облик больных.

Стремление людей, не имеющих научных знаний по психиатрии, ограничивать больных в правах и отвергать их, вероятно, связано с тем, что представление о больном включает в себя, в первую очередь, неадекватное поведение человека с острой параноидной симптоматикой [Серебряйская, 2005]. Как подтверждают другие исследователи, опасность и непредсказуемость психически больных являются самыми распространенными предубеждениями против них [Hayward, Bright, 1997; Серебряйская, 2005]. Представление о таком поведении больных вызывает страх и, как следствие, желание и психологически, и физически дистанцироваться от больного и контролировать его поведение.

Худшее отношение к психиатрии и психиатрам у людей, не имеющих профессиональных знаний в этой области, свидетельствует о том, какой образ психиатрии господствует в общественном сознании. Помимо информации, транслируемой СМИ, такой образ может складываться и из страха перед психиатром как человеком, который может влиять на психику и личность другого.

Между группами студентов разных специальностей не было выявлено статистически значимых различий по фактору агрессивного восприятия психически больных. Это может говорить о том, что агрессивное восприятие связано с другими факторами, нежели со знанием психиатрии, и тем самым задает новое направление для дальнейших исследований. Аналогичные результаты получены Л.Я. Серебрянской в отношении психиатров: были выявлены статистически значимые различия между группой психиатров и группой, не получившей подготовки по психиатрии, по всем факторам кроме агрессивного восприятия [Серебрянская, 2005].

В результате изучения связи наличия опыта общения с психически больными людьми и отношения к ним были получены следующие данные. По двум факторам из четырех люди, имевшие положительный опыт общения, меньше стигматизируют больных (хотя достоверные различия выявлены не во всех случаях, можно говорить о тенденциях). Они менее агрессивно настроены и не склонны излишне контролировать и изолировать людей с психическими заболеваниями. У людей с отрицательным опытом — самые высокие показатели по этим шкалам.

Очень важным представляется сравнение группы, не имевшей опыта общения с больными и группы людей, которые затрудняются ответить, был ли этот опыт положительным или отрицательным. Хотя они не могут назвать положительным свой опыт общения, тем не менее, они меньше склонны отвергать и контролировать больных. То есть, факт знакомства, если только оно не было очевидно отрицательным, улучшает отношение к больным. Можно предполагать, что факт знакомства, столкновение с конкретным человеком, развеивает мифы, демонизирующие фигуру душевнобольного человека.

Различия по фактору «Небиологические представления о психиатрии», скорее всего, связаны с тем, что в эту группу вошло больше всего экономистов, т.е. людей, не имеющих научных знаний в области психиатрии.

Таким образом, полученные результаты в определенной степени подтвердили наши предположения. Наличие научных, профессиональных знаний в области психиатрии уменьшает готовность отвергать и контролировать душевнобольных и способствует принятию самой пси-

хиатрии и психиатров. Закономерно, что наличие научных знаний противостоит ненаучным представлениям о моральной или оккультной природе психических болезней. Не выявлено существенной разницы по фактору агрессивного восприятия больных, но в целом, во всех обследованных группах эти показатели не очень велики. Факт знакомства, личного общения также уменьшает склонность к отвержению больных.

ЛИТЕРАТУРА

- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии (второе издание). М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. 492 с.
- Дмитриева Т.Б.* Альянс права и милосердия: О проблеме защиты прав человека в психиатрии. М.: Наука, 2001. 156 с.
- Серебрянская Л.Я.* Психологические факторы стигматизации психически больных: дисс. ... канд. психол. наук. М.: 2005.
- Финзен А.* Психоз и стигма: преодоление стигмы. Отношение к предубеждениям и обвинениям / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. М.: Алтея, 2001. 216 с.
- Ястребов В.С., Балабанова В.В., Серебрянская Л.Я., Михайлов И.И., Степанова А.Ф.* Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы. М.: НЦПЗ РАМН, 2004. 28 с.
- Ястребов В.С., Михайлова И.И., Судаков С.А.* Стигма в психиатрии: скрытая угроза. Под ред. Ястребова В.С. 2-е изд. Перераб. М.: МАКС Пресс, 2008. 46 с.
- Hayward P., Bright J.A.* Stigma and mental illness: A review and critique // *Journal of Mental Health*, 1997. № 6. P. 345—354.

THE PROFESSIONAL IDEAS' INFLUENCE ON THE PERCEPTION OF THE IMAGE OF A MENTALLY ILL PERSON

A.A. DOLNYKOVA, L. YU. DEMIDOVA

People with different level of psychiatric knowledge have different attitudes towards mental ill people. We compared three groups of people: clinical psychologists, psychologists (both groups — students just before graduation), economists. Both clinical psychologists and psychologists (as people who have scientific knowledge about psychiatry) are less stigmatizing mentally sick people than economists, who mostly haven't scientific knowledge in this area. People who met mental patient also stigmatize this kind of people less than people who never contacted with psychiatric patients.

Keywords: stigmatization, mental ill patient, mental ill patient's image, psychology students, communication with mental ill patients.

- Gurovich I.Ja., Shmukler A.B., Storozhakova Ja.A.* Psihosocial'naja terapija i psihosocial'naja rehabilitacija v psihiatrii (vtoroe izdanie). M.: ID "Medpraktika-M", 2007. 492 p.
- Dmitrieva T.B. Al'jans prava i miloserdija: O probleme zashhity prav cheloveka v psihiatrii. M.: Nauka, 2001. 156 p.
- Serebrijskaja L.Ja.* Psihologicheskie faktory stigmatizacii psihicheski bol'nyh. Dissertacija na soiskanie uchen. step. kand. psihol. nauk. M.: 2005.
- Finzen A.* Psihoz i stigma: preodolenie stigmy Otnoshenie k predubezhdenijam i obvinenijam. Per. s nem. I.Ja. Sapozhnikovoj. M.: Alteja, 2001. 216 p.
- Jastrebov V.S., Balabanova V.V., Serebrijskaja L.Ja., Mihajlov I.I., Stepanova A.F.* Voprosy psihicheskogo zdorov'ja v materialah rossijskoj pressy. M.: NCPZ RAMN, 2004. 28 p.
- Jastrebov V.S., Mihajlova I.I., Sudakov S.A.* Stigma v psihiatrii: skrytaja ugroza. Pod red. Jastrebova V.S. 2-e izd. Pererab. M.: MAKS Press, 2008. 46 p.
- Hayward P., Bright J.A.* Stigma and mental illness: A rewiew and critique. Journal of Mental Health, 1997. № 6. Pp. 345—354.