

СТИГМАТИЗАЦИЯ И АВТОСТИГМАТИЗАЦИЯ, КАТО ЕЛЕМЕНТИ ОТ ПСИХОСОЦИАЛНАТА АДАПТАЦИЯ НА ПОТРЕБИТЕЛИТЕ НА ПСИХИЧНО ЗДРАВНИ УСЛУГИ

Теменужка Матева Дечкова-Новакова

Център за психично здраве – Русе

Summary: The problem of psychosocial adaptation is current, directly related to the quality of life of people suffering from mental disabilities. In this context, to explore adaptive mechanisms and creating an effective model has a socially positive effect on patients, their relatives and the social community in which they could be built.

Проблемът за психосоциалната адаптация е актуален, свързан пряко с качеството на живот на страдащите от психични увреждания. В този контекст изследването на адаптивните механизми и създаването на ефективен модел има социално положителен ефект за пациентите, техните близки и социума, в който те биха могли да се вградят

Обект на изследването е моделът, разработен и прилаган в ЦПЗ – Русе като програма от психо-социалната рехабилитация при лица с психични увреждания.

Предмет на изследването са потребители на психосоциална рехабилитация включени в програмите за адаптацията и социалната интеграция на лицата с психични увреждания в модела на ЦПЗ – Русе.

Задачи на изследването

1. Да се направи обстоен преглед на развитието на психиатричната помощ при лица с психични увреждания в световния и българския опит в контекста на промяна на качеството на живот.

2. Да се проучи състоянието на психо-социалната рехабилитация у нас – история, нормативна рамка, актуално състояние.

3. Да се представят дейностите в модела, разработен и прилаган в ЦПЗ – Русе.

4. Да се разработят инструменти за оценка на клиничното състояние и на социалното функциониране на лицата с психични увреждания, участващи в рехабилитационната програма на ЦПЗ – Русе.

Критерии за наблюдение

А) клинични

– оценка на клиничното състояние по няколко скали, съответни на заболяването;

- контрол на медикаментозната терапия;
- брой хоспитализации на човек и годишно;
- срок (време) на диагностициране и начало на лечението.

Б) социални

- подкрепяща социална среда;
- „стигма“ и „автостигма“ по мнение на болния и близките му;
- функциониране и социалната среда.

Обхват на изследване

Експериментална група от 300 пациенти от ЦПЗ – Русе.

– такива с дългогодишно хронично протичане на психичното заболяване, с личностова промяна и когнитивен дефицит без да могат да осъществяват трудова дейност;

– пациенти с умерено изразен когнитивен дефицит, с частично запазен ресурс за осъществяване на трудова дейност, които работят в така наречената „защитена среда“;

– сравнително млади пациенти с кратковременна анамнеза за психично заболяване, със запазен когнитивен ресурс, които могат да осъществяват дейност на преходни и конкурентни работни места в общността.

Методи

- Идеографичен методи;
- Номотетичен метод;
- Тестово изследване;
- Статистически процедури;

Критерии за включване в изследването

- да са на възраст от 18 до 70 години;
- да са с уточнена психиатрична диагноза;
- да не са в спешно психично състояние по смисъла на действащата нормативна уредба в Р България;
- да не са поставени под запрещение;
- рискът от агресивно и/или автоагресивно поведение да е нисък при включване;
- да са с дългогодишно хронично протичане на психичното заболяване, с личностова промяна и когнитивен дефицит без да могат да осъществяват трудова дейност;
- да са с умерено изразен когнитивен дефицит, с частично запазен ресурс за осъществяване на трудова дейност, които работят в така наречената „защитена среда“;
- сравнително млади пациенти с кратковременна анамнеза за психично заболяване, със запазен когнитивен ресурс, които могат да осъществяват дейност на преходни и конкурентни работни места в общността;

– деклариране на писмено информирано съгласие за участие в програмата, получено от пациента, когато е на доброволно лечение.

Критерии за изключване от изследването

- възраст под 18 години и над 80 години;
- без уточнена психиатрична диагноза;
- поставени под запрещение лица.

Етапи на изследването

Първи етап

В този етап, ще се разработят два инструмента за оценка на качеството на живот и ежедневно функциониране, както и въпросник за оценка на стигматизация и автостигматизация.

За целта ще се изследват 300 потребители на програмите за социална рехабилитация и адаптация, които са включени в дейностите извършвани в ЦПЗ – Русе, както и техните близки и медицински специалисти, които работят с тях.

За целта, ще се бъдат направени поредица от психометрични анализа свързани с надеждността на разработваните инструменти.

Втори етап

Този етап включва статистическа обработка на получените данни, анализи на данните от статистическата обработка, изводи и препоръки за изследването.

Статистически методи

Дескриптивна статистика

Описание на изследваните параметри включени в изследването като демографски параметри - пол, възраст и т.н. както и параметри на общата оценка на състоянието.

Статистическата значимост на изследваните резултати (ефекти) се вижда по стойността на оцененото ниво на значимост p . Стойността на p . се

интерпретира като вероятността за грешка при отхвърляне хипотезата за нулев ефект (грешка от първи род). Колкото е по-малко p толкова е по-сигурно отхвърлянето на нулевата хипотеза и съответно приемане на предположението, че наблюдаваният ефект е статистически значим. Нулевите хипотези се отхвърлят обикновено при $p < 0.05$ (<5%). При стойности близки до праговата се казва, че ефектът е маргинално значим.

Линейният коефициент на корелация показва посоката и силата на линейната статистическа асоциация между променливите, за които е пресметнат.

Вътрешната консистентност оценява резултатите на отделните пунктове в рамките на един тест.

Алфа на Cronbach

Този показател отразява вътрешната консистентност между пунктовете/въпросите в даден инструмент. Колкото е по-близък до 1, толкова консистентността (т.е. вътрешната надеждност) е по-висока.

Split-half reliability

Ще бъде използван този вид анализ на надеждността, като се раздели въпросника на две и се направи корелационен анализ.

Описание на извадката

Извадката е съставена от 300 потребители на психосоциална рехабилитация, като техните характеристики.

Психологически анализ на данните от статистическата обработка

Данните от изследването показват няколко важни аспекта – стигмата и автостигмата са конструи, които се създават у потребителите, само при едно условие, че те са критични към състоянието си. Критичността се свързва с няколко параметъра а именно адекватното възприемане на реалността, липсата на патопсихологични нарушения на мисленето, както и запазен когнитивен капацитет. Връзката между параметъра стигма,

автостигма и психосоциална рехабилитация. Стигмата е явление, свързано със срам и деградация и обезценяване на човека, като такъв човек, преживява социално дистанциране, страх, отхвърляне и лошо отношение от другите в обществото. Стигмата пречи на хората да имат жилище, трудова заетост, социализация и брак. Доказано е, че хората с МИ получават по-малко медицински услуги от тези, които нямат такъв етикет Druss (1998). Стигмата също засяга тези, които са тясно свързани с психично болния човек, т.е. членове на семейството, приятели, доставчици на услуги и други. Това явление трябва да се разбира както в личен, така и в социален контекст. В контекста на психосоциалната рехабилитация извършвана в ЦПЗ – Русе, това е един от важните компоненти, които могат да се използват за оценка на прогреса в психосоциалната рехабилитация и адаптация, както и маркер за влошаване на състоянието и появата на дезадаптивни емоционални преживявания като депресивност, тревожност и проява на патопсихологични нарушения и проекция на преживявания върху другите, които да дезадаптират индивида.

Данните от изследването показват влияние два фактора – брой хоспитализации, както и фамилна обремененост с психично заболяване.

Анализирайки получените данни, те могат да се интерпретират в няколко аспекта, хоспитализациите се свързват с влошаване и следователно вероятен дефект от състоянието, като това води до трудна адаптация, следователно това е рисков фактор за неуспешна адаптация и интеграция. Броят хоспитализации по медицински причини или поради необходимост от документ за ТЕЛК води до стигматизация и стабилизиране на ролята на болен, потребителя може да изведе и стабилизира вторична полза от болестта, като това води до съпротиви към всякакъв тип интервенции.

Ролята на фамилната обремененост от една страна е свързана с наблюдаваните от потребителите или чувани прояви на болестта, страх от подобно поведение, както и самоизолация и риск от маргинализация. Фамилната обремененост явно е рисков фактор и тема за работа в програмите за психосоциална адаптация и рехабилитация. Наличието на трансгенерационен проблем или травма влошават придържането към препоръките на лекарите, както и влошават самовъзприемането на потребителя спрямо проблема. Подобен род явления изискват изследване от страна на специалистите и включване на тази тематика в психосоциалните програми.

Изследването на факторите пол, образование, местоживееене, етническа принадлежност, трудова заетост в контекста на стигматизация и автостигматизация, показва, че психичната болест, води до един Азов дефицит, при които се наблюдават размиване на границите на индивида, размиване на половите стереотипи, като в състоянието си, макар да се запазват определени етнокултурални специфики в проявата на психопатологичните феномени, те не са съществени. За него настъпва дезинтеграция и отказ от принадлежност към семейство, общност, трудова среда. Тези фактори са свързани и с възможността при една добра адаптация, да са маркери за промяна, но това предположение изисква специализирани изследвания, които могат да покажат ефективността на модела и в други психично-здравни заведения.

Наблюдава се значимо различие по изследвания параметър, дискриминантния анализ показва, че колкото по-високо е нивото на образование, толкова повече потребителя е склонен да се самодискриминира и да се има самовъзприятие, че е дискриминиран. Нашето изследване потвърждава факта, че образованието е добър протективен фактор, но има няколко условности. Образованието води до разбиране и респективно за

повишена критичност към проблема, но от друга страна то е фактор водещ до склонност към минимизиране на проблема, което се свързва с по-лоша перспектива за психосоциална адаптация и интеграция.

Наблюдава се значимо различие по изследвания параметър, дискриминантния анализ показва, че потребителите от турска етническа група ($M=119.24$), следвани от представителите на българската етническа група ($M=116.70$), са най-склонни към самодискриминация и дискриминация, като най-ниски нива по изследвания параметър имат представителите на ромската етническа група ($M=107.63$). Въпреки високите резултати по параметър Други, липсват данни за тяхната етническа принадлежност. Получените данни потвърждават данните от качествено клинично-психологичните наблюдения, етнокултуралните особености на протичане на психичната болест, явно оказват и влияние върху стигмата и автостигмата. В контекста на ресоциализацията е важно да се вземе под внимание тази особености, по принцип представителите на турската етническа общност са склонни да се самодискриминират дори и в рамките на нормата, а при психичната болест тази тенденция е особено актуална. Въпреки, че те имат добро разбиране за психичната болест, нагласата изграждана в тях оказва влияние. По отношение на българите получения резултат не е очакван, тези данни показват, че психичната болест води до негативни нагласи, които се запазват и обострят в контекста на изхода от болестта и могат да попречат на ресоциализацията. По отношение на ромската етническа група, тук може да се направят няколко хипотези поради смесването на двете групи, някои се определят като турци, други като българи и това води до размиване на нагласата. Този факт може да се свърже и с по-ниското образователно ниво. Въпреки тези данни е добре да се развие в самостоятелно изследване ролята на етническата група, религиозната

принадлежност, самоопределението и връзката с различните психични болести.

При направения статистически анализ се наблюдава негативна корелация между срещите с приятели склонността към стигматизация и самостигматизация ($r=-0.138$; $p=0.017$). Данните показват, че референтната среда, е благоприятен фактор в психосоциалната адаптация, това може да се дължи на факта, че наличието на по-широка социална мрежа т.е. референтна среда. Това показва, че референтната среда е фактор в по-добрата адаптация и интеграция и може да се приеме, че е протективен и прогностичен фактор. Протектира от релапс, прогнозира по-добра адаптация. Предвид получените данни, е добре да се проследи тази тенденция, като се извърши измерване при включване и при напускане на програмите за ресоциализация интеграция в контекста на психосоциалната адаптация.

При направения статистически анализ се наблюдава негативна корелация между общ брой хоспитализации и склонността към стигматизация и самостигматизация ($r=-0.229$; $p=0.000$), хоспитализации през последните години и склонността към стигматизация и самостигматизация ($r=-0.165$; $p=0.004$). Този параметър е свързан с връзката между хоспитализация и ресоциализация, тази връзка е свързана с наличието на връзката релапс – хоспитализация – психосоциална адаптация. Този фактор може да се използва за първоначална оценка, както и за оценка на евентуалната позитивна промяна в потребителите. От гледна точка на психологическото прогнозиране, би било добре да се изследван по-добре връзката между факторите хоспитализации и причините за тях, както и ефективността на психосоциалната рехабилитация.

Данните от анализа показва връзка между функционирането и стигмата, като тази връзка е отрицателна ($r=-0,146$; $p=0,011$), т.е. колкото по-лошо е функционирането толкова по-висока е стигмата и

автостигматизацията. Този резултат може да се разгледа в контекста на два компонента самостигматизация като индивидуално психологичен и стигма като социално-психологичен. Тук се наблюдава пренасяне на вътрешни конструкции към другите хора и обкръжението. Данните потвърждават, че нагласата към самостигматизация и изкривеното възприемане на стигма от страна на другите води до проблеми в стратегиите за справяне в трудни житейски ситуации. Тази връзка би било добре да се изследван в контекста на психосоциалната адаптация.

Изводи

Данните от изследването показват, че липсва интегративен модел свързан с психосоциалната адаптация, като това е многопластов процес изискващ съобразяване на множество фактори.

Нужна е оценка при включване в програмите, като тази оценка е добре да включва множество компоненти, като изследване на когницията, мисленето – наличие на патопсихологични нарушения, интелектуален дефицит, както и оценка на емоционално и поведенческо ниво.

Необходима е внимателна оценка на критериите за включване, като не всеки потребител е подходящ за включване във всяка програма.

Необходимо е да се изведат специфични характеристики, които да се свързват с евентуалните рискове при включване в програмите.

Данните показват, че психосоциалната адаптация е добре да се базира на психосоциалния модел, свързан с нивата на функциониране като индивидуално, социално, професионално и биологично ниво.

Изследването показва, че в момента на практика липсва модел на психосоциална адаптация и рехабилитация, които да е апробиран в България.

Изследването показва, че нивото на психосоциална рехабилитация и адаптация, не е еднакво разпределено във всички психосоциални институции като университетски клиники, психиатрични болници, центрове за психично здраве.

Изследвания модел в ЦПЗ – Русе на практика дава основание да се използва като модел образец за разработване и интегриране на психично здравни услуги в общността.

Изследването показва, че стигмата е фактор, който оказва влияние върху цялостното функциониране на потребителя, като стигмата и автостигмата са важни елементи от психосоциалната адаптация.

Идентифицирани са рискови фактори свързани с наличието множество хипостализации, фамилна обремененост, като тези рискови фактори могат да бъдат индикатори за дългосрочната адаптация на потребителите.

Данните от изследването показват, че потребителите развиват дефицит свързан със самовъзприемането – автостигма, дефицит по отношение на приписването – атрибуция на свои нагласи на другите, като това са важни опорни точки за психологична работа.

Изследването потвърждава, че предложените в експерименталното изследване методики могат да бъдат използвани като индикатори за ефективност на програмите за психосоциална рехабилитация.

Изследването предлага подход в психосоциалната рехабилитация и адаптация базиран на подкрепа от емпирични изследвания, което е в пряка връзка със съвременните подходи на измерване на успешността като когнитивно-поведенческите модели на консултиране и терапия.

Заклучение

В предложената научна разработка, разгледахме психосоциалната адаптация, както и важните елементи от нея свързани с стигмата, автостигмата, дезадаптацията. Като представихме ставнителен анализ, корелационен анализ и бяха изведени важни за бъдещите изследвания фактори.

Извършени бяха анализи на връзките между изследваните конструкти и специфични психопатологични феномени като фамилна обремененост, критичност. Анализирани бяха и отношението между средата и в частност семейството на пациента и влиянието им върху стигмата и автостигмата.

Обобщените интерпретации от проведено изследване дават няколко важни аспекта на психосоциалната адаптация при психичната болест.

Това потвърждава думите на двама от големите специалисти в психичното здраве в България „Връзката между психофармакологичното и психотерапевтичното направление в психотерапията е показана нагледно в сравнението на болния със заседнал в плитчините кораб – медикамента го изтегля от нея, а психотерапията му дава правилния курс и бди за опазването му”. (Ив. Темков, К. Киров, 1975).

Психотерапевтичното въздействие може да „неутрализира” и в голяма степен да възстанови формираните от психотичните преживявания. Да повлияе на високо ниво на дисфункционални вярвания, така че да се постига един по-добър баланс и позитивно възприемане, оценяване на реалността и собствената личност. Психотерапевтичното въздействие може да променя доминиращия при потребителите стигматизация и автостигматизация, което ги поставя в социална изолация и дезинтеграция.

Приложение на представеното изследване намираме и при изготвянето на проекти и програми свързани психичната болест. В този контекст нашата работа предлага информация свързана с диагностициране

на неефективните модели и нагласи при потребителите. Тези програми трябва да са напочени към специфични целеви групи. Изграждането на специализирани програми и центрове би довела до промени, както в качеството на живот, така и във промяна в възприемането на тази група. Без да претендира за изчерпатеност по въпроса, настоящата разработка, повдига и важни въпроси въпроса. Тези въпроси за бъдеща научна работа биха дали цялостен поглед върху проблема. Биха насочили насочили специалистите към разработването на специфичните терапевтични интервенции.

Библиография

1. Алексиев, А, Алексиев, С, Алексиев, Ц. Интегративна рехабилитация и ресоциализация при хората с ментални увреждания. Неврология и психиатрия. 2010; 41(2): 22-38.
2. Ангелова-Барбалова, Н., С., Крушкова. Психопатология и диагностика в психиатрията и клиничната психология. Русе, Хелт Консулт Русе ЕООД, 2013. 5-12
3. Дмитриева, Т.Б. Альянс права и милосердия: о проблеме защиты прав человека в психиатрии. Наука:Москва; 2001. 342.
4. Драганова, Д. Роля на медицинската сестра в екипа за психосоциална рехабилитация. Научни трудове на Русенския университет. 2013; 52(8.3): 96-99.
5. Драганова, Д. Роля на медицинската сестра в екипа за комплексна рехабилитация на психично болни. Дисертационен труд:Медицински университет-Варна; 2015.
6. Драганова, Д. Значение на участието на медицинската сестра в психосоциалната рехабилитация в услуги в общността за повишаване качеството на живот на психично болни. Здравни грижи. 2014; 1.

7. Драганова, Д, Ангелова-Барболова, Н. Развитие на сестринските грижи в психиатрията. Известия на Съюз на учените, Варна. 2/2013; XVIII: 71-76.
8. Драганова, Д. Необходимост от социална подкрепа и здравни грижи за хората с увреждания в България. Научни трудове на Русенския университет. 2014; 53(8.3):59-63.
9. Закон за здравето. Държавен вестник (официално издание на Народното събрание), бр. 70/10.08.2004, в сила от 01.01.2005/посл. изм. ДВ, бр.24 от 22 март 2019.
10. Закон за лечебните заведения. Държавен вестник (официално издание на Народното събрание), бр.62 от 9 юли 1999/посл. изм. и доп. ДВ, бр. 24 от 22 март 2019.
11. Закон за социалните услуги. Държавен вестник (официално издание на Народното събрание), бр.24 от 22 март 2019.
12. Закон за социално подпомагане. Държавен вестник (официално издание на Народното събрание), обн. ДВ, бр. 56 от 19 май 1998/посл.изм. и доп. ДВ, бр. 24 от 22 март 2019.
13. Закон за хората с увреждания. Държавен вестник (официално издание на Народното събрание), обн. ДВ, бр. 105 от 18 декември 2018/посл. изм. и доп. ДВ, бр. 24 от 22 март 2019.
14. Иванов, В. Психични заболявания. Журнал „Психеа“, Психиатрична медицина. 2009. Available from: www.jurnalpsihea.com.
15. Кънев, К. Правото на лична свобода и сигурност. Увод в правата на човека. Сиби:София. 2016.
16. Лиманкин, О. В. Комплексная психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара. Всерос. научно-практ. конф. с межд. участием „Междисциплинарный подход в понимании и лечении

- психических расстройств: миф или реальность?“ Тезисы, Часть 2. СПб: 2014; 487-488.
17. Минакова, Ю. С. Симптомы-мишени для психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией, признанных судом недееспособными. Вестник РГМУ. 2014; (2): 244-245.8.
 18. Минев, Т. Теоретически и методически основи на социалната работа. Фабер:В. Търново. 2012.
 19. Стандарти и контрол на социалните услуги в Европа. Сравнително-правен анализ. Отворено общество:София. 2004.
 20. Стоянова, В, Генчев, Г. Оценка по диагностични и социо-демографски характеристики на амбулаторната дейност към психиатричната клиника на УМБАЛ „Александровска“ за двугодишен период. Медицински преглед: неврология и психиатрия. 2010;41(2):3-21.
 21. Ястребов, В. С., Солохина, Т. А. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи. Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова: Москва. 2003.