

Cochrane. *Database Syst. Rev.* 2014; (1): CD003987. DOI: 10.1002/14651858.CD003987.pub5.

5. Дикке Г.Б. Профилактика повторной нежелательной беременности, выбор метода контрацепции. *Акушерство и гинекология.* 2014; (4): 81–87. [Dikke G.B. Prevention of repeat unwanted pregnancy, choice of a contraceptive method. *Akusherstvo i ginekologiya.* 2014; (4): 81–87. (In Russ.)]

6. Ерофеева Л.В. Профилактика незапланированной беременности у молодёжи. *Акушерство и гинекология.* 2014; (5): 68–73. [Erofeeva L.V. Prevention of unplanned pregnancy in young people. *Akusherstvo i ginekologiya.* 2014; (5): 68–73.]

7. Moreau C., Trussell J., Desfreres J., Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception.* 2010; 82 (4): 337–344. DOI: 10.1016/j.contraception.2010.03.011.

8. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems.* 2nd ed. Geneva: World Health Organization. 2012. <http://www.biomedsearch.com/article/Safe-abortion-technical-policy-guidance/296571552.html> (access date: 02.07.2017).

9. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В. Контрацепция в современной России: применение и информированность (популяционное исследование). *Акушерство и гине-*

кология. 2016; (2): 108–113. [Dikke G.B., Erofeeva L.V. Contraception in Russia today: use and awareness (population study). *Akusherstvo i ginekologiya.* 2016; (2): 108–113. (In Russ.)] DOI: 10.18565/aig.2016.2.108-113.

10. Тихомиров А.Л., Манухин И.Б., Геворкян М.А. и др. Новый подход к выбору гормональной контрацепции через систематизацию существующих препаратов. *Акушерство и гинекология.* 2017; (2): 113–118. [Tikhomirov A.A., Manukhin I.B., Gevorkyan M.A. et al. New approach to the selection of hormonal contraception via a compilation of existing drugs. *Akusherstvo i ginekologiya.* 2017; (2): 113–118. (In Russ.)] DOI: 10.18565/aig.2017.2.113-8.

11. Schindler A.E. Non-contraceptive benefits of oral hormonal contraceptives. *Int. J. Endocrinol. Metab.* 2013; 11 (1): 41–47. DOI: 10.5812/ijem.4158.

12. WHO. *Medical eligibility criteria for contraceptive use.* 5th ed. 2015. 267 p.

13. Hunter M.S. The Women's Health Questionnaire (WHO): development standartization and application of a measure of women's erpotional physical health. *Quality of Life Res.* 2000; 9: 733–738. DOI: 10.1023/A:1008973822876.

14. Гланц С. *Медико-биологическая статистика.* М.: Практика. 1999; 459 с. [Glants S. *Mediko-biologicheskaya statistika.* (Medical and biological statistics.) Moscow: Praktika. 1999; 459 p. (In Russ.)]

УДК 616.89

© 2018 Расулов А.Р.

Исследование факторов, влияющих на отношение к пациентам с психическими расстройствами в Азербайджане

Агахасан Расул оглы Расулов*

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, г. Баку, Азербайджан

Реферат

DOI: 10.17816/KMJ2018-131

Цель. Определить факторы, формирующие отношение к пациентам, имеющим тяжёлые психические расстройства, а также установить корреляцию между этими факторами и социально-демографическими переменными.

Методы. Кросс-секционное исследование проведено среди 1000 респондентов в пяти регионах страны. Анкета включала девять утверждений, предназначенных для определения различных аспектов, касающихся отношения общества к людям с психическими расстройствами. Интервью проводили специально обученные волонтеры, приживающиеся в столице и регионах страны. Всем интервьюерам были даны инструкции о цели исследования и порядке проведения опроса, было роздано 1100 распечатанных анкет. В итоге было собрано 996 заполненных анкет, отклик на опрос составил 90,5%, то есть количество участников исследования соответствовало запланированному размеру выборки.

Результаты. В ходе исследования установлена трёхфакторная структура отношения к людям с психическими заболеваниями. Пожилой возраст и личное знакомство с пациентом было связано с более низкими оценками социальной дистанции, в то время как женский пол был связан с большим уровнем восприятия социальной угрозы. Толерантное отношение положительно коррелирует с семейным положением и знакомством с пациентами, отрицательно — с наличием психического заболевания в семье. Результаты многомерной линейной регрессии позволяют предположить, что социальное дистанцирование не зависит от пола, образования, семейного положения и места жительства респондентов. Однако люди более старшего возраста в большей степени склонны признавать тот факт, что лица с психическими расстройствами могут адаптироваться в обществе и выполнять социальные функции. Кроме того, личный опыт знакомства с больными ассоциируется с меньшим уровнем социального дистанцирования.

Вывод. Трёхфакторная структура позволяет лучше понять различные аспекты стигматизации пациентов с психическими расстройствами.

Ключевые слова: психические заболевания, стигматизация, пожилой возраст, дистанцирование, толерантность.

Адрес для переписки: nauchnayastatya@yandex.ru

Поступила 07.11.2017; принята в печать 20.11.2017.

Study of factors affecting attitude towards people with mental illness in Azerbaijan

A.R. Rasulov

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev, Baku, Azerbaijan

Aim. To determine the factors that form attitude towards persons with severe mental disorders, as well as to establish a correlation between these factors and socio-demographic variables.

Methods. Cross-sectional study was conducted among 1000 respondents in five regions of the country. The questionnaire included nine statements designed to identify different aspects concerning the relation of society towards people with mental disorders. The interviews were conducted by specially trained volunteers living in the capital and regions of the country. All interviewers were instructed about the objectives of the study and procedure of the survey and 1100 printed questionnaires were distributed. As a result, 996 completed questionnaires were collected, thus the response to the survey comprised 90.5%, i.e. the number of study participants was consistent with the planned sample size.

Results. The study established three-factor structure of attitude towards people with mental disorders. Older age and personal acquaintance with a patient was associated with lower degree of social distance, while female gender was associated with greater degree of social threat perception. The tolerant attitude positively correlated with marital status and familiarity with patients, and negatively with the presence of mental illness in the family. The results of the multivariate linear regression suggest that social distancing does not depend on gender, education, marital status and place of residence of the respondents. However, older persons are more likely to recognize the fact that persons with mental disorders are unable to adapt to society and to fulfill social functions. In addition, personal experience of dealing with patients is associated with lower level of social distancing.

Conclusion. The three-factor structure allows better understanding of various aspects of stigmatization of persons with mental disorders.

Keywords: mental illness, stigmatization, older age, distancing, tolerance.

Термин «стигма» в психиатрии был впервые введён Goffman в 1963 г., чтобы обозначить навешиваемые обществом ярлыки, которые «низводят индивида от уровня обычного и полноценного человека до уровня испорченного и уценённого» [1].

В настоящее время под стигматизацией подразумевают совокупность предубеждений и негативных стереотипов, вызывающих страх, отвержение, избегание и дискриминацию в отношении лиц с психическими расстройствами [2]. Как правило, эти предубеждения и стереотипы включают представления об опасности психически больных (например, больные непредсказуемы и агрессивны), их личностной ущербности (они слабые, жалкие, глупые) и социальной несостоятельности (они не могут самостоятельно жить, продуктивно работать, принимать решения) [3]. Прямыми последствиями стигматизации становятся уменьшение обращения за помощью, ухудшение доступности и качества услуг, а также социальная изоляция и маргинализация больных [4].

С другой стороны, во многих исследованиях показано, что позитивное и толерантное отношение к пациентам с психическими расстройствами способствует созданию эффективной системы помощи в области психического здоровья, интеграции больных в общество и улучшению качества их жизни [5, 6].

В этой связи во многих странах мира проводят различные кампании, направленные на преодоление стигматизации,

сопутствующей психическим расстройствам [7, 8]. Более того, с 1996 г. Всемирная психиатрическая ассоциация инициировала широкомасштабную Международную программу по борьбе со стигматизацией и дискриминацией, связанными с шизофренией, которая к настоящему моменту охватывает 19 стран и содержит конкретные рекомендации, призванные улучшить отношение к людям с психическими расстройствами [9, 10].

Эволюция общественных взглядов в отношении пациентов с тяжёлыми психическими заболеваниями с начала проведения мероприятий по преодолению стигматизации представлена в систематическом обзоре, выполненном G. Schomerus и соавт. [11]. Авторам этого исследования удалось установить, что, несмотря на значительное повышение осведомлённости населения по вопросам психического здоровья, оно мало повлияло на улучшение восприятия лиц с психическими расстройствами и стремление интегрировать их в обществе. По мнению других исследователей, знание людей о нейробиологической природе психических заболеваний может даже усиливать убеждённости в непредсказуемости поведения людей, страдающих этими заболеваниями, которые представляются «опасными для себя и окружающих» [12]. Это предположение отчасти подтверждается данными о том, что в экономически развитых странах, имеющих более высокий уровень образования населения, присутствует большая тенденция к дискриминации граждан

с психическими расстройствами, чем в развивающихся странах [13].

Рассматривая влияние социально-демографических факторов на отношение к людям, имеющим психические расстройства, некоторые авторы отмечают большое значение возраста, пола и образования, которыми обусловлены существенные различия в ответах участников опросов [14, 15]. В этой связи важно отметить, что подавляющее большинство исследований в этой области проводили в индустриально развитых странах Европы или Северной Америки, тогда как отношение к лицам с психическими расстройствами в других странах, в частности в Азербайджане, остаётся малоизученным.

Настоящее исследование осуществлено в нашей стране впервые.

Цель исследования — определить факторы, формирующие отношение к людям, имеющим тяжёлые психические расстройства, а также установить корреляцию между этими факторами и социально-демографическими переменными.

Дизайн исследования. Данное исследование является наблюдательным, кросс-секционным, выполненным в форме социологического опроса. Число участников исследования было определено в 1000 человек, что соответствует количеству респондентов в аналогичных исследованиях, проводимых в нашей стране и за рубежом. Исследование проведено в г. Баку и регионах страны — Гяндже, Шеки, Кубе и Ленкорани. Квота респондентов для г. Баку и пригородов, где проживает наибольшее количество населения страны, составила 500 человек, а для остальных регионов — по 100 человек.

Единственным критерием включения в исследование было добровольное согласие ответить на вопросы анкеты, а единственным критерием исключения — данные о том, что респондент является специалистом в области психического здоровья или пользователем их услуг. В связи с существующими ресурсами было решено использовать конвенциональную выборку.

Интервью проводили специально обученные волонтеры, проживающие в столице и регионах страны. Доступ к респондентам осуществляли по методу «снежного кома», когда первую часть респондентов набирали из числа знакомых интервьюера (друзья, родственники, соседи), которые в свою очередь распространяли анкеты среди своих знакомых. Всем интервьюерам были даны

инструкции о цели исследования и порядке проведения опроса, а также было роздано 1100 распечатанных анкет. В итоге было собрано 996 заполненных анкет. Отклик на опрос составил 90,5%, то есть число участников исследования соответствовало запланированному размеру выборки.

Разработка опросника. Организаторами исследования первоначально был составлен список, включавший 25 вопросов, призванных определить отношение респондента к людям с психическими расстройствами. Обсуждение вопросов проводилось в четырёх фокус-группах, состоявших из психиатров и клинических психологов, пользователей услугами системы психического здоровья, членов местной общественной организации, работающей в области психического здоровья, и международных экспертов.

В результате обсуждения участники фокус-групп пришли к заключению, что 8 вопросов отражают не отношение к людям с психическими расстройствами, а информированность в области психического здоровья. Еще 8 вопросов относилось к пониманию потребностей лиц с психическими расстройствами. И лишь 9 оставшихся вопросов было непосредственно связано с отношением к больным. В настоящем исследовании рассмотрен только последний блок вопросов.

Указанные вопросы были представлены в форме утверждений, и респондент должен был обозначить степень своего согласия с каждым утверждением по 5-балльной шкале («совершенно не согласен», «скорее не согласен», «не определился», «скорее согласен», «полностью согласен»). На основании ответов респондентов определяли индекс согласия с утверждением, который вычисляли по формуле:

$$I = \frac{(A + \frac{1}{2}a) - (B + \frac{1}{2}b)}{n} \times 100$$

где I — индекс согласия; A — число респондентов, полностью согласных с утверждением; a — число респондентов, скорее согласных; B — число респондентов, совершенно не согласных; b — число респондентов, скорее не согласных; n — общее число респондентов.

Границы индекса могут варьировать от -100 (100% респондентов совершенно не согласны с утверждением) до $+100$ (100% респондентов полностью согласны

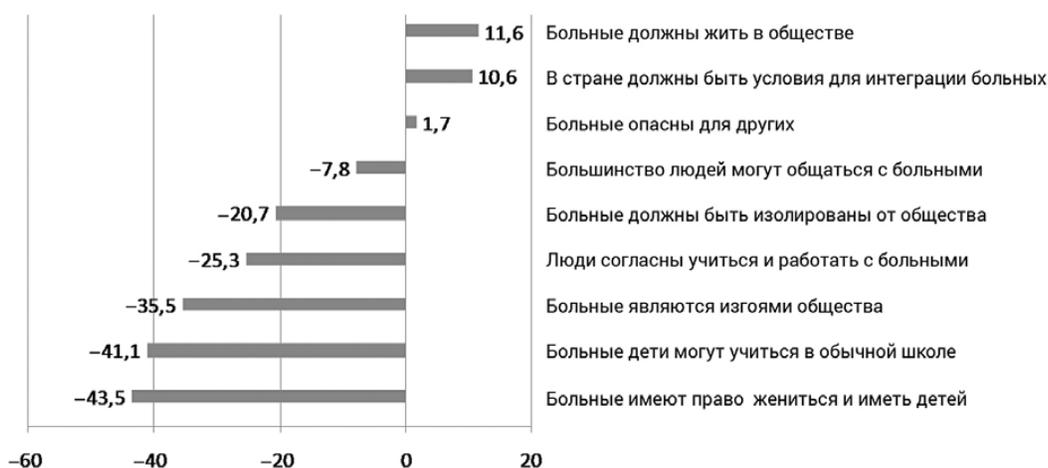


Рис. 1. Результаты анкетирования (индекс согласия)

с утверждением), знак минус (–) указывает на отрицательное отношение к утверждению.

Статистический анализ. Анализ структуры факторов проводили в два этапа. На первом этапе для определения количества факторов был выполнен анализ главных компонент с использованием критерия «каменистой осыпи» и параллельного анализа. В дальнейшем был проведён исследовательский факторный анализ с установлением количества факторов и косоугольным вращением. Минимально приемлемый уровень факторной нагрузки составлял 0,4. Также была подсчитана внутренняя согласованность для каждого фактора (Cronbach's б). Метод многомерной линейной регрессии был использован для установления корреляции социально-демографических факторов с каждым из выделенных факторов. Статистическую значимость результатов оценивали на уровне $p < 0,05$. Статистический анализ выполнен с использованием программы IBM SPSS Statistics 23.0.

В табл. 1 приведены социально-демографические данные респондентов, принявших участие в настоящем исследовании. Среди респондентов преобладали женщины и представители молодого возраста ($M=36,5$; 95% доверительный интервал 35,7–37,4). Большинство респондентов имели высшее образование и работали в государственном секторе. Кроме того, подавляющее большинство участников опроса были городскими жителями и состояли в браке.

Как показал анализ ответов респондентов, наибольшее несогласие вызвало ут-

верждение: «Большинство людей способны спокойно относиться к бракам с людьми с проблемами психического здоровья и рождению у них детей» (рис. 1). Также участники исследования не были согласны с утверждением: «Большинство людей готовы к тому, чтобы их дети получали образование вместе с детьми с проблемами психического здоровья». Таким образом, вопросы, связанные с браком и детьми были наиболее «чувствительными» вызвали сильное отвержение у 2/3 респондентов.

Многие респонденты не согласились с утверждением «Большинство людей готовы учиться/работать в одном коллективе с людьми с проблемами психического здоровья», что является свидетельством стигматизации лиц с психическими расстройствами. Вместе с тем утверждения «Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья — изгои общества» и «Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья должны быть изолированы от других людей» не встретили согласия у участников исследования. Умеренное согласие получили утверждения: «Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья должны жить в обществе» и «В нашей стране необходимо создать условия для интеграции в общество людей с проблемами психического здоровья».

Для изучения количества факторов, характеризующих отношение к людям с психическими расстройствами, были проведены анализ главных компонент и параллельный анализ. Метод Kaiser–Meyer–Olkin определил адекватность выборки для анализа

Таблица 1. Социально-демографические характеристики респондентов

Показатели		N	%
Пол	Мужчины	410	41,2
	Женщины	586	58,8
Семейное положение	Холост/не замужем	383	38,3
	Женат/замужем	550	55,0
	В разводе	30	3,0
	Вдов/вдова	36	3,6
Возраст, годы	<24	210	21,1
	25–34	287	28,8
	35–44	216	21,7
	45–54	172	17,3
	55–64	86	8,6
	65+	25	2,5
Образование	Начальное	16	1,6
	Незаконченное среднее (9 классов)	27	2,7
	Среднее	194	19,5
	Среднее специальное	206	20,7
	Незаконченное высшее	127	12,8
	Высшее	423	42,6
Занятость	Руководящий работник	94	9,4
	Предприниматель	31	3,1
	Служащий в государственном секторе	210	21,0
	Рабочий	89	8,9
	Сельскохозяйственный работник, фермер	27	2,7
	Военнослужащий (включая полицию)	37	3,7
	Пенсионер	37	3,7
	Домохозяйка	144	14,5
	Безработный	148	14,9
	Учащийся	106	10,6
	Прочее	73	7,3
Проживание	Город	879	88,3
	Сельская местность	117	11,7
Регион	Баку	492	49,4
	Пригороды Баку (Абшеронский полуостров)	105	10,5
	Гянджа	130	13,1
	Шеки	90	9,0
	Куба	96	9,6
	Ленкорань	83	8,3
Всего		996	100,0

(показатель составил 636), а тест Bartlett на сферичность установил, что значительную силу корреляции между вопросами: $\chi^2(36) = 693,382$; $p < 0,001$.

Анализ главных компонент позволил выделить наличие трёх факторов, которыми можно определить отношение общества к людям, страдающим психическими расстройствами (табл. 2).

Дальнейший исследовательский факторный анализ выделил три группы утверждений, соответствовавших установленным трём факторами (табл. 3).

Первый фактор можно рассматривать как *социальное дистанцирование*, в основе которого лежит представление людей о социальной компетентности людей с психическими расстройствами, поскольку этот

Таблица 2. Процент дисперсии, ассоциирующейся с каждым фактором

Факторы	Собственный вектор			Извлечение суммы квадратов факторных нагрузок		
	Всего	Дисперсия, %	Кумулятивный, %	Всего	Дисперсия, %	Кумулятивный, %
1	1,850	20,554	20,554	1,850	20,554	20,554
2	1,579	17,540	38,094	1,579	17,540	38,094
3	1,187	13,192	51,286	1,187	13,192	51,286
4	0,909	10,099	61,385	—	—	—
5	0,798	8,867	70,252	—	—	—
6	0,743	8,255	78,507	—	—	—
7	0,698	7,758	86,265	—	—	—
8	0,638	7,084	93,349	—	—	—
9	0,599	6,651	100,000	—	—	—

Таблица 3. Результаты исследовательского факторного анализа

Вопросы	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Большинство людей готовы учиться/работать в одном коллективе с людьми с проблемами психического здоровья	0,644	—	—
Большинство людей готовы к тому, чтобы их дети получали образование вместе с детьми с проблемами психического здоровья	0,749	—	—
Большинство людей способны спокойно относиться к бракам с людьми, имеющими проблемы психического здоровья, и рождению у них детей	0,727	—	—
Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья должны быть изолированы от других людей	—	0,713	—
Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья опасны, представляют угрозу для других людей	—	0,697	—
Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья — изгой общества	—	0,548	—
Большинство людей способны нормально общаться с людьми, имеющими проблемы психического здоровья	—	—	0,657
Распространено мнение, что люди с проблемами психического здоровья должны жить в обществе	—	—	0,580
В нашей стране должны быть созданы условия для интеграции в общество людей с проблемами психического здоровья	—	—	0,553

фактор относится к таким социальным навыкам, как работа, вступление в брак и воспитание детей, а также способности детей с нарушениями психики учиться в обычной школе.

Второй фактор включал утверждения, относящиеся к *потенциальной социальной угрозе*, которая отражает распространённую точку зрения о том, что, отличаясь от других людей, психически больные выделяются

непредсказуемостью поведения и могут представлять опасность для окружающих. Следствие этого — мнение о том, что люди с психическими расстройствами должны быть изолированы общества.

Наконец, третий фактор отражает толерантное отношение к людям с психическими расстройствами, которое исходит из необходимости учитывать их интересы и гражданские права. Внутренняя

Таблица 4. Влияние социально-демографических показателей на отношение к людям с психическими расстройствами

Показатели	Дистанцирование			Социальная угроза			Толерантность		
	β	95% ДИ	p	β	95% ДИ	p	β	95% ДИ	p
Пол: – женский – мужской	0,048 Ref	–0,224; 0,028	0,126	–0,086 Ref	–0,300; –0,048	0,007	–0,005 Ref	–0,136; 0,116	0,875
Возраст: – старше 60 лет – 30–60 лет – до 30 лет	0,085 0,172 Ref	0,044; 0,302 0,115; 0,395	0,009 0,001	0,055 0,075 Ref	–0,018; 0,143 –0,031; 0,255	0,092 0,125	0,053 0,018 Ref	–0,023; 0,258 –0,109; 0,159	0,106 0,713
Образование: – высшее – среднее – начальное	–0,086 –0,037 Ref	–0,292; 0,008 –0,455; 0,171	0,064 0,373	–0,043 –0,025 Ref	–0,236; 0,084 –0,384; 0,206	0,352 0,554	0,028 0,062 Ref	0,107; 0,203 –0,074; 0,534	0,542 0,138
Семейный статус: – состоит в браке – не состоит в браке	0,034 Ref	–0,058; 0,192	0,290	–0,013 Ref	–0,151; 0,099	0,685	0,100 Ref	0,076; 0,325	0,002
Место жительства: – город – сельская местность	0,007 Ref	–0,171; 0,214	0,823	0,017 Ref	–0,140; 0,245	0,594	–0,028 Ref	–0,279; 0,106	0,376
Знакомство: – член семьи – сосед – знакомый – не знаком	0,179 0,097 0,086 Ref	0,193; 0,671 0,019; 0,177 0,004; 0,108	0,001 0,015 0,035	0,049 0,046 0,057 Ref	–0,127; 0,368 –0,123; 0,032 –0,091; 0,016	0,339 0,250 0,165	–0,104 0,041 0,100 Ref	–0,437; –0,009 –0,038; 0,120 0,013; 0,119	0,042 0,310 0,015

Примечание: β — стандартизированный коэффициент регрессии; ДИ — доверительный интервал; Ref — референтная величина.

согласованность фактора социального дистанцирования была несколько меньше (Cronbach's $\alpha=0,572$), чем фактора социальной угрозы (Cronbach's $\alpha=0,650$) и фактора толерантности (Cronbach's $\alpha=0,621$).

Результаты многомерной линейной регрессии позволяют предположить, что социальное дистанцирование не зависит от пола, образования, семейного положения и места жительства респондентов (табл. 4). Однако представители более старшего возраста в большей степени склонны признавать тот факт, что люди с психическими расстройствами могут адаптироваться в обществе и выполнять социальные функции. Кроме того, личный опыт знакомства с больными ассоциируется с меньшим уровнем социального дистанцирования.

Представление о социальной угрозе ассоциировалось с принадлежностью к женскому полу. Толерантное отношение к людям с психическими расстройствами имело положительную корреляцию с семейным статусом и знакомством с больным, отрицательную корреляцию — с наличием психического расстройства у члена семьи.

Полученные результаты позволяют предположить, что отношение к людям с психическими расстройствами формируется при участии трёх различных факторов — социального дистанцирования, представления об опасности и степени толерантного восприятия.

Первый фактор «социальное дистанцирование» получил широкую известность благодаря работам E. Vogardus, который определял социальное дистанцирование как «степень готовности людей участвовать в социальных контактах с представителями других социальных групп» [16]. В многочисленных работах, посвящённых стигматизации психически больных, исследования ограничивались изучением социального дистанцирования [17]. В контексте нашего исследования, социальное дистанцирование связано с представлениями общества об интеллектуальной и социальной несостоятельности людей с психическими расстройствами.

Другой фактор — отношение к больным как к людям, представляющим социальную угрозу. Во многих исследованиях

подчёркнуто, что в глазах окружающих люди с психической патологией представляются более агрессивными и склонными к нарушению общественного порядка, чем психически здоровые [18, 19]. Следует отметить, что средства массовой информации, выпячивая сенсационную информацию о насильственных действиях, совершенных лицами с психическими заболеваниями, зачастую формируют отрицательный имидж, который распространяется на всех людей, испытывающих проблемы с психическим здоровьем [20].

Наконец, третий фактор — толерантность. Он обусловлен увеличением за последние годы усилий национальных и международных организаций, направленных на улучшение качества психиатрической помощи, интеграцию пациентов с психическими расстройствами в обществе и защите их гражданских прав [21, 22].

Вопреки ожиданиям данное исследование не выявило существенных различий ни по одному из факторов в зависимости от образования респондентов. Аналогичные результаты были получены в более ранних работах, где показано, что образование не является предикторами позитивного или негативного отношения к психически больным [23, 24].

В то же время не нашли подтверждения данные ряда авторов о том, что социальное дистанцирование с возрастом увеличивается [25]. Более того, по нашим наблюдениям, люди пожилого возраста в меньшей степени избегают пациентов с психическими расстройствами. В отличие от представителей молодого или среднего возраста пожилые не склонны излишне драматизировать влияние психических расстройств на социальные аспекты жизни больных и более объективно оценивают возможности пациентов учиться, работать и создавать семью. Благодаря жизненному опыту пожилые чаще используют принцип нормализации в отношении пациентов с психическими расстройствами, когда последние воспринимаются так же, как и все остальные люди, имеющие схожие жизненные цели, потребности и отношения.

В настоящей работе, как и в исследовании шведских авторов [26], женщины в большей степени оценивали угрозу окружающим со стороны больных. По нашему мнению, у респондентов женского пола представление о большей опасности людей с психической патологией связано с остороженностью женщин в отношении

насильственных действий и большей потребностью в безопасности.

Наше исследование подтвердило выявленное в других исследованиях [27, 28] уменьшение социального дистанцирования при личном знакомстве с лицами с психическими расстройствами, а также тот факт, что уровень этого уменьшения дистанцирования коррелирует с качеством контактов с больными [29]. Так, респонденты, имеющие членов семьи, страдающих психическим расстройством, обнаруживают наименьшую степень социального дистанцирования, но при этом они в меньшей степени рассматривают возможность толерантного отношения к больным в обществе. Это может быть связано с феноменом «самостигматизации», наблюдаемым у членов семей психически больных [30], и патерналистическим подходом, характерным для людей, обеспечивающих уход за больными [31].

Ограничения настоящего исследования связаны с отсутствием рандомизации при формировании выборки респондентов. Кроме того, кросс-секционный дизайн исследования не позволяет однозначно говорить о причинно-следственных связях между выделенными факторами и социально-демографическими показателями.

ВЫВОД

Трёхфакторная структура позволяет лучше понять различные аспекты стигматизации пациентов с психическими расстройствами.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов в данном исследовании.

Настоящее исследование проведено в рамках международного проекта «Усиление роли пользователей психического здоровья в 5 регионах Азербайджана», поддержанного Европейским союзом (проект EuropeAid/130-712/L/ACT/AZ). Автор выражает глубокую благодарность Виргинии Климукиене и Поладу Азизову, а также их коллегам из организаций «Globali iniciatyva psichiatrijoje» (Литва) и «İnkişaf naminə təşəbbüs» (Азербайджан) за успешную реализацию данного проекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1963; 121 p.
2. Corrigan P.W., Penn D.L. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma.

- Am. Psychologist.* 1999; 54 (9): 765–776. DOI: 10.1037/0003-066X.54.9.765.
3. Corrigan P.W., Shapiro J.R. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin. Psychol. Rev.* 2010; 30 (8): 907–922. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.06.004.
4. Oliver M.I., Pearson N., Coe N., Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br. J. Psychiatry.* 2005; (186): 297–301. 10.1192/bjp.186.4.297.
5. Brockington I.F., Hall P., Levings J., Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill. *Brit. J. Psychiatry.* 1993; 162 (1): 93–99. DOI: 10.1192/bjp.162.1.93.
6. Angermeyer M.C., Matschinger H., Corrigan P.W. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr. Res.* 2004; (69): 175–182. DOI: 10.1016/S0920-9964(03)00186-5.
7. Bag B., Yilmaz S., Kirpinar I. Factors influencing social distance from people with schizophrenia. *Int. J. Clin. Pract.* 2006; (60): 289–294. DOI: 10.1111/j.1368-5031.2006.00743.x.
8. Beldie A., den Boer J.A., Brain C. et al. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012; (47, suppl. 1): 1–38. DOI: 10.1007/s00127-012-0491-z.
9. Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *Br. J. Psychiatry.* 1997; (4): 170–297. DOI: 10.1192/bjp.170.4.297.
10. Sartorius N., Gaebel W., Cleveland H.R. et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry.* 2010; 9 (3): 131–144. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x.
11. Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A. et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr. Scand.* 2012; 125 (6): 440–452. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x.
12. Pescosolido B. The public stigma of mental illness: What do we think; what do we know; what can we prove? *J. Health Soc. Behavior.* 2013; 54 (1): 1–21. DOI: 10.1177/0022146512471197.
13. Lasalvia A., Bortel T., Bonetto Ch. et al. The ASPEN/INDIGO Study Group Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: the ASPEN/INDIGO international study. *British J. Psychiatry Dec.* 2015; 207 (6): 507–514. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.156992.
14. Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rossler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment. Health J.* 2004; 40 (3): 265–274. DOI: 10.1023/B:COMH.0000026999.87728.2d.
15. Yuan Q., Abdin E., Picco L. et al. Attitudes to mental illness and its demographic correlates among general population in Singapore. Laks J. ed. *PLoS One.* 2016; 11 (11): e0167297. DOI: 10.1371/journal.pone.0167297.
16. Bogardus E.S. Measurement of personal-group relations. *Sociometry.* 1947; 10 (4): 306–311. DOI: 10.2307/2785570.
17. Jorm A.F., Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2009; 43 (3): 183–200. DOI: 10.1080/00048670802653349.
18. Martin J., Pescosolido B., Tuch S. Of fear and loathing: The role of 'disturbing behavior', labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *J. Health Soc. Behavior.* 2000; 41 (2): 208–223. DOI: 10.2307/2676306.
19. Perry B.L., Pescosolido B.A., Martin J.K. et al. Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults. *Psychiatric Services.* 2007; 58 (5): 632–635. DOI: 10.1176/ps.2007.58.5.632.
20. McGinty E.E., Kennedy-Hendricks A., Choksy S., Barry C.L. Trends In news media coverage of mental illness in the United States: 1995–2014. *Health Affairs (Project Hope).* 2016; 35 (6): 1121–1129. DOI: 10.1377/hlthaff.2016.0011.
21. Ware N.C., Hopper K., Tugenberg T. et al. Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatric Services.* 2007; (58): 469–474. DOI: 10.1176/ps.2007.58.4.469.
22. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet.* 2007; 370 (9590): 810–811. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61245-8.
23. Ellison C.G., Vaaler M.L., Flannelly K.J., Weaver A.J. The clergy as a source of mental health assistance: What Americans believe. *Rev. Religious Res.* 2006; 48 (2): 190–211.
24. Watson A.C., Corrigan P.W., Angell B. What motivates public support for legally mandated mental health treatment? *Soc. Work Res.* 2005; 29 (2): 87–94. DOI: 10.1093/swr/29.2.87.
25. Veer J.T., Kraan H.F., Drosseart S.H., Modde J.M. Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill: a Dutch public study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2006; (41): 310–317. DOI: 10.1007/s00127-005-0015-1.
26. Lauber C., Nordt C., Sartorius N. et al. Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum.* 2000; (407): 26–32. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.00005.x.
27. Angermeyer M.C., Holzinger A., Carta M.G., Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Brit. J. Psychiatry.* 2011; 199 (5): 367–372. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.085563.
28. Marie D., Miles B. Social distance and perceived dangerousness across four diagnostic categories of mental disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2008; (42): 126–133. DOI: 10.1080/00048670701787545.
29. Alexander L.A., Link B.G. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *J. Ment. Health.* 2003; (12): 271–289. DOI: 10.1080/0963823031000118267.
30. Caqueo-Urizar A., Gutiérrez-Maldonado J., Ferrer-García M. et al. Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC Family Practice.* 2011; (12): 101. DOI: 10.1186/1471-2296-12-101.
31. Stull L.G., McGrew J.H., Salyers M.P., Ashburn-Nardo L. Implicit and explicit stigma of mental illness: Attitudes in an evidence-based practice. *J. Nerv. Mental Dis.* 2013; 201 (12): 1072–1079. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000056.