
Факторы, способствующие стигматизации лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях

Гурин И. В., кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (igr.gurin@rambler.ru)

Захарова Н.М., кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (natali_oslo@mail.ru)

Методика изучения процессов стигматизации пострадавших в ЧС в настоящее время недостаточно разработана и основывается на результатах практических наблюдений отдельных специалистов и методических адаптациях. Рассматривая особенности внутренней и внешней стигматизации, которая травматична для пострадавших и приводит к утяжелению переживаний, негативному развитию когнитивной схемы «Я-в-событии», ее динамики, авторы определяют их как неблагоприятные прогностические моменты в психотерапии исследуемой категории лиц. В статье предпринята попытка обзорной систематизации ряда социально-демографических и средовых факторов, которые должны быть известны специалисту, работающему с пострадавшим в ЧС, чтобы своевременно и точно диагностировать характер последствий психологической травмы, прогнозировать течение постстрессовых расстройств и планировать психокоррекционное воздействие. Выделены характеристики пострадавших в ЧС (инвалидизация и травматизация, возрастной, гендерный факторы, уровень образования), оказывающие существенное влияние на развитие стигматизации. Проанализированы ряд проблем, возникающих в ходе психотерапии стигматизированных пациентов, определены факторы, повышающие вероятность задержки с обращением за специализированной помощью или отказа от терапии.

Ключевые слова: чрезвычайная ситуация, внешняя и внутренняя стигматизация пострадавших, факторы развития постстрессовых расстройств, реабилитация пострадавших в ЧС.

Для цитаты:

Гурин И.В., Захарова Н.М. Факторы, способствующие стигматизации лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. [Электронный ресурс] // Психология и

право. 2017(7). № 3. С. 56-70.
doi: 10.17759/psylaw.207070305

For citation:

Gurin I.V., Zakharova N.M. Factors that contribute to the stigmatization of victims in emergency situations. [Elektronnyi resurs]. Psikhologiiia i pravo [Psychology and Law], 2017(7), no. 3. pp.56-70.
doi: 10.17759/psylaw.2017070305

Термин «чрезвычайная ситуация» (ЧС) прочно вошел в жизнь и сознание современного человека. Различного рода бедствия - природные, экологические, эпидемиологические, социальные и техногенные катастрофы, несущие непосредственную угрозу жизни и благополучию населения, стали отличительной особенностью нашего времени. Их частота растет, а масштаб приобретает все более значительный характер.

В последние десятилетия в мире установилась устойчивая тенденция роста ущерба от различных ЧС, как материального (на 10,4% в год), так и числа погибших и пострадавших (на 8,6%). По данным статистики на территории нашей страны ежегодно в крупных ЧС страдает более 10 тысяч человек, а в мире – более 3 миллионов [22]. Это люди, официально признанные потерпевшими. Однако, благодаря широкому освещению ЧС в средствах массовой информации, негативные психосоциальные последствия охватывают значительно большее число людей, что актуализирует растущий в науке интерес к многочисленным аспектам и вопросам психологии и психиатрии кризисных и экстремальных ситуаций.

Независимо от глубины и типа воздействия, негативные последствия ЧС могут варьировать от кратковременных реакций до тяжелых психических расстройств, развиваться непосредственно во время или сразу после психотравмы, а также в отдаленном периоде. Даже неспецифические пограничные психические нарушения, такие как повышенная тревожность, страхи, эмоциональная и вегето-сосудистая неустойчивость, трудности концентрации, расстройства сна и поведения, легкая депрессия и т.п., с течением времени могут приводить к снижению качества жизни, социальной дезадаптации, формированию патологических черт личности, возникновению коморбидных психических и соматических заболеваний. При этом, как показывает практика, в нашем обществе до сего времени, широко распространено мнение, что с психическими проблемами, связанными с пережитым стрессом, можно справиться самостоятельно, усилием воли, «народными» средствами и т. п. Обращение за помощью к психиатру нередко считается постыдным, вызывает страх постановки на учет, последующей дискриминации. В результате, пострадавшие, нуждающиеся в помощи, либо вообще не обращаются к специалистам, либо обращаются уже имея выраженные, длительно существующие психические расстройства.

Проводимая на протяжении многих лет работа по изучению психических и психологических последствий, развивающихся у пострадавших при различных чрезвычайных ситуациях, показала, что одним из факторов, негативно влияющих на развитие и утяжеление постстрессовых расстройств, является стигматизация [6,13,14,19,21].

В настоящее время под термином «стигматизация» принято понимать выделение индивида (или социальной группы) по факту какого-либо качества (тяжелые заболевания, убеждения, религия, национальность, сексуальная ориентация, социальные обстоятельства

и т.п.), что влечет негативные последствия в виде изоляции и дискриминации [5,8,12,15]. Особое место занимает стигматизация психически больных [7,9,20], причиной которой являются исторически сложившиеся в различных обществах предрассудки и настороженность в отношении людей с психическими расстройствами [10,16,23,26,28]. Причем предубеждение в отношении носителя психиатрического диагноза, зачастую не зависит от степени выраженности расстройств и страдания от стигматизации бывают более выраженными, чем от проявлений болезни [18].

Исследователи стигматизации в большинстве случаев разделяют стигму на внешнюю и внутреннюю, указывая на тесную связь этих явлений [5,32]. Под внешней стигмой подразумевается несправедливое отношение социума к индивиду. Под внутренней – чувство стыда и ожидание осуждения со стороны окружающего большинства, нередко приводящие к тому, что стигматизированный человек добровольно ограничивает свой жизненный опыт и возможности получения специализированной помощи [24,31].

Многолетний опыт работы с пострадавшими в результате всевозможных ЧС показал, что и эта категория лиц подвержена стигматизации, причем как внешней, со стороны окружающих, так и внутренней [14,21]. При этом внешняя стигматизация неизбежно активизирует самостигматизацию, способствуя извращенному восприятию своего состояния или поведения в условиях ЧС, как недостойного, постыдного, трусливого, или заставляет считать пережитую ситуацию заслуженной, например, как «наказание за грехи». Стигматизация безусловно травматична для пострадавшего и приводит к утяжелению переживаний, негативному развитию когнитивной схемы «Я-в-событии» и ее динамики, что можно рассматривать как неблагоприятные прогностические моменты в жизнедеятельности субъекта и его психотерапии [30]. В результате, последствием стигмы становится либо продолжение существования проблемы, либо даже ее утяжеление, что вызывает дополнительные сложности для адаптации пострадавшего к окружающей его среде в условиях изменившихся обстоятельств и, пережитого им, негативного опыта и его последствий.

Следует отметить, что методика изучения процессов стигматизации пострадавших в ЧС в настоящее время недостаточно разработана и основывается на результатах практических наблюдений отдельных специалистов, авторских разработках и методических адаптациях. При этом сопоставление данных, полученных при психолого-психиатрическом обследовании пострадавших, исследовании качества их жизни, с результатами изучения стигматизирующих тенденций в обществе и внутреннего восприятия данным контингентом происходящего, позволяет объективизировать оценку состояния пострадавшего и выявить дополнительные факторы, влияющие на выраженность психических расстройств.

Внутренняя и внешняя стигматизация переживших ЧС, как свидетельствуют наши наблюдения [11] и исследования других специалистов [13,21,27,34], опосредована рядом социально-средовых и демографических факторов.

В нашей статье предпринята попытка обзорной систематизации ряда социально-демографических факторов, которые должны быть известны специалисту, работающему с пострадавшим в ЧС, чтобы своевременно и точно диагностировать характер последствий психологической травмы, прогнозировать течение постстрессовых расстройств и с учетом этого планировать психокоррекционное воздействие и реабилитацию.

Пострадавшие в чрезвычайных ситуациях неминуемо сталкиваются с изменениями в окружающей их социальной и коммуникативной сфере. Прежде всего, это изменение отношений с прежними друзьями, знакомыми, коллегами по работе, учебе и т.д., которые испытывают к пострадавшему смешанные чувства. Это и жалость, сочувствие, в сочетании с неумением взаимодействовать с травмированным человеком, дискомфорт при общении с тем, кто находился в экстремальной ситуации, испытывал мучения, угрозу жизни, возможно чуть не погиб. И дистанцирование в связи с распространенным мнением о том, что вина за произошедшее лежит на самом пострадавшем (восприятие ЧС как заслуженной кары за образ жизни или поступки и т.д.), раздражение тревожащим событием и стремление избежать даже малейшего упоминания о нем, а также неосознаваемый страх, ощущение незащищенности от возможной катастрофы, беспомощности, нежелание осознать и принять тот факт, что жертвой такой ситуации может стать каждый [11,19,21,36]. В то же время негативное отношение может вызывать непонимание изменений в поведении пострадавшего, обида на его нежелание общаться также часто, как прежде, рассказывать о своих «приключениях», удовлетворять любопытство окружающих (в особенности часто это проявляется в отношении лиц мужского пола и подростков). Может появиться и зависть, например, связанная с меньшими требованиями к пострадавшему, получением им льгот, со сдвигами отношением к нему взрослых (если речь идет о ребенке) или других людей в целом, раздражение к возможным проявлениям у него постравматического стресса, необычному поведению. Окружающие могут относиться с завистью, неодобрением к получению пострадавшим, семьями пострадавших материальной, социальной помощи, льгот от государства («подумаешь, три дня потерпел...») – в особенности если льготы носят пожизненный характер или характер крупного материального вознаграждения, либо манипулировать произошедшим, вызывая у пострадавших постоянно переживаемую травму на протяжении многих лет (как, например, пожелания «Лучше бы ты тогда утонул!» и др. формы угроз) [34,36]. Окружающие часто не понимают, что как излишнее сочувствие, так и нетактичность могут глубоко ранить перенесших психотравму, спровоцировав развитие новых и утяжеление уже имеющихся психических расстройств.

Практика свидетельствует, что, в связи с пережитыми психотравмирующими событиями, пострадавшие в ЧС хуже оценивают ряд важнейших сфер своего функционирования (физическая сфера, уровень независимости, уровень защищенности – как психологической, так и социальной, материальной). Для них также характерен высокий уровень социальной фрустрированности, приводящий к снижению качества жизни. Нередко наблюдается и корреляция этих факторов: чем больше неудовлетворенность отношениями с родными и социальным окружением, их реакцией на произошедшие травматические события и их последствия, своим социальным положением и здоровьем, реакцией государства и его органов на произошедшие события и их компенсацию пострадавшему, тем негативнее они оценивают свое физическое, психологическое и социальное функционирование, уровень независимости и качество окружающей их среды [13,14,21]. Важно подчеркнуть тот факт, что на жизненное функционирование пострадавших в ЧС и их удовлетворенность его качеством значительное влияние оказывают их индивидуально-личностные характеристики, а также наличие имевшихся ранее и/или приобретенных после пережитой ЧС психических расстройств. Субъекты с выраженным уровнем депрессии и тревоги в результате пережитых событий, как правило, ниже оценивают качество своей жизни практически во всех сферах, склонны к драматизации будущего и самостигматизации [14,16]. Лица, склонные к депрессии, недооценивают контролируемость и преобразуемость стрессоров, не способны на них активно влиять, а потому более пассивны в совладающем поведении [2].

Существенное влияние на стигматизацию (как внутреннего, так и внешнего характера) оказывает фактор инвалидизации пострадавших [3,6]. Субъекты, получившие инвалидность в результате ЧС крайне часто демонстрируют высокую степень стигматизированности. Потеря работы, ограничения в трудоустройстве, проблемы в создании семьи или поддержании ее существования приводят к развитию выраженного стойкого чувства вины перед родными и окружающими. Они более низко оценивают качество своей жизни в социальной и материальной сфере и дают пессимистический прогноз своего дальнейшего существования, его влияния на жизнь близких (особенно детей). Глубина инвалидизации и негативная динамика течения заболеваний, полученных в результате травмы, способствуют углублению самостигматизации данных субъектов. Пострадавшие - инвалиды часто менее комплаентны, стремятся избежать социальных контактов, ограничивают свою коммуникацию определенным кругом лиц, испытывают трудности в общении с органами власти или избегают его (несмотря на предлагаемую им психологическую, медицинскую и социальную помощь), боятся вступать в брак и заводить детей, продолжать семейные отношения из страха быть обузой. В результате, лишая себя поддержки окружающих, они чаще страдают ПТСР, депрессивными расстройствами, а сознательный отказ от лечения со временем приводит к патохарактерологическим изменениям личности с эмоционально-волевыми и поведенческими нарушениями, что в свою очередь усиливает их изоляцию.

Как свидетельствуют наблюдения, уровень образования также коррелирует с выраженностью внутренней и внешней стигматизации [11,16]. Субъекты, имеющие высшее образование, часто стремятся скрывать от окружающих свой диагноз и пережитую ими травму, более часто и глубоко испытывают чувство неполноценности, дают более пессимистический прогноз развития своих заболеваний в случае инвалидности или своего социального положения, они также менее комплаентны. Пациенты, имеющие среднее профессиональное образование чаще всего испытывают самостигматизацию ввиду возникших у них ограничений в сфере профессиональной деятельности, материальной сфере, в то же время демонстрируя большую открытость социальным контактам. Субъекты со средним образованием достаточно часто демонстрируют пессимистический прогноз на возможности и перспективы своей социальной жизни, лечения (как в случае физических, так и психологических травм), чаще отмечают негативное отношение к ним социума, государства, считая, что степень поддержки пострадавших в ЧС должна быть более явной и значимой во всех сферах жизнедеятельности и продолжаться пожизненно. Нередко наблюдаются реакции, исходящие из устоявшейся убежденности пострадавших в равнодушном или враждебном отношении к ним общества и ближайшего окружения, «неоплатного долга» перед ними государства или других лиц, в той или иной степени ответственных за произошедшее, развития и усугубления у них комплекса «жертвы» под влиянием травмирующих событий и их последствий [14,19].

Нельзя не отметить и влияние возрастного фактора на динамику процессов стигматизации. Практика свидетельствует, что пострадавшие пожилого и старческого возраста, с устоявшимися взглядами на жизнь и ригидной психикой, более стигматизированы обществом и испытывают большее негативное влияние внутренней стигматизации. Они чаще теряют работу в результате инвалидности или психологической невозможности справиться с пережитыми впечатлениями даже в отсутствие физических повреждений, испытывают ограничения в трудоустройстве, социальной вовлеченности. Ввиду этого данная категория пострадавших низко оценивает свое социальное и материальное положение, пессимистично настроена в отношении перспектив, не верит в

действенность медицинской помощи и стремится ограничить себя в социальных контактах [1,16].

Гендерная принадлежность также оказывает ощутимое влияние на процесс внешней и внутренней стигматизации [14,16]. Наблюдения свидетельствуют, что женщины и дети, пострадавшие в ЧС, достаточно часто менее стигматизированы. Мужчины же более подвержены как внутренней, так и внешней стигматизации. Им трудно выразить собственные эмоции и получить ответную поддержку, они в меньшей степени психологически поддерживаются друзьями, чему способствует сформированное в обществе понятие о мужской силе и стойкости. Отсутствие эмоциональной поддержки или, более того, игнорирование пережитого события и его последствий со стороны близких, семьи становится дополнительным психотравмирующим фактором для пострадавшего в ЧС. Из-за общественных устоев мужчины стремятся скрывать свои переживания, реже обращаются за медицинской, социальной, тем более психологической, психиатрической помощью (что затрудняет возможность диагностики у них психиатрических отклонений, а зачастую и физических повреждений на начальных этапах). Даже в случае установления инвалидности лица мужского пола стараются ее скрывать, отказываясь воспринимать возникшие ограничения в своей жизнедеятельности. В связи с этим, как отмечают специалисты, очень многие жертвы ЧС, в особенности, мужского пола, эмигрируют (инициируют переезд), чтобы не слышать оскорблений, не чувствовать ответственность перед родственниками погибших, не испытывать «вину оставшегося в живых», считая себя недостойным помощи или «получившим по заслугам» за свои недостатки.

У пострадавших мужского пола фиксируется более патогенная когнитивная схема происходящего (несоответствие когнитивной схемы «Я-в-событии» образу «настоящего мужчины», культивируемому в семье и обществе, высокие требования социума к их фрустрационной толерантности, отсутствие формирования схемы «Я – после события»), что влияет на большую интенсивность травматической реакции и негативность ее протекания. Очень часто это происходит даже при низкой внешней стигматизации субъекта, в силу особенностей его внутреннего мировосприятия. В результате как сам пострадавший, так и близкие ему люди, такие как члены семьи, значимые другие, друзья и коллеги, могут проглядеть или намеренно не заметить предупреждающие сигналы о психическом неблагополучии близкого человека, что приводит к отсутствию своевременной терапии и, как следствие, усилению травматических переживаний, углублению психических расстройств, развитию суицидальных тенденций. [4,17]

В тех случаях, когда члены семьи все-таки распознают признаки психического неблагополучия пострадавшего, глубину влияния на него пережитой травмы, серьезность проблемы может недооцениваться и из-за так называемой «стигматизации внешней помощи», в особенности если пострадавший – лицо мужского пола. Вместо обращения к специалисту близкие стараются помочь пострадавшему своими силами, уговаривают его «успокоиться и идти дальше», «смириться и забыть», сходить в церковь и «исповедаться, покаяться», «быть мужчиной и собраться», прибегнуть к альтернативной медицине. В каких-то случаях это может сработать, но чаще жертва продолжает страдать, травма остается «непроработанной». Психическое и физическое состояние ухудшается, соответственно снижается качество жизни. Таким образом, оказание психологической и эмоциональной, социальной поддержки со стороны близких, друзей и коллег, окружающего общества не должно препятствовать оказанию специализированной помощи пострадавшему в ЧС.

Когда пострадавшие и их родственники все же обращаются за профессиональной помощью, может возникнуть другая проблема. Как показывают наблюдения, консультирующие специалисты нередко концентрируются на лечении исключительно физических и психических последствий пережитой ЧС, не уделяя должного внимания адаптации больного в обществе. Сам пациент может затрудняться озвучить проблему стигматизации, в особенности внешнего характера, либо его жалобы воспринимаются как признак психического расстройства, «патологизируются» [7]. Подобный подход может запутать пострадавшего, снизить уверенность в своих силах и, в качестве альтернативного варианта, вызвать недовольство действиями врачей и психологов, пытающихся оказать помощь, спровоцировать попытку полностью замкнуться в себе и своей проблеме, вызывая многократное переживание травматической ситуации. В результате проблема остается фактически нерешенной. Несмотря на проведенную терапию признаки психического расстройства, травматизации, прогрессируют под влиянием стигматизации, нарастает кумулятивный стресс, и, после временного улучшения, состояние пострадавшего может даже ухудшиться.

Следует отметить, что высокая степень стигматизации в отношении различных психических расстройств, их лечения и психиатрии в целом, свойственна обществам во всех странах мира. Анализ данных 144 исследований, проводившихся в разных странах, показал, что в глобальном масштабе более 75% людей, страдающих психическими расстройствами, не получают никакого лечения. Наиболее значимыми факторами, повышающими вероятность задержки с обращением за специализированной помощью или полного отказа от терапии, являются:

1. недостаток знаний для выявления признаков психических заболеваний;
2. незнание, как получить доступ к лечению;
3. предубеждение против людей, страдающих психическими заболеваниями;
4. ожидание дискриминации в отношении людей с диагнозом психического заболевания [29].

Исследования показали, что социальная стигма в отношении лечения психических расстройств, наиболее выражена среди молодежи, мужчин, представителей этнических меньшинств и людей, работающих в военном и медицинском секторах. Основными барьерами, препятствующими обращению к психиатрам и психотерапевтам, назывались чувство личного стыда, страх публичного раскрытия, а также боязнь «сойти с ума». Глубокое желание не считаться психически больным заставляет людей откладывать посещение врача на месяцы и годы, что приводит к прогрессированию заболевания. [25,33,35].

Подводя итог, отметим, что в области высокого риска стигматизации среди пострадавших в ЧС находятся мужчины, молодежь и пожилые люди, лица с низким социально-экономическим и образовательным уровнем, безработные, живущие на пособия, получающие социальные выплаты, а также имеющие физические травмы, соматические заболевания и психические нарушения.

Внешняя стигматизация и самостигматизация, на развитие которых влияет совокупность взаимодействующих друг с другом клинических, социально-средовых и

демографических факторов, являются взаимосвязанными показателями, тесно коррелирующими с негативным влиянием на качество жизни пострадавших в ЧС и препятствующими их своевременному и полноценному лечению. В связи с этим, одной из важнейших задач терапии и реабилитации пострадавших в ЧС в современных условиях выступает профилактика и преодоление стигматизации как у самих объектов, подвергшихся травматизации, так и их семей, ближайшего окружения и общества в целом.

Литература

1. Асанбаева Э. М. Когнитивные признаки феномена стигматизации в психиатрии у представителей различных популяционных групп Кыргызской республики: дис. ... канд. мед. наук. Бишкек, 2009. 161 с.
2. Абабков В.А., Перре М., Планшерел Б. Систематическое исследование семейного стресса и копинга // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева. 1998, № 2. С. 4-8.
3. Бразевич С.С., Сидорова А.Ю. Инвалидность: проблемы преодоления стигматизации и становления толерантного сознания // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 1. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8192>
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями / Пособие для врачей и медицинских психологов. СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2009. 40 с.
5. Гофман И. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. Часть 1. Стигма и социальная идентичность. Часть 2. Контроль над информацией и социальная идентичность (главы 3-6). Перевод М.С. Добряковой. 1963.
6. Гурин И. В. Клиническая динамика и терапия посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших с ожогами: Автореф. дисс.... кан. мед. наук. Москва, 1996, 13с.
7. Гурович И.Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств // РМЖ. 2001. №25. С. 1202.
8. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. М. 1996. 198 с.
9. Дмитриева Т. Б. Альянс права и милосердия. О проблеме прав человека в психиатрии. М. : Наука, 2001. 156 с.
10. Ениколопов С.Н. Стигматизация и проблема психического здоровья // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова). М.: Московский городской психолого-педагогический университет, 2013. С. 109-121.
11. Захарова Н.М., Баева А.С., Гурин И.В., Шкурко В.В. Формирование феномена стигматизации в отношении лиц, пострадавших при чрезвычайных ситуациях у представителей различных социальных групп. // «Психология и право». 2017, Том7. No 1. С. 193-205. doi: 10.17759/psylaw.2017070116, ISSN-online: 2222-5196 ISSN12.

12. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных /Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева. 2000. №1. С.3-9.
13. Кекелидзе З.И., Бедина И.А., Тюменкова Г.В. Реинтеграция в социум лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство: в 2 т. под ред. проф. З.И. Кекелидзе. М. 2011. Т. 2. С.311-321.
14. Кекелидзе З.И., Бедина И.А., Шпорт С.В., Баева А.С., Алкеева-Костычева Е.А, Сидоров-Моисеев И.И., Цекин В.П. Клинико-социальные факторы стигматизации лиц, пострадавших при чрезвычайных ситуациях. Методические рекомендации. М.: ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России. 2015. 20 с.
15. Михайлова И.И., Судаков С.А., Ениколопов С.Н., Мясоедов С.Н. Применение кластерного анализа для описания феномена самостигматизации психически больных. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004; Т. 7(104). С. 61-65.
16. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп.// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. Т.7, № 102. С. 58-65.
17. Онищенко Н.В. Особенности психоэмоционального состояния пострадавших, переживших потерю ребенка вследствие чрезвычайной ситуации // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2014. Вып. 4(20). С. 64-70.
18. Подкорытов В.С., Кузьминов В.Н., Шепель А.Г. Больные с непсихотическими психическими расстройствами в современном обществе (данные социологического анкетирования) // Медицинские исследования. 2001. В. 1. С. 31.
19. Портнова А. А. Индигенный конфликт: неблагоприятный тип отсроченного массового реагирования на тяжелый эмоциональный стресс. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006. 106(2). С. 13-16.
20. Серебрянская Л. Я. Факторы стигматизации психически больных: Автореф. дис ... канд. психол. наук. М. 2005. 21 с.
21. Тюменкова Г.В., Бедина И.А. Проблемы стигматизации лиц, перенесших чрезвычайную ситуацию. Материалы международной конференции «Психиатрия чрезвычайных ситуаций». М. 2006. С.74-75.
22. Чрезвычайные ситуации, характерные для региона (муниципального образования), присущие им опасности для населения и возможные способы защиты от них работников организации: Методические материалы. Иркутск: ИГУПС, 2016, 26 с.
23. Allison-Bolger V.Y. The original sin of madness – or how psychiatrists can stigmatize their patients. International Journal of Clinical Practice. 1999; 53(8): 627-630.
24. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. J. R. Soc. Med. 1997; 90(11): 618-621.
25. Barney L.J., Griffiths K.M., Jorm A.F., Christensen H. Stigma about depression and its

- impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40(1): 51–54
26. *Dain N.* Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry. *Hosp. Community Psychiatry*. 1994; 45(10): 1010-1014
 27. *Freddy J.R., Donkervoet J.C.* Traumatic stress: An overview 17 of the field. In *Freddy J.R. & Hobfoll S.E. (Eds.), Traumatic stress. From theory to practice*. New York: Plenum, 1995: 3-28
 28. *Gilbert P.* Stigmatisation as a survival strategy: shame, stigma and the family: «skeletons in the cupboard and the role of shame». *Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination against People with Mental Illness* ed by A. Crisp. Royal Society of Medicine; Rev. ed. London, 2003: 123-143.
 29. *Henderson C., Evans-Lacko S., Thornicroft G.* Mental Illness Stigma. Help Seeking, and Public Health Programs. *Am J Public Health*. 2013 May; 103(5): 777–780. doi: 10.2105/AJPH.2012.301056
 30. *Kessler R.C.* Posttraumatic stress disorder the burden to the individual and to society. *J. Clin. Psychiatry*. 2000; 61: 4-12
 31. *Link B.G.* Stigma: many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* 2001; 10 (1): 8-11
 32. *Sartorius N.* Fighting stigma: theory and practice. *The Image of Madness*; ed. by Guimon J., Fisher W., Sartorius N. Basle: AC press, 1999: 96-105.
 33. *Sirey J.A., Bruce M.L., Alexopoulos G.S. et al.* Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(3): 479–481
 34. *Taylor S.E.* Adjustment of threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983: 1161-1173
 35. *Thornicroft G.* Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2008; 17(1): 14–19
 36. *Yule W., Williams R.* Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*. 1990.; 3 (2): 279-295

Factors that contribute to the stigmatization of victims in emergency situations

Gurin I. V., PhD (Medicine), senior researcher of the Department of urgent psychiatry and the help at emergency situations of the Federal State Budgetary Institution "V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation (igr.gurin@rambler.ru)

Zakharova N. M., PhD (Medicine), senior researcher of the Department of urgent psychiatry and the help at emergency situations of Federal State Budgetary Institution "V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation (natali_oslo@mail.ru)

The technique of studying of processes of stigmatization of victims in emergency is insufficiently developed now and is based on results of practical observations of certain experts and methodical adaptations. Surveying features of internal and external stigmatization which is traumatic for victims and leads to weighting of experiences, negative development of the cognitive scheme "I-in-the-event", its dynamics, the authors define them as the adverse prognostic moments in a psychotherapy of the studied category of persons. In the article there is made an attempt of survey systematization of a series of social and demographic and environmental factors which have to be known to the expert working with the victim in emergency that in due time and precisely to diagnose character of consequences of a psychological trauma, to prognosticate the course of post-stressful disorders and to plan psychocorrectional influence. There are selected the characteristics of victims in emergency (an invalidism and traumatization, age, gender factors, education level) having significant effect on stigmatization development. The author analyses some of the problems arising during a psychotherapy of patients with stigma, defines the factors increasing probability of a delay with the request for the specialized help or refusal of therapy.

Key words: emergency situation, external and internal stigmatization of victims, factors of development of post-stressful disorders, aftertreatment of victims in emergency.

References

1. Asanbaeva, Je.M. Kognitivnye priznaki fenomena stigmatizacii v psihiatrui u predstavitelej razlichnyh populjacionnyh grupp Kyrgyzskoj respubliky. Diss. kand. med.nauk. [Cognitive characteristics of the phenomenon of stigmatization in psychiatry from the representatives of various population groups in the Kyrgyz Republic. Ph.D. (Medicine) Thesis]. Bishkek, 2009. 161 p.

2. Ababkov V.A., Perre M., Plansherel B. Sistematischeskoe issledovanie semejnogo stressa i kopinga [Systematic study of family stress and coping] // *Obozrenie psikiatrii i med. psihologii im. Behtereva* [Review of psychiatry and psychology]. 1998. no. 2. pp. 4-8.
3. Brazevich S.S., Sidorova A.Ju. Invalidnost': problemy preodolenija stigmatizacii i stanovlenija tolerantnogo soznaniya. Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. 2013. Vol. 1.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8192> (Accessed 1.10.2017)
4. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R., Trifonova E.A., Shhelkova O.Ju., Novozhilova M.Ju., Vuks A.Ja. Metodika dlja psihologicheskoj diagnostiki sposobov sovladanija so stressom i problemnymi dlja lichnosti situacijami. Posobie dlja vrachej i medicinskih psihologov [Disability: problems of stigma and the formation of a tolerant consciousness]. Saint-Petersbourg: Publ. NIPNI im. V.M. Behtereva, 2009. 40 p.
5. Gofman I. Stigma: Zametki ob upravlenii isporchennoi identichnost'yu. Chast' 1. Stigma i sotsial'naya identichnost'. Chast' 2. Kontrol' nad informatsiei i sotsial'naya identichnost' [Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Part 1. Stigma and social identity. Part 2. Information control and social identity]. 1963.
6. Gurin I.V. Klinicheskaja dinamika i terapija posttravmaticheskikh stressovyh rasstrojstv u postradavshih s ozhogami. Avtoref. dis. kan. med. nauk. [Clinical dynamics and treatment of post-traumatic stress disorder in burn victims. Ph.D. (Medicine) Thesis]. Moscow, 1996, 13p.
7. Gurovich I.Ja. Vzaimodejstvie obshhemedicinskoj i psikiatricheskoj pomoshhi i stigma psikiatricheskikh rasstrojstv. [Interaction of General medical and mental health care and stigma of psychiatric disorders] // Rossiiskii meditsinskii zhurnal [Russian medical journal] 2001. Vol. 25. pp. 1202.
8. Dmitrieva T.B., Polozhegiy B.S. Kul'tural'nye i jetnicheskie problemy psihicheskogo zdorov'ja [Cultural and ethnic mental health issues]. Moscow, 1996. 198 p.
9. Dmitrieva, T.B. Al'jans prava i miloserdija. O probleme prav cheloveka v psikiatrii [the Alliance of law and mercy. On the issue of human rights in psychiatry]. Moscow: Publ. Nauka, 2001. 156 p.
10. Enikolopov S.N. Stigmatisazija i problema psihicheskogo zdorovia. Medizinskaia (klinicheskaja) psihologija: tradicii i perspektivi (k 85-letiju Yu.F. Poliyakova). [Stigma and the problem of mental health / Medical (clinical) psychology: traditions and prospects (To the 85th anniversary of Yury Fedorovich Polyakov)] Moscow: Publ. Moskovskiy gorodskoy psihologo-pedagogicheskij universitet, 2013; pp. 109-121.
11. Zaharova N.M., Baeva A.S., Gurin I.V., Shkurko V.V. Formirovanie fenomena stigmatizacii v otnoshenii lic, postradavshih pri chrezvychajnyh situacijah u predstavitelej razlichnyh social'nyh grupp. «Psihologija i pravo» [Formation of the phenomenon of stigmatization against individuals affected in emergencies from representatives of various social groups. Psychology and law psyandlaw.ru], 2017; 7(1): 193-205. doi: 10.17759/psylaw.2017070116, ISSN-online: 2222-5196 ISSN

12. Kabanov M.M., Burkovsky G.V. Reductsiya stigmatizatsii i diskriminatsii psihicheski bolnih [Reduction of stigma and discrimination of mentally ill] // *Obozrenie psikiatrii i med. Psihologii im. V.M. Behtereva [Review of psychiatry and medical psychology]*. 2000. no.1. pp. 3-9.
13. Kekelidze Z.I., Bedina I.A., Tyumenkova G.V. Reintegratsiya v sozium liz, postradavshih v chrezvichaynih situatsiyah. Psihiatria chrezvichaynih situatsiy [Clinical and social factors of the stigmatization of persons affected during emergency situations]. In Kekelidze Z.I. (ed). Moscow, 2011; Vol. 2. pp. 311-321.
14. Kekelidze Z.I., Bedina I.A., Shport S.V., Baeva A.S., Alkeeva-Kosticheva E.A. Sidorov-Moiseev I.I. Tsekin V.P. Kliniko-sotsialnie faktori stigmatizatsii lits, postradavshih pri chrezvichaynih situatsiyah. Metodicheskie rekomendatsii [Clinical and social factors of the stigmatization of persons affected during emergency situations]. Moscow: Publ. FGBU «FMITSPN» Minzdrava Rossii. 2015. 20 p.
15. Mihajlova I.I., Sudakov S.A., Enikolopov S.N., Mjasoedov S.N. Primenenie klasternogo analiza dlja opisaniya fenomena samostigmatizatsii [Use of cluster analysis to describe the phenomenon of self-stigmatization of the mentally ill] // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova [Journal of neurology and psychiatry. S. S. Korsakov]*. 2004. Vol. 7(104). pp. 61-65.
16. Mihajlova I.I., Jastrebov V.S., Enikolopov S.N. Kliniko-psihologicheskie i social'nye faktory, vlijajushhie na stigmatizatsiju psihicheski bol'nyh raznyh nozologicheskikh grupp [Clinical, psychological and social factors that affect stigmatization of mentally patients of different nosological groups] // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova [Journal of neurology and psychiatry. S. S. Korsakov]*. 2002. Vol. 7(102). pp. 58-65.
17. Onishhenko N.V. Osobennosti psihojemotsional'nogo sostojaniya postradavshih, perezhivshih poterju rebenka vsledstvie chrezvychajnoj situatsii. Filosofija. Psihologija. Sociologija [Features of psycho-emotional state of the victims, suffered the loss of a child due to emergency] // *Vestnik Permskogo universiteta [Vestnik of Perm University]*. 2014. Vol. 4(20). pp. 64-70.
18. Podkorytov V.S., Kuz'minov V.N., Shepel' A.G. Bol'nye s nepsihoticheskimi psihicheskimi rasstrojstvami v sovremennom obshhestve (dannye sociologicheskogo anketirovanija) [Patients with non-psychotic mental disorders in modern society (the data of sociological survey)] // *Medicinskie issledovanija [Medical research]*. 2001. Vol. 1. pp. 31.
19. Portnova A.A. Indigennyj konflikt: neblagopriyatnyj tip otsrochennogo massovogo reagirovaniya na tyageliy emotsionalnyj stress [An indigenous conflict as an unfavorable type of delayed mass reaction to severe emotional stress] // *Gurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova [Journal of neurology and psychiatry. S. S. Korsakov.]*. 2006. Vol. 106(2). pp.13-16.
20. Serebrijskaja, L. Ja. Faktory stigmatizatsii psihicheski bol'nyh: avtoref. dis. kand. psihol. nauk [Factors of stigmatization of the mentally ill. Ph.D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2005. 21 p.

21. Tyumenkova G.V., Bedina I.A. Problemi stigmatizatsii lits, perenessih chrezvichaynyu situaziyu. Materiali megdunarodnoy konferentsii «Psihatriya chrezvichaynih situaziyah» [Problems of stigmatization of persons who have suffered an emergency]. Moscow, 2006. pp. 74-75.
22. Chrezvychajnye situacii, harakternye dlja regiona (municipal'nogo obrazovanija), prisushhie im opasnosti dlja naselenija i vozmozhnye sposoby zashhity ot nih rabotnikov organizacii: Metodicheskie materialy [Emergency, typical of the region (municipality), the inherent danger to the population and possible ways of protection of employees of the organization: Methodical materials]. Irkutsk: Publ. IGUPS, 2016. 26 p.
23. Allison-Bolger, V.Y. The original sin of madness – or how psychiatrists can stigmatize their patients. *International Journal of Clinical Practice*. 1999. 53(8): 627-630.
24. Byrne, P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. *J. R. Soc. Med.* 1997. 90(11): 618-621.
25. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 ;40(1): 51–54
26. Dain, N. Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry. *Hosp. Community Psychiatry*. 1994; 45(10). pp. 1010-1014.
27. Freddy J.R., Donkervoet J.C. Traumatic stress: An overview 17 of the field. In Freddy J.R. & Hobfoll S.E. (Eds.), *Traumatic stress. From theory to practice*. New York: Plenum, 1995. pp.3-28.
28. Gilbert P. Stigmatisation as a survival strategy: shame, stigma and the family: «skeletons in the cupboard and the role of shame». *Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination against People with Mental Illness*. Royal Society of Medicine; ed. A. Crisp. Rev. ed. London, 2003. pp. 123-143.
29. Henderson C., Evans-Lacko S., Thornicroft G. Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *Am J Public Health*. 2013 May; 103(5): 777–780. Published online 2013 May. doi: 10.2105/AJPH.2012.301056. PMID: PMC3698814
30. Kessler R.C. Posttraumatic stress disorder the burden to the individual and to society. *J. Clin. Psychiatry*. 2000. V. 61; pp. 4-12.
31. Link, B. G. Stigma: many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* 2001. 10(1): 8-11.
32. Sartorius N. Fighting stigma: theory and practiceю *The Image of Madness*. Ed. by Guimon J., Fisher W., Sartorius N. Basle: AC press, 1999. pp. 96-105.
33. Sirey J.A., Bruce M.L., Alexopoulos G.S. et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(3): 479–481

34. Taylor S.E. Adjustment of threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983. pp. 1161-1173
35. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2008; 17(1) :14–19
36. Yule W., Williams R. Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*. 1990. 3 (2): 279-295