

УДК 616.89:616-052:616-01

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ  
МЕДИКОВ СТАРШИХ КУРСОВ К ЛИЦАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ И К ПАЦИЕНТАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ****COMPARATIVE ANALYSIS OF SENIOR MEDICAL STUDENTS' ATTITUDE  
TOWARD MENTALLY DERANGED PERSONS AND PATIENTS WITH SUICIDAL  
BEHAVIOR****В.В. Руженкова, В.А. Руженков, А.О. Пономаренко, О.И. Чурносова  
V.V. Ruzhenkova, V.A. Ruzhenkov, A.O. Ponomarenko, O.I. Churnosova**Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85

Belgorod National Research University, Russia, 308015, Belgorod, Pobedy St., 85

E-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

Аннотация. Медико-социологическим методом и модифицированной нами «Шкалой социальной дистанции Богардуса» обследовано 140 студентов медиков старших курсов на предмет отношения к лицам с психическими расстройствами и с суицидальным поведением. Выявлено стигматизирующее отношение к ним в бытовой, интимной, административно-правовой и общественно-политической сферах. В бытовой сфере более подвержены стигматизации лица с психическими расстройствами, при этом более лояльное отношение к ним присуще лицам женского пола.

У студентов-медиков имеются одинаковые установки относительно лиц с суицидальным поведением и пограничными психическими расстройствами, более мягкие, чем к пациентам с психозом. Одной из причин стигматизирующего отношения являются архаические представления о психических заболеваниях и суицидах. Лица с суицидальным поведением и пограничными психическими расстройствами студенты допускают на дистанцию более отдаленную, чем «соседи по улице», а больных психозами – даже отдаленнее, чем «жителей своего города». Будучи отражением социальной стигматизации, такие установки будут препятствовать выполнению врачебного долга по отношению к указанному контингенту пациентов. Это диктует необходимость выработки в рамках преподавания биоэтики и психиатрии дестигматизирующих установок. Кроме того, целесообразна разработка программ демистификации психиатрии и психических расстройств широкими слоями населения.

Resume. By the medico-sociological method using the "Bogardus Social Distance Scale" 140 senior medical students were examined for identifying their attitude to people with mental disorders and suicidal behavior. Stigmatizing attitude revealed relation the domestic, intimate, administrative, legal, social and political spheres. Mental illness stigma is more significant in the domestic sphere. Women are more loyal to mentally deranged persons.

Medical students have the similar mental sets towards persons with suicidal behavior, and borderline mental disorders, which are milder than towards patients with psychosis. One reason for stigmatizing attitudes is archaic concepts about mental illness and suicide. The senior students of medical faculty allow persons with suicidal behaviors and nonpsychotic disorders at the distance which is far than «the neighbors on the same street» and patients with psychotic disorders far than «citizens in my country». This paradigm, as a result of the social stigma, will obstruct the enforcement of duty of care towards these patients. This dictates the needing to develop destigmatizing measures within the teaching bioethics and psychiatry. In addition, the development of suitable programs of demystifying psychiatry and mental disorders among the general population seems important.

Ключевые слова: студенты-медики, стигматизация, социальная дистанция, психические расстройства, суицидальное поведение, дестигматизация.

Keywords: medical students, stigma, social distance, mental disorders, suicidal behavior, destigmatization.

Стигматизация лиц с психическими расстройствами как выделение индивидуума из общества по каким-либо субъективно негативным признакам в мире возникла одна из первых, когда психическое расстройство рассматривалось как наказание за грехи [Рукавишников и др., 1990; Dain, 1994]. В настоящее время стигматизация при психических расстройствах препятствует оптимальной социальной адаптации и снижает качество жизни лиц с психическими расстройствами [Sartorius, 1999].

Существующая система оказания психиатрической помощи, в том числе и суицидентам, также отягощается явлением стигматизации [Руженкова, Руженков, 2013]. Можно гово-



речь о стигматизации суицидентов в двух сферах: это стигматизация учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и стигматизация со стороны ближайшего социального окружения. Стигматизация учреждений, оказывающих специализированную помощь, является одной из причин низкого уровня диагностики суицидальных тенденций на ранних стадиях развития, что приводит к низкой обращаемости населения за помощью в кризисных ситуациях, препятствует превенции [Кедровская, 2011].

Не менее 90% лиц, совершивших суицидальные действия, страдают психическими расстройствами [WHO, 2014]. По оценкам специалистов, к 2020 году количество ежегодно совершаемых самоубийств в мире возрастет до 1,53 млн. случаев, что эквивалентно одной смерти в результате самоубийства каждые 20 секунд или одной попытке самоубийства каждые 1–2 секунды [ЮНИСЕФ, 2013]. Выжившие обнаруживают высокий уровень психологического стресса, социальной изоляции, а также имеют барьеры на пути получения помощи, усугубляющиеся депрессией [McMenamy et al, 2008].

Лица, совершившие попытки самоубийства, подвергаются общественной обструкции, имеющей продолжительную историю, берущей свое начало в религиозной дискриминации [Зеленин, 1995; Паперно, 1999]. В наше время при оказании психиатрической помощи суициденты сталкиваются с патерналистским отношением со стороны медицинского персонала, пренебрежительным или гиперпротективным – со стороны членов семьи, а также с социальными ограничениями, связанными с реализацией гражданских прав [Кедровская, 2011]. Неприятие психически больных суицидентов, предубежденное отношение к ним является причиной дополнительных страданий, препятствует включению их в общественную жизнь, ухудшает социальную адаптацию, что негативно сказывается на качестве их жизни [Серебрянская, 2005; Положий, Руженкова, 2015; Руженкова, 2015]. Наряду с этим негативные психологические, эмоциональные и социальные последствия самоубийства преследуют знакомых, родственников, коллег по работе суицидента. Они остро переживают горе от потери [Pompili et al., 2013; Omerov, 2014], подвержены развитию депрессии, посттравматического стрессового расстройства; кроме того, бремя горя усугубляется клеймом, которое может лишать их необходимой поддержки со стороны окружающих [Young et al., 2012].

Кроме того, стигма психического больного препятствует пациентам в получении общесоматической медицинской помощи, в которой они нуждаются [Lawrie et al., 1998; Druss, 2001].

В связи с этим целью исследования было изучение особенностей социальной стигматизации лиц с психическими расстройствами и пациентов с суицидальным поведением студентами-медиками старших курсов для разработки рекомендаций по дестигматизации.

### **Материал и методы исследования**

Обследована сплошная выборка, включающая 140 русскоязычных студентов-медиков 5 курса в возрасте 20–26 ( $21.9 \pm 1.0$ ) лет: 35 (25%) мужского и 105 (75%) женского пола.

Основными методами исследования были: медико-социологический (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты, включающей вопросы на стигматизацию лиц с психическими расстройствами и суицидентов в различных социальных сферах [Руженкова, 2016]), психометрический (модифицированная нами «Шкала социальной дистанции Богардуса» [Платонов, 2001]) и статистический (использовалась описательная статистика; критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса на непрерывность, отношения шансов (odds ratio) и границы 95% доверительных интервалов (CI), критерий Манна-Уитни для независимых групп рассчитывались при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.

### **Результаты исследования и обсуждение**

Выяснение наличия в анамнезе у студентов собственного суицидального поведения показало, что суицидальные попытки в анамнезе были в 3.6% случаев, а в 33.7% имели место внутренние формы (19.3% – суицидальные мысли; 11.4% – замыслы и 3% – намерения); на период обследования суицидальные мысли были у 8.6% студентов. Некоторую осведомленность в области суицидального поведения (читали специальную литературу) обнаруживали только 8% опрошенных.

Четверть респондентов – 25.7% были лично знакомы с лицами с суицидальным поведением, и только 15.7% имели опыт общения в быту с людьми с психическими расстройствами.

Изучение отношения опрошенных к суицидентам и лицам с психическим расстройством в бытовой сфере показало, что 77.9% студентов декларировали готовность поддерживать дружеские отношения даже после того, как их приятель совершит попытку самоубийства. При этом в гости к нему охотно пошли бы только 67.9% опрошенных (различия статистически не значимы).

Подавляющее большинство – 86.4% студентов – сообщили, что будут продолжать дружеские отношения с приятелем после диагностики у него психического расстройства, а в гости к нему согласилась бы пойти только половина – 51.4% ( $\chi^2=38.42$ ,  $p=0.0005$ ). К знакомым с суицидальной попыткой в анамнезе выразили готовность пойти в гости большее ( $\chi^2=7.18$ ,  $p=0.008$ ) число респондентов, чем к тем, кто страдает психическим расстройством.

Для лиц женского пола в личном отношении к суицидентам характерно определенное противоречие – несмотря на декларирование сохранения дружбы 81% опрошенными женского пола, только 64.8% охотно бы встречались с ним ( $\chi^2=6.16$ ,  $p=0.014$ ). За сохранение дружбы с приятелем, у которого выявлено психическое расстройство чаще ( $\chi^2=4.57$ ,  $p=0.033$ ) высказывались лица женского пола – 90.5%, чем мужского – 74.3%. При этом, несмотря на декларирование сохранения дружбы, только 47.6% студентов женского пола охотно пошли бы в гости к такому приятелю ( $\chi^2=43.14$ ,  $p=0.0005$ ). Приведенные данные свидетельствуют о внутреннем противоречии в отношении суицидентов и психически больных людей.

Изучение эмоционального отношения показало, что с сочувствием к знакомому человеку (соседу) с суицидальной попыткой в анамнезе отнесутся 55%; нейтрально – 30%, а отрицательные эмоции будут испытывать 15.0% опрошенных. Аналогичное отношение выявлено и по отношению к лицам с психическими расстройствами: 60%, 29.3% и 10.5% соответственно.

К коллеге по работе с суицидальной попыткой с сочувствием отнесутся 47.9% респондентов, нейтрально – 35.8%, а отрицательные эмоции будут испытывать 16.4%. Такое же отношение студенты продемонстрировали и к психически больному коллеге по работе: соответственно 60.7%, 30%, 9.3%.

К незнакомому человеку с суицидальной попыткой с сочувствием отнесутся только 26.4% опрошенных, нейтрально – 65.7% и негативно – 7.9%. К незнакомому человеку с психическим расстройством сочувствие проявят 42.9% респондентов, нейтрально-отстраненное – 43.6% и негативное – 13.6%. Сравнительный анализ эмоционального отношения показал, что к знакомым суицидентам ( $\chi^2=22.5$ ,  $p=0.0005$ ,  $OR=3.4$ ,  $95\%CI=2.0-5.8$ ) и к знакомым с психическими расстройствами ( $\chi^2=7.56$ ,  $p=0.007$ ;  $OR=2.0$ ,  $95\%CI=1.2-3.3$ ) опрошенные отнесутся более сочувственно (соответственно в 3,4 и 2 раза), чем к незнакомым. Приведенные данные свидетельствуют, что фактор знакомства оказывает благоприятное влияние на социальные установки. При этом чаще в 2 раза более сочувственно ( $\chi^2=7.63$ ,  $p=0.007$ ,  $OR=2.1$ ,  $95\%CI=1.2-3.6$ ) респонденты относятся к незнакомым лицам с психическим расстройством, чем с суицидальным поведением.

Гендерный анализ выявил, что сочувственное отношение к незнакомым людям с психическими расстройствами характерно ( $\chi^2=4.7$ ,  $p=0.03$ ) для большего числа – 48.6% – лиц женского пола, чем мужского – 25.7% случаев. Для большей части (60%) последних присуще нейтральное отношение к ним, по сравнению с женщинами – 38.1% случаев ( $\chi^2=4.3$ ,  $p=0.04$ ).

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что фактор знакомства играет существенную роль для формирования благоприятного отношения как к суицидентам, так и к лицам с психическими расстройствами.

Изучение отношения опрошенных к суицидентам и лицам с психическим расстройством в интимной сфере показало, что 40.7% из них не допускают интимных отношений с суицидентами – чаще более чем в 4 раза ( $\chi^2=9.47$ ,  $p=0.003$ ,  $OR=4.6$ ,  $95\%CI=1.6-13.4$ ) лица женского пола (48.6%), чем мужского (17.1%). При этом большее ( $\chi^2=19.7$ ,  $p=0.0005$ ,  $OR=3.1$ ,  $95\%CI=1.8-5.2$ ) число респондентов – 67.9% – утверждали, что не могли бы иметь интимных отношений с психически больными партнерами чаще фактически в 2 раза ( $\chi^2=14.9$ ,  $p=0.0007$ ;  $OR=5.1$ ,  $95\%CI=2.1-12.5$ ) женщины (77.1%), чем мужчины (40%). Кроме того, более пятой части – 22.1% – обследованных полагают, что человек, который пытался покончить с собой, не может быть полноценным сексуальным партнером. Такой точки зрения в отношении психически больных придерживается большее ( $\chi^2=15.4$ ,  $p=0.0007$ ,  $OR=2.9$ ,  $95\%CI=1.7-5.0$ ) число респондентов – 45%, они же откажутся от секса как с суицидентом, так и с психически больным. Не воспринимают лиц с психическими расстройствами как полноценных сексуальных партнеров чаще ( $\chi^2=13.17$ ,  $p=0.001$ ,  $OR=5.7$ ,  $95\%CI=2.0-16.9$ ) лица женского пола (54.3% случаев), чем мужского (17.1%, с вероятностью более чем в 5 раз чаще). Важно отметить, что в ряде случаев



выявлены архаичные представления студентов относительно генеза суицидального поведения и психических расстройств. Так, 5.7% студентов считали, что от сексуального партнера можно заразиться нежеланием жить, а 4.3% – что можно заразиться психическим расстройством. Такая точка зрения не способствует формированию конструктивного отношения.

Что касается семейной сферы, то 90% опрошенных полагали, что человек, супруг которого совершил попытку самоубийства или заболел психическим расстройством, должен оказывать ему всяческую поддержку. На развод в качестве дальнейших действий указали лишь 4.3% обследованных в случае суицидального поведения и 7.1% – психического заболевания. Советовали не обращать внимания на случившееся 3.6% опрошенных, а «ругать» и «наказывать» за попытку самоубийства – 2.1% респондентов.

Подавляющее большинство опрошенных считали, что человек, ребенок которого совершил попытку самоубийства или заболел психическим расстройством, должен оказывать ему всяческую поддержку – 92.1% и 95% соответственно. В остальных случаях были неконструктивные высказывания. Обследованные высказали мнение, что «семья, в которой один из супругов совершил попытку самоубийства (57.1%) или заболел психическим расстройством (61.4%), неполноценна». При этом более половины – 51.1% опрошенных полагали, что заключать брак с человеком с психическим расстройством и треть – 35% с суицидентом ( $\chi^2=7.7$   $p=0.007$   $OR=2.0$   $95\%CI=1.2-3.4$ ) не стоит. Приведенные цифры свидетельствуют, что с точки зрения студентов-медиков шансы быть отвергнутыми в плане брака в 2 раза больше имеют лица с психическими расстройствами, чем суициденты.

Таким образом, несмотря на неприятие близких отношений с суицидентами и лицами с психическими расстройствами, большинство обследованных лояльно отнесутся к супругу или ребенку, если тот попытается покончить с собой или заболеет психическим расстройством.

В административно-правовой и общественно-политической сферах опрошенные довольно жестко ограничивали пациентов: 12.1% считали, что суициденты (и 23.6%, что психически больные люди) не должны иметь права голоса на выборах. Более трети, 38.6% респондентов не доверили бы суицидентам, а 70% – лицам с психическими расстройствами ( $\chi^2=26.6$   $p=0.0005$   $OR=3.71$   $95\%CI=2.2-6.3$ ) ответственную работу. Занимать должность руководителя среднего звена запретили бы лицам с психическими расстройствами 59.3% и суицидентам – 34.2% опрошенных ( $\chi^2=16.6$   $p=0.0006$   $OR=2.8$   $95\%CI=1.7-4.7$ ). Вероятность быть отвергнутым в качестве руководителя среднего звена почти в 3 раза выше при психических расстройствах, чем при суицидальном поведении.

Отказали бы в доверии политическому деятелю с психическим расстройством 85% опрошенных (с вероятностью в 3.5 раза чаще), а с суицидальной попыткой – 62.1% ( $\chi^2=17.65$   $p=0.0005$   $OR=3.5$   $95\%CI=1.9-6.4$ ). Остальные высказались за доверие.

Часть опрошенных придерживалась еще более жесткой позиции: считали, что «за попытку самоубийства человек должен привлекаться к уголовной ответственности» – 7.9%, а 24.3% были убеждены, что «психически больных необходимо изолировать от общества».

Пользоваться теми же гражданскими правами, что и обычный человек запретили бы лицам с психическими расстройствами – 20% опрошенных, а суицидентам – 6.4% ( $\chi^2=10.1$   $p=0.002$   $OR=3.6$   $95\%CI=1.6-8.7$ ) с вероятностью в 3.6 раза чаще. Убеждены, что не стоит создавать специализированные службы для оказания помощи суицидентам и психически больным по 9.3% респондентов. В дорогостоящей медицинской помощи отказали бы им 15% опрошенных. Показательно, что вовсе отказали бы в медицинской помощи суицидентам 3.6% респондентов, а психически больным – 10%.

Точка зрения опрошенных о профессиональной пригодности суицидентов и лиц с психическими расстройствами представлена в таблице 1.

Около половины – 52.6% обследованных – высказались в пользу запрета суицидентам работать на врачебных специальностях: от 27.9% – врачом-терапевтом до 63.6% – хирургом. Более жестко высказались респонденты в отношении запрета работы врачами лицам с психическими расстройствами: от 69.3% – терапевтом до 90% – хирургом, акушером и реаниматологом.

Около половины обследованных запретили бы суицидентам работать в сфере педагогики: от 43.6% – преподавателем вуза до 56.4% – учителем средней школы; причем более жесткая позиция была в отношении лиц с психическими расстройствами: от 76.4% до 85.7% соответственно. То же самое касается и работы в судебно-следственных органах.



Таблица 1  
Table. 1

**Мнение респондентов о работе, которой не может заниматься суицидент или человек, страдающий психическим расстройством**  
**The opinion of respondents about job that can not be dealt with Suicide or a person suffering from a mental disorder**

№ п/п	Профессия	Суицидент		Психически больной		$\chi^2$	p=	OR	95%CI
		n	%	n	%				
1	Врач-терапевт	39	27.9	97	69.3	46.45	0.0005	5.8	3.4-10.1
2	Врач-хирург	89	63.6	126	90.0	25.97	0.0005	5.15	2.6-10.4
3	Врач акушер	86	61.4	126	90.0	29.54	0.0005	5.65	2.8-11.4
4	Врач реаниматолог	86	61.4	127	90.7	31.39	0.0005	6.13	3.0-12.6
5	Врач-психиатр	68	48.6	103	73.6	17.37	0.0006	2.9	1.7-5.0
6	Учитель средней школы	79	56.4	120	85.7	27.79	0.0005	4.6	2.5-8.6
7	Преподаватель ВУЗа	61	43.6	107	76.4	17.8	0.0006	3.8	2.0-7.4
8	Бухгалтер	21	15.0	61	43.6	26.23	0.0005	4.37	2.4-8.08
9	Следователь	66	47.1	110	78.6	28.29	0.0005	4.1	2.4-7.18
10	Прокурор	74	52.9	114	81.4	24.62	0.0005	3.9	2.2-6.97
11	Судья	86	61.4	118	84.3	17.36	0.0006	3.37	1.9-6.19
12	Продавец в супермаркете	9	6.4	35	25.0	16.85	0.0006	4.85	2.1-11.4
13	Квалифицированный рабочий	20	14.3	58	41.4	24.33	0.0005	4.24	2.3-7.9

Отдельное стигматизирующее значение имеет тот факт, что быть квалифицированным рабочим не позволили бы суициденту 14.3%, а психически больному – 41.4% студентов. Нескольким более лояльнее студенты медицинского факультета отнеслись к работе лицам с психическими расстройствами и с суицидальным поведением продавцом.

Изучение отношения опрошенных к суицидентам и лицам с психическими расстройствами в духовной сфере показало, что «эгоистами» лиц, пытавшихся покончить с собой, считали значительно большее ( $\chi^2=100.07$  p=0.0005 OR=17.7 95%CI=9.2-34.4) число обследованных – 73.6%, чем лиц с психическими расстройствами – 13.6% (с вероятностью более чем в 17 раз чаще).

Значительная часть опрошенных – 26.4% – считали суицидентов и 12.1% – психически больных аморальными. Убеждены, что они не достойны снисхождения соответственно 10% и 5.7% респондентов.

При помощи модифицированной нами (приводится ниже) инструкции и стимульного материала «Шкалы социальной дистанции Богардуса» (Сонин, 2004; Сергеев, 2008) мы провели замер социальной дистанции, на которую респонденты были готовы допустить суицидентов и лиц с различным уровнем психических расстройств. В модифицированном варианте указанная шкала выглядела следующим образом.

**Инструкция:**

Прочитайте внимательно утверждения и отметьте только ОДИН пункт: насколько максимально близко Вы готовы строить продолжительные отношения с людьми, ранее пытающимися покончить жизнь самоубийством (страдающих психическим заболеванием) на следующем уровне. Выберите только одно утверждение» (табл. 2).

Таблица 2  
Table. 2

**Социальная дистанция**  
**Social distance**

№	Предпочитаемые отношения	ДА
1	Допускаете вступление в брак или родственные отношения	1
2	Готовы принять как близких друзей	2
3	Допускаете общение как с соседями по улице	3
4	Допускаете принятие как жителей Вашего города	4
5	Допускаете принятие как граждан Вашей страны	5
6	Допускаете принятие только как туристов в Вашей стране	6
7	Предпочли бы не видеть их в своей стране.	7



Анализ результатов проводили несколькими способами.

1. Считали средний балл (среднее арифметическое) и таким образом определяли социальную дистанцию (установку) группы респондентов по отношению к изучаемой социальной группе.

2. Выбирали три варианта социальной дистанции (Сергеев, 2008):

- № 1–2: Допущение вступления в брак и как близких друзей («Слияние»);
- № 3–4–5: Принятие как соседей по улице, коллег по работе, граждан страны («Толерантность»);
- № 5–6: Принятие как туристов и не видеть в своей стране («Изоляция»).

Затем определялось процентное соотношение по указанным параметрам. Таким образом, определялись количественно установки респондентов по отношению к лицам с суицидальным поведением, с пограничными психическими расстройствами и с психотическим уровнем психической патологии.

Распределение ответов опрошенных студентов по модифицированной шкале социальной дистанции Богардуса относительно отношения к лицам с суицидальным поведением, пограничными психическими расстройствами (ППР) и «серьезными психическими заболеваниями» – психозами, представлены в таблицах 3–5.

Таблица 3  
Table. 3

**Распределение ответов респондентов относительно принятия лиц с суицидальным поведением в анамнезе**  
**Distribution of respondents' answers regarding acceptance of persons with suicidal behavior in the anamnesis**

№ п/п	Наименование показателя	Распределение по полу				ВСЕГО	
		М	%	Ж	%	n	%
1	Допускают вступление в брак	13	37.1	18	17.1	31	22.1
2	Принимают как близких друзей	5	14.3	24	22.9	29	20.7
3	Допускают общение как с соседями по улице	4	11.4	17	16.2	21	15.0
4	Допускают принятие как жителей своего города	1	2.9	11	10.5	12	8.6
5	Допускают принятие как граждан своей страны	9	25.7	30	28.6	39	27.9
6	Допускают принятие как туристов в своей стране	1	2.9	2	1.9	3	2.1
7	Предпочли бы не видеть их в своей стране	2	5.7	3	2.9	5	3.6
ИТОГО		35	100	105	100	140	100

Как видно из таблицы 3, «слияние» с лицами с суицидальным поведением допускают в общей сложности 42.8% опрошенных; среди лиц мужского пола – 51.4% и женского – 40% (различия статистически не значимы). «Толерантно» относятся к суицидентам 51.5% студентов; среди лиц мужского пола – 40% и женского – 55.3% (различия статистически не значимы). Отношение по типу «изоляция» характерно для 5.7% респондентов: 8.6% лиц мужского и 4.8% лиц женского пола.

Таблица 4  
Table. 4

**Распределение ответов респондентов относительно принятия лиц с пограничным психическим расстройством («неврозом»)**  
**Distribution of respondents' answers regarding acceptance of persons with borderline mental disorder («neurosis»)**

№ п/п	Наименование показателя	Распределение по полу				ВСЕГО	
		М	%	Ж	%	n	%
1	Допускают вступление в брак	7	20.0	16	15.2	23	16.4
2	Принимают как близких друзей	10	28.6	36	34.3	46	32.9
3	Допускают общение как с соседями по улице	6	17.1	20	19.0	26	18.6
4	Допускают принятие как жителей своего города	1	2.9	6	5.7	7	5.0
5	Допускают принятие как граждан своей страны	9	25.7	22	21	31	22.1
6	Допускают принятие как туристов в своей стране	-	-	1	1	1	0.7
7	Предпочли бы не видеть их в своей стране	2	5.7	4	3.8	6	4.3
ИТОГО		35	100	105	100	140	100



Данные, приведенные в таблице 4, свидетельствуют, что «слияние» с лицами с ППР допускают в общей сложности 49.3% опрошенных (столько же, как и к суицидентам; одинаково часто среди лиц мужского – 48.6% и женского – 49.5% пола). «Толерантно» относятся к лицам с ППР 45.7% студентов (одинаково лиц мужского и женского пола). Отношение по типу «изоляция» характерно для 5.0% респондентов: 5.7% лиц мужского и 4.8% женского пола. Приведенные данные свидетельствуют, что у студентов медиков имеются одинаковые установки относительно лиц с суицидальным поведением и пограничными психическими расстройствами. Другими словами, можно заключить, что суицидальное поведение воспринимается ими как пограничное психическое расстройство.

Таблица 5  
Table. 5

**Распределение ответов респондентов относительно принятия лиц заболевших «серьезным психическим расстройством» (психозом)**  
**Distribution of respondents' answers regarding acceptance of persons sick with a «serious mental disorder» (psychosis)**

№ п/п	Наименование показателя	Распределение по полу				ВСЕГО	
		М	%	Ж	%	n	%
1	Допускают вступление в брак	1	2.9	-	-	1	0.7
2	Принимают как близких друзей	9	25.7	21	20.0	30	21.4
3	Допускают общение как с соседями по улице	5	14.3	13	12.4	18	12.9
4	Допускают принятие как жителей своего города	1	2.9	8	7.6	9	6.4
5	Допускают принятие как граждан своей страны	13	37.1	55	52.4	68	48.6
6	Допускают принятие как туристов в своей стране	2	5.7	3	2.9	5	3.6
7	Предпочли бы не видеть их в своей стране	4	11.4	5	4.8	9	6.4
ИТОГО		35	100	105	100	140	100

Как видно из таблицы 5, установка по типу «слияние» с лицами с психозами характерна для 22.1% опрошенных; среди лиц мужского пола – 28.6% и женского – 20% (различия статистически не значимы). «Толерантно» относятся к суицидентам 67.9% студентов; среди лиц мужского пола – 54.3% и женского – 72.4% (различия статистически не значимы, возможно в связи с небольшой выборкой). Отношение по типу «изоляция» характерно для 10% респондентов: 17.1% лиц мужского и 7.7% женского пола.

Анализ результатов модифицированной шкалы социальной дистанции Богардуса по среднему баллу социальной дистанции показал следующее (табл. 6).

Таблица 6  
Table. 6

**Социальная дистанция студентов-медиков относительно лиц с суицидальным поведением, пациентов с ППР и психотическими психическими расстройствами**  
**The social distance of medical students concerning to persons with suicidal behavior, patients with borderline and psychotic mental disorders**

№ п/п	Контингент	Общий балл	Мужчины	Женщины
1	Суициденты	3.2±1.7	3.0±2.0	3.3±1.7
2	Пациенты в ППР	3.0±1.6	3.1±1.8	3.0±1.6
3	Пациенты с психозом	4.2±1.5	4.1±1.8	4.2±1.4

Результаты, представленные в таблице 6, свидетельствуют, что лиц с суицидальным поведением и ППР студенты-медики допускают на дистанцию более отдаленную, чем «соседи по улице», а больных психотическими формами психических расстройств – несколько отдаленнее, чем «жителей своего города».

Различия в социальных установках студентов по отношению к лицам с суицидальным поведением и психотическими формами психических расстройств, ППР и психотическими формами психических расстройств статистически значимы (p<0.001).



### Заключение

Таким образом, в результате исследования установлено, что у студентов-медиков имеются противоречивые установки как к лицам с суицидальным поведением, так и с психическими расстройствами в бытовой сфере: декларируется положительное отношение, но не принимается дружеское общение. Более сочувственное отношение выявлено к незнакомым лицам с психическим расстройством, чем с суицидальным поведением. Выявлена выраженная стигматизация суицидентов и лиц с психическими расстройствами в интимной и семейной сферах, а также в административно-правовой и общественно-политической. Кроме того, характерна дискриминация их в профессиональной сфере в форме запретов на профессию.

У студентов-медиков имеются одинаковые установки относительно лиц с суицидальным поведением и пограничными психическими расстройствами, более мягкие, чем к пациентам с психозом. Одной из причин стигматизирующего отношения являются архаические представления о психических заболеваниях и суицидах. Лиц с суицидальным поведением и пограничными психическими расстройствами студенты допускают на дистанцию более отдаленную, чем «соседи по улице», а больных психозами – даже более отдаленно, чем «жителей своего города». Будучи отражением социальной стигматизации, такие установки будут препятствовать выполнению врачебного долга по отношению к указанному контингенту пациентов. Это диктует необходимость выработки в рамках преподавания психиатрии дестигматизирующих установок по отношению к лицам с суицидальным поведением и с психическими расстройствами и демистификации психиатрии широкими слоями населения. Модифицированная «Шкала социальной дистанции Богардуса» является эффективным инструментом изучения отношения к лицам с психическими расстройствами и с суицидальным поведением, позволяющая измерять уровень социальной стигматизации указанного контингента.

### Список литературы References

1. Зеленин Д. К. 1995. Избранные труды: очерки русской мифологии : умершие неестественною смертию и русалки. Москва, Индрик, 430.  
Zelenin D. K. 1995. *Izbrannye trudy: ocherki russkoj mifologii : umershie neestestvennoju smert'ju i rusalki.* [Selected Works: Essays of Russian mythology: who died of non-natural death and mermaids.] Moscow, Indrik, 430. (in Russian)
2. Кедровская А. С. 2011. Проблема стигматизации суицидентов как фактор, препятствующий превенции. В кн.: Материалы Всероссийской 70-й юбилейной итоговой научной студенческой конференции им. Н. И. Пирогова (Томск, 16–18 мая 2011 г.). Томск, Сиб. гос. мед. ун-т: 383–384.  
Kedrovskaja A. S. 2011. Problema stigmatizacii suicidentov kak faktor, prepjatstvujushhij prevencii. In: *Materialy Vserossijskoj 70-j jubilejnoj itogovoj nauchnoj studencheskoj konferencii im. N.I. Pirogova* (Tomsk, 16–18 maja 2011 g.). [The problem of suicide-associated stigma as obstacles to prevention: Proceedings of the 70th anniversary of the final scientific student conference them. Pirogov.]. Tomsk, Sib. State University Press: 383–384. (in Russian)
3. Паперно И. 1999. Самоубийство как культурный институт. Москва : Нов. лит. обозрение, 256.  
Paperno I. 1999. *Samoubijstvo kak kul'turnyj institut.* [Suicide as a cultural institution] Moscow : Nov. lit. obozrenie, 256. (in Russian)
4. Платонов Ю.П. 2001 Этническая психология: учебное пособие. СПб.: Речь, 320.  
Platonov J. P. 2001 *Jetnicheskaja psihologija: uchebnoe posobie.* [Ethnic psychology: a tutorial.] SPb.: Rech, 320. (in Russian)
5. Положий Б.С., Руженкова В.В. 2015. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с суицидальным поведением. Научные ведомости БелГУ, 29, 4 (201): 49–56.  
Polozhij B.S., Ruzhenkova V.V. 2015. Stigma and Self-stigma of patients with schizophrenia and schizoaf-fective disorder with suicidal behavior. *Nauchnye vedomosti BelGU* [Scientific statements BSU]. 29, 4 (201): 49–56. (in Russian)
6. Руженкова В.В. 2015. Стигматизация и самостигматизация лиц с психическими расстройствами непсихотического уровня с суицидальным поведением. Современные проблемы науки и образования, 3. URL: [www.science-education.ru/123-19725](http://www.science-education.ru/123-19725) (16.01.2017).  
Ruzhenkova V.V. 2015. Stigma and Self-stigma of persons with non-psychotic mental disorders with suicidality. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija* [Modern problems of science and education]. 3. Available at: [www.science-education.ru/123-19725](http://www.science-education.ru/123-19725) (accessed 16 January 2017) (in Russian)
7. Руженкова В.В., Руженков В.А. 2013. Медико-социальный аспект отношения медицинских сестер психиатрической больницы к суицидентам (результаты межрегионального исследования). Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 6: 11–17.



Ruzhenkova V.V., VA Ruzhenkov 2013 Medical and social aspect ratio of nurses to the psychiatric hospital to suicides (interregional study results). *Vestnik nevrologii, psichiatrii i nejrohirurgii* [Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 6: 11–17. (in Russian)

8. Руженкова В.В. 2016. Стигматизация суицидентов (клинико-социальный и реабилитационно-профилактический аспекты): Автореферат дис. ... канд. мед. наук. М., 23.

Ruzhenkova V.V. 2016. Stigmatizacija suicidentov (kliniko-social'nyj i rea-bilitacionno-profilakticheskij aspekty) [Suicide-associated stigma (clinical, social, rehabilitative and preventive aspects)]: Abstract Dis. ... candidate .med. Sciences. Moscow., 23. (in Russian)

9. Самоубийства среди детей и молодежи в Согдийской области Таджикистана. 2013. Детский Фонд ООН. Таджикистан, ЮНИСЕФ, 104.

Samoubijstva sredi detej i molodezhi v Sogdijsoj oblasti Tadzhihistana. 2013. Detskij Fond OON. [Suicides among children and youth in Sughd province of Tajikistan. 2013. The United Nations Children's Fund] Tadzhihistan, JuNISEF, 104 c. (in Russian)

10. Сергеев В. 2008. Социальная дистанция и национальные установки. Телескоп: Журнал социологических и маркетинговых исследований. 2: 57–61.

Sergeev V. 2008. Social distance and national installation. *Teleskop: Zhurnal sociologicheskikh i marketingovykh issledovanij* [Telescope: Journal of sociological and marketing research]. 2: 57–61. (in Russian)

11. Серебрянская Л.Я. 2005. Социальные представления о психически больных и психиатрии в контексте проблемы стигматизации. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 105 (3): 47–54.

Serebrijskaja L.Ja. 2005. Social representations of the mentally ill and psychiatric stigmatization in the context of the problem. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]. 105 (3): 47–54. (in Russian)

12. Сонин В.А. 2004. Шкала социальной дистанции Богардуса (вариант Л.Г. Почебут). В кн.: Психодиагностическое познание профессиональной деятельности. СПб.: 216–218.

Sonin VA 2004. The Bogardus scale of social distance (version L.G. Pochebut). In: *Psihodiagnosticheskoe poznanie professional'noj dejatel'nosti* [Psychodiagnostic knowledge of professional activity], SPb .: 216–218. (in Russian)

13. Dain N. 1994. Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry. *Hosp. Community Psychiatry*. 45 (10): 1010–1014.

14. Druss B.G., Bradford W.D., Rosenheck R.A., Radford M.J., Krumholz H.M. 2001. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*. 58 (6): 565–572.

15. Lawrie S.M., Martin K., McNeill G., Drife J., Chrystie P., Reid A., Wu P., Nammery S., Ball J. 1998. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol. Med*. 28 (6): 1463–1467.

16. McMenamy, J. M. Jordan J. R., Mitchell A. M. 2008. What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide. Life. Threat. Behav.*, 38 (4): 375–389.

17. Pompili M., Shrivastava A., Serafini G., Innamorati M., Milelli M., Erbuto D., Ricci F., Lamis D.A., Scocco P., Amore M., Lester D., Girardi P. 2013. Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian J. Psychiatry*. 55 (3): 256–263.

18. Omerov P., Steineck G., Nyberg T. 2014. Viewing the body after bereavement due to suicide: a population-based survey in Sweden. *PLoS One*, 9 (7). Art. e101799.

19. Preventing Suicide: a global imperative. 2014. Geneva : World Health Organization: 89.

20. Sartorius N. 1998. Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*. 352 (9133): 1058–1059.

21. Tal Young I., Iglewicz A., Glorioso D. Lanouette N., Seay K., Ilapakurti M., Zisook S. 2012. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin. Neurosci*. 14 (2): 177–186.