

ВЪПРОСНИК ЗА ОЦЕНКА НА АВТОСТИГМА НА ПСИХИЧНАТА БОЛЕСТ: МЕЖДУГРУПОВИ РАЗЛИКИ И НОРМИ

Анита Ферчева¹, Любомир Джалев²

¹Катедра по психиатрия, Медицински университет – София

²Нов български университет, Департамент по когнитивна наука и психология

anita.fercheva@gmail.com, ldjalev@nbu.bg

Резюме. Настоящата публикация е втората по ред, посветена на разработването и стандартизирането на един нов инструмент – Въпросника за оценка на автостигма на психичната болест. В първата публикация (Джалев и Ферчева, 2015) беше представено разработването на пилотната форма на въпросника, изследванията на скаловата му структура и на психометричните му характеристики на субскалово и скалово равнище.

Тази статия е фокусирана върху стандартизацията на въпросника. Представено е разпределението на айтемите по субскали, както и данни за тяхната ориентация при измерването на автостигмата. За адекватното определяне на вътрегруповите норми е направено предварително изследване на междугруповите различия по осем социално-демографски и индивидуални признака, наблюдавани в рамките на пилотното изследване върху извадка от 252 психично болни лица.

Като вътрегрупови норми за автостигмата на психичната болест са изведени средните стойности (M) и стандартните отклонения (SD) на баловете на групите, формирани по тези признаци, за отделните субскали и за общата скала. Такива норми са изчислени за онези субгрупи, между които е наблюдавана съществена разлика, установена чрез комплексен критерий, който включва статистическа значимост, големина на ефекта и мощност на критерия. Там, където не се наблюдава разлика или тя не удовлетворява комплексния критерий, нормите са изчислени въз основа на данните за цялата извадка. Като приложение е поместен Въпросникът за оценка на автостигма на психичната болест.

Ключови думи: стигма; автостигма; въпросник; скала; дисперсионен анализ; стандартизация; норма.

ВЪВЕДЕНИЕ

Автостигмата (или интернализираната стигма) на психична болест се определя като субективно възприятие за обезценяване, маргинализация, тайна, срам и социално отдръпване (Corrigan & Rao, 2012; Ritsher & Phelan, 2004). Тя има многобройни негативни въздействия върху индивидите като дълбоко психологично неблагоприятно, намалено качество на

живот, деморализация, чувство за безнадejдност, ниска самооценка и самоефикасност, нарушена социална адаптация, намалено търсене на психиатрична помощ и социална подкрепа (Livingston & Boyd, 2010). Като цяло интернализираната стигма се разглежда като рисков фактор за неблагоприятна психична здравна прогноза (Michaels et al., 2012).

Изследванията на психиатричната стигма до скоро бяха фокусирани преди

всичко към публичните концепции за психичната болест и към негативната нагласа, която отделни индивиди или групи демонстрират към психично болните лица. В последните 10–15 години посоката на вниманието на изследователите се промени от публичната стигма към субективните преживявания на стигматизираните лица. Наблюдава се значително нарастване на научните изследвания, посветени на интернализираното преживяване на стигмата на психичната болест, както и на практическото измерване и оценка на автостигмата, предразсъдъците и дискриминацията, преживявани от хората с психични проблеми. Разработени са различни процедури инструменти за оценка, а техните характеристики и психометрични качества са представени в множество публикации (Brohan et al., 2011).

ЗАЩО Е НЕОБХОДИМА ИНСТРУМЕНТАЛНА ОЦЕНКА НА ИНТЕРНАЛИЗИРАНАТА СТИГМА?

Използването на валидни и надеждни въпросници може да помогне на специалистите да разберат повече за ролята на стигмата на живота и лечението на хората с психични проблеми. Възможно е лицата с психични проблеми да не са способни или да не искат открито да разкриват своята автостигматизираща нагласа поради това, че те частично или напълно неосъзнато стигматизират себе си. Системната оценка на автостигмата би предоставило на специалистите адекватни цели за провеждане на основни психотерапевтични интервенции, насочени към осъзнаване и коригиране на неефективните социални интеракции и поведения от страна на психично болните, както и за подобряване на връзката им с психиатричните и социални служби за рехабилитация и подкрепа (Boyd et al., 2014). Не на последно място данните от такъв род изследвания биха предоставили емпирични доказателства за ефективността на психотерапевтичните и рехабилитационни интервенции, както и от проведени антистигма кампании.

СКАЛОВА СТРУКТУРА НА ВЪПРОСНИКА ЗА ОЦЕНКА НА АВТОСТИГМА НА ПСИХИЧНАТА БОЛЕСТ. АДМИНИСТРИРАНЕ НА ВЪПРОСНИКА

Въпросникът за оценка на автостигмата на психичната болест е разработен въз основа на айтемите на два съществуващи инструмента: Скала за интернализирана стигма на психичната болест (Internalized Stigma of Mental Illness, ISMI) (Ritsher et al., 2003) и Скала за стигма (The Stigma Scale, SS) (King et al., 2007). По-подробно описание на двата въпросника е представено в предишна статия на авторите (Джалев и Ферчева, 2015). Тук ще обърнем внимание на тяхното широко приложение за научно-изследователски и клинични цели в много различни страни и култури.

В публикуван обзор авторите на Скалата за интернализирана стигма на психичната болест (ISMI) показват, че тя може да се разглежда като надежден и валиден инструмент с установени отлични психометрични характеристики, който е един от най-широко използваните инструменти за оценка на автостигма. В тази статия авторите съобщават за 55 съществуващи адаптации на скалата, включително в Англия, Холандия, Хърватска, Финландия, Китай, Русия, Швеция, Португалия, Етиопия и др., както и на нейни версии за депресия, злоупотреба с вещества, шизофрения, хранителни разстройства, епилепсия и др. Всички версии на скалата показват висока валидност и надеждност в условията на различни езици и култури (Boyd et al., 2014).

По-малко информация за адаптиране в други страни и култури има за Скалата за стигма (SS) на Кинг, но са публикувани достатъчно данни за добрите психометрични характеристики и на тази скала (King et al., 2007; Brohan et al., 2010). В обзорна статия върху стигмата, предразсъдъците и дискриминацията на психично болните, Брохън и сътрудници анализират 57 студии, в които са представени изследвания с общо 14 скали за оценка на личната стигма на психичната болест (Brohan et al., 2010).

Пет от тези скали, между които ISMI и SS, са предназначени специално за оценка на интернализираната стигма (автостигма). В 33% от всички студии е използвана една от тези две скали.

В цитираната по-горе статия ние представихме резултатите от пилотното изследване на факторната структура на Въпросника за оценка на автостигма на психичната болест и надеждността на отделните субскали. Данните от пилотната форма на въпросника с обем от 51 айтема бяха подложени на изследователски факторен анализ по метода на главните оси (Principal axis factoring). Резултатите от анализа дадоха основание за приемане на 4-факторен модел на изследвания феномен. За оптимизиране на модела беше приложена ортогонална ротация на факторната матрица по метода *quartimax normalized*. Субскалите, определени чрез факторния анализ, бяха подложени на последваща проверка на тяхната надеждност. Проверката беше направена чрез изследване на вътрешната консистентност на айтемите във всяка субскала, както и на общата скала, с коефициента α на Кронбах. Резултатите от анализа на надеждността позволиха редуциране на обема на пилотния въпросник до 44 айтема.

Скаловата структура на финалния вариант на въпросника (даден в приложение) включва следните субскали:

Субскала 1. Алиенация (12 айтема, $\alpha = 0.896$). Основното ѝ значение е затваряне на индивида в себе си; страх от споделяне, от разкриване, от реакцията на другите; разочарование от себе си; избягване на обсъждане на заболяването с други хора; чувство за малоценност. Айтемите, които формират субскала 1, са с номера 5, 13, 15, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 40, 43 и 44.

Субскала 2. Социално отдръпване (12 айтема, $\alpha = 0.846$). Основното значение на тази субскала е чувството на индивида за примирение; избягване на хората от общността поради страх от отхвърляне или за предпазване на близките от притеснения; чувство за социална изолация; поставяне в зависимост от другите; чувство за неадек-

ватност в нормална среда. Айтемите, които формират субскала 2, са с номера 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 27, 28 [R] и 38.

Субскала 3. Дискриминация (10 айтема, $\alpha = 0.763$), с основно значение на айтемите чувство за дискриминация у индивида поради неговите психични проблеми; отбягване, обидно или снизходително отношение от страна на хората от общността. Айтемите, които формират субскала 3, са с номера 1, 2, 4, 10, 11, 24, 25, 35, 36 [R] и 39 [R].

Субскала 4. Резистентност към стигма (10 айтема, $\alpha = 0.665$), с основно значение съзнание за собствената ценност, надрастване на психичния проблем, който се възприема като предимство; готовност за разкриване/ споделяне на психичния проблем с хората от общността. Айтемите, които формират субскала 4, са с номера 3 [R], 6 [R], 7 [R], 8 [R], 9 [R], 26 [R], 29 [R], 37 [R], 41 [R] и 42 [R].

Общата скала включва всичките 44 айтема, с коефициент на надеждност $\alpha = 0.897$.

Въпросникът е ориентиран към измерване на високите равнища на автостигма както на субскалово, така и на скалово равнище. В него са включени 13 контраиндикативни („обърнати“) айтема, маркирани по-горе със символа [R]. Всички айтеми във въпросника са от ликертов тип. Изследваните лица се самооценяват чрез 4-бална ликертова скала със следните балове: напълно несъгласен (1), несъгласен (2), съгласен (3) и напълно съгласен (4).

Суровият тестов бал се формира чрез сумиране на отговорите на и. л. на въпросите в съответната субскала или в общата скала. Преди това отговорите на лицата на контраиндикативните айтеми следва да бъдат прекодирани в обратна посока, т. е. 1→4; 2→3; 3→2 и 4→1.

АНАЛИЗ НА МЕЖДУГРУПОВИТЕ РАЗЛИЧИЯ

Наблюденията върху междугруповите различия при автостигмата на психичните заболявания имат своето самостоятелно значение, но в етапа на стандартизиране на

въпросника те имат и не по-малко важна допълнителна стойност – да служат като ориентир за определяне на вътрешногруповите норми. В анализа са включени валидните резултатите на 252 участници в изследването (от общо 262), които са пациенти на лечение в Клиниката по психиатрия към УМБАЛ „Александровска“ и в Дневен стационар към същата клиника. В рамките на изследването са наблюдавани осем социално-демографски и индивидуални признака на и. л., представени в таблица 1. заедно с групите, формирани по тези признаци. Добавени са и данни за броя на лицата в съответната група.

Извадките по отделните признаци не са балансирани, а при някои признаци те са силно небалансирани. Въпреки че тази особеност отразява структурата на цялата популация на лицата с психични заболявания на национално равнище (каквито са пациентите на клиниката и на дневния стационар), от анализа са извадени, поради малкия им обем, следните няколко групи: по признака „трудова статус“ – група „друго“ ($n = 7$); по признака „психичен

проблем“ – групи „обсесивно-компулсивно разстройство“ ($n = 1$), „хранително разстройство“ ($n = 1$) и „друго“ ($n = 1$).

Междугруповите различия са анализирани чрез серия от еднофакторни едномерни дисперсионни анализи. Независима променлива във всеки дисперсионен анализ е съответният социално-демографски или индивидуален признак, а зависима – суровият бал на и. л. по съответната субскала на Въпросника за оценка на автостигма на психичната болест („алиенация“, „социално отдръпване“, „дискриминация“ и „резистентност към стигма“). Като зависима променлива е използван и общият суров бал от въпросника.

Резултатите от дисперсионните анализи, представени в таблица 2, включват стойностите на проверяващата статистика (F) и нейните степени на свобода, както и статистическата значимост (p) на теста. Към резултатите от тестовете, при които се наблюдава статистическа значимост на ниво $\alpha = 0.05$, са добавени и данни за големината на наблюдавания ефект, която показва неговата практическа значимост, и

ТАБЛИЦА 1

СТРУКТУРА НА ИЗВАДКАТА ПО СОЦИАЛНО-ДЕМОГРАФСКИ И ИНДИВИДУАЛНИ ПРИЗНАЦИ

Пол	Възраст	Образование	Семеен статус	Трудова статус
жена ($n=140$)	18–24 г. ($n=23$)	основно ($n=14$)	сам ($n=37$)	на платена работа ($n=62$)
мъж ($n=112$)	25–34 г. ($n=59$)	средно ($n=158$)	с родители ($n=122$)	безработен, търси работа ($n=67$)
	35–44 г. ($n=161$)	висше ($n=80$)	с партньор/ съпруг ($n=93$)	дълготрайно безработен ($n=19$)
	45–64 г. ($n=9$)			пенсиониран по болест ($n=82$)
				учещ ($n=15$)
				друго ($n=7$)

Психичен проблем	Сериозност на проблема	Продължителност на заболяването
депресия ($n = 63$)	много сериозен ($n = 98$)	до 1 година ($n = 19$)
афективно разстройство ($n = 59$)	средно сериозен ($n = 115$)	от 1 до 5 години ($n = 89$)
шизофрения ($n = 82$)	не е сериозен ($n = 39$)	от 6 до 10 години ($n = 61$)
обсесивно-компулсивно разстройство ($n = 1$)		от 11 до 20 години ($n = 63$)
личностово разстройство ($n = 6$)		над 20 години ($n = 20$)
тревожност ($n = 39$)		
хранително разстройство ($n = 1$)		
друго ($n = 1$)		

за статистическата мощност на съответния тест. Като мярка за оценка на големината на ефекта в еднофакторния дисперсионен анализ се използва коефициентът частична ета на квадрат (η_p^2), който, при еднофакторния дизайн, представлява дела на вариацията във всяка зависима променлива

(субскалите във Въпросника за оценка на автостигмата) която се дължи на съответната независима променлива (социално-демографските и индивидуални фактори).

Данните в горната таблица разкриват интересна картина на мрежата от взаимовръзки между различните социално-

ТАБЛИЦА 2
РЕЗУЛТАТИ ОТ ДИСПЕРСИОННИТЕ АНАЛИЗИ

Социално-демографски/индивидуален признак	Субскала				
	Алиенация	Социално отдръпване	Дискриминация	Резистентност	Обща ускала
Пол	F(1, 250)=0.30 p=0.58	F(1, 250)=1.65 p=0.20	F(1, 250)=0.15 p=0.70	F(1, 250)=4.13 p=0.04* $\eta_p^2=0.02$ power=0.53	F(1, 250)=0.00 p=0.98
Възраст	F(3, 248)=0.67 p=0.57	F(3, 248)=0.91 p=0.44	F(3, 248)=3.26 p=0.02* $\eta_p^2=0.03$ power=0.74	F(3, 248)=1.86 p=0.14	F(3, 248)=1.18 p=0.32
Образование	F(2, 249)=0.83 p=0.44	F(2, 249)=2.79 p=0.06	F(2, 249)=0.13 p=0.88	F(2, 249)=2.48 p=0.09	F(2, 249)=1.68 p=0.19
Семеен статус	F(2, 249)=5.57 p=0.00* $\eta_p^2=0.04$ power=0.85	F(2, 249)=4.83 p=0.00* $\eta_p^2=0.04$ power=0.80	F(2, 249)=4.75 p=0.00* $\eta_p^2=0.04$ power=0.85	F(2, 249)=0.52 p=0.59	F(2, 249)=7.85 p=0.00* $\eta_p^2=0.06$ power=0.95
Трудов статус	F(4, 240)=1.77 p=0.14	F(4, 240)=6.95 p=0.00* $\eta_p^2=0.10$ power=0.99	F(4, 240)=6.62 p=0.00* $\eta_p^2=0.10$ power=0.99	F(4, 240)=2.86 p=0.02* $\eta_p^2=0.05$ power=0.77	F(4, 240)=6.84 p=0.00* $\eta_p^2=0.10$ power=0.99
Психичен проблем	F(4, 244)=5.02 p=0.00* $\eta_p^2=0.08$ power=0.96	F(4, 244)=5.05 p=0.00* $\eta_p^2=0.08$ power=0.96	F(4, 244)=5.30 p=0.00* $\eta_p^2=0.08$ power=0.97	F(4, 244)=2.30 p=0.06	F(4, 244)=6.24 p=0.00* $\eta_p^2=0.09$ power=0.99
Сериозност на проблема	F(2, 249)=16.09 p=0.00* $\eta_p^2=0.11$ power=1.00	F(2, 249)=16.36 p=0.00* $\eta_p^2=0.12$ power=1.00	F(2, 249)=9.73 p=0.00* $\eta_p^2=0.07$ power=0.98	F(2, 249)=4.90 p=0.00* $\eta_p^2=0.04$ power=0.80	F(2, 249)=22.97 p=0.00* $\eta_p^2=0.16$ power=1.00
Продължителност на заболяването	F(4, 247)=2.18 p=0.07	F(4, 247)=3.41 p=0.01* $\eta_p^2=0.05$ power=0.85	F(4, 247)=7.38 p=0.00* $\eta_p^2=0.11$ power=1.00	F(4, 247)=0.51 p=0.73	F(4, 247)=4.30 p=0.00* $\eta_p^2=0.07$ power=0.93

Забележка: стойностите на p, маркирани със знака *, са значими при $\alpha = 0.05$

демографски фактори и равнището на автостигма, в която се очертават ясно две тенденции. Първата е свързана с ефекта на независимите социално-демографски и индивидуални фактори върху автостигмата. Тук факторите се разпадат на две групи, едната от която включва първите три фактора („пол“, „възраст“ и „образование“), при които не се наблюдават междугрупови различия по по-голяма част от субскалите на въпросника, както и по общия бал. Изключение правят факторите „пол“ и „възраст“, при които се наблюдава статистически значима междугрупова разлика съответно по субскалата „резистентност“ ($p=0.04$) и „дискриминация“ ($p=0.02$). Обратно, при останалите пет фактора („семеен статус“, „трудов статус“, „психичен проблем“, „сериозност на проблема“ и „продължителност на заболяването“) се наблюдават статистически значими междугрупови различия по по-голяма част от субскалите, включително и по общата скала. В тази група се откроява факторът „сериозност на проблема“, който влияе върху всички скали на въпросника и се очертава като най-мощен предиктор на автостигмата. Втората тенденция е свързана със скалите от въпросника, върху които независимите социално-демографски фактори оказват влияние. По-често такава влияние се наблюдава върху субскалите „социално отдръпване“ и „дискриминация“, както и върху общата скала, а по-рядко – при субскалите „алиенация“ и „резистентност“.

НОРМИ ЗА АВТОСТИГМА НА ПСИХИЧНАТА БОЛЕСТ

Като вътрешногрупови норми за автостигма на психичната болест са изведени средните стойности (M) и стандартните отклонения (SD) на тестовите балове на групите, формирани по социално-демографски признаци. Нормите, представени в таблица 3, са изчислени за всеки признак и за всяка субскала от въпросника, както и за общата скала. В случаите, в които по даден признак не е наблюдавана статистически значима междугрупова разлика, съответна-

та норма е определена въз основа на цялата извадка ($N=252$). В случаите, в които е наблюдавана такава разлика, са представени нормите както за цялата извадка, така и за отделните референтни субгрупи. В тези случаи субгруповите норми са определени въз основа на обема на извадката в съответната нормативна субгрупа (виж таблица 1). При определяне на това за кои признаци и скали да бъдат изчислени групови или субгрупови норми, ние взехме под внимание не само статистическата значимост (p) на наблюдавания ефект, но и неговата големина (η_p^2) и съответната статистическа мощност ($power$) на критерия (виж таблица 2).

Коен предлага серия от практически правила за градиране на големината на ефекта (Cohen, 1988). В случаите, в които за негова оценка се използва коефициентът ета на квадрат (η^2), авторът препоръчва за малък да се разглежда ефект с големина $\eta^2=0.01$, за среден – с $\eta^2=0.06$ и за голям – с $\eta^2=0.14$ (ibid., стр. 283; 285-287). Тъй като при еднофакторния ANOVA стойностите на η^2 и η_p^2 са равни, то правилата на Коен са приложими и към резултатите от настоящето изследване. Авторът препоръчва също като долна прагова стойност на мощността на критерия да се разглежда 0.80.

Ние приехме като условие за формиране на норми на ниво референтна субгрупа $\eta_p^2 > 0.04$. Това е умерено строг критерий, малко под средното равнище, зададено от Коен, но далеч над равнището за слаб ефект. Поради това в таблица 3 за няколко признака и скали са определени норми за цялата извадка, но не и за съответните субгрупи, независимо от наблюдаваната статистически значима междугрупова разлика. Такива са факторът „пол“ и субскалата „резистентност“ ($p=0.04$, $\eta_p^2=0.02$, $power=0.53$), „възраст“ и „дискриминация“ ($p=0.02$, $\eta_p^2=0.03$, $power=0.74$). Тези два случая се характеризират, както се вижда, и със сравнително ниска мощност на критерия. При всички останали съчетания от социално-демографски фактори и скали на въпросника мощността на критерия е около или над праговата, в някои случаи достигаша до 1.00.

ТАБЛИЦА 3
ВЪТРЕШНОГРУПОВИ НОРМИ ЗА АВТОСТИГМА НА ПСИХИЧНАТА БОЛЕСТ

Социално-демографски признак	Субскала				
	Алиенация	Социално отдръпване	Дискриминация	Резистентност	Обща скала
Пол	M=30.97 SD=7.68	M=26.41 SD=6.18	M=21.17 SD=5.01	M=25.53 SD=4.64	M=103.96 SD=16.99
Възраст	M=30.97 SD=7.68	M=26.41 SD=6.18	M=21.17 SD=5.01	M=25.53 SD=4.64	M=103.96 SD=16.99
Образование	M=30.97 SD=7.68	M=26.41 SD=6.18	M=21.17 SD=5.01	M=25.53 SD=4.64	M=103.96 SD=16.99
Семеен статус за цялата извадка	M=30.97 SD=7.68	M=26.41 SD=6.18	M=21.17 SD=5.01	M=25.53 SD=4.64	M=103.96 SD=16.99
Сам	M=34.00 SD=8.59	M=28.38 SD=6.10	M=22.95 SD=5.07	–	M=110.89 SD=16.92
С родители	M=31.36 SD=7.22	M=26.87 SD=5.77	M=21.54 SD=5.14	–	M=105.57 SD=16.49
С партньор/съпруг	M=29.25 SD=7.53	M=25.00 SD=6.48	M=19.97 SD=4.54	–	M=99.10 SD=16.46
Трудов статус за цялата извадка	M=30.97 SD=7.68	M=26.41 SD=6.18	M=21.17 SD=5.01	M=25.53 SD=4.64	M=103.96 SD=16.99
На платена работа	–	M=24.52 SD=5.54	M=19.74 SD=4.61	M=25.69 SD=5.06	M=99.55 SD=14.54
Безработен, търси работа	–	M=25.36 SD=5.78	M=20.55 SD=4.18	M=25.99 SD=3.94	M=102.16 SD=15.71
Дълготрайно безработен	–	M=29.63 SD=5.05	M=22.37 SD=5.49	M=25.84 SD=4.43	M=111.47 SD=16.46
Пенсиониран по болест	–	M=28.41 SD=6.45	M=22.93 SD=5.07	M=25.89 SD=4.26	M=109.07 SD=16.38
Учащ	–	M=23.13 SD=6.58	M=17.87 SD=4.82	M=21.80 SD=6.14	M=91.00 SD=22.29
Психичен проблем за цялата извадка	M=30.97 SD=7.68	M=26.41 SD=6.18	M=21.17 SD=5.01	M=25.53 SD=4.64	M=103.96 SD=16.99
Депресия	M=31.76 SD=7.16	M=27.37 SD=6.17	M=20.25 SD=4.33	–	M=105.24 SD=16.04
Афективно разстройство	M=28.98 SD=8.78	M=24.56 SD=6.56	M=21.02 SD=4.99	–	M=98.73 SD=18.99
Шизофрения	M=32.73 SD=6.76	M=28.06 SD=5.37	M=22.98 SD=4.91	–	M=109.17 SD=14.35
Личностово разстройство	M=37.83 SD=4.88	M=28.33 SD=5.28	M=22.17 SD=5.31	–	M=116.50 SD=11.17
Тревожност	M=28.13 SD=7.60	M=24.00 SD=6.22	M=19.05 SD=5.34	–	M=97.13 SD=17.35

ТАБЛИЦА 3

Сериозност на проблема за цялата извадка	M=30.97 SD=7.68	M=26.41 SD=6.18	M=21.17 SD=5.01	M=25.53 SD=4.64	M=103.96 SD=16.99
Много сериозен	M=32.82 SD=6.74	M=28.47 SD=6.36	M=22.33 SD=5.11	M=26.61 SD=4.61	M=109.94 SD=15.43
Средно сериозен	M=31.38 SD=7.34	M=26.10 SD=5.26	M=21.16 SD=4.54	M=25.03 SD=4.18	M=103.66 SD=15.17
Не е сериозен	M=25.10 SD=8.22	M=22.18 SD=6.02	M=18.28 SD=5.03	M=24.28 SD=5.49	M=89.85 SD=17.64
Продължителност на заболяването За цялата извадка	M=30.97 SD=7.68	M=26.41 SD=6.18	M=21.17 SD=5.01	M=25.53 SD=4.64	M=103.96 SD=16.99
До 1 година	–	M=23.84 SD=5.91	M=19.53 SD=4.27	–	M=96.74 SD=15.64
От 1 до 5 години	–	M=25.47 SD=5.96	M=19.54 SD=5.07	–	M=100.38 SD=18.19
От 6 до 10 години	–	M=27.67 SD=5.40	M=21.34 SD=4.54	–	M=106.57 SD=15.00
От 11 до 20 години	–	M=26.27 SD=6.84	M=22.70 SD=4.67	–	M=105.49 SD=15.98
Над 20 години	–	M=29.55 SD=5.99	M=24.60 SD=4.82	–	M=114.00 SD=16.02

ОБСЪЖДАНЕ

В статията е представена стандартизацията на Въпросника за оценка на автостигма на психичната болест, предшествана от анализ на междугруповите различия по осем социално-демографски и индивидуални характеристики, свързани с психиатричния статус на и. л. Такива анализи са направени за всяка от четирите субскали на въпросника, а също и за общата скала.

Анализът на междугруповите различия показва, че изследваните фактори не са равностойни по силата на своя ефект върху дименсиите на интернализираната стигма. Обособяват се две групи от фактори, първата от които включва факторите „пол“, „възраст“ и „образование“, които не оказват съществено влияние върху наблюдавания феномен. Два от тях са социално-демографски, категорийни по своя характер и могат да се разглеждат като дадености,

като качествени атрибути на индивида (полът като съвкупност от биологични, социални и психологически признаци и образованието/ образователната степен като етап, обикновено отминал, от жизнения път на индивида). Наред с тези „инертни“ демографски характеристики, възрастта е динамичен фактор, който също не оказва съществено влияние върху интернализираната стигма.

Разбирането за нищожната роля на тези характеристики за преживяванията на стигма може да бъде подпомогнато от сравнението им с втората група от фактори. В нея попадат пет фактора („семеен статус“, „трудо- статус“, „психичен проблем“, „сериозност на проблема“ и „продължителност на заболяването“) със значимо въздействие върху изучавания феномен, първите два от които също са социално-демографски. Общото между тези два фактора е в това, че те предполагат някакъв тип текущо, активно-

социално взаимодействие между индивида и околната среда. Разликите между отделните субгрупи могат да бъдат обяснени с различното качество, интензивност и дълбочина на социалните взаимоотношения. Данните от таблица 3 показват, че самотно живеещите, които са лишени от близки семейни контакти, изпитват по-силно чувство на автостигма в сравнение с тези, които са обградени от семейна среда (живеят с родителите си или със съпруг/ съпруга). Психично болните, които са безработни или пенсионери, намиращи се извън определена професионално-трудова среда, също преживяват автостигмата по-силно от тези, които се радват на по-интензивни контакти в някаква организация (работят на платена работа или учат).

Останалите три фактора са свързани с психичното заболяване – с неговия вид и продължителност, както и със субективно преживяваната сериозност на проблема, независимо от диагностичната категория. В тази група се откроява индивидуалната субективна оценка на тежестта на заболяването, която влияе върху всички скали на въпросника и се очертава като най-обхватния предиктор на автостигмата. Видът на заболяването, както и неговата продължителност, също са определящи за равнището на автостигма. Лица, страдащи от шизофрения, личностово разстройство и депресия, както и тези с по-продължителна история на болестта, се характеризират с по-високи равнища на автостигма в сравнение с тези от останалите субгрупи.

Друг интересен аспект на получените резултати е свързан с диференциацията на скалите на въпросника по отношение на влиянието, което търпят от независимите социално-демографски и индивидуални фактори. По-често такова влияние, което се изразява чрез значими междугрупови различия, се наблюдава при субскалите „социално отдръпване“ и „дискриминация“, както и върху общата скала. Данните в таблица 3 показват, че по тези три скали се наблюдават междугрупови различия по петте фактора от втората група. По-рядко такива междугрупови различия се наблюда-

ват при субскалите „алиенация“ и „резистентност“.

Можем да резюмираме, че интернализацията преживяване за стигма на психичната болест е детерминирано преди всичко от фактическото състояние на социалната изолация/ социално включване на индивида и от спецификата на психичното заболяване, най-вече от субективно възприетие за неговата дълбочина. То се изразява най-често чрез (1) социалното отдръпване – чувството у индивида за примирение; избягване на хората от общността поради страх от отхвърляне или за предпазване на близките от притеснения; чувството за социална изолация; поставяне в зависимост от другите, както и чувството за неадекватност в нормална среда и (2) чувството за дискриминация у индивида поради неговите психични проблеми; отбягването, обидното или снизходително отношение от страна на хората от общността.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпросникът за оценка на автостигма на психичната болест е емпирично базиран инструмент, чиито четири субскали, както и общата скала, се отличават с много добри психометрични характеристики. Негово съществено преимущество е това, че към проблематиката на стигмата се подхожда чрез преживяванията на самите психично болни. Чрез редица емпирични изследвания са установени множество негативни последици от интернализацията стигма като променена перцепция за собствената личност и негативна Аз-концепция; понижена самооценка и повишена депресивност; увредено социално функциониране, изразяващо се в избягващо поведение, социална изолация и влошени социалните отношения; поява на негативна симптоматика и влошаване на психиатричните симптоми; понижено търсене на терапия и слаба мотивация за лечение.

Въпросникът би бил полезен инструмент за оценка на автостигмата на психичната болест. Неговото използване както в клиничната практика, така и за научни из-

следвания, би позволило на специалистите да разширят своите познания за влиянието на интернализираната стигма върху поведението на пациентите с психични проблеми, както и върху протичането на терапевтичния процес и възстановяването. Не на последно място, този инструмент може да се използва за оценка на ефективността на прилаганите психиатрични интервенции за редуциране на автостигмата като част от цялостната лечебна програма за преодоляване на симптомите и проявите на психичните заболявания.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ВЪПРОСНИК ЗА ОЦЕНКА НА АВТОСТИГМА НА ПСИХИЧНАТА БОЛЕСТ

Инструкция: По-долу са дадени изречения, с които хората, които имат психични проблеми, описват себе си и отношенията си с околните. Моля, прочетете внимателно всяко изречение и преценете доколко то се отнася до Вас. След това заградете с кръгче онази цифра отясно на всяко изречение, която най-точно отразява Вашето мнение, т. е. Вашето несъгласие или съгласие с казаното в това изречение. Използвайте следната скала:

1 – напълно несъгласен; 2 – несъгласен;
3 – съгласен; 4 – напълно съгласен

Постарайте се да отбележите вашето мнение за всяко изречение. Тук няма верни и неверни отговори, затова не отделяйте много време за мислене върху отделните изречения, а отбележете Вашето първо впечатление.

1. Аз съм дискриминиран(а) от здравните професионалисти заради моите психични проблеми.
2. Хората са ме избягвали заради моите психични проблеми.
3. Аз не се чувствам притеснен(а) заради моите психични проблеми.
4. Хората са ме обиждали заради моите психични проблеми.
5. Аз съм разочарован(а) от себе си, че имам психичен проблем.
6. Аз не се чувствам зле от това, че имам психични проблеми.
7. Моите психични проблеми ми помагат по-лесно да приемам другите.
8. Нямам нищо против хората, които живеят в съседство с мен, да знаят, че имам психични проблеми.
9. Аз се чувствам добре, ако ме видят на публично място с очевидно психично болен човек.
10. Аз съм дискриминиран(а) от полицията заради моите психични проблеми.
11. Ядосвам се на начина, по който хората реагират на моите психични проблеми.
12. Стереотипите за хората с психични проблеми се отнасят и до мен.
13. Притеснявам се да кажа на хората, че приемам лекарства заради психични проблеми.
14. Когато съм сред хора, които нямат психичен проблем, се чувствам не на мястото си или неадекватен(а).
15. Реакциите на хората към моите психични проблеми ме карат да се затворя в себе си.
16. Хората с психични проблеми са склонни към агресивност.
17. Заради психичния си проблем, аз имам нужда другите да взимат повечето решения вместо мен.
18. Аз избягвам да се сближавам с хора, които нямат психични проблеми, за да не ме отхвърлят.
19. Аз избягвам да говоря на хората за моите психични проблеми.
20. Хората с психични проблеми не могат да имат добър и удовлетворителен живот.
21. Аз стоя настрана от социалните ситуации, за да предпазя семейството и приятелите си от притеснения.
22. Хората могат да разберат, че имам психичен проблем, по начина, по който аз изглеждам.
23. Хората с психични проблеми не трябва да се женят.
24. Понякога чувствам, че ми говорят снизходително заради моите психични проблеми.

25. Аз съм дискриминиран(а) от работодателите заради моите психични проблеми.
26. Живеенето с психичен проблем ме направи по-устойчив(а).
27. Негативните стереотипи за хората с психични проблеми ме държат изолиран(а) от „нормалния“ свят.
28. Аз мога да имам добър и пълноценен живот, независимо от моя психичен проблем.
29. Това, че имам психични проблеми, ми помага да разбирам по-добре другите.
30. Страхувам се как другите хора ще реагират, ако разберат за моите психични проблеми.
31. Психичните проблеми, които имам, ме карат да чувствам, че животът е несправедлив.
32. Чувствам се не на мястото си в света, защото имам психичен проблем.
33. Аз чувствам необходимост да крия психичните си проблеми от моите приятели.
34. Аз се чувствам малоценен(а) в сравнение с хората, които нямат психичен проблем.
35. Когато учех, аз бях дискриминиран(а) заради моите психични проблеми.
36. Аз не съм имал(а) никакви неприятности с хората заради моите психични проблеми.
37. Психичните проблеми, които имам, ме правят по-силна личност.
38. Аз не мога да имам никакъв принос към обществото, защото имам психичен проблем.
39. Хората се отнасят с разбиране към моите психични проблеми.
40. Щях да имам по-добри шансове в живота, ако няхах психични проблеми.
41. Аз бих казал(а), че имам психични проблеми, ако кандидатствам за работа.
42. Хората с психични проблеми правят важни приноси към обществото.

43. Трудно ми е да казвам на хората, че имам психични проблеми.
44. Аз съм притеснен(а) и засрамен(а), че имам психичен проблем.

ЛИТЕРАТУРА

- Джалев, Л., Ферчева, А. (2015). Въпросник за оценка на автостигма на психичната болест. *Психологични изследвания*, 18(1), 59–72.
- Boyd, J., Adlerc, E., Otilingama, P. & Petersa, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 221–231.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G. & GAMIAN-Europe Study Group (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN – Europe study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 56–63.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10:80.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the bibehavioral sciences*. N. J., Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corrigan, P. W. & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469.
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S. & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 248–254.
- Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 71(12), 2150–2161.
- Michaels, P., López, M., Rüsche, N. & Corrigan, P. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, and Education*, 4(2), 183–194.
- Ritsher, J. & Phelan, J. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257–265.
- Ritsher, J., Otilingam, P. & Grajales, M. (2003). Internalized Stigma of Mental Illness: Psychometric Properties of a New Measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31–49.

QUESTIONNAIRE MEASURE OF SELF-STIGMA OF MENTAL ILLNESS: BETWEEN-GROUP DIFFERENCES AND NORMS

Anita Fercheva, Liubomir Djalev

Abstract. *This publication is the second one, dedicated to the development and standardization of a new instrument – Questionnaire measure of self-stigma of mental illness. In the first publication (Джалев и Ферчева, 2015) it was presented the development of the pilot form of the questionnaire, examination of its scale structure and psychometric properties on the subscale and scale level.*

This article is focused on the standardization of the questionnaire. It is presented the assignment of the items to the subscales as well as data about their orientation in measurement of self-stigma. In order to determine adequately the within-group norms, a preliminary study of between-group differences was conducted on the basis of eight socio-demographic and individual characteristics, observed in the pilot study on a sample of 252 mentally ill persons.

As within-group norms for self-stigma of mental illness were calculated means (M) and standard deviations (SD) of the scores of the groups, formed by these characteristics, for each subscale and for the total scale. Such norms were calculated for those subgroups, between which a substantial difference was observed, determined by a complex criterion. It includes the statistical significance of the result, its effect size and the power of the test. Where there was no difference or it does not meet the complex criterion, norms are calculated based on data for the whole sample. In the appendix the Questionnaire measure of self-stigma of mental illness is added.

Keywords: stigma; self-stigma; questionnaire; scale; analysis of variance; standardization; norm.

Anita Fercheva, Clinical psychologist

University Clinic of Psychiatry at Alexandrovska Hospital – Sofia
1 St. Georgi Sofiiski Str., 1431 Sofia, BULGARIA,
and Senior assistant
Department of Psychiatry, Medical University – Sofia.
✉ anita.fercheva@gmail.com

Ass. professor Liubomir Djalev, PhD in psychology

New Bulgarian University,
Department of Cognitive Science and Psychology,
21 Montevideo Str., 1618 Sofia, BULGARIA,
✉ ldjalev@nbu.bg