МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

На правах рукописи

УДК 616.895.8-008.441.45:159.923

АБРАМОВ ВЛАДИМИР АЛЕКСЕЕВИЧ

ОСОБЕННОСТИ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ САМОСТИГМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

14.01.06 – психиатрия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Экземпляр идентичный всем
существующим у ученого секретаря
Диссовета Д 01.026.06

Научный руководитель:
профессор кафедры психиатрии,
наркологии и медицинской
психологии, ГОО ВПО ДОННМУ
ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО
д.мед.н., проф.
Ряполова Татьяна Леонидовна

Ученый секретарь Коценко Ю.И.

Донецк – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ…….……..…...3
РАЗДЕЛ 1. СТИГМАТИЗАЦИЯ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПСИХИАТРИИ…….11
РАЗДЕЛ 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ……..36
РАЗДЕЛ 3. СООТНОШЕНИЕ УРОВНЕЙ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ С СУБЪЕКТИВНЫМ ЖИЗНЕННЫМ ПРОСТРАНСТВОМ ЛИЧНОСТИ И НЕГАТИВНЫМИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ …….48
РАЗДЕЛ 4. ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, МЕХАНИЗМЫ И ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ САМОСТИГМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ……..……67
РАЗДЕЛ 5. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕСУРСНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА УРОВЕНЬ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ……..……100
РАЗДЕЛ 6. СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ САМОСТИГМЫ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ…….……..….133
ЗАКЛЮЧЕНИЕ……...…156
ВЫВОДЫ…….....165
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ…….…….....168

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. В настоящее время самостигматизация рассматривается как смыслообразующее понятие, процессуально связанное с целым рядом социально-психологических и клинико-психопатологических феноменов, представляющих собой субъективный аспект стигматизации - процесса выделения, обесценивания и отчуждения обществом особой «категории» больных с психиатрическим диагнозом (Birne P., 2000; Fink F.J., 1999; Holmes P., 1998). Самостигматизация (СС) - это реакция больного на стигматизацию со стороны общества, а также результат осознания и принятия пациентом негативных стереотипов и предубеждений о его заболевании, согласия с ними и применения их к самому себе (Тараканова Е.А. и соавт., 2010; Corrigan P.W. et al, 2009; Link B.G. et al., 1997).

В ряде исследований было установлено, что самостигматизация больных шизофренией отражает процесс формирования субъективных представлений о «дефектности», несостоятельности, утрате целостности личности, чувства собственного достоинства и неотделимости от психического расстройства (Осокина О.И, 2009; Anthony W.A. et al., 1995), опасений дискриминации, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации (Михайлова И.И., 2005; Link B.G. et al., 1997), формирования новой (девиантной, маргинальной) идентичности (Скрипка Е.Ю., 2012; Антохин Е.Ю. и соавт, 2008; Ястребов В.С. и соавт., 2005; Link B.G. et al., 2001). Больные, усвоившие стереотипы психического заболевания, испытывают потерю самоуважения и самоэффективности (Ritsher J.B. et al., 2003, 2004; Markovitz F.E., 1998; Rosenfield S.,1997), страдают от феномена стигматизации больше, чем от проявлений самого психического расстройства (Hinshaw V., 2007; Серебрийская Л.Я. и соавт., 2004). Это оказывает негативное влияние на такие специфические сферы качества жизни как удовлетворенность работой, жильем, здоровьем, финансовым положением

(Vegel D.L., 2006; Markovitz F.E., 2001), способность реализации жизненных целей (Vanth R., 2007; Capinello S.E., 2000). Значительны социальные последствия самостигматизации больных шизофренией в виде невосполнимого дефицита социальных возможностей и перспектив (Польская Н.А., 2004; Ястребов В.С., 2001; Финзен А., 2001; Stengler K., 2001; Byrne P.B., 2000; Phelan G. et al., 1998; Thomson M., 1997).

До настоящего времени не достигнуто единства в разработке клинической типологии и этапов формирования самостигмы у больных шизофренией (Блохина О.А. и соавт, 2005; Аведисова А.С. и соавт., 2005; Белинская Е.П. и соавт., 2003; Кабанов М.М., 2001). При описании структурно-содержательных характеристик самостигматизации больных шизофренией отсутствует глубокий анализ механизмов негативной стигматизирующей атрибуции личности и деструктивных изменений идентичности и личностных ресурсов. Лишь в единичных работах приведены данные о манифестных проявлениях стигматообразования у больных шизофренией (Tarrier N. et al., 2007; Birchwood M. et al., 2007). К числу недостаточно изученных относятся вопросы, связанные с исследованием роли ресурсных возможностей личности и социальной поддержки больных в преодолении стигмы.

Из этого следует актуальность изучения особенностей и механизмов формирования самостигмы у больных шизофренией, а также необходимость разработки эффективной системы дестигматизации этого контингента больных.

Связь работы с научными программами, планами и темами. Диссертационная работа выполнена в рамках НИР кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» «Психологические ресурсы личности и их активация у больных с психическими расстройствами, обусловленными переживанием травматического стресса военного времени и экстремальными условиями жизнедеятельности (гендерно-возрастные аспекты)» (номер госрегистрации УН 16.02.20). Автором выполнен раздел исследований по изучению механизмов и особенностей стигматизации и самостигматизации

больных шизофренией, а также по разработке комплекса дестигматизационных мероприятий.

Тема диссертации и научный руководитель утверждены на заседании ученого совета ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (протокол №4 от 21 ноября 2016 года).

Цель исследования. На основе комплексного исследования особенностей и механизмов формирования самостигмы у больных шизофренией разработать систему дестигматизации и восстановления идентичности личности у этого контингента.

Задачи исследования:

1. Изучить уровень и структурно-феноменологические особенности самостигмы у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.
2. Оценить взаимосвязь негативных психопатологических симптомов с выраженностью самостигмы у больных шизофренией с разной длительностью заболевания.
3. Выявить и проанализировать особенности интегративных индивидуально-психологических механизмов формирования самостигмы (экзистенциальные ресурсы, идентичность личности, субъективное отчуждение) у больных шизофренией.
4. Оценить влияние ресурсных возможностей личности и социальной поддержки на уровень самостигматизации больных шизофренией.
5. Разработать систему психологической коррекции самостигмы и восстановления идентичности личности у больных шизофренией и оценить ее эффективность.

Объект исследования: феномен самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Предмет исследования: причины и механизмы формирования самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания, система их ранней диагностики, психотерапии и психопрофилактики.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический методы и метод математической обработки результатов.

Научная новизна полученных результатов. На основе комплексного клинико-психопатологического, психодиагностического и социально-психологического исследования были получены новые данные о структурно-феноменологических особенностях и уровне самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Была изучена взаимосвязь негативных психопатологических симптомов с выраженностью самостигмы у больных шизофренией. Впервые были выделены и проанализированы индивидуально-психологические особенности и механизмы формирования самостигмы (экзистенциальная исполненность, отчуждение, кризис идентичности личности, отрицательная самоидентификация) у больных шизофренией.

Впервые было оценено влияние ресурсных возможностей личности и социальной поддержки на уровень самостигматизации больных шизофренией. Разработан комплекс мер, направленный на коррекцию самостигмы и восстановление идентичности личности у больных шизофренией и доказана его эффективность.

Теоретическая значимость полученных результатов. Дана теоретическая оценка роли личностного потенциала и индивидуально-психологических особенностей в процессах формирования самостигмы больных шизофренией. Полученные данные о структурно-феноменологических особенностях и механизмах самостигматизации положены в основу теоретического обоснования системы психологической коррекции самостигмы и восстановления идентичности пациентов с шизофренией.

Практическое значение полученных результатов. Получены результаты о нарастании уровня самостигматизации больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания, взаимовлиянии негативной симптоматики и выраженности самостигмы, роли индивидуально-психологических особенностей,

личностных ресурсов и социальной поддержки в сохранении идентичности и самостигматизации; определены особенности, механизмы и этапы формирования самостигматизации, на основании которых разработан комплекс мер, направленный на коррекцию самостигмы и восстановление идентичности личности у больных шизофренией. Показана эффективность программы дестигматизации в виде улучшения общеклинического состояния пациентов с уменьшением выраженности негативной симптоматики, снижения динамики дезинтеграции идентичности и отчужденности, повышении уровня жизнестойкости. По материалам диссертационного исследования зарегистрировано два рационализаторских предложения: «Модификация суггестивной психотерапии с использованием образно-метафорической формы подачи информации» (В.А. Абрамов, В.Ал. Абрамов, М.А. Соловьева) – Реестр №6118 от 15.03.2016г.; «Способ улучшения адаптации личности путем отработки ее бессознательных сценарных установок» (В.А. Абрамов, В.Ал. Абрамов, М.А. Соловьева) – Реестр №6119 от 15.03.2016г. Результаты исследований внедрены в деятельность кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, КЛПУ «Республиканская клиническая психиатрическая больница» г. Донецк, КЛПУ «Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр», психиатрической больницы г. Ждановка, психиатрической больницы №1 г. Макеевки.

Личный вклад соискателя. Автором проведен патентно-информационный поиск, аналитический обзор литературы, проведено клиническое и психопатологическое обследование пациентов, страдающих шизофренией с различной длительностью заболевания, проведена статистическая обработка полученных результатов, разработан и внедрен комплекс дестигматизационных мероприятий, оценена его эффективность. Описаны результаты исследования, сформулированы частные и общие выводы исследований. Диссертантом не использованы идеи и результаты исследований соавторов публикаций.

Положения, выносимые на защиту:

1. Длительность заболевания влияет на выраженность самостигматизации (СС) у больных шизофренией. Проявления феномена стигматизации тем выше, чем длительнее пациент страдает от психического расстройства.

2. О влиянии деструктивных личностных самостигматизационных реакций на формирование шизофренического дефекта свидетельствует как сопряженность выраженных негативных симптомов и значительных уровней СС, их определенное феноменологическое сходство у больных шизофренией с большей давностью заболевания, так и нерезко выраженные проявления СС у пациентов с начальными проявлениями дефицитарных расстройств.

3. Отражающие уровень самостигматизации ограничение экзистенциальных ресурсов, дезинтеграция идентичности и смыслоутрата начинают формироваться уже на ранних этапах заболевания. Дальнейшая динамика шизофренического процесса характеризуется прогрессирующим снижением экзистенциальных ресурсов, достигая уровня неисполненной экзистенции при кризисе идентичности личности как завершающей стадии стигматизации.

4. В основе формирования самостигмы у больных шизофренией лежит процесс дезинтеграции личностной идентичности, глубина которой нарастает по мере увеличения длительности заболевания. При этом значительный уровень самостигмы и дезинтеграции идентичности, а, следовательно, ухудшения качества жизни больных наблюдается уже в первые годы после первого психотического эпизода.

5. У больных шизофренией с длительными сроками заболевания и сформированной самостигмой, в отличие от больных, перенесших первый эпизод психоза и не имеющих очерченных стигматизационных признаков, интенсивность переживаний внутренней стигмы (смыслоутраты, отчуждения и т.п.) в значительной мере зависит от включенности пациентов в режим реализации личностного потенциала, характеризующегося дефицитом использования психологических ресурсов самоактуализации и жизнестойкости, а также трансформацией ресурсов совладания с преобладающим использованием

малоадаптивных копинг-стратегий конфронтации, бегства-избегания и поиска поддержки.

6. Недостаточность ресурсов позитивного социального окружения и удовлетворенности от полученной поддержки является одним из важнейших факторов формирования самостигмы и маргинализации больных шизофренией.

7. Система психологической коррекции самостигматизации и восстановления идентичности больных шизофренией предусматривает использование личностно-ориентированного психотерапевтического комплекса, ориентированного не только на преодоление основных феноменов самостигмы (экзистенциальной неисполненности, личностной беспомощности, самоотчуждения), но и активацию позитивных составляющих личностного потенциала и внешних ресурсов пациентов с шизофренией.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на следующих научных форумах: научно-практической конференции «Современные проблемы коморбидных расстройств в психиатрии» (Харьков, 2013г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Личностно-ориентированные подходы к оказанию психиатрической помощи» (Донецк, 2017г.), Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Теория и практика современной психиатрии и медицинской психологии» (Донецк, 2018г.), II международный медицинский форум Донбасса «Наука побеждать…болезнь» (Донецк, 2018г.).

Степень достоверности полученных данных. По итогам проверки первичной документации (акт проверки первичной документации от 15 марта 2019 года) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследования результаты являются достоверными.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 22 научные работы, из них 1 монография, 13 статей в научных изданиях, 4 из которых в изданиях, рекомендованных ВАК, 9 тезисов, а также 2 рационализаторских предложения.

Структура и объем работы. Диссертационная работа изложена на 192 страницах компьютерного текста и состоит из вступления, 6 разделов, заключения, выводов, списка литературы. Работа содержит 33 таблиц и 5 рисунков. Список источников литературы составляет 256 наименований.

РАЗДЕЛ 1
СТИГМАТИЗАЦИЯ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ПСИХИАТРИИ

1.1 Определение понятий «стигма» и стигматизация в психиатрии

В современных условиях социокультурный контекст и социальная политика государства по отношению к проблемам психического здоровья свидетельствует о необходимости трансформации форм и методов оказания психиатрической помощи в направлении восстановления социального благополучия и способности пациента к самореализации как важнейших составляющих его здоровья [1, 2, 3, 4]. Достижение этих целей в реальной клинической практике непосредственно связано с использованием ценностно-гуманистических подходов, препятствующих возникновению многочисленных стигматизирующих больного эффектов, существенно снижающих качество его жизни, возможность функционального восстановления и социальной интеграции [5, 6, 7, 8, 9].

Стигматизация является одной из наиболее серьезных проблем, с которыми сталкиваются люди, страдающие психическими расстройствами. В настоящее время появилось большое количество больных с относительно легким уровнем психических расстройств, которые страдают от феномена стигматизации больше, чем от проявлений самого психического расстройства [10]. Стигматизация и дискриминация, связанные с наличием у человека психического заболевания, нередко приобретают столь широкие масштабы, что не позволяют этим людям обращаться за помощью из-за страха получить позорное клеймо [11, 12]. Именно поэтому Европейская декларация и Европейский план действий по охране психического здоровья [12] в качестве приоритетных выдвигают задачи борьбы

со стигматизацией, дискриминацией и неравенством лиц с проблемами психического здоровья, а также расширения их прав и возможностей в процессе восстановления их жизнедеятельности. В первую очередь это относится к больным шизофренией, в наибольшей степени страдающим от стигмы [13, 14, 15, 16].

Стигма (клеймо, отметина, ярлык) определяется в социальной психологии как социальный или физический недостаток, отражающий негативное (позорное) свойство индивида, как признак пренебрежения или недоверия, который отделяет человека от остальных, как социальный атрибут, дискредитирующий человека или группу, считающийся своего рода пороком и вызывающий стремление наказать [17, 18].

Стигма оказывает серьезное негативное воздействие на социальное принятие затронутого индивида [19]; это знак, служащий для фиксации чего-то необычного или плохого в нравственном облике носителя этого знака [20]. Стигма лишает человека статуса полноценного, становится источником предубеждений, дискриминации, социальной изоляции стигматизированных, вызывает снижение самооценки и чувство подавленности, формирует негативную социальную идентичность и затрудняет психосоциальную адаптацию.

В соответствии с этим стигматизация — это процесс предвзятого или негативного отношения (выделения) окружающими индивидуума (или социальной группы) по факту наличия у них того или иного признака с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума или представителей данной социальной группы [21, 22].

Соответственно, стигматизация в психиатрии - это процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных и эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории «душевнобольных» [23, 24, 25, 26]. Основой стигматизации является процесс дистанцирования от больного, отражающий глубинные свойства личностной и групповой

идентификации, неизбежно предполагающей наличие «чужого» среди членов общества. Иными словами, мотивация к дистанцированию психически больного зависит от уязвимости как личности, так и общества и их направленности на самосохранение активности. Как следствие ритуалов, обеспечивающих связи внутри группы и регулирующих межгрупповые отношения, стигма является необходимым компонентом социальной идентификации. Она выступает как социальный симптом психической болезни, как онтологическое отличие психически больных от здоровых, как социокультурный запрет на ряд отношений в обществе [27, 28].

Таким образом, концептуализация понятия «стигматизация» в психиатрии свидетельствует о том, что это многоплановый социально-культурный феномен. Он возникает в результате ценностно-нормативного взаимодействия членов социальной группы или социальной общности и характеризует самоидентификацию индивида на основе «специфического» социального статуса в сообществе, выделение в нем тех или иных ярких особенностей несоответствия общепринятой норме, закрепленных в той или иной символической, как правило, вербальной, форме в виде навешиваемого «ярлыка», «этикетки», символа ничтожества [29]. Стигма психического расстройства, несмотря на то что она чаще относится к контексту, чем к внешнему виду человека, остается мощной негативной характеристикой во всех социальных отношениях [10, 30].

Наличие у пациентов с психическими расстройствами стигмы сопровождается большим количеством трудностей, проблем, социальных рисков, препятствий, унижающих человеческое достоинство. Попытки пациентов что-либо изменить, как правило, не приносят желаемого результата. Постепенно это приводит к пассивным формам поведения, утрате контроля над собственной жизнью и конкретными событиями, формированию состояния внутренней беспомощности [31, 32], которое можно рассматривать в одном контексте с феноменом «зачем пытаться» [33].

В большинстве работ, посвященных изучению различных аспектов отношения общества к психически больным [34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42],

было установлено преобладание негативных эмоциональных реакций на психически больных [43, 44, 45]. Лонгитюдные исследования позволили выявить стойкость негативных предубеждений, которые остаются практически неизменными на протяжении десятилетий [46]. Часто психическое заболевание воспринимается как что-то пугающее, постыдное, нереальное, надуманное и неизлечимое; психически больные характеризуются как опасные, непредсказуемые, ненадежные, нестабильные, ленивые, слабые, никчемные и беспомощные [47, 48]. Психические расстройства часто приписывают когнитивной или нравственной несостоятельности или наследственным факторам, для которых не существует адекватного лечения [35, 37]. В работах R.Hayward и J.A. Bright [49] был проведен литературный обзор по стигматизации людей с психическими заболеваниями, в котором авторы выделили следующие темы основных, наиболее распространенных, предубеждений против психически больных: «они опасны», «они непредсказуемы», «с ними трудно говорить», «они сами виноваты в своем заболевании», «они не могут просто взять себя в руки», «они плохо поддаются лечению».

Одним из центральных вопросов проблемы стигматизации является вопрос о том, в чем причины возникновения этого явления, какие механизмы лежат в его основе. Теоретическая разработка понятия стигматизации, как и само введение термина «стигма» принадлежит E.Goffman [50]. Он подчеркнул тот факт, что стигматизирующий признак сам по себе может быть не хорошим, не плохим, стигма - результат социального приписывания носителю этого признака определенных качеств. В связи с этим во многих исследованиях, посвященных стигматизации, акцент ставится на когнитивные представления, социальные стереотипы о психически больных [43, 44, 45].

Большинство исследований проблемы стигматизации в психиатрии сосредоточены в основном на ее проявлениях при шизофрении. Это достаточно убедительно подчеркивается не только специально проведенными исследованиями [20, 48, 51], но и историческими данными и описаниями в художественной литературе. Шизофрения под разными названиями («безумие»,

«неистовство», «бесноватость», «мания», «паранойя», «раннее слабоумие» и др.) во все времена служила моделью сумасшествия, поэтому большая часть мифов о психических заболеваниях связана именно с ней. Однако есть и работы, рассматривающие стигматизацию и в отношении больных другими психическими заболеваниями. Так, в Великобритании было проведено исследование [36], посвященное вопросу дифференцированного отношения населения к 7 наиболее распространенным психическим расстройствам. Результаты исследования показали, что наиболее подвержены стигматизации лица, страдающие шизофренией, алкогольной и наркотической зависимостями, которые оцениваются как непредсказуемые и опасные.

Стигматизация психически больных традиционно рассматривается как негативное отношение социума к больным, страдающим психическими расстройствами, характеризующееся в первую очередь дискриминацией - то есть отношением, которое отрицательно сказывается на больных. Стигматизация приводит к ухудшению возможностей социальной адаптации психически больных, к снижению качества их жизни, а также препятствует установлению доверительных отношений таких больных с врачом. Большое количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, страдают от феномена стигматизации больше, чем от проявлений самого психического расстройства [51]. Большинство американцев не желает создавать с ними семью (68%), работать в тесном сотрудничестве с ними (58%) или проводить с ними свободное время (56%) [52]. Социальные последствия действия стигмы проявляются в трудностях трудоустройства психически больного, сложностях с получением образования, социальной и медицинской помощи, с сокращением круга общения и т.д. [53, 54, 55]. Пациенты, испытывающие проявление феномена стигматизации, сталкиваются с враждебностью по отношению к себе, в которой зачастую проявляется дискриминирующий настрой окружающих [56]. Именно из-за всех перечисленных выше проблем становится ясна необходимость рассматривать дестигматизацию как один из ключевых аспектов не только социальной реабилитации, но и возможности лечения вообще.

Дискриминация наблюдается в каждом аспекте социальной и экономической жизни психически больных [26, 57, 58, 59, 60]. Она может влиять на условия, в которых живут пациенты, средства, выделяемые на охрану психического здоровья, а также на приоритетность этих проблем. Реальность социальных рисков и дискриминации по отношению к таким пациентам убедительно подтверждает высказывания одного из больных шизофренией [26]: «Для меня стигма обозначает страх, который приводит к отсутствию уверенности. Стигма - это утрата, приводящая к неразрешимой скорби... Стигма - это отсутствие доступа к ресурсам... Стигма - значит либо пребывать вне поля видимости, либо подвергаться оскорблениям, в конце концов приводящим к конфликту. Стигма - это недостаток уважения со стороны членов семьи и мучительное чувство стыда, что приводит к снижению самооценки. Стигма - это скрытность... стигма - это гнев, ведущий к отдалению. И что более важно, стигма - это безнадежность, порождающая беспомощность».

Среди исследований, посвященных стигме психической болезни, можно выделить три основных направления: стигматизация больных со стороны общества, их самостигматизация, преодоление последствий стигмы. Первое направление включает соответствующие практики, используемые в отношении психически больных родственниками, медицинским персоналом психиатрических клиник и больниц непсихиатрического профиля, представителями социальных служб, работодателями [61], представителями средств массовой информации, работниками образования и страховыми службами [60]. Самостигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь; она сопровождается чувством неполноценности и социальной несостоятельности [45]. Для преодоления стигмы психической болезни разрабатываются проекты, характерными чертами которых являются социальная толерантность, ангажированность психически больных.

Психические детерминанты процесса стигматизации рассматривались в различных теоретических аспектах. Стигматизацию, понимаемую как

предпосылка и результат предубеждений, пытались объяснить с социобиологических, психоаналитических, неопсиходинамических, необихевиористских, когнитивистских, онтогенетических, психолингвистических, социально-психологических позиций; ее механизмы раскрывали в теориях межгрупповых противоречий, социального влияния, теории «козла отпущения», «авторитарной личности» и других. На основе изученных детерминант процесса стигматизации разрабатывались подходы к дестигматизации - возвращения индивиду утраченного социального статуса.

Среди психологических механизмов, объясняющих возникновение стигмы, у больных шизофренией чаще всего описывается механизм проекции: приписывание другому (или группе других) черт, отвергаемых человеком (или референтной группой) в себе [62]. В концепции T.W. Adorno [63] приписывание какой-то категории лиц вины за все существующие беды помогает справиться с собственными внутренними конфликтами и обрести равновесие. В работе М.М. Кабанова и Г.В. Бурковского [64] высказывается предположение о том, что человек склонен представлять психическую болезнь поражающей то, что он сам считает наиболее ценным.

Стигматизация больных, страдающих психическими расстройствами, описывается как процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных и эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории «душевнобольных» [65]. Этот процесс описывается как длительный и многоаспектный, протекающий на психологическом и социальном уровнях. Развитие стигматизации проходит следующие этапы: 1) выделение и «маркирование» человека с психиатрическим диагнозом; 2) присвоение ему негативных качеств в соответствии с бытующими в данной культуре представлениями о душевнобольных; 3) отнесение его к «категории» душевнобольных, которая противопоставлена обществу и 4) последующее снижение социального статуса этого человека. Иными словами, стигма

формируется сначала определением Другого, потом называнием его «недостойным», а затем приписыванием и внушением вины тому, кто Другой за то, что он отличается [66].

Психологические последствия стигмы для самих больных подробно описаны психиатрами, социологами и психологами. Основной акцент исследователями сделан на изучении вины и стыда, возникающих у этих людей в связи с атрибутами, содержащимися в мифологии стигм [55, 67]. Понятие «стигма-осознанность» было введено Пинелом [68] для описания уровня осознания больными влияния собственной стигмы и психологических изменений, возникающих как следствие. Во многих литературных источниках также описывается близкий к этому процесс - самостигматизации [54, 55] - осознания больным наличия психиатрического диагноза, усвоения и применения к себе мифов о своем психическом заболевании, с последующим дистанцированием от потенциальных стигматизаторов; это ведет к снижению социального статуса, самооценки больных, что в свою очередь усиливает стигматизацию, т.е. этот процесс представляет собой порочный круг. Обобщая имеющийся материал, можно сделать вывод, что «реакция психически больного на стигматизацию определяется теми же факторами, что и мотивация к стигматизации (степень удовлетворенности своей жизнью, иерархия ценностей, обобщенный образ психически больного), а также клинической картиной заболевания и личностной структурой,» - это значит, что можно рассматривать стигматизацию и самостигматизацию как единый процесс [55].

1.2 Феномен самостигматизации (личной стигмы, самостигмы) у больных шизофренией как психосоциальная проблема

Важно разграничивать термины общественная стигма (то есть, «проявление обществом предрассудков и дискриминации по отношению к психически больным людям» [69]) и личная стигма (состоящая из стигмы воспринимаемой, испытываемой стигмы и самостигматизации). Восприятие или ожидание стигмы относится к убеждениям пациентов об отношении общества к ним самим и к их болезненному состоянию [70]. Стигматизация обозначает дискриминацию или ограничения, с которыми сталкиваются пациенты в повседневной жизни. Внутренняя стигма или самостигматизация определяется как принятие самим пациентом стереотипов и согласие со стигматизирующими убеждениями (то есть с общественной стигмой) [71]. Самостигматизация рассматривается как изменение идентичности, приводящее к потере прежних (позитивных) убеждений относительно самого себя, что в свою очередь приводит к таким негативным для личности последствиям, как сниженная самооценка и сниженная самоэффективность. [53].

Группой авторов [72] по электронным базам данных PubMed, Medline и WebofScience был проведен поиск на предмет распространенности, соотношений и неблагоприятных последствий личностной стигмы (то есть, воспринимаемой и испытываемой стигматизации и самостигматизации) у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Из 54 исследований, опубликованных за период с 1994 по 2011, в 23 (42,6%) приводились данные о распространенности и в 44 (81,5%) по соотношению и/или последствиям воспринимаемой или испытываемой стигматизации или самостигматизации. В среднем, у 64,5% пациентов отмечалась воспринимаемая стигма, включавшая такие показатели как межличностное взаимодействие, образ психически больного в общественном сознании, доступ к социальным ролям, дискриминацию со

стороны официальных структур. Частота воспринимаемой стигмы колебалась от 33,7% при дискриминации со стороны страховых организаций до 80% в рамках межличностных отношений. Взвешенный показатель действительно испытываемой стигмы составил 55,9% от всех пациентов со стигмой. Частота этого показателя варьировала от 6% при дискриминации со стороны официальных структур, до 87% пациентов, испытавших отвержение в межличностных отношениях [73-82]. Усредненный показатель распространенности самостигматизации (внутренней стигмы) составил 41,7% при частоте различных ее составляющих: отвержение (стыд) - 49,2%, принятие стереотипов (согласие со стереотипами) - 26,8%, снижение самооценки - 20,9%, сопротивляемость стигматизации - 52,6% больных [80, 83-87].

Изучение феномена самостигматизации и ее влияния на уровень социального функционирования и качество жизни психически больных является одной из приоритетных задач социальной психиатрии и ее личностно-ориентированного направления. Со времен E. Goffman, описавшего переживание инвалидом собственной инаковости среди окружающих, и до настоящего времени самостигматизация понимается как реакция на стигматизацию обществом, а также как результат применения к самому себе соответствующих стереотипов общественного сознания [88, 89, 90].

Понятие самостигматизации как реакции на стигматизацию было предложено B. Link [65]. Процесс принятия стигмы имеет определенный механизм развития, включает ряд последовательных этапов, приводит к деидентификации с категорией здоровых, к отнесению себя к психически больным, что проявляется дистанцированием от общества, чувством вины и стыда [90]. Самостигматизация формируется на основе психиатрического диагноза, стереотипных общественных представлений о психических болезнях применительно к себе, опасений дискриминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации [91, 92]. Однако в дальнейшем было установлено, что этот феномен представляет собой не

просто реакцию на болезнь и не только комплекс негативных эмоций по поводу болезни, а отражает сложный процесс формирования новой (девиантной, маргинальной) идентичности [93, 94, 95, 96].

Результаты научных исследований психологов, психиатров и социологов позволили сделать полноценный вывод о том, что причиной стигматизации являются не только психологические, но и социально-культурные факторы, а стигматизация относится не столько к психическим феноменам, сколько - к социальным [27], поскольку формируется внешней социальной средой.

Из этого следует, что самостигматизация относится преимущественно к понятиям, которые рассматриваются не в клиническом контексте, а социально-психологическом категориальном поле. Это нашло отражение в многочисленных определениях понятия «самостигматизация», предложенных различными исследователями:

- интернализация при принятии пациентом негативных представлений о психически больных, существующих в обществе [97];
- совокупность реакций пациента на свое заболевание и статус «психически больного» в обществе [92, 98];
- реакция на стигматизацию обществом, результат применения к себе соответствующих стереотипов общественного сознания [89, 90];
- деидентификация со здоровыми и формирование готовности категории «психически больной» в социальной и личностной сферах [99];
- реакция дефицитарной личности на заболевание и изменение своей роли в обществе, патогенетически связанная с проявлениями заболевания [100];
- процесс, складывающийся из наличия психиатрического диагноза, усвоенных мифов о психических болезнях и применения их к себе, опасений дискриминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации [91, 92, 93, 97].

- серия запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности [61, 97].

Таким образом, существует большое количество факторов (клинических, социальных, психологических), которые участвуют в формировании стигматизации и ее социальных последствий для пациента. Описано даже стигматизирующее (негативное) влияние на уровень социального функционирования больного самого факта наличия психического заболевания [101]. Следует, однако, отметить, что и в определениях, и при описании структурно-содержательных характеристик анализируемого феномена отсутствует глубокий анализ процессов распада идентичности на личностном и социальном уровнях при переходе от стигматизации к самостигме и создании больным образа себя и окружающего мира. Лишь немногие исследования посвящены поиску причин и механизмов, формирующих восприимчивость к стигме, и относящихся только к особенностям его психического статуса или жизненной ситуации [102]. В то же время, при проведении анализа структуры самостигматизации больных шизофренией наиболее ярким примером того, как происходит негативная, стигматизирующая атрибуция личности, демонстрирующая непреодолимую дистанцию между больным и обществом, является то, как в определенный момент у психически больного человека происходит формирование восприятия здоровых людей как «чужих», и на личностном уровне возникает готовность связать какое-либо явление с наличием психиатрического диагноза, чем проявляются самонесдерживающиеся деструктивные изменения идентичности личности и личностных ресурсов.

В единичных исследованиях приведены сравнительные данные об уровне стигматизации пациентов, находящихся на разных стадиях заболевания (то есть, в продромальной стадии, первом эпизоде, повторных эпизодах шизофрении). Только в двух работах сообщалось о связях с личной стигмой в первом эпизоде психоза [103, 104]. У пациентов с первым психотическим эпизодом, аналогично с хроническими больными, при наличии социальной тревожности выявлялась

повышенная воспринимаемая стигма [104]. Аналогичные результаты касательно взаимосвязи самостигматизации и социальной тревожности были выявлены у пациентов пожилого возраста с повторными приступами болезни [105].

Данные другой выборки пациентов с первым эпизодом, касательно распространенности и связи между позитивной симптоматикой и воспринимаемой стигмой [103], не отличались от результатов обследования пациентов с более поздними стадиями заболевания [106, 107].

В ряде исследований изучались факторы риска формирования самостигмы. В частности, была установлена положительная связь самостигматизации с такими факторами как: избегание вреда [107], позитивные симптомы [108, 109], социальная тревожность [105], социальное избегание, самоизоляция как способ совладания [71], понимание действия терапии [110], переживание дискриминации [111], эмоциональный дискомфорт [112]. В качестве защитных факторов (отрицательной связи) рассматривались такие факторы, как качество жизни [113, 114, 115], целенаправленность и настойчивость [107], социальная интеграция и поддержка [112, 114], комплаенс [116, 117, 118], надежда, расширение прав и возможностей [112, 118], самооценка [119, 120], социальное и профессиональное функционирование [111, 115].

При исследовании личной стигмы как прогностического фактора было обнаружено, что воспринимаемая/испытываемая стигма является предиктором для большей выраженности депрессии [113], социальной тревожности [104], самоизоляции как когнитивной стратегии [79], предиктором более низкого качества жизни, более низкой самоэффективности и самооценки [79], социального функционирования [111], меньшей поддержки и меньшего контроля над заболеванием. Самостигматизация выступала предиктором, связанным с ухудшением таких показателей, как депрессия [113], социальная тревожность [104], качество жизни [114], самооценка [71], социальное функционирование [111], надежда [121], профессиональная деятельность [115], восстановление (recovery) [122], поддержка [114] и терапевтический комплаенс [110, 117].

В категориальном поле социологии медицины феномен самостигматизации больных шизофренией как рефлексии социального статуса и как саморефлексии клинического статуса представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые накладываются больными на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности [101]. Выявлено пять структурных элементов самостигматизации, два из которых - фрустрирующие (готовность к принятию категории психически больных как маргиналов, самоутверждение в личностной сфере и в сфере глубинных эмоций), а другие три - защитные (самоидентификация с категорией душевнобольных в социальной сфере, оправдание отказа от активности наличием болезни, самоидентификация с категорией душевнобольных в профессиональной сфере [101]). При обобщении этих данных было установлено, что процесс самостигматизации включает три основных вариации: социопатическую, отражающую изменение личной идентичности больного, амбисоциальную, представляющую собой коррекцию личностной идентичности путем категоризации окружающих по признаку наличия психического заболевания и социоперсекуторную, отражающую изменение социальной идентичности [101].

P.W. Corrigan [69] в качестве социально-психологической модели самостигматизации рассматривает эффект «зачем пытаться», который, по его мнению, является всеобъемлющим явлением, охватывающим самостигму, промежуточные процессы и их воздействие на целенаправленное поведение. Этот эффект включает в себя три компонента: самостигма в результате стереотипов; медиаторы (связующее звено): самоуважение и самоэффективность; достижение жизненной цели или отсутствие таковой. Самостигма состоит из трех этапов: осознание стереотипов, согласие с ними и применение их к самому себе. Люди, усвоившие стереотипы психического заболевания, испытывают потерю самоуважения и самоэффективности [123, 124, 125, 126, 127], усваивают отношения, которые отражают обесценивание и дискриминацию (как доказал E. Goffman [50], стигма есть сигнал, который выявляет предубеждения и дискриминацию).

Самостигма, снижение самоуважения и самоэффективности не могут способствовать достижению пациентами их личных целей. Низкие показатели самоуважения оказывают негативное влияние на такие специфические сферы качества жизни, как удовлетворенность работой, жильем, здоровьем, финансовым положением [128, 129, 130, 131]. Низкая самоэффективность как когнитивный конструкт, который отражает неуверенность пациента в успешной деятельности в конкретных ситуациях [132], связана с неспособностью самостоятельной жизни, управления различными обстоятельствами, реализации жизненных целей [133, 134, 135, 136].

Вызываемое этими феноменами обесценивание пациента отражает сознание того, что общество не воспринимает человека с психическими заболеваниями. Поведенческие последствия обесценивания рассматриваются исследователями в контексте модифицированной теории маркировки [69, 133, 137], согласно которой человек может избегать ситуаций, в которых будет чувствовать себя публично презираемым и неуважаемым из-за самостигмы и низкого самоуважения. Соглашаясь со стигмой и применяя ее к самим себе, пациенты могут чувствовать себя недостойными, ничего не стоящими или неспособными достичь конкретных жизненных целей. На фоне таких пренебрежительных стереотипов к самому себе формируются эффекты «зачем пытаться».

По данным О.А. Блохиной [99] в структуре проявлений самостигматизации наиболее осознаваемыми и деструктивными изменениями являются сложности в социальной сфере, а также стремление оправдания несостоятельности болезнью. Для восстановления упорядоченного образа мира больной нуждается в новой идентификации. На начальном этапе процесса он может выбрать группу, способствующую его самореализации. Если такой группы нет или высока субъективная значимость диагноза, человек идентифицируется с группой «душевнобольных» и наделяет ее характеристиками соответственно ранее усвоенным мифам. В этом случае окружающие больного здоровые люди воспринимаются как «чужие» [138, 139], что является свидетельством перехода стигматизации в самостигматизацию. На личностном уровне, как и при

формировании стигматизирующего отношения, возникает «готовность» связать какое-либо явление с наличием психиатрического диагноза. Информацию для создания нового образа самого себя и окружающего мира больной получает, переживая симптомы заболевания, общаясь с психиатрическими службами и с другими больными, сталкиваясь с соответствующими социальными ограничениями и т.п. [140]. Количество и субъективная значимость этой информации повышают «готовность категории» и определяют ожидания. В соответствии с теорией Дж. Брунера [141], в течение определенного времени создаются представления больного о группах «здоровых» и «больных» и об их отношениях. По окончании этого процесса больной перестает воспринимать получаемую информацию как новую, интерпретируя все последующие события согласно сформированным ожиданиям. Личностная идентификация больного запрещается. При этом новое качество является самоподдерживающимся.

Для своевременного принятия дестигмационных мер представляется важным вопрос о скорости формирования «готовности категории» после установления диагноза. Согласно данным психологов и социологов время, необходимое человеку для идентификации с группой «душевнобольных», зависит от исходной готовности данной категории. М.М. Кабанов [64] считает, что значимость собственного психологического здоровья создает у человека предварительную готовность категорий с характеристикой как «здоровых», так и «душевнобольных». Заболев, человек может отождествить себя со сформированной и перманентно подкрепляемой им ранее категорией «больных», не проходя описанный здесь этап полностью. Другой важный вопрос связан с тем, что новая идентификация является внутренней потребностью больного, поэтому процесс стигматизации можно оценить только с учетом характеристик конкретного пациента.

На следующем этапе самостигматизации происходит приспособление к новым требованиям среды и подкрепление идентификации реакцией окружающих. Меняется система отношений человека к самому себе и обществу. Характерной чертой данного этапа является перестройка социального

функционирования больного. Изначально образ жизни психически больного определяется многими клиническими и социально-психологическими факторами. Он может представлять собой жизнь среди здоровых людей с новым отношением к себе и к окружающим, «экологическую нишу» в обществе психически больных в неформальном коллективе, в условиях психиатрического стационара или интерната и существование вне социума. Для понимания проблемы самостигматизации важно вторичное влияние социального положения больного на формирование и подкрепление его новой идентичности [138]. Указанные социальные факторы отличаются степенью определенности и «жесткости» внешних свидетельств принадлежности к группе и авторитарности отношений в ней. Эти ситуационные показатели со временем определяют новую личностную и социальную идентичность больного [142]. Мотивация к ее изменению исчезает. Адаптивные возможности больного стойко снижаются. Социальная уязвимость такого человека усугубляется тем, что коллективы психически больных являются по сути маргинальными [143] и лишены поддержки общества. На этом этапе самостигматизации возрастает значение профессионального, семейного, микросоциального положения больного и контакта с психиатрическими службами (в частности, частоты госпитализаций, типа стационара, стиля отношений с персоналом).

Представленная последовательность развития самостигматизации позволяет увидеть возможное многообразие реализаций охарактеризованного B. Link [65] процесса самостигматизации в зависимости от клинических, психологических и социальных факторов. Это подтверждает отсутствие прямой зависимости от психиатрического диагноза как субъективной удовлетворенности жизнью, так и стратегий поведения, касающихся положения психически больного.

Описаны различные формы самостигматизации. Так, В.С. Ястребов [144] на основе кластерного анализа данных специально разработанного опросника выделили три формы самостигматизации: аутопсихическую, компенсаторную и социореверсивную.

Аутопсихическая форма самостигматизации проявляется изменением личной идентичности больного, т.е. его представлений о своих индивидуальных признаках. Он считает причиной своей предполагаемой несостоятельности в каких-то сферах жизни болезненные изменения и, отказываясь от прежних стандартов, снижает требования к себе. При компенсаторной форме самостигматизации больной частично игнорирует проявления своего заболевания. Вместе с тем он формирует утрированные представления о несостоятельности психически больных как сообщества. Подчеркивание собственных отличий от «типичного» психического больного позволяет ему отождествляться с психически здоровыми людьми, несмотря на то что формально он признает у себя наличие психического расстройства. В его поведении это проявляется в виде стигматизации психически больных, т.е. в этой ситуации сам больной выступает как стигматизатор себе подобных.

Социореверсивная форма самостигматизации выражается в изменении социальной идентичности больного, т.е. его восприятия принадлежности к определенной социальной группе. Больной перестает отождествлять себя с сообществом здоровых и трактует отношение к нему окружающих как предвзятое. Эта форма по проявлениям сходна с самостигматизацией по B. Link и J. Phelan [65].

Я.С. Оруджевым [145, 146] описаны три типа самостигматизации при шизофрении: 1) наименьшая степень выраженности - оправдание собственной несостоятельности болезнью, предъявление к себе меньших требований; 2) средняя степень выраженности - тенденция к оправданию несостоятельности в профессиональной сфере; 3) высшая степень выраженности - актуальность факта душевного расстройства для личности, напряженная позиция в интерперсональных отношениях, особенно в профессиональной деятельности.

Клиническая типология, разработанная И.И. Михайловой [92], О.А. Гонжал [100, 147], включает дефект-ассоциированную форму самостигматизации, характерную для периода ремиссии; личностно-обусловленную - проявляющуюся истеро-ипохондрическими реакциями у относительно сохранных пациентов; и

психотическую - клинически обусловленную, характерную для этапа приступа или обострения процесса с высокой актуальностью болезненных переживаний и тенденций к бредовой интерпретации. Перечисленные формы самостигматизации рассматриваются как элементы клинического синдрома и личностной реакции на него. Различное сочетание типологических особенностей позволило [144] ранжировать больных шизофренией на диссоцнаправленную группу, группу дистанцирования от окружающих и группу нозоцентрической идентификации, а также выделить такие качественные составляющие самостигматизации, как «жертва стигмы», «деидентификация от психически здоровых», «готовность к идентификации с психически больными», «оправдание болезнью» и «генерализация стигмы» [93].

Е.Ю. Скрипкой [96] на основе контент анализа, проведенного на материале полуструктурированного интервью, выделены основные направления качественных характеристик самостигматизации больных с различными психическими расстройствами: представления о заболевании; отношение к пребыванию в стационаре; критика к своему состоянию; отношение к психически больным; представления, связанные с идентификацией себя как психически больного; ограничения в связи с заболеваниями; сокрытие фактов, подтверждающих принадлежность к психически больным; микро- и макросоциальные отношения; отношение к будущему, связанное с представлениями о болезни.

По данным О.А. Блохиной [99] к основным качественным характеристикам самостигматизации больных шизофренией относятся следующие кластеры: деидентификация со здоровыми в социальной сфере; деидентификация с категорией здоровых в личностной сфере; готовность к принятию стигмы психически больного в социальной сфере; готовность категории «психически больные как маргиналы».

Анализ наиболее характерных особенностей самостигматизации явился основанием для групповой дифференциации больных, в частности [93], выделения диссоцированной группы (оправдание ролью больного, оправдание

болезнью), группы деидентификации от окружающих (проективное дистанцирование от окружающих, принятие образа психически больного, готовность к деидентификации от окружающих) и группы нозоцентрической самоидентификации.

Уточнению и дифференциации понятия самостигматизации способствовало введение в психиатрии категории «инсайт». Эта категория в качестве целостной системы аспектов осознания психической болезни подчеркивает важность, как взаимосвязей, так и отличий между отдельными аспектами. Эти аспекты рассматриваются как эквивалентные понятиям «критика к болезни» и «критика к психопатологическим проявлениям» или как предлагающие варианты их эффективной операционализации. Понятие «самостигматизация» не эквивалентно аспекту осознания отношения третьих лиц к психической болезни, однако этот аспект дает возможность операционализации понятия «самостигматизация» как осознания негативного отношения третьих лиц к психической болезни и его принятия. Другими словами, инсайт может служить объединяющей концептуальной и методологической основой для разностороннего изучения феномена осознания психической болезни.

Таким образом, модель самостигмы и определяющие ее социально-психологические особенности характеризуются негативными процессами. Однако можно считать доказанным параллельное существование позитивного феномена в виде личностного расширения возможностей [86], противостоящего самостигме. Так, установлено, что расширение возможностей связано с высокой самооценкой, качеством жизни, социальной поддержкой, высоким уровнем социального функционирования [149, 150], а также с большинством аспектов излечения от серьезного психического заболевания [150], и обратно пропорционально коррелировало с понижением самоуважения вследствие самостигмы и социального ухода [133].

1.3 Психологические, психотерапевтические и психокоррекционные подходы к преодолению стигмы

В настоящий момент основная масса исследований, посвященных изучению феномена стигматизации в психиатрии, направлена на исследование общественного мнения касательно психических расстройств и негативного отношения общества к больным, страдающим этими расстройствами [54, 150, 151]. Из числа факторов, оказывающих влияние на стигматизацию, был выделен ряд характеристик заболевания и пациентов [152], и предложены меры для борьбы с феноменом стигматизации (со стигматизирующим отношением и дискриминирующими действиями) [153].

Вместе с тем, многие ученые приходят к выводу о невозможности найти единственный способ борьбы со стигматизацией психически больных и необходимости комплексных мер, направленных как на разные группы населения, так и на различные механизмы и способы воздействия. В странах европейского региона по инициативе ВОЗ осуществляются различные программы государственного масштаба, направленные на интеграцию больного общества и, в частности, на преодоление стигматизации и дискриминации душевнобольных [28, 34, 154, 155, 156]. Подходы к дестигматизации преимущественно делают акцент на межличностных детерминантах стигматизации, рассматривая её в структуре предубеждения [157, 158, 159]. В этом контексте можно выделить:

1) информационный подход - изменение стереотипов социальных реакций на психически больного человека за счёт донесения неискаженной и правдивой информации о психических расстройствах и их последствиях для самого больного, его семьи и общества в целом. Это предполагает широкую просветительскую работу, использование психообразовательных программ, повышение толерантности общества к «инакомыслию», «инакодействию» за счет повышения его информированности [41, 44, 154, 155, 160, 161, 162];

2) обучающий подход - обучение пациентов и их родственников способам преодоления стресса, а также опознанию пререцидивных расстройств [90, 163, 164].

Однако за последние десятилетия в связи с прогрессом в исследовании процессов стигматизации, в частности, понимания того, что самостигма резистентна к социальным формам дестигматизации, внимание исследователей переключилось с общественной стигматизации на субъективные переживания индивидов подверженных стигматизации. В ряде исследований описаны межличностные показатели, способствующие усилению или ослаблению влияния феномена стигматизации на личность [165], а также внутриличностные характеристики, опосредующие влияние стигматизации на исход выздоровления. Данный подход предполагал увеличение количества исследований, в отношении терапевтического воздействия на данные межличностных и внутриличностных характеристик пациентов, с целью снижения распространенности и негативных последствий стигматизации [166, 167].

Значительное количество исследований, посвященных внутриличностным и межличностным показателям самостигматизации и ее неблагоприятным последствиям, контрастирует с крайне недостаточным спектром вмешательств, направленных на борьбу с самостигмой у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. В одном из исследований, с участием 21 пациента с шизофренией, наблюдаемых в течение 18 недель, 6-ти недельная групповая когнитивно-поведенческая терапия не показала эффективных результатов для уменьшения воспринимаемой дискриминации, однако было выявлено значительное повышение самооценки у обследуемых больных [168]. Контрольная группа не использовалась. Во втором рандомизированном контролируемом клиническом испытании изучалось влияние 10-ти недельной культурально-адаптированной психообразовательной групповой программы на восприятие стигмы среди 48 пациентов с шизофренией и была обнаружена редукция баллов воспринимаемой дискриминации и улучшение навыков совладания [169]. В исследовании лиц с клинически повышенным риском психоза, было выявлено

снижение показателей самостигматизации при использовании общего психообразования [170].

В ряде исследований показана эффективность психотерапевтических личностно-реконструктивных методов, направленных на увеличение толерантности больных и членов их семей к проявлениям стигматизации и дискриминации; создание терапевтической среды и условий для реализации потребностей, а также ограниченных возможностей пациентов [88, 100, 147].

Эвристически полезной для выявления и коррекции самостигмы является модель «зачем пытаться» [152]. Эта модель, направленная на расширение возможностей предписывает, что «может быть сделано» для достижения цели, а не то «что не должно быть сделано». Этот вид позитивного подхода к изменению поведения обычно более успешен, чем подход, сфокусированный на дисфункции [132]. Задача здесь заключается не в устранении стигмы, а в способствовании расширению возможностей, которые улучшают достижение жизненных целей и участие в научно обоснованных лечебно-реабилитационных практиках, связанных с этими целями [150, 152]. Другим способом влияния на самостигму и эффект «зачем пытаться» является воздействие через групповую идентичность, признание рисков отождествления с негативно оцениваемой группой и выстраивание позитивной групповой идентичности [133].

Если процесс стигматизации — это движение пациента от интеграции к изоляции, дискриминации и социальному исключению, то коррекция или предупреждение этих последствий - это движение в сторону восстановления собственной идентичности и индивидуально значимых социальных ролей. Речь идет о внутренней картине выздоровления - нередко длительном личностном, вне рамок болезни и симптоматики, процессе преодоления последствий жизни с ярлыком психической болезни, вызванных болезнью ограничений, совладания с чувством утраты личностного смысла и собственной идентичности [4, 64]. Собирательное восстановление этого процесса целостности личности нашло отражение в концепции «Recovery» (от recover - восстановление, обретение себя). Наиболее надежное и информативное определение этого понятия было дано W. A.

Anthony и J. Liberman [171]: способ жить удовлетворяющей, полной надежды и приносящей пользу другим жизнью, даже при наличии ограничений, вызванных болезнью; этот способ жить включает разработку нового смысла и цели в жизни человека по мере того, как он перерастает катастрофическое влияние психической болезни. Считается, что «recovery» -это процесс, в котором личность борется для преодоления факта психического заболевания и его воздействия на чувство самоидентичности, процесс позитивной адаптации к болезни и инвалидности, тесно привязанной к самосознанию и чувству активной позиции [172]. Другие существующие в литературе определения «recovery» также используют близкие составляющие: важность обновления надежды и смысла, преодоление стигмы и других источников травматизации, связанных с психическим заболеванием, принятие на себя контроля над своей жизнью, восстановление значимой роли [173-184]. Представленная в этих работах точка зрения сосредоточена на личных и экзистенциальных аспектах противодействия стигме и выздоровления, принимающего форму субъективных и самостоятельно оцениваемых описаний того, как человек научился приспосабливаться к болезни. В этом контексте психиатрическое вмешательство должно быть направлено не только на устранение проявлений болезни, но и выдвигает на первый план способность выполнения пациентом конструктивных ролевых функций, расширение его полномочий и самостоятельности, а также ответственность за принятие решений, касающихся его жизни [184, 185, 186, 187]

Антистигматизационные эффекты в концепции «recovery» заключаются в развитии личностных особенностей. При этом, как правило, решаются следующие задачи: 1) разработка позитивной идентичности за пределами личности с психическим заболеванием; 2) создание рамок «психического заболевания» (ограничение болезненного опыта как части личности); 3) самостоятельный контроль за психическим заболеванием; 4) разработка значимых социальных ролей, обеспечивающих активацию способности к самовосстановлению и содействующих ощущению благополучия.

Таким образом, чрезвычайная сложность, многоаспектность и актуальность проблемы стигматизации очевидны. О ее масштабности свидетельствует то, что она выходит далеко за рамки психиатрии и медицины и охватывает все мировое сообщество. Приведенные в настоящем обзоре данные говорят об огромном моральном уроне, социальном ущербе, наносимым стигматизацией обществу. Вместе с тем, как следует из приведенных литературных данных, несмотря на серьезное и всестороннее изучение проблемы стигматизации психически больных, многие вопросы до сих пор не решены. В частности, остается не ясным, какие социальные и психологические факторы оказывают существенное влияние на стигматизацию и действие каких незначительно. До сих пор остается спорным вопрос о том, какие меры по антистигматизации эффективны и какие взгляды на психические заболевания и психически больных наиболее прогрессивны и наименее стигматизирующие. Не до конца определено, оправдано ли проведение просветительских образовательных программ, направленных на повышение психиатрической грамотности населения, в плане повышения толерантности к лицам с психическими расстройствами.

Таким образом, даже спустя 15 лет после призыва Link и Phelan [54, 65] к разработке «многогранных многоуровневых вмешательств для «большой перемены» в борьбе с самостигматизацией, продолжает оставаться актуальной не только использование психосоциальных вмешательств, затрагивающих тематику общественной стигмы в лично-образовательных и иных методах дестигматизационного отношения общества, как правило, имеющих низкую эффективность, но и разработки более специфических методов для борьбы с проблемой принятия пациентами стигматизирующих убеждений о самих себе и согласия со стереотипами и повышения резистентности к стигматизации [72].

РАЗДЕЛ 2
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение феномена самостигматизации и его влияния на уровень социального функционирования и качество жизни психически больных является одной из приоритетных задач социальной психиатрии и ее личностно-ориентированного направления.

Целью настоящего исследования было: на основе комплексного исследования особенностей и механизмов формирования самостигмы у больных шизофренией разработать систему дестигматизации и восстановления идентичности личности у этого контингента больных шизофренией.

2.1 Материал исследования

Нами было отобрано и обследовано 120 больных, страдающих шизофренией, находящихся на стационаром лечении в РКПБ г. Донецка. Обследованные больные были разделены на две группы. Основная группа больных была сформирована из 80 пациентов, страдающих параноидной шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет. Группа сравнения включала 40 человек, репрезентативных по гендерно-возрастным и клиническим особенностям, перенесших первый эпизод психоза.

Критерии включения пациентов в диссертационное исследование были следующими: длительность заболевания: основная группа - до 5 лет, группа сравнения - больные с первым эпизодом психоза; наличие признаков параноидной

шизофрении (F20.0), отвечающих диагностическим критериям МКБ-10. Критериями исключения из исследования были: отсутствие признаков параноидной шизофрении (F20.0), соответствующих диагностическим критериям МКБ-10.

2.2 Методы исследования

Сложность исследуемой проблемы и ее многоаспектность предопределили выбор следующих основных методов исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический методы и метод математической обработки результатов.

Клинико-психопатологический метод основывался на общепризнанных подходах к психиатрическому обследованию пациентов и включал традиционный опрос, анализ психического состояния пациента, а также изучение динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения. Стандартизованная оценка негативной психопатологической симптоматики осуществлялась с использованием клинической рейтинговой шкалы SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) [188], позволяющей оценить структуру и выраженность негативной психопатологической симптоматики.

SANS состоит из 5 симптомов (субшкал), оцениваемых по 25 признакам: обеднение мимики, снижение спонтанной подвижности, обеднение выразительности моторики, избегание контакта взглядом, уплощение аффекта, неадекватность аффекта (паратимии), монотонность, снижение выразительности речи, субъективное ощущение потери эмоций, нарушение речи, обеднение словарного запаса, обеднение тематики разговора, обрывы мыслей, ответы с задержкой, субъективная оценка нарушений речи, уход за собой, снижение

продуктивности в работе или учебе, снижение физического энергетического потенциала, субъективная оценка апато-абулических нарушений, асоциальность, активность свободного времени, сексуальные интересы, способность чувствовать интимность и близость, отношения с родными и коллегами (аутизм), субъективное осознание ангедонии-асоциальности, невнимательность в контакте, невнимательность при психическом тестировании, субъективное восприятие снижения концентрации внимания. Каждый из признаков оценивается по степени тяжести от 0 до 5.

Перечисленные признаки группируются в субшкалы: уплощение и ригидность аффекта (1-8), нарушения речи (9-13), апато-абулические расстройства (14-17), ангедония-асоциальность (18-22), внимание (23-25).

Шкала основана не только на расспросе больного, но прежде всего на тщательном наблюдении за его реакциями и поведением с попыткой количественной оценки отдельных внешних проявлений симптома, а затем его обобщенной врачебной оценки. При этом при глобальной оценке обязательно учитывается как выраженность отдельных признаков, так и глобальных врачебных оценок симптомов. Сумма глобальных оценок отражает общее субъективное впечатление клинициста, который по своему усмотрению может придавать тому или иному признаку в обобщенной оценке больший или меньший удельный вес.

Беседа с больным проводилась в форме полуструктурированного интервью, с использованием примерных вопросов, приведенных в глоссарии при описании отдельных признаков. Длительность беседы составляет 20-30 минут. Общий балл (сумма оценок всех признаков) составлял от 0 до 125 баллов. Интерпретация полученных результатов осуществлялась следующим образом: низкая выраженность симптомов – до 30 баллов, средняя – 30-60 баллов, высокая свыше 60 баллов.

Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации, а также субъективное жизненное пространство личности изучались с помощью оригинальной шкалы [189], предназначенной для оценки отношения пациента к

своему статусу психиатрического пациента с учетом отношения к самому себе, возможности участия в различных сферах жизнедеятельности, реальных взаимоотношений с окружающими, жизненных планов и возможности их осуществления. Шкала состоит из 84 утверждений, затрагивающих 12 общечеловеческих ценностей и сфер жизнедеятельности человека [190]. Ответы пациента («правильно», «сомневаюсь», «неправильно») оценивались от 0 до 2 баллов. Ранжирование ответов проводилось следующим образом: 1-56 баллов - низкий уровень самостигматизации; 57-111 - средний уровень и 112-168 баллов - высокий уровень самостигмы. Самостигматизация оценивалась в целом, а также в личностных и социальных сферах жизнедеятельности. Возможность интерпретации субъективных оценок пациентов с точки зрения их стигматизационной направленности обеспечивалась предъявлениями суждений, по своему контексту непосредственно связанных с психическим расстройством пациента и причиняемыми им страданиями.

Комплексное психодиагностическое исследование включало изучение нарушений целостной личности, особенности виктимной деформации и десоциализации личности стигматизированных больных шизофренией и их ресурсные возможности (личностный потенциал) в преодолении негативных клинико-психологических проявлений самостигмы.

Нарушение целостности личности оценивалось при изучении основных экзистенциальных механизмов и особенностей дезинтеграции идентичности в процессе формирования самостигмы, а также процесса психологического отчуждения (смыслоутраты). С этой целью использовались:

1. Шкала экзистенции [191], разработанная в соответствии с концепцией смысла В. Франкла [192] и А. Лэнгле [193]. Тест измеряет экзистенциальную исполненность, как она субъективно ощущается испытуемым.

Опросник, состоит из 46 пунктов, ответы на которые испытуемый дает, оценивая себя и свою сегодняшнею жизнь по различным аспектам в соответствии с концепцией смысла В. Франкла [192].

В. Франклом [192] методические шаги по обнаружению смысла в экзистенциальной ситуации описываются следующим образом: чтобы смысл обнаружил себя, человеку нужно сначала воспринять поле возможностей - 1 шаг; затем эмоционально соотнестись с имеющимися возможностями «пропустить» их через себя, разглядеть в них ценности - 2 шаг; найти наиболее соответствующую запросу ситуацию и себе самому единственную наилучшую возможность и принять решение в ее пользу - 3 шаг; обдумать способы наилучшего действия в соответствии с принятым решением, внося тем самым обнаруженный смысл в жизнь - 4 шаг (завершение экзистенциального акта).

Выполнение этих шагов предполагает наличие у человека четырех базовых антропологических способностей (способностей, имманентно имеющихся у всех людей), в соответствии с которыми в ШЭ имеется субшкалы:

1-й шаг - самодистанцирование (SD);

2-й шаг - самотрансценденция (ST);

3-й шаг - свобода (F);

4-й шаг — ответственность (V)

Первые две способности (SD+ST) очень близки к «эго» и составляют персональные (от personality- личность) предпосылки исполненности - фактор личности (P). Вторые две способности (F+V) - экзистенциальное исполнение в связи с теми возможностями, которые представляет ситуация,- фактор экзистенции (E). В сумме фактор личности и фактор экзистенции (P+E) дают общий показатель по тесту (G) - субъективно переживаемую меру экзистенциальной исполненности. При этом исполненная экзистенция - это не просто и не обязательно получение удовольствия или удовлетворения потребности, скорее - переживание глубокого внутреннего согласия с тем, что имеет место быть, переживание соответствия того, что сделано, своей сущности и обстоятельствам.

Для подсчета баллов ответам на прямые пункты присваиваются баллы от 1 до 6, ответам на обратные пункты присваиваются баллы от 6 до 1. Затем суммируется общий балл экзистенциальной исполненности (G) и показатели для

каждой из 4 субшкал (самодистанцирование, самотрансценденция. свобода и ответственность), а также показатели параметров Person (сумма SD и ST) и экзистенция (сумма F и V). Ключи к опроснику «Шкала экзистенции» представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1

Ключи к опроснику «Шкала экзистенции»

Название шкалы	Количество вопросов	Номера вопросов
Самодистанцирование (SD)	8	3,5, 19, 32, 40, 42, 43,44
Самотрансценденция (ST)	14	2*, 4, 11, 12, 13, 14, 21*, 27, 33, 34, 35, 36*, 41, 45
Свобода (F)	11	9, 10, 15*, 17, 18, 23,24, 26*, 28, 31,46
Ответственность (V)	13	1,6, 7, 8, 16, 20, 22, 25,29, 30, 37, 38, 39

* обратный вопрос (при подсчете баллов 6 = 1, 5 = 2 и т.д.).

2. Опросник субъективного отчуждения (ОСОТЧ) С. Мадди в адаптации Е.Н. Осина [194]. Методика служит для измерения переживания отчуждения с опорой на концепцию экзистенциального невроза С. Мадди [195]. В основу методики положена концепция отчуждения С. Мадди, в которой под отчуждением понимается субъективное ощущение утраты смысла в какой-либо деятельности или сфере жизни. Им выделены 4 формы отчуждения: 1) вегетативность – неспособность поверить в истину, важность или ценность любой реально осуществляемой или воображаемой деятельности. Вегетативность является наиболее тяжелой формой отчуждения; 2) бессилие – утрата человеком веры в свою способность влиять на жизненные ситуации, однако при сохранении ощущения их важности, что позволяет считать бессилие менее серьезной формой отчуждения, нежели вегетативность; 3) нигилизм – убеждение в отсутствии смысла и активность, направленная на его подтверждение путем занятия деструктивной позиции. Эта форма включает в себя переживание некоторого «антисмысла» - и связана с активностью по его реализации, что позволяет считать нигилизм менее серьезной формой отчуждения; 4) авантюризм – поиск

жизненности, вовлеченности в опасных, экстремальных видах деятельности, в силу переживания бессмысленности в повседневной жизни. Эта форма отчуждения является наименее серьезной, поскольку связана с активностью, поиском новых ощущений.

ОСОТЧ включает в себя 60 утверждений, каждое из которых оценивает убеждение, соответствующее проявлению одной из 4 форм отчуждения в одной из 5 сфер жизни. Согласие с каждым из утверждений испытуемым оценивается по процентной шкале (0-100%). Опросник включает 9 субшкал, измеряющих отчуждение в форме вегетативности, бессилия, нигилизма, авантюризма, отчуждение от работы, от общества, отчуждение в межличностных отношениях, от семьи и отчуждение от самого себя. Балл по субшкале рассчитывается как среднее по входящим в нее утверждениям; общий показатель отчуждения рассчитывается по всем 60 утверждениям. Методика прошла все этапы валидизации и стандартизации.

3. Оригинальный опросник для определения уровня интеграции и профиля идентичности [189]. Опросник включает в себя 46 суждений, которые предлагается прочесть и оценить испытуемым по критериям: «Правильно», «Сомневаюсь», «Неправильно». Ответы испытуемых оцениваются следующим образом: правильно – 2 балла, сомневаюсь – 1 балл, не правильно – 0 баллов. Опросник позволяет выявить у испытуемого один из трех возможных уровней интеграции идентичности: 1) целостный уровень; 2) диффузно-фрагментарный уровень; 3) уровень спутанности или кризис идентичности личности.

Оценка ресурсных возможностей больных и их роли в преодолении самостигмы осуществлялась при изучении различных составляющих их личностного потенциала [196]. Использовались следующие методики:

1. Самоактуализационный тест (САТ) Э. Шострома [197] - для исследования особенностей самоактуализации больных с различной выраженностью самостигмы. Методика представляет собой русскоязычную версию опросника личностных ориентаций Э. Шострома, в основе которого лежат идеи самоактуализации А. Маслоу [198] и других теоретиков экзистенциально-

гуманистического направления в психологии (авторы адаптации Ю.Е. Алешина, Л.Я. Годман, М.В. Кроз [199]).

САТ включает в себя 14 шкал, 126 пунктов, каждый из которых состоит из двух суждений ценностного или поведенческого характера. Испытуемому предлагается выбрать то из них, которое в большей степени соответствует его представлениям или привычному способу поведения.

Опросник позволял оценить уровень самоактуализации пациента или его внутреннюю активность, потенциальные возможности, ценности и смыслы. Самоактуализация измерялась по двум базовым и 12 дополнительным показателям. Базовыми являются шкала компетентности во времени и шкала поддержки. Двенадцать дополнительных шкал разбиты на шесть блоков – по две в каждом. В отличие от базовых, измеряющих глобальные характеристики самоактуализации, дополнительные шкалы, ориентированны на регистрацию отдельных ее аспектов. Первый блок ценностей образует шкалы ценностных ориентаций и гибкости поведения. Первая шкала характеризует сами ценности, вторая – лабильность поведения. Блок чувств составляют шкала сензитивности, которая определяет то, насколько субъект осознает собственные чувства и шкала спонтанности, определяющая степень их проявления в поведении. Блок самовосприятия составляют шкалы самоуважения и самопринятия, измеряющие способность субъекта ценить свои достоинства и принимать себя вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков. Блок концепции человека составляют очень близкие по содержанию шкалы, определяющие взгляд на природу человека и синергии. Шкала синергии характеризует способность целостного восприятия мира и людей. Блок межличностной чувствительности составляют шкалы принятия агрессии и контактности. Шестой блок включает шкалу познавательных потребностей и шкалу креативности.

При использовании теста для индивидуальной диагностики «сырые» результаты переводятся в стандартные Т-баллы. Завершается исследование построением индивидуального профиля. В соответствии с практикой использования САТ в различных исследованиях и психотерапевтической работе

«диапазон самоактуализации» определялся следующими шкалами оценок: 55-74 балла – высокий уровень самоактуализации, 44-54 балла – средний уровень, 28-43 балла – низкий уровень.

2. Русскоязычная версия теста жизнестойкости С. Мадди [200], разработанная Д.А. Леонтьевым и Е.Н. Рассказовой [201] - для определения общего уровня и различных составляющих жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска). Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом рассматривалась как препятствие возникновения внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания (hardy coping) со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Тест жизнестойкости включает 45 пунктов, содержащих прямые и обратные вопросы по трем субшкалам опросника. Подсчитывался общий балл жизнестойкости и показатели для каждой из 3-х субшкал (вовлеченность, контроль, принятие риска).

3. Копинг-тест Лазаруса [202] - для выявления копинг-ресурсов в структуре психологических качеств, детерминирующих стресс-устойчивость больных. Опросник состоит из 50 утверждений, сгруппированных в 8 шкал: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Испытуемому предлагалось оценить как часто данные варианты поведения проявляются у него. Тест позволяет определить степень индивидуальной активности (напряжения) или предпочтительного использования стратегий преодолевающего поведения и общую конфигурацию «профиля» копинг-ресурсов личности. Цифровые показатели переводились в Т-баллы по формуле: $T=(N\times100\%)\div\sum max$, где N - количество баллов, набранных испытуемым по данной шкале; $\sum max$ - максимальное количество баллов по данной шкале.

Социально психологический метод был направлен на изучение особенностей социальной поддержки у больных шизофренией с различным уровнем самостигмы как необходимого компонента ее преодоления. Для изучения

восприятия социальной поддержки, степени ее использования и оценки эффективности, были применены:

1. Опросник социальной поддержки F-SOZU-22 G. Sommer, T. Fydrich [203], русскоязычная версия в адаптации А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гиренян и Г.А. Петровой [204]. Методика позволяет выявить степень выраженности в жизни обследуемого той или иной формы социальной поддержки, а также удовлетворенность социальной поддержкой.

Испытуемому предлагается выразить свое согласие или несогласие с каждым из предложенных утверждений. Для этого испытуемому необходимо поставить крестик соответствующей ячейке напротив каждого утверждения.

Опросник состоит из 22 утверждений и 4 шкал: шкалы эмоциональной поддержки, шкалы инструментальной поддержки, шкалы социальной интеграции, шкалы удовлетворенности социальной поддержкой.

2. Многомерная шкала восприятия социальной поддержки MSPSS. Психодиагностическая методика «Многомерная шкала восприятия; социальной поддержки» MSPSS была разработана G.D. Zimet в 1988 году [205]. В 1994 году Н.А. Сиротой [206] и В.М. Ялтонским [207] была проведена русскоязычная адаптация шкалы. Опросник позволяет выявить ведущий источник социальной поддержки у испытуемых. Испытуемому предлагается отметить в бланке ответов те утверждения, которые больше всего применимы к нему самому.

Методика включает в себя 12 измеряемых кратких сообщений о себе и состоит их 4 шкал: шкалы семейной поддержки, шкалы дружеской поддержки, шкалы значимые другие, шкалы общего показателя социальной поддержки.

Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа.

Для представления данных, полученных в результате исследования, применялись стандартные методы описательной статистики. Для адекватного представления числовых данных предварительно была проведена проверка распределения на нормальность. В случае, когда распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков

вычислялись значения среднего арифметического и стандартной ошибки среднего (m). В случае анализа качественных параметров для описания был использован показатель частоты встречаемости данного признака в исследуемой выборке (%) и стандартную ошибку (m%). Для проведения интервальной оценки рассчитывался 95% доверительный интервал (95% ДИ) частоты встречаемости признака.

Для сравнения показателей различных выборок применялись стандартные статистические критерии проверки гипотез. В случае сравнения двух выборок, когда распределение не отличалось от нормального, для сравнения средних значений количественных показателей использовался критерий Стьюдента, а в случае, когда распределение отличалось от нормального - критерий Вилкоксона. При изучении динамики изменения показателя были использованы параметрические (в случае нормального закона распределения) либо непараметрические (в случае закона распределения, отличного от нормального) методы сравнения для связанных выборок. При сравнении средних для трех и более различных групп пациентов были привлечены методы множественного сравнения: однофакторный дисперсионный анализ и метод Шеффе (нормальный закон распределения); критерий Крускала-Уоллиса и метод множественных сравнений Данна (закон распределение отличается от нормального). При сравнении таблиц k□m был использован критерий $\chi 2$.

Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Для выявления связи между признаками применялись методы корреляционного анализа. В случае, когда распределение не отличалось от нормального, рассчитывался коэффициент линейной корреляции Пирсона. Если распределение отличалось от нормального, либо в случае исследования корреляционной связи между признаками, измеряемыми в порядковой шкале, был использован показатель ранговой корреляции Спирмена. При отличии расчетного значения коэффициента корреляции от 0 на уровне значимости $p < 0,05$, была

применена гипотеза о наличии между изучаемыми признаками линейной корреляционной связи.

Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

РАЗДЕЛ 3
СООТНОШЕНИЕ УРОВНЕЙ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ С СУБЪЕКТИВНЫМ ЖИЗНЕННЫМ ПРОСТРАНСТВОМ ЛИЧНОСТИ И НЕГАТИВНЫМИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

3.1 Стигматизационное структурирование субъективного жизненного пространства личности у больных шизофренией

Жизненный мир человека, в т.ч. больного шизофренией, все связи и отношения с миром создаются его жизнедеятельностью. Осуществляя свою жизнедеятельность в рамках тотальных социально-психологических ограничений «жизни с болезнью» и стигматизированного статуса психически больного, сопровождающегося негативными изменениями таких характеристик личности как автономность, самостоятельность, субъектность, личность при этом утрачивает целостность и выступает не как субъект собственной активности, а как объект внешнего влияния [208]. Формирование самостигмы и ее закрепление у больного шизофренией, как процесс утраты (трансформации) идентичности, непосредственно связано с отношениями пациента с его жизненным миром (жизненным смыслом) в широком контексте субъективного жизненного пространства личности (СЖПЛ) и стиля жизнедеятельности.

Жизненный мир больного шизофренией – это совокупность всех объектов и явлений действительности, связанных с ним жизненными отношениями и жизненным смыслом [209]. Субъективное жизненное пространство личности – это совокупность значимых «тем бытия» личности, то, что является для личности важным в ее отношениях с миром [210]; место приложения усилий человека,

направленных на осмысленное и целенаправленное изменение условий собственного существования [211]; когнитивно репрезентированный и психически переработанный реальный мир жизни человека [212]; совокупность субъективных координат, отражающих ценностно-смысловые категории, значимые для индивида и переживаемые как «свой» и контролируемый им самим мир [213, 214]. К содержанию понятия СЖПЛ имеют отношение только те факторы среды, которые являются составляющими сфер жизнедеятельности человека и непосредственно влияют на способы организации его жизни. Таким образом, жизненное пространство личности – это результат определенного структурирования мира, выделения в нем некоторой особо значимой и тесно связанной с собственными интересами и стремлениями области, воспринимаемой и переживаемой субъектом как «свой» мир.

Понятие стиля жизни вообще и применительно к больным шизофренией, в частности, может рассматриваться как инструментальное отражение значимых сфер жизнедеятельности личности и структурных элементов СЖПЛ в поведении и действии личности, типичных для нее реакциях на события и обстоятельства, т.е. на условия жизнедеятельности [210].

В контексте СЖПЛ и стиля жизни гипотетически (под иным углом зрения) представляются традиционно выделяемые в психопатологии больных шизофренией феномены, относящиеся к когнитивно-поведенческим нарушениям. Прежде всего, это такие феномены как утрата смысла жизни, отчуждение, аутистический стиль жизни и самостигма – формы переживания пациентом собственной некомпетентности в связи с интериоризацией в структуре собственного СЖПЛ и деструктивной личностной оценкой своего социального статуса.

Включение личности в развитие болезни – это актуализация (включение) субъективно-личностных характеристик (переживаний) пациента, ценностно-смысловой сферы его внутреннего мира, в т.ч. субъективного пространства переживания стигмы – страданий, сопровождающихся рассогласованием личной и социальной идентичности [50]. Переживания (главная психологическая

реальность человека) и страдания личности как субъекта психической активности и значимых жизненных отношений являются важнейшей составляющей СЖПЛ стигматизированных больных шизофренией (по И. Гофману «Я» психически больного человека является, прежде всего, не больным «Я», а «Я» стигматизированным, т.е. сконструированным социальным непринятием в процессе социального взаимодействия).

Являясь выражением глубинных личностных смыслов и важнейшим элементом внутренней экзистенции человека, переживания интегрально отражают актуальное психологическое состояние [215, 216, 217]. Стигматизированную структурированность эти состояния у больных шизофренией приобретают или в формате диссоциирующих переживаний (переживаний целостного цикла реализации той или иной потребности, включая потребности в самоактуализации и самоорганизации, потери смысла и возможности быть интегрированными как часть личностной идентичности), или регрессивных переживаний (переживаний безнадежности, бессилия, отчаяния, пессимизма, многочисленных негативных аспектов жизни с болезнью, включая социальные утраты, невозможность реализации широкого спектра жизненно важных потребностей, осознание себя как нефункционирующего члена социума и деструктивной личностной идентичности). Показано, в частности, что больные шизофренией ощущают меньшую наполненность собственной жизни смыслом, не склонны ставить личностно-значимые цели и стремиться к их достижению, не управляют собственной жизнью, не испытывают удовлетворенности прошлым, а настоящий период жизни представляют неинтересным и эмоционально ненасыщенным, подконтрольным внешним силам, мало зависящим от их собственной воли [218]. Конкретизация содержания этих понятий в категориях элементов СЖПЛ (ценностно-смысловых отношений) актуализирует изучение проблемы субъективного мира больных шизофренией в рамках самооценочных критериев и разработку адекватных психотерапевтических технологий их дестигматизации.

В связи с этим, одна из задач настоящего исследования состояла в изучении ценностно-смысловых элементов СЖПЛ и спектра структурирующих его аутостигматизирующих переживаний у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Исследование СЖПЛ проводилось при помощи модифицированной нами методики «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» Е.Б. Фанталовой [190].

Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации изучались с помощью оригинальной шкалы для оценки уровня самостигматизации (В. А. Абрамов) [189], предназначенной для оценки отношения пациента к своему статусу психиатрического пациента, с учетом отношения к самому себе, возможности участия в различных сферах жизнедеятельности, реальных взаимоотношений с окружающими, жизненных планов и возможности их осуществления.

Больные основной группы по всем 12 сферам жизнедеятельности выявили более высокие показатели, чем больные группы сравнения (таблица 3.1). Это свидетельствует о значительном снижении у них самооценок, относящихся к жизненным планам и возможности их осуществления и субъективно связанных с комплексом негативных переживаний, обусловленных «жизнью с болезнью», а также о сформированной у пациентов особой системы отношений, согласно которой все их существование на данный момент и в перспективе определяется болезнью.

Преимущественно негативные представления по 84 предъявленным суждениям, относящимся к различным аспектам их жизнедеятельности и взаимоотношениям с окружающими, отражают субъективную позицию пациентов, усвоивших и интернализировавших чувство собственной некомпетентности, глобальных социальных рисков и невозможности личностного роста в связи с переживаниями «психиатрической стигмы». Ниже приведен спектр суждений, структурированных в опроснике для оценки самостигматизации, с которыми пациенты выразили свое согласие.

Таблица 3.1

Уровень самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания (в баллах)

Сферы жизнедеятельности	Уровень самостигматизации		P
	I (N=80)	I (N=40)	
Личностная Здоровье	6,8±0,24	2,18±0,13	<0,05
Любовь и дружеские чувства	6,9±0,28	2,58±0,17	<0,05
Уверенность в себе	12,0±0,35	3,75±0,24	<0,05
Познание	11,19±0,26	2,75±0,19	<0,05
Независимость в поступках и действиях	12,8±0,28	3,5±0,21	<0,05
Творческая деятельность	7,4±0,24	1,41±0,1	<0,01
Общая оценка	57,09±0,54	14,76±0,41	<0,01
Социальная Активная жизнь	11,76±0,34	2,16±0,13	<0,05
Интересная работа	10,5±0,36	2,75±0,19	<0,05
Красота природы и искусства	5,6±0,16	1,3±0,09	<0,05
Материально обеспеченная жизнь	9,8±0,29	2,4±0,11	<0,05
Наличие хороших и верных друзей	7,1±0,25	2,58±0,14	<0,05
Счастливая семейная жизнь	12,2±0,3	2,91±0,17	<0,05
Общая оценка	55,96±0,36	14,1±0,39	<0,01
Интегральный показатель	114,05±1,78	28,86±0,38	<0,01

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

1. Сфера «Активная, деятельная жизнь» (11,76±0,34; высокий уровень СС): во многих отношениях она стала невозможной и недоступной; отношение ко мне окружающих тормозит мою активность; сложившаяся ситуация вынуждает меня к пассивному образу жизни; моя активность ограничена из-за чрезмерной опеки окружающих; окружающие не доверяют мне каких-либо важных дел; принадлежность к категории психиатрических пациентов ограничивает мою самостоятельность; моя активная жизнь в прошлом.

2. Сфера здоровья (6,8±0,24; средний уровень СС): моя жизнь - это моя трагедия; я привык к роли пациента и не пытаюсь ничего изменить; у меня нет

перспектив выздороветь и вернуться к прежнему образу жизни; проблемы с моим здоровьем мешают мне жить по-человечески; мой психиатрический диагноз - главное препятствие в реализации моих жизненных планов; моя болезнь - существенное препятствие для полноценной жизни; я стыжусь своей болезни.

3. Сфера «Интересная работа» (10,5±0,36; высокий уровень СС): мой психиатрический диагноз исключает возможность получения интересной работы; считаю, что из-за болезни мои трудовые возможности резко ограничены; думая о работе, я не испытываю положительных эмоций; осознание негативного отношения окружающих к моей болезни ограничивает мою трудоспособность; из-за моей болезни я даже не мечтаю об интересной работе; мой диагноз значительно ограничивает мой выбор при трудоустройстве; я не смогу удержаться на работе из-за негативного отношения ко мне окружающих.

4. Сфера «Красота природы и искусства» (5,6 ±0,16; средний уровень СС): болезнь делает для меня эти темы запретами; отношение ко мне окружающих не позволяет мне воспринимать красоту природы; я утратил способность любоваться природой; окружающая природа перестала быть для меня чем-то значимым и ценным; размышления о собственных проблемах мешают мне интересоваться природой и искусством; болезнь и отношение окружающих изменили меня до такой степени, что я потерял интерес ко всему прекрасному; я не могу жить полноценно.

5. Сфера «Любовь и дружеские чувства» (6,9±0,28; средний уровень СС): я не испытываю дружеских чувств к окружающим; окружающими людьми я скорее недоволен, чем симпатизирую; я расстроен из-за невозможности испытывать к кому-либо дружеские чувства; имея психиатрический диагноз трудно любить и испытывать дружеские чувства; из-за моей болезни я не люблю ни себя, ни близких; я чувствую себя одиноким, покинутым и никого не хочу любить.

6. Сфера « Материально обеспеченная жизнь» (9,8±0,29; средний уровень СС): психически больной не может быть материально обеспеченным человеком; болезнь резко ухудшила мою материальную обеспеченность; отношение ко мне

окружающих делает меня материально зависимым от них; мои финансовые трудности связаны не с тяжестью болезни, а с предвзятым отношением ко мне; стать более обеспеченным человеком мне мешает мнение обо мне окружающих как не на что не способном человеке; я не вижу возможности улучшить свое материальное положение; я постоянно в чем-то нуждаюсь.

7. Сфера «Наличие хороших и верных друзей» (7,1±0,25; средний уровень СС): из-за моей болезни никто не испытывает ко мне доверия и положительных чувств; дружить с таким человеком как я никто не намерен; мои бывшие друзья опасаются со мной встречаться из- за предвзятого отношения ко мне и моей болезни; психиатрический диагноз не совместим с понятием «дружба»; мое одиночество никто из бывших моих друзей не собирается нарушать; мне трудно кому-либо доказать, что я способен дружить; я избегаю контактов, чтобы не смущать близких мне людей.

8. Сфера «Уверенность в себе» (12,0±0,35; высокий уровень СС): я разочарован в себе; от моей уверенности в себе ничего не осталось; с таким как у меня диагнозом невозможно оставаться уверенным во всем человеком; я не уверен в возможности что-либо изменить в моей жизни; неуверенность в себе делает меня зависимым от других; из-за неуверенности в себе я отошел от решения каких-либо проблем; отношение ко мне окружающих сделало меня неуверенным человеком.

9. Сфера «Познание» (11,19±0,26; высокий уровень СС): отношение ко мне окружающих не делает необходимым расширение моего кругозора; я не испытываю потребности узнавать что-либо новое, т.к. ни с кем не общаюсь; новые знания не улучшат отношения ко мне окружающих; как и все психически больные я живу сегодняшнем днем; ситуация, в которой я оказался, затормозила мое развитие; мои интеллектуальные возможности значительно снизились из-за отсутствия «чувства нового» и стремления к познанию; осознание болезни мешает мне заниматься чем-то для меня новым.

10. Сфера «Независимость в поступках и действиях» (12,8±0,28; высокий уровень СС): мне неприятна моя зависимость от окружающих; мои поступки и

действия постоянно контролируются окружающими; в ситуации выбора моя свобода ограничена; зависимая жизнь меня полностью устраивает; я не ощущаю полной свободы при принятии каких-либо решений; человек с таким диагнозом, как у меня, не может быть независимым; большинство решений за меня принимают другие.

11. Сфера «Счастливая семейная жизнь» (12,2±0,3; средний уровень СС): не может быть счастливой семейная жизнь у психически больного человека; с членами моей семьи у меня сложные отношения; в семье мне не доверяют, стараются решать семейные проблемы, не советуясь со мной и без моего участия; моя болезнь делает мое положение в семье некомфортным; члены моей семьи считают, что я никогда не буду здоровым и всячески меня опекают; мой диагноз - главное препятствие для счастливой семейной жизни; у меня нет взаимопонимания с семьей.

12. Сфера «Творческая деятельность» (7,4±0,24; средний уровень СС): такие больные, как я, не способны к творческой деятельности; я часто размышляю о своей несостоятельности как следствия недоверия ко мне со стороны окружающих; негативные проблемы моей жизнедеятельности непосредственно связаны со стереотипами общественного сознания в отношении больных с нарушениями психики; реализации моих личностных ресурсов мешает предвзятое отношение со стороны окружающих; я принимаю себя таким, как есть и не стремлюсь к повышению самооценки; реализации моей творческой активности мешает вынужденное безделье, незанятость, отсутствие возможностей для самореализации; мне трудно найти себя в творчестве из-за моего диагноза.

Таким образом, показатели самооценок в различных сферах жизнедеятельности, а также общая оценка выраженности СС в личностной (57,09±0,54) и социальной (56,96±0,36 балла) сферах и интегративный показатель СС (114,05±0,78 балла, отражающие высокий ее уровень, позволяют констатировать, что отношения пациентов основной группы к различным сторонам своей жизнедеятельности, сформированные после возникновения психического расстройства, характеризуются: 1) готовностью к категориальной

идентификации на «здоровых» и «больных», 2) готовностью идентифицировать себя со стигматизированной группой; 3) принятием негативных представлений о личностных ресурсах этой группы и своих собственных возможностях и убежденностью в их правдивости и реалистичности.

В группе сравнения и самооценка в различных сферах жизнедеятельности, и общие оценки в личностной (14,76±0,41 балла), и социальной (14,1±0,39 балла) сферах жизнедеятельности, и интегративный показатель (28,86±0,38) с высокой степенью достоверности ($p<0,05$) свидетельствовали об отсутствии у больных с первым эпизодом психоза четких проявлений негативной трансформации идентичности личности в сторону формирования самостигмы. На фоне внутреннего согласия и принятия негативного контекста стереотипов по отношению к психически больным у них не наблюдалось переноса этих стереотипных представлений на собственную личность и интериоризации таких качеств, как некомпетентность, стыд и готовность к деструктивным формам самоидентификации в социальной и личностной сферах.

Структурный спектр и уровни самостигматизации у больных шизофренией представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2

Структурный спектр и уровни самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Сферы жизнедеятельности	Высокий уровень СС		Средний уровень СС		Низкий уровень СС	
	I	II	I	II	I	II
Личностная Здоровье	4 (5,0)	0	52 (65,0)	2 (5,0)	24 (30,0)	38 (95,0)
Любовь и дружеские чувства	2 (2,5)	0	32 (40,0)	3 (7,5)	46 (57,5)	37 (92,5)
Уверенность в себе	16 (20,0)	0	56 (70,0)	12 (30,0)	8 (10,0)	28 (70,0)
Познание	16 (20,0)	0	44 (55)	5 (12,5)	20 (25)	35 (87,5)
Независимость в поступках и действиях	16 (20,0)	0	52 (65,0)	10 (25,0)	12 (15,0)	30 (75,5)
Творческая деятельность	12 (15,0)	0	56 (70,0)	2 (5,0)	12 (15,0)	38 (95,0)
Усредненный показатель	13,7	0	60,8	14,1	25,5	85,9

Социальная Активная жизнь	12 (15,0)	0	56 (70,0)	3 (7,5)	12 (15,0)	37 (92,5)
Интересная работа	16 (20,0)	0	48 (60,0)	1 (2,5)	16 (20,0)	39 (97,5)
Красота природы и искусства	4 (5,0)	0	16 (20,0)	2 (5,0)	60 (75,0)	38 (95,0)
Материально обеспеченная жизнь	8 (10,0)	0	64 (80,0)	3 (7,5)	8 (10,0)	37 (92,5)
Наличие хороших и верных друзей	8 (10,0)	0	28 (35,0)	4 (10,0)	44 (55,0)	36 (90,0)
Счастливая семейная жизнь	32 (40,0)	0	28 (35,0)	4, (10,0)	20 (25,0)	36 (90,0)
Усредненный показатель	16,6	0	50,0	7,1	33,4	92,9
Интегральный показатель	15,15	0	55,4	10,6	29,4	89,4

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

В целом, в основной группе у 70,0% больных наблюдался средний или высокий уровень стигматизации, а в группе сравнения количество таких больных не превышало 17,5% при полном отсутствии высоких показателей СС (таблица 3.3).

Таблица 3.3

Распределение больных шизофренией по уровню самостигматизации в зависимости от длительности заболевания (абс.; %)

Уровень самостигматизации	Количество больных		P
	I	II	
Низкий	24 (30,0 ± 0,35)*	33 (82,5±1,7)	<0,01
Средний	44 (55,0±1,02)*	7 (17,5±0,2)	<0,05
Высокий	12 (15,0±0,19)*	0	<0,05

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения; * - различия между группами статистически достоверны

Исследование типологии аутостигматизирующих переживаний (таблица 3.4.) проводили при помощи стандартизированной шкалы типов стигматизирующих переживаний, включавшей 15 позиций: 1) страх общения с окружающими; 2) переживание утраты социального статуса и положения в обществе; 3) ощущение невосполнимого снижения жизнедеятельности; 4) разрыв социальных связей; 5) мучительное чувство стыда; 6) низкая самооценка; 7)

социальное отвержение; 8) чувство вины; 9) возможность дискриминации; 10) ощущение враждебного отношения к себе; 11) недоверие окружающих; 12) социальная болезненность; 13) не такой, как все; 14) ощущение безнадежности; 15) ощущение зависимости от окружающих.

Таблица 3.4

Типология и частота аутостигматизационных переживаний у больных шизофренией с различной длительностью заболевания

Тип стигматизирующих переживаний	Частота стигматизирующих переживаний				P
	I		II		
	абс.	%±m	абс.	%±m	
Страх общения с окружающими	55	68,7±4,9	15	37,5±2,41	<0,05
Переживание утраты социального статуса и положения в обществе	72	90,0±2,6	10	25,0±3,9	<0,05
Ощущение невосполнимого снижения жизнедеятельности	74	92,5±3,7	8	20,0±4,2	<0,01
Разрыв социальных связей	67	83,7±2,4	9	22,5±3,7	<0,01
Мучительное чувство стыда	67	83,7±4,2	17	42,5±4,3	<0,01
Низкая самооценка	64	80,0±1,7	7	17,5±2,7	<0,01
Социальное отвержение	74	92,5±2,7	8	20,0±1,8	<0,01
Чувство вины	56	70,0±2,7	7	17,5±2,7	<0,01
Страх дискриминации	78	97,5±3,8	27	67,5±3,56	>0,05
Ощущение враждебного отношения к себе	56	70,0±4,2	9	22,5±2,17	<0,05
Недоверие окружающих	64	80,0±2,7	10	25,0±2,11	<0,05
Социальная бесполезность	69	86,2±3,5	6	15,0±2,3	<0,05
Не такой, как все	45	56,2±2,8	6	15,0±2,3	<0,05
Ощущение беспомощности и безнадежности	72	90,0±4,3	-	-	<0,05
Ощущение зависимости от окружающих	70	87,5±2,4	16	40,0±3,71	<0,01

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

Анализ данных, приведенных в таблице 3.4, свидетельствует о широком спектре и значительной распространенности стигматизирующих переживаний в основной группе больных шизофренией. С наибольшей частотой у них встречался страх дискриминации (97,5±3,8%), ощущения невосполнимого снижения жизнедеятельности (92,5±3,7%), социального отвержения (92,5±2,7%),

беспомощности и безнадежности (90,0±4,3%). Значительным удельным весом характеризовались и другие типы стигматизирующих переживаний.

В группе сравнения встречаемость стигматизирующих переживаний в основном колебалось от 15 до 25%. Исключение составили переживания страха дискриминации (67,5±3,56%), мучительное чувство стыда (42,5±4,3%) и ощущение зависимости от окружающих (40,0±3,71%). С наименьшей частотой, как в основной группе (56,2±2,8%), так и в группе сравнения (15,0±2,3%) встречалось стигматизирующее переживание типа «не такой как все», что свидетельствует о неполной деидентификации больных и значительных личностных ресурсах совладания, особенно у больных с первым эпизодом психоза.

Таким образом, основные чувства, которые возникают из восприятия больными шизофренией своих собственных качеств и возможностей, относятся к нежелательным и унизительным. Спектр переживаний внутренней стигмы имеет разнообразные проявления: с одной стороны, ощущение собственной неполноценности, неспособность строить отношения с людьми, которые не относятся к стигматизированной группе, страх дискриминации и социальной эксклюзии, с другой - стремление показать, что я не такой, как другие представители стигматизированных групп.

Таким образом, гипотетическая модель организации СЖПЛ у больных шизофренией с прогрессирующей самостигматизацией может быть представлена дрейфом (смещением акцентов) значимости фундаментальных экзистенциальных мотиваций (отношений с окружающим миром, с жизнью, с самим собой, с будущим) с центрального смыслового пояса и максимальной эго-вовлеченности на периферию субъективного жизненного пространства в сторону переживаний дефицита экзистенциальных параметров личности, не предполагающего наличия какой-либо продуктивной активности. Происходит отчуждение значимых «тем бытия», характерных для до болезненного этапа жизни, и обеспечивающих высокий уровень экзистенциальной исполненности. Обесценивается значимость фундаментальных личностных ценностей (центральной сферы СЖПЛ),

совокупность мотиваций, характерных для до болезненного этапа жизни, уступает место субъективному чувству разрушения чего-то жизненного очень важного, фундаментальных условий благополучной жизни.

Исходя из того, что базовой координатой структурирования СЖПЛ является смысловой конструкт «свое/чужое» [214] и соответствующие эмоционально-оценочные переживания (хороший/плохой, нужный/ненужный, необходимый/второстепенный и т.п.), «своим», близким для больного, становятся страдания, обусловленные негативной личностной переработкой ситуации болезни, утраты собственной аутентичности как поля возможностей для деятельности. Страдание (стигма), структурируя жизнедеятельность больного в рамках ограниченных возможностей «жизни с болезнью», приобретает негативный смысл, негативную смысловую динамику (экзистенциальный поворот по В. Франклу). Эмоционально-отрицательные, но болезненно-значимые страдания, лишенные позитивного смысла, заполняют центральные уровни СЖПЛ и обеспечивают максимальную эго - вовлеченность пациента в разнообразный спектр переживаний субъективно-бесперспективной жизни. Ядром СЖПЛ становятся переживания утраты фундаментальной ценности – стремление к получению радости от жизни, к достижению того, чтобы человеку «нравилось жить» свою жизнь, нравился сам процесс жизни. В то же время, сферы максимальной эго-вовлеченности, ранее воспринимаемые как «свои», представлявшие наибольшую ценность для пациента, с которыми он когда-то отождествлялся, перемещаются на периферию жизненного пространства личности, обособляясь и становясь «чужими» и удаляясь от центра Я. Периферия СЖПЛ структурируется редуцированными до болезненными ценностями и мотивами, они не воспринимаются больными как «свои», «значимые», «ценные», утрачивается способность чувствовать ценности, минимизируется значимость реализации собственных стремлений и отождествления себя с определенными ценностями и жизненным смыслом.

Таким образом, по мере формирования самостигмы, накопление стигматизирующих переживаний и постепенной трансформации идентичности

личности больных шизофренией в направлении деидентификации, редуцируются переживания «своего» мира, его контролируемости, объекты (сферы) жизнедеятельности не только не способствуют расширению Я, а, напротив, отражают разное снижение субъектности (автономности, самостоятельности) личности, ее индивидуальности. Личность при этом выступает уже не как субъект собственной активности, а как объект внешних влияний [219]. «Опустошение» СЖПЛ затрагивает, в первую очередь, особо значимые и тесно связанные с собственными интересами и стремлениями области (сферы жизнедеятельности), воспринимавшиеся и переживавшиеся пациентами в до болезненном периоде как «свои». СЖПЛ, насыщенное стигматизирующими переживаниями, теряет свое смысловое единство, целостности и качества…организованной совокупности объектов и явлений действительности, связанных с данным субъектом жизненными отношениями» [219].

3.2 Особенности взаимосвязи самостигматизации с выраженностью негативной симптоматики у больных шизофренией

На основе обобщения литературных данных в качестве рабочей версии нами было принято определение самостигматизации как совокупности негативных реакций, ограничивающих личностный потенциал и возможности его реализации. Самостигма - это переживание пациентом собственной неполноценности, низкой самоэффективности и социальной некомпетентности в связи с интериоризацией и деструктивной личностной проработкой своего статуса «психически больного». В основе внутренней стигмы лежит процесс утраты личностью своей идентичности и ресурсов совладания с жизненными трудностями. Тягостные субъективные переживания нарушения целостности

личности имеют в феноменологически-содержательном плане много общего с характерной для больных шизофренией дефицитарной (негативной) симптоматикой. Показано, в частности, что такие психопатологические феномены как апатия, социально-когнитивный дефицит, социальная отгороженность, ангедония могут быть не только признаками собственно процессуального дефекта, но и являться проявлением самостигматизации. Это делает актуальной и прогностически востребованной концепцию W. Carpenter и соавт. (1985) о разделении негативных симптомов на первичные (связанные с болезнью) и вторичные, связанные, в том числе со стигматизацией, госпитализмом и другими средовыми факторами.

Сходство проявлений негативной симптоматики и последствий самостигматизации определяет необходимость разделения этих состояний для адекватного прогнозирования течения заболевания и разработки лечебных и социо-реабилитационных мероприятий. В этой связи одной из задач настоящего исследования явилась оценка взаимосвязи самостигмы с выраженностью дефицитарной симптоматики у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Для оценки негативной психопатологической симптоматики использовалась клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативной психопатологической симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS) [188].

В основной группе больных в структуре дефицитарных расстройств наиболее выраженным оказался усредненный показатель «ангедония-асоциальность» (4,20±0,39 балла), что соответствует выраженному снижению интересов и активности при проведении досуга, специальных интересов и активности, способности устанавливать тесные и близкие отношения, в том числе с членами семьи, ограничение связей с друзьями и коллегами. Нарушения, классифицируемые как «алогия» (3,39±0,31 балла) и «абулия-апатия» (3,31±0,28 балла) характеризовались средней степенью выраженности таких признаков, как бедность речи, содержание речевой продукции, остановка мыслей, задержка

ответов, неопрятность в одежде, недостаточность гигиенических навыков, недостаточная настойчивость в труде и учебе, физическая анегрия. Показатели аффективного уплощения (2,83±0,27) и нарушения внимания (2,43±0,23 балла) соответствовали легкой степени выраженности этих симптомов. Средние значения выраженности дефицитарных симптомов и их структурный спектр представлены в таблице 3.5.

Таблица 3.5

Средние значения выраженности дефицитарных симптомов у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Признаки		Выраженность симптомов		P
		I	II	
1	Застывшее выражение лица	3,1±0,3	2,34±0,26	>0,01
2	Снижение спонтанных движений	2,86±0,24	2,41±0,19	>0,01
3	Бедность экспрессивных жестов	2,56±0,19	2,36±0,21	>0,01
4	Бедность зрительного контакта	2,34±0,21	2,11±0,17	>0,01
5	Эмоциональная бедность	3,4±0,31	2,85±0,24	>0,01
6	Неадекватный аффект	2,7±0,27	2,65±0,22	>0,05
7	Недостаточность речевых интонаций	2,86±0,24	2,56±0,24	>0,05
8	Глобальная оценка аффективного уплощения	19,82±1,7	17,28±1,62	>0,01
9	Бедность речи	3,21±0,28	1,8±0,11	<0,01
10	Бедность содержания речевой продукции	3,74±0,31	2,2±0,14	<0,01
11	Остановки (блокировки, обрывы мыслей)	2,81±0,24	1,9±0,13	<0,01
12	Задержка ответов	3,8±0,33	2,2±0,17	<0,01
13	Глобальная оценка алогии	13,56±1,36	8,1±0,64	<0,01
14	Неопрятность в одежде	3,11±0,28	2,1±0,18	<0,01
15	Недостаток настойчивости в труде и учебе	3,28±0,34	1,8±0,14	<0,05
16	Физическая анергия	3,56±0,27	2,1±0,18	<0,01
17	Глобальная оценка абулии-апатии	9,95±0,84	6,0±0,58	<0,01
18	Снижение интересов и активности	3,86±0,36	2,14±0,14	<0,01
19	Сексуальные интересы и активность	4,38±0,41	2,34±0,28	<0,01
20	Способность к интимным чувствам и близости	4,21±0,44	1,94±0,19	<0,01
21	Отношения с друзьями и коллегами	4,36±0,4	2,3±0,27	<0,01
22	Глобальная оценка ангедонии-асоциальности	16,81±1,41	8,72±0,66	<0,05

23	Нарушения внимания при социальной активности	2,86±0,24	2,34±0,28	>0,01
24	Нарушение внимания при тестировании	2,0±0,19	1,8±0,14	>0,01
25	Глобальная оценка нарушений внимания	4,86±0,46	4,14±0,43	>0,01
	Сумма балов глобальных оценок	65,0±4,28	44,24±3,71	<0,01
	Общая сумма балов	65,0±4,28	44,24±3,71	<0,05

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

В группе сравнения по всем показателям шкалы SANS выявленные нарушения не превышали уровня легкой степени выраженности (от 2,0±0,19 до 2,46±0,23 балла). Структурный спектр и усредненные показатели выраженности негативных симптомов в сравниваемых группах приведены в таблице 3.6.

Таблица 3.6

Структурный спектр и усреднённые показатели выраженности негативных симптомов в сравниваемых группах больных.

Симптомы	Усредненный показатель выраженности симптомов		P
	I	II	
Аффективное уплощение	2,83±0,27	2,46±0,23	>0,05
Алогия (бедность речевой продукции)	3,39±0,31	2,0±0,19	<0,05
Абулия-апатия	3,31±0,28	2,0±0,18	<0,05
Ангедония-асоциальность	4,20±0,39	2,18±0,24	<0,05
Нарушение внимания	2,43±0,23	2,07±0,2	>0,05

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

В целом, с высоким уровнем достоверности (p<0,01) можно утверждать, что и по показателям выраженности отдельных симптомов (алогия, апатия-абулия, ангедонии-асоциальности) и по сумме баллов глобальных оценок (65,0±4,28 и 44,24±3,71 баллов) и по общей сумме баллов больные основной группы характеризовались большей выраженностью негативных симптомов, чем больные с первым эпизодом шизофрении. Распределение больных шизофренией по степени выраженности негативных симптомов приведено в таблице 3.7. В целом, если в основной группе количество больных с высокой и средней степенью

выраженности негативных симптомов составило 74 человека (92,5%), то в группе сравнения таких больных оказалось 16 (40,0%).

Таблица 3.7

Распределение больных шизофренией с различной длительностью заболевания по степени выраженности негативных симптомов (сумма баллов глобальных оценок SANS)

Степень выраженности симптомов	Количество больных		P
	I	II	
Низкая (до 30 баллов)	6 (7,5±0,23%)	24 (60,0±1,2%)	<0,01
Средняя (30-60 баллов)	26 (32,5±0,71%)	12 (30,0±0,67%)	>0,01
Высокая (свыше 60 баллов)	48 (60,0±1,32%)	4 (10,0±0,29%)	<0,01

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

В соответствии с задачами настоящего исследования, был проведен анализ соотношения степени выраженности негативных симптомов, ассоциируемых с длительностью заболевания и уровнем самостигматизации больных. Было установлено, что в основной группе больных высокой степени выраженности негативной симптоматики у 81,7% больных соответствовал высокий или средний уровень самостигматизации. В группе сравнения даже при высоких показателях выраженности негативных расстройств высоких показателей СС не обнаруживалось, а у 87,5% больных не резко выраженным негативным симптомам соответствовали низкие показатели СС (таблица 3.8).

Сопряженность выраженных негативных симптомов и значительных уровней СС, а также определенное их феноменологическое сходство у больных шизофренией с относительно длительными сроками заболевания, на наш взгляд, свидетельствуют о существенной роли деструктивных личностных самостигматизационных реакций в формировании шизофренического дефекта. Это предположение подтверждается наличием не резко выраженных проявлений СС у больных с начальными проявлениями дефицитарных расстройств.

Таблица 3.8

Характеристика уровней самостигматизации больных шизофренией в зависимости от выраженности дефицитарных (негативных) симптомов (абс.; %)

Степень выраженности негативных симптомов	Уровень самостигматизации					
	Высокий		Средний		Низкий	
	I	II	I	II	I	II
Высокая (свыше 60 баллов)	9 (18,7)	-	31 (64,6)	2 (50,0)	8 (16,7)	2 (50,0)
Средняя (30-60 баллов)	3 (11,5)	-	9 (34,6)	2 (50,0)	14 (53,9)	10 (83,3)
Низкая (до 30 баллов)	-	-	4 (66,6)	3 (12,5)	2 (33,4)	4 (87,5)

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

Наиболее убедительно ассоциированность негативных симптомов и проявлений самостигмы может быть показана на примере ангедонии, в частности, социальной ангедонии как базисного дефицитарного симптома шизофрении. Проведенное нами исследование позволило установить, что элементы «снижения или отсутствия переживаний удовольствия при выполнении различных социальных ролей» структурируют практически все стигматизирующие переживания больных. Поэтому ангедонию можно рассматривать не как исключительно «ядерный» симптом шизофрении, а как транснозологический феномен, как личностную, относительно стабильную черту, сформированную на фоне совокупности и постоянства стигматизирующих переживаний, приводящих к дефицитарности восприятия и переживания радости, удовольствия и стимулов их вызывающих, к снижению способности испытывать положительные эмоции, падению интереса к различным видам деятельности и социальных взаимоотношений. В целом, общими чертами внутренней стигмы и негативных симптомов у больных шизофренией, с нашей точки зрения, являются: 1) дефицитарность психического функционирования; 2) феноменологически-структурная близость; 3) сопряженность с нарушениями социальной адаптации; 4) межличностный ракурс расстройств, затрагивающий уровень идентичности (Я - концепции) личности и различные составляющие личностного потенциала.

РАЗДЕЛ 4
ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, МЕХАНИЗМЫ И ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ САМОСТИГМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В рамках целостного понимания природа шизофрении рассматривается не просто как одно из сложных и тяжелых заболеваний, но и как фундаментальное нарушение основ человеческого бытия [220, 221]. Шизофрения является самым человеческим из страданий, в которой обнаженной выступает основа человека, его способность экзистировать, быть открытым опыту, понимать себя и мир, быть свободным, самоосуществляться [222].

Это психическое расстройство является экзистенциальным событием, по отношению к которому пациент вырабатывает свое отношение. Опыт патоса (болезни) имеет для него собственный смысл (субъективный смысл патологического), является определенной способностью быть, личным опытом изменившегося мира и самого себя [223, 224].

Субъективные представления пациента о его «жизни с болезнью» формируются в ответ на постановку психиатрического диагноза, традиционные формы психиатрического вмешательства и многочисленные социальные риски и риски для личности, обусловленные отношением общества к психически больным. Эти переживания (страдания) затрагивают специфический человеческий способ бытия, идеалы, ценности, смысл жизни и проявляются в виде состояний экзистенциальной фрустрации, последствия которой обычно рассматриваются в категориях стигматизации - самостигматизации.

Стигма в МКБ-10 идентифицируется как хроническое изменение личности после психической болезни (F62.1). Это изменение личности обусловлено травмирующими переживаниями, связанными со страданием из-за тяжелой психической болезни, и характеризуется ригидным и дезадаптирующим типом переживаний и функционирования, ведущим к длительному нарушению в

межличностной, социальной и профессиональной сфере и субъективному дистрессу. Эти изменения связаны с переживанием психической болезни как эмоционально-стрессовой реакции, ведущей к разрушению индивидуального образа «Я». В их возникновении и усилении уровня стресса, ощущаемого личностью, существенную роль играют личностные позиции или реакции по отношению к больному со стороны других людей.

К основным клиническим признакам относятся симптомы, традиционно выделяемые как признаки самостигмы; чрезмерная зависимость от других; убежденность в измененности или стигматизированности вследствие болезни, ведущая к неспособности формировать и поддерживать тесные и доверительные личностные отношения и к социальной изоляции; пассивность, снижение интересов и вовлеченности в занятия досуга; значительное снижение социального и трудового функционирования.

Этот процесс (принятия стигмы, самостигматизации) имеет определенный механизм развития и включает ряд последовательных этапов, приводящих к деидентификации больного с категорией здоровых, отнесению себя к когорте психически больных, дистанцированию от общества. Базовыми проявлениями этого являются переживания самоотчуждения, смыслоутраты и, в конечном счете, распад идентичности личности и формирование новой (девиантной, маргинальной) субидентичности [90,95, 96, 144, 192, 225, 226].

Следует, однако, отметить, что и в определениях, и при описании структурно-содержательных характеристик самостигматизации больных шизофренией отсутствует глубокий анализ особенностей распада идентичности на личностном и социальном уровнях при переходе от стигматизации извне к самостигме и создании больным образа себя и окружающего мира. Лишь немногие исследования посвящены поиску причин и механизмов, формирующих восприимчивость к стигме и приводящих к деструктивным изменениям идентичности личности и личностных ресурсов у больных шизофренией [101, 123, 227].

Исходя из представлений о позитивных составляющих психического здоровья, целостной личности и ее базовых характеристиках, при изучении психологических механизмов самостигматизации больных шизофренией, основное внимание в настоящем исследовании было уделено эмпирической оценке таких сложных интегративных индивидуально-психологических образований, как экзистенциальные ресурсы личности, идентичность личности (интегральный критерий психического здоровья) и внутриличностные связи больных. Изучались следующие феномены: экзистенциальная исполненность (определение смысла в экзистенциальной ситуации), уровни дезинтеграционной трансформации идентичности личности, субъективное самоотчуждение и смыслоутрата. Интерпретация и научный анализ полученных данных явились основой для обоснования механизмов и стадий формирования самостигмы у больных шизофренией.

4.1 Экзистенциальная исполненность и самостигма у больных шизофренией

Категории стигматизации и самостигматизации в психиатрии являются узловыми в контексте совокупности субъективных представлений пациента, формирующихся в ответ на постановку психиатрического диагноза, традиционные формы психиатрического вмешательства и многочисленные социальные риски, обусловленные отношением общества к психически больным. Эти категории охватывают универсальную закономерность негативной трансформации самосознания, идентичности и экзистенциальной сущности личности.

«Жизнь с болезнью», затрагивающая значимые аспекты бытия, - это экзистенциальная фрустрация, связанная с конфликтом ценностей, потерей

смысла жизни, распадом Я-концепции, крушением жизненных надежд. Являясь основными феноменами процесса самостигматизации больных шизофренией, они находят отражение в страданиях и многочисленных личностных дисфункциях, характерных для этого заболевания, включая дезинтеграцию сложившейся до болезни идентичности личности и формирование новой (маргинальной, девиантной) субидентичности [90, 228, 229]. Исходя из этого, изучение экзистенциальных ресурсов (исполнения фундаментальных мотиваций человека) является важным направлением поиска механизмов самостигматизации и адекватных путей ее преодоления. При этом экзистенциальные ресурсы мы рассматриваем с точки зрения базовых ценностей, имеющих для человека решающее, первостепенное значение, являющихся смыслом всей его жизни. Мы также исходили из предположения, что в основе самостигматизации больных шизофренией лежат нарушения экзистенциальной сущности человека, его субъектности и смысловых связей.

Исследования экзистенциальной исполненности (экзистенциальных ресурсов) проводилось нами с использованием шкалы экзистенции (ШЭ) которая является психометрическим инструментом, разработанным А. Лэнгле и К. Орглер в рамках экзистенциально-аналитической теории А. Лэнгле.

Для описания субъективной оценки человеком качества своей жизни (не то, как на самом деле живет человек, а то, как он полагает, что живет) В. Франкл ввел понятие экзистенциальной исполненности.

Интерпретация результатов исследования осуществлялась на основе качественного описания субшкал ШЭ с использованием критериев, позволяющих выделить высокие, средние и низкие показатели всех субшкал [229]. В настоящей работе анализировались критерии только низких показателей субшкал.

Низкий показатель SD свидетельствует об отсутствии у больного дистанции по отношению к себе, неспособности противопоставить свое Я окружающему миру, адекватно оценить и принять ту или иную ситуацию, разобраться в ее условиях и обстоятельствах. Это существенно затрудняет существование пациента в определенных экзистенциальных ситуациях, когда все происходящее в

повседневности утрачивает свою резкость, становится расплывчатым, воспринимается как пустота, перестает существовать. Причиной этого, как правило, являются различные формы внутреннего смятения или фиксация больного на неудовлетворенных потребностях, а также невозможность реалистично воспринимать и понимать происходящее с ним.

Низкий показатель ST отражает утрату способности ощущать ценности, в т.ч. имеющие для человека решающее, первостепенное значение, являющиеся смыслом всей его жизни, центром мировоззрения. Недостаток эмоциональности (эмоциональная незатронутость), скудость в отношениях с окружающими людьми делают пациента неуверенным, беспомощным. В связи с утратой точки опоры и отчаянием, он не в состоянии объяснить переживаний мира и самого себя, перестает понимать, чего он хочет и что ему нравится. Теряя способность переживания ценности собственного Я, больной утрачивает способность уважать другого и готовность к диалогу.

Низкий показатель V (ответственность) представлен такими особенностями больных, как необязательность, неспособность доводить свои дела до конца. Они не чувствуют персональной включенности в жизнь, которая не поддается планированию, не пронизана собственной волей, идет сама по себе. Как отмечает А. Лэнгле [193], переживание таких больных можно сравнить с дрейфом на плоту, который никоим образом не закреплен и не укрепляемо отдан силам водной стихии. Характерны низкая способность отстаивать собственные интересы, беззаботность, отсутствие персональной позиции («не нахожу себя»), по отношению к фундаментальным условиям экзистенции, чувство глубокого разочарования жизнью, переживание ее бессмысленности (экзистенциальный вакуум, отсутствие стремления к поиску и реализации смысла своей жизни).

Окружающее теряет однозначность, понятность, надежность, постоянство, («ничто не связанно со мной, ничто не удерживает меня в состоянии целостности»). Исчезает прочность переживания действительности («бытия здесь»). Жизнь теряет ориентиры, перестает быть состоятельной, аутентичной, надежной, константной, а представляется произвольной, угрожающей, чужой,

недостижимой. В целом, мир воспринимается как реально несуществующий или отвергающий, притесняющий, направленный против пациента, который не испытывает по отношению к нему каких-либо обязательств.

Для больного с низким показателем F (свобода) характерна массивная фаталическая жизненная установка, в связи с чем мир становится угрожающим, враждебным, неподконтрольным. Теряется ощущение собственности мыслей: они распадаются, растворяются, утачивают взаимосвязь и связанность. Больной теряет способность принимать решения или считает их бессмысленными, не связанными с достижением какого-либо результата. Значительно снижается возможность осознанного выбора и осознанного отношения к его последствиям. Понятие «свобода» не ассоциируется с различными негативными аспектами психиатрического вмешательства, включая ограничения и изоляцию. Поведение пассивное, подчиняемое, зависимое, при отсутствии стремления что-либо изменить.

Низкий показатель P свидетельствует о закрытости, аутизме, бедности отношений, выраженной когнитивной и эмоциональной недоступности пациента. Блокируются и не используются базовые персональные способности, возможность разобраться с собственным внутренним миром. Дисгармоничные отношения с собственным Я и отсутствие внутренней свободы формируют безответственный стиль жизни. Утрачивается способность к ассимиляции личностного и социального опыта, поддержанию собственной ценности и субъективности. Различные качества Я не интегрируются в целостное представление о Я, не может удерживаться чувство идентичности («Я есть Я») и чувство места («Я есть здесь»), которые обеспечивают собственное бытие. Как следствие, растворяется связь в отношениях с миром. Игнорирование собственного, своего Я, невозможность «внимательного всматривания» в себя вызывает страдания, что лишает пациента более осмысленного, а, следовательно, менее травматичного проживания критического периода жизни и болезни.

Низкий показатель E интерпретируется в контексте преобладания у больных нерешительного, затрудненного ведения жизни, бездействия, утраты

способности взаимодействия с внешним миром, необязательности, зависимости от окружающих, от мнения других людей. Испытывая некомфортное самочувствие среди людей, они избегают контактов, принятия решений, взятия ответственности, отсутствует стремление принадлежать к какой-либо группе, кроме «когорты пациентов». У них отмечается неспособность к установлению адекватных взаимоотношений близости, диффузия временной перспективы, жесткая фиксация на ролях и идентификациях, отвергаемых обществом.

Эго-состояние больных, отражающее функциональные отношения между Я и окружением, лишается свойств динамичности, ощущения принадлежности к тем или иным социально активным группам (социальное исключение), аутентичности жизни, возможности соотнести внутренний мир с внешним. Утрачивается опыт связанности экзистенциальных основ, мира и Я, исчезает прочность переживаемой действительности, растворяются закономерности вещей и собственного бытия. Потеря внешних ориентиров (ценностных, смысловых, мотивационных) сопровождается ощущением потери контроля над собой.

Низкий G показатель характеризует личность с точки зрения ее нерешительности, невосприимчивости, закрытости, эмоциональной неспособности к диалогу, ощущения бессмысленности бедной на отношения жизни, которая воспринимается не как собственная, а как источник страданий. Дисфункциональность (кризис идентичности) личности проявляется в неспособности к ассимиляции личностного и социального опыта, поддерживания своей целостности и субъективности, чувстве изоляции, опустошенности и отчуждения. Переживание утраты внутренней и внешней действительности воспринимается как выпадение из «бытия» в «ничто». Пациент переживает «растворение», которое охватывает все вокруг [193], связанность Я и мира, который становится миром «объектов», не имеющих отношения друг к другу, находящихся на недосягаемом расстоянии от субъекта. В целом, жизнь (экзистенция) субъективно ощущается как неисполненная, не наполненная смыслом (неудовлетворенное экзистенциальное исполнение), не позволяющее

больному реализовать свою сущность, как путь страданию, закреплению психопатологических комплексов, жизни, определяемой извне.

В таблице 4.1 показаны средние значения показателей ШЭ у больных шизофренией.

Таблица 4.1

Средние значения показателей ШЭ у больных шизофренией (в баллах)

Математический показатель	Субшкалы						
	SD	ST	F	V	P	E	G
T	24,8	45,4	35,1	35,8	68,4	70,4	145,6
б	4,431	5,113	4,72	4,86	6,24	6,31	8,241

Низкие средние значения показателей по всем субшкалам ШЭ свидетельствуют о значительном снижении экзистенциальных ресурсов (неисполненной экзистенции) у больных шизофренией. По данным авторов опросника и рекомендаций по интерпретации результатов [229], это является отражением тяжелой степени психического расстройства и низкого уровня стрессоустойчивости больных и наполненности их жизни смыслом. Особенности этих показателей по всем субшкалам ШЭ при различных уровнях стигматизации больных показаны в таблице 4.2.

Таблица 4.2

Средние значение показателей Шкалы экзистенции у больных шизофренией с различным уровнем стигматизации (в баллах)

Уровень стигматизации	Мат. функция	Шкалы						
		SD Max 48б	ST Max 84б	F Max 66б	V Max78б	P (SD+ST) Max 132б	E (F+V) Max 144б	G Max 275б
Высокий N=35	T	19,5*	35,6*	28,8*	22,4*	54,1*	50,2*	97,3*
	б	5,471	4,221	5,261	5,51	11,738	10,156	15,241
Средний **N**=20	T	24,6	44,2	36,1	38,7	68,9	74,7	148,7
	б	4,572	5,352	5,165	8,261	12,364	1,256	17,256
Низкий N=25	T	30,4	56,6	40,4	46,5	82,3	86,4	190,8
	б	7,654	8,144	7,214	9,316	14,381	14,721	24,854

*по сравнению с низким уровнем стигматизации различия значимы при $p < 0,05$

Анализ данных, приведенных в таблице 4.2, позволил установить зависимость средних значений по всем субшкалам и суммарных значений показателей ШЭ от уровня стигматизации больных. При низком уровне самостигмы по большинству субшкал ШЭ (за исключением субшкал ST и P) выявлены средние показатели, означающие умеренный уровень экзистенциальной исполненности. У больных со средним уровнем стигматизации выявлена тенденция к значительному снижению средних значений показателей по всем субшкалам. А в случаях с высоким уровнем самостигмы количественные показатели ШЭ свидетельствуют о неисполненности экзистенции (низкие средние значения показателей по всем субшкалам, включая общий показатель) - различия значимы при $p < 0,05$.

Анализ распределения пациентов по суммарным показателям ШЭ показал, что, независимо от длительности заболевания, высокие показатели у этой категории больных не встречаются. Даже у лиц с первым эпизодом психоза экзистенциальные ресурсы ограниченны средним или низким уровнем. При этом соотношение показателей среднего и низкого уровней изменяется в сторону преобладания показателей, отражающих состояние неисполненной экзистенции при увеличении длительности заболевания (таблица 4.3).

Таблица 4.3

Распределение больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания и суммарных показателей ШЭ

Длительность заболевания	Суммарные показатели ШЭ (абс.%)								
	Р(персональность)			Е(экзистенциальность)			0(общий показатель)		
	Выс.	Ср.	Низ.	Выс.	Ср.	Низ.	Выс.	Ср.	Низ.
Первый эпизод психоза	-	19(76,0)	6(24,0)	-	21(84,0)	4(16,0)	-	22(88,0)	3(22,0)
2-5 лет	-	13(41,9)	18(58,1)	-	11(35,5)	20(164,5)	-	9(29,0)	22(71,0)
Более 5 лет	-	5(20,8)	19(79,1)	-	7(29,2)	17(70,8)	-	5(20,8)	19(79,2)

О такой же тенденции убедительно свидетельствует и распределение больных с наиболее низкими показателями по ШЭ: по всем суммарным субшкалам распространенность этих показателей достигает 70,8-79,2% при максимальной длительности заболевания (рисунок 4.1).

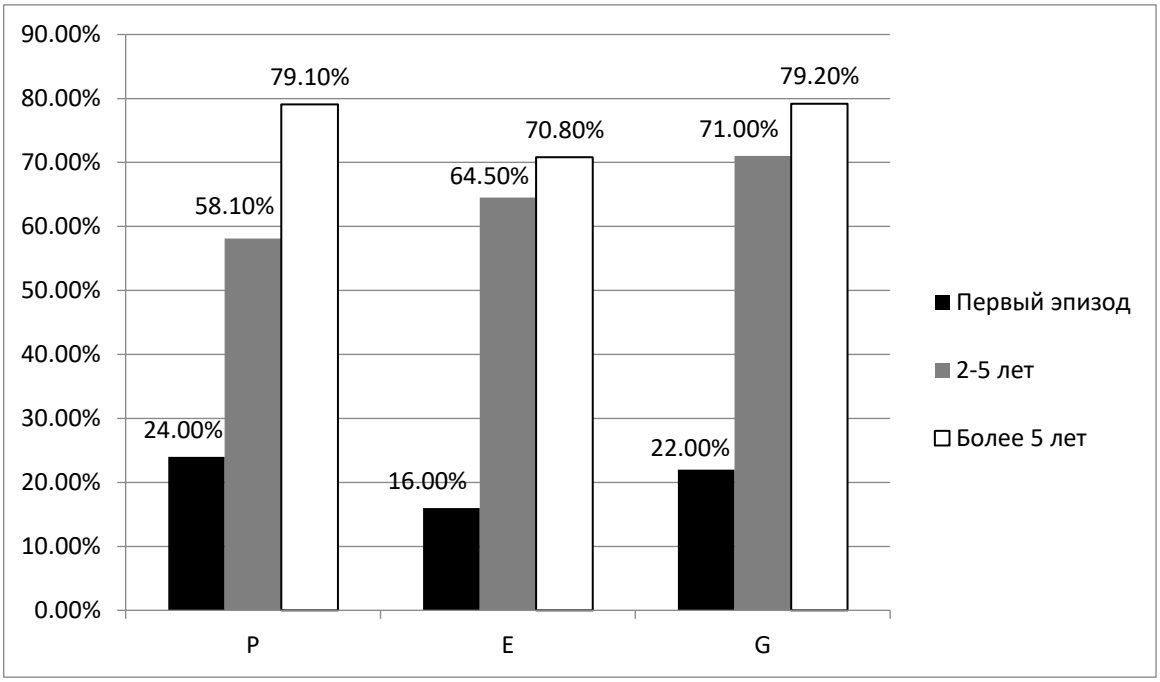


Рисунок 4.1 - Распределение больных с наиболее низкими показателями по ШЭ в зависимости от длительности заболевания.

Сопоставимые данные получены при изучении экзистенциальных ресурсов больных и уровня их стигматизации, которая, в свою очередь, нарастает по мере увеличения длительности заболевания: нарастанию уровня дезинтеграции идентичности (самостигмы) сопутствует увеличение числа больных шизофренией с низкими показателями экзистенциальной исполненности (таблица 4.4).

Таблица 4.4

Распределение больных шизофренией в зависимости от уровня самостигматизации и суммарных показателей ШЭ

Уровень самостигматизации	Суммарные показатели ШЭ								
	Р(персональность)			Е(экзистенциальность)			С(общий показатель)		
	Выс.	Ср.	Низ.	Выс.	Ср.	Низ.	Выс.	Ср.	Низ.
Высокий N=35	-	6/17,1	29/82,9	-	3/8,6	32/91,4	-	4/11,4	31/88,6

Средний N=20	-	8/40,0	12/60,0	-	7/35,0	13/65,0	-	5/25,0	15/75,0
Низкий N=25	-	17/68,0	8/32,0	-	19/76,0	6/24,0	-	23/92,0	2/8,0

Проведенный корреляционный анализ соотношения между общими показателями стигматизации и показателями экзистенциальных ресурсов личности позволил выделить ряд статистических закономерностей. В группе больных с первым эпизодом психоза общий показатель стигматизации (ОПС) обнаруживает отрицательные связи только с показателями «самотрансценденция» и «персональность». С другими субшкалами ШЭ значимых корреляционных связей показателя стигматизации в этой подгруппе больных не выявлено. В то же время в подгруппах больных с длительными сроками болезни по всем шкалам ШЭ установлены отрицательные корреляционные связи с ОПС (таблица 4.5).

Таблица 4.5

Значимые коэффициенты корреляции между общими показателями стигматизации и показателями экзистенциальных ресурсов личности

Шкалы	Общий показатель стигматизации		
	1-й эпизод психоза	2-5 лет	Более 5 лет
SD самодистанцирование	-	-726*	-812*
ST самотрансценденция	-368	-639*	-671*
F свобода	-	-314*	-454*
V ответственность	-	-500*	-656*
P персональность (SD+ST)	-575	-659*	-672*
E экзистенциальность (F+V)	-	-550*	-573*
G Общий показатель	-	-465*	-551*

1)n=80; 2)*-P≤0,05; 3) нули и запятые опущены.

Таким образом, исследование феномена самостигматизации как рефлексии социального статуса, и как саморефлексии клинического статуса,

зафиксированного в показателях качества жизни, показало, что в целом у больных шизофренией наблюдается значительное снижение экзистенциальных ресурсов. Эти нарушения, отражающие уровень стигматизации, дезинтеграции идентичности и смыслоутраты, начинают формироваться уже на ранних этапах заболевания. Дальнейшая динамика шизофренического процесса (включая «жизнь с болезнью») характеризуется прогрессирующим снижением экзистенциальных ресурсов, достигая уровня неисполненной экзистенции при кризисе идентичности личности как завершающей стадии стигматизации.

4.2 Особенности дезинтеграции личности в процессе формирования самостигмы у больных шизофренией

Искаженное, дефицитарное, дезинтегративное переживание себя или нарушение идентичности личности является неотъемлемым компонентом расстройств психотического круга. Различными авторами отмечается качественное своеобразие Я-концепции больных шизофренией, в частности, заниженная и неадекватная самооценка, слабая структурированность образа Я, искаженное отраженное Я, нарушение границы собственного Я, низкий уровень активности, слабая мотивация к социальным контактам [230, 231]. Дезинтеграция сложившейся до болезни идентичности личности, на основе которой формируется активное, действующее экзистенциальное Я, а именно, процессы самореализации, самоэффективности и самоконтроля, является основным механизмом самостигматизации больных шизофренией [232].

Эти изменения Я-концепции или идентичности личности являются универсальным признаком, лежащим в основе разнообразных нарушений психосоциальной адаптации больных, их способности к адекватному

функционированию, снижения качества жизни [233, 234]. При кризисе идентичности происходит разрушение способности к самореализации, как необходимого условия активного участия пациента в реабилитационном процессе.

При анализе эмпирических данных об уровне интеграции идентичности у больных шизофренией с различной выраженностью самостигмы мы учитывали, что структура идентичности включает в себя когнитивный компонент (осознанная самоидентификация); аффективный компонент - отношение к себе и своему групповому членству и смысловой компонент - ценности и установки. Качественные характеристики этих компонентов оценивались полярными признаками: дифференцированность - диффузность; целостность - фрагментарность (расщепление); стабильность - ситуативность; объективное восприятие Я - восприятие Я не основанное на реальности; высокоразвитые навыки саморегуляции - слабо развитые навыки саморегуляции.

Динамика идентичности изучалась в контексте оценки уровня интеграции идентичности, который представляет собой совокупность идентификационных процессов, определяющих тип интеграции системы Я - репрезентаций больных шизофренией [234].

По преобладанию тех или иных особенностей было выделено три уровня интеграции идентичности: 1) целостно-дифференцированный уровень; 2) диффузно-фрагментарный уровень; 3) уровень спутанности или кризис идентичности личности.

Целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности. Этот уровень интеграции идентичности предполагает наличие баланса динамичности-статичности, а также высокий уровень дифференцированности и целостности. Высокая степень дифференцированности предполагает осознание и выделение многих сторон и качеств своего Я. Целостность означает переживание внутреннего единства, несмотря на кажущуюся разнородность качеств Я. Целостность образа Я зависит от особенностей сознания рефлексии себя: чем выше уровень рефлексии себя, чем шире и богаче то содержание, с позиций

которого человек осуществляет рефлексию себя, тем устойчивее его Я, тем сохраннее целостность личности. Таким образом, «целостно-рефлексивное Я», как переживание человеком своей универсальности и бесконечности, своего тождества с миром представляют собой стержень целостности личности.

Диффузно-фрагментарная идентичность. Диагностика дезинтегративных статусов идентичности личности осуществлялась в случае нарушения баланса модальностей динамичности-статичности, либо низкой степени дифференцированности, т.е. диффузности и низкой степени целостности (фрагментарности). Образ Я при этом становится либо чрезмерно изменчивым, либо статичным, диффузным, либо фрагментарным. Образ Я и образ Другого при таком варианте нарушения идентичности неструктурированный, размытый. Человек плохо представляет и осознает кто он такой, какой он. Пациенты с диффузной идентичностью затрудняются говорить о качествах своего Я и других людей, дают им очень нечеткие и неконкретные характеристики. И в реальных отношениях границы между Я и Другим размыты.

К основным критериям диффузно-фрагментарной идентичности относятся: закрытость, неспособность или нежелание выдавать значимую информацию о себе; неудовлетворенность собой и своими возможностями, сомнение в способности вызывать уважение; ожидание субъектами того, что личность, характер и деятельность не способны вызывать в других уважение, симпатию, одобрение и понимание; переоценка своего духовного Я, сомнения в ценности собственной личности, отстраненность, граничащая с безразличием к своему Я, потеря интереса к своему внутреннему миру; отсутствие дружеского отношения к себе, согласия с самим собой, одобрения своих планов и желаний; наличие внутренних конфликтов, сомнений, несогласий с собой, тревожно-депрессивных состояний, сопровождаемых переживанием чувства вины; самообвинение, готовность поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки.

Спутанная идентичность (кризис идентичности). Кризис идентичности определяется как несоответствие сложившейся к данному моменту структуры

идентичности, изменившемуся контексту ее существования. Однако, в отличие от возрастных конструктивных, потенциально нормативных кризисов, кризис идентичности у больных шизофренией субъективно не переживается как состояние поиска новых возможностей и решения возникающих проблем, не приводит к достижению новой идентичности, более адекватной текущему опыту. Это состояние характеризуется потерей внешних и внутренних ориентиров (ценностных, смысловых, мотивационных), что порождает ощущения растерянности, «размытости» личностных границ, потери контроля над собой, неуверенности в себе, уход от реального мира, общей дезинтреграцией личности [232]. Базовой предпосылкой формирования кризиса индивидуальной идентичности является невозможность индивида соотнести внутренний мир с внешним в ситуации «множащегося многообразия» [235].

Все категории идентичности отличаются низким качеством функционирования: идентичность диффузная, Я и объект-репрезентации не дифференцированы, слиты, способность различать себя и другого, внешнюю и внутреннюю реальность отсутствует или сильно снижена. Преобладают примитивные защитные механизмы (отрицание, проекция). Способность к оценке реальности отсутствует или сильно искажена. Утрачивается способность, как понимания социальных норм, так и к эмпатическому проникновению во внутренней мир другого человека. Это проявляется в утрате способности к проверке реальностью, а также в искаженном понимании внутренних переживаний другого человека. Первое выражается в совершении неадекватных поступков, второе в пренебрежении интересами других.

Таким образом, трансформация идентичности личности или кризисное изменение идентичности характеризуется потерей чувства самого себя, невозможностью приспособится к собственной роли в сложившейся в результате болезни ситуации, ощущением потери контроля над собственной жизнью, дезинтеграцией самости. При наиболее пессимистическом варианте его развития происходит полное разрушение существующего представления о себе и утрата способности действовать.

Полученные нами данные об особенностях интеграции идентичности личности у больных шизофренией представлены в таблице 4.6.

Таблица 4.6

Уровень интеграции идентичности у больных шизофренией в зависимости от длительности болезни

Уровень интеграции идентичности	I (N=80)		II (N=40)	
	Абс.	%	Абс.	%
Целостно-дифференцированный	6	7,5	28	70,0
Диффузно-фрагментарный	56	70,0	12	30,0
Спутанный (отчуждение, кризис идентичности)	18	22,5	-	-

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

Как видно из таблицы 4.6., у 80,0% больных шизофренией после первого психотического эпизода сохраняется целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности и только у 20,0% он снизился до уровня диссоциированного или диффузно-фрагментарного. Кризиса идентичности мы не наблюдали ни у одного из больных этой группы.

При рецидивной динамике болезни с относительно непродолжительной ее длительностью, но с достаточно интенсивными формами традиционного психиатрического вмешательства значительно сокращается число больных с целостно-дифференцированным уровнем интеграции идентичности и значительно нарастает количество пациентов с дезинтегрированными формами идентичности. У больных с более длительной продолжительностью болезни (до 10 лет) и выраженной зависимостью от психиатрических служб в 100% случаев наблюдался распад Я - концепции с утратой ценностно-дифференцированных свойств идентичности. В этой группе у 58,7% больных установлен диффузно-фрагментарный (диссоциированый) уровень интеграции идентичности, а у 41,3% - спутанный уровень или кризис идентичности.

Приведенные в настоящей главе данные об уровнях интеграции идентичности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания имеют корреляционную зависимость с уровнем выраженности показателя самостигматизации у обследованных больных, что свидетельствует о патогенетической сопряженности стигматизационных процессов с деструктивными изменениями идентичности личности.

Возможность преодоления деструктивной трансформации идентичности, а, следовательно, «смягчения» стигмы, на наш взгляд, непосредственно связана с особенностями личностных ресурсов (личностного потенциала). Оценка различных его составляющих в контексте преодоления дезинтеграции идентичности является необходимым элементом функционального диагноза больных с различными психическими расстройствами, важным аспектом поиска новых социально-психологических и психотерапевтических подходов и реабилитационных стратегий при заболеваниях психотического регистра, а также служит основой личностно-ориентированных подходов к оказанию психиатрической помощи.

4.3 Значение процесса ситуативного отчуждения (смыслоутраты) в формировании самостигмы у больных шизофренией

Одним из признаков и механизмов дезинтеграции идентичности личности и самостигматизации больных шизофренией является процесс самоотчуждения, приводящий к нарушению целостности личности [2,10]. Наиболее значимым категориальным признаком самоотчуждения выступает утрата смысла, смысловой (экзистенциальной) вакуум, следствием которого является отвержение человеком самого себя, исчезновение личностно значимых связей индивида с самим собой и

жизненным миром, утрата чувства собственной субъектности [236, 237, 238]. В круг феноменов, отражающих нарушение смысловой регуляции (смыслоутрату) и участвующих в формировании самостигмы, входят: переживание пустоты и бессмысленности жизни, скука, неудовлетворённость жизнью, утрата индивидом переживания субъективной значимости намерений и целей собственной деятельности, сужение широты круга мотивов и степени их иерархизации, преобладание потребностной регуляции над ценностной, формирование убеждений, отражающих невозможность обнаружения смысла в жизни и контроля над жизнью и др. [194].

При подведении итогов и интерпретации результатов исследования учитывались следующая типология выраженности отчуждения:

1) «Абсолютное отчуждение» - значение коэффициента общего отчуждения или в отдельно взятой сфере от 70 до 100 пунктов.

2) «Относительное отчуждение» - значение коэффициента общего отчуждения или в отдельно взятой сфере от 40 до 69 пунктов.

3) «Мнимое отчуждение» - значение коэффициента общего отчуждения или в отдельно взятой сфере от 0 39 пунктов.

В таблице 4.7 представлены данные о выраженности переживаний отчуждения у больных шизофренией в зависимости от глубины самостигматизации.

Таблица 4.7

Значимость различий по шкалам опросника ОСОТЧ в сравниваемых группах больных шизофренией

Шкала	I (N=80)		II (N=40)		Сравнение средних	
	Ср.	Ст. откл.	Ср.	Ст. откл.	t	P
Общий показатель отчуждения	348,98	47,24	205,96	38,17	3,26	<0.001
Отчуждение от общества	65,21	12,16	37,26	9,46	1,48	<0.001
Отчуждение от работы	74,43	14,21	44,16	11,28	2,36	<0.001

Отчуждение от других людей	71,14	13,84	38,17	10,75	2,86	<0.001
Отчуждение от семьи	61,46	11,36	42,81	9,24	2,34	<0.001
Отчуждение от самого себя	76,54	14,73	43,56	11,83	3,21	<0.001
Вегетативность	80,26	16,18	36,47	9,12	3,84	<0.001
Бессилие	74,81	14,43	42,18	11,34	3,46	<0.001
Нигилизм	77,24	14,86	47,24	12,24	2,71	<0.001
Авантюризм	35,41	8,16	33,65	8,33	0,42	Не зн.

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

Из данных, приведенных в таблице 4.8 следует, что по общему среднему показателю и по шкалам «отчуждение от работы», «отчуждение от других людей» и «отчуждение от самого себя» степень выраженности СО у больных шизофренией основной группы соответствует уровню «абсолютное отчуждение», а по шкалам «отчуждение от общества» и «отчуждение от семьи» - уровню «относительное отчуждение». В группе сравнения ни по одной из шкал не было выявлено высоких показателей отчуждения, а по шкалам «отчуждение от общества» и «отчуждение от других людей» показатель СО соответствовал минимальным значениям. Это свидетельствует о значительно более высоком уровне СО у больных шизофренией с относительно длительным периодом заболевания и значительной выраженностью самостигмы, по сравнению с пациентами, находящихся на ранних стадиях формирования самостигмы. Наибольший показатель СО выявлен по шкале «отчуждение от самого себя» (76,54 пункта), наименьший - по шкале «отчуждение от семьи» (61,46 пункта). Из этого следует, что самоотчуждение является одним из главных механизмов деструктивной самоидентификации больного в процессе его самостигматизации.

Таблица 4.8

Распределение больных сравниваемых групп по степени выраженности отчуждения (абс./%)

Шкала	I			II		
	Абсол. отч.	Относ. отч.	Мнимое отч.	Абсол. отч.	Относ. отч.	Мнимое отч.
Общий показатель отчуждения	63/78,7	17/21,3	-	-	13/32,5	27/67,5
Отчуждение от работы	69/86,2	11/13,8	-	-	12/30,0	28/70,0
Отчуждение от общества	63/78,7	17/21,3	-	-	16/40,0	24/60,0
Отчуждение от других людей	61/76,2	19/23,8	-	-	11/27,5	29/72,5
Отчуждение от семьи	58/72,5	22/27,5	-	-	13/32,5	27/67,5
Отчуждение от самого себя	67/83/7	13/16,3	-	-	14/35,0	26/65,0

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

При анализе распределения больных шизофренией с различной выраженностью внутренней стигмы по уровню СО было установлено значимое преобладание лиц с абсолютным отчуждением в основной группе (общий показатель в пределах от 72,5 до 86,2%) при полном отсутствии больных с максимальным уровнем СО. В группе сравнения, напротив, по всем шкалам преобладали больные с минимальными проявлениями СО, в то время как больных с максимальным уровнем отчуждения («абсолютное отчуждение») не было вообще (таблица 4.8).

С наибольшей частотой (34чел. - 42,5%) у больных шизофренией с выраженной степенью самостигмы наблюдалось отчуждение в форме нигилизма, у 18 чел. (22,5%) - в форме бессилия и у 28 чел. (35,0%) - в форме вегетативности как наиболее тяжелой разновидности СО. Авантюризм оказался формой отчуждения не характерной для этого контингента больных. Поэтому структурные особенности отчуждения, как проявления дезинтеграции

идентичности личности, следует рассматривать только в контексте таких феноменов как вегетативность, бессилие и нигилизм. Ниже представлены установленные нами конкретные механизмы этих феноменов, отражающих содержательные стороны процесса самостигматизации больных шизофренией.

Нигилизм - основной признак нигилизма это ощущение бессмысленности жизни, смыслоутраты, отсутствие четких сознательных представлений о целях и направленности собственной жизни, переживание пустоты, скуки, неудовлетворенности жизнью. Больные рассматривают свою жизнь как изолированную, лишенную значимых связей, замкнутую в себе, не связанную с жизнями других людей, с социальными группами; в ней отсутствует перспектива за пределами актуального «здесь и теперь», она отчуждена, не воспринимается как «моя собственная», мотивирована нуждой, а не идеалами. Своя жизнь оценивается как неинтересная, непродуктивная, непоследовательная и недостаточно организованная, практически не выражена смысло-поисковая активность. Больные испытывают внутреннюю опустошенность, исчерпанность в жизни, падение мотивации жизнедеятельности. У них отсутствует желание изменять жизнь в лучшую сторону, и взять ее течение под контроль. Уровень жизненных притязаний снижен: больные не стремятся достичь в жизни чего-то значительного; сторонятся дел, требующих длительной, напряженной работы. Просматривается значительное рассогласование между осознанными представлениями о смысле жизни и реально действующим смыслом. В этой связи многие повседневные дела и обязанности воспринимаются как совершенно бессмысленные, не представляющие никакой значимости; возникают трудности с разделением значимого и незначимого в жизни, выработкой внутренних критериев для принятия жизненно важных решений, оцениванием жизненных достижений. Представления о наиболее важных ценностях в жизни неустойчивы и внутренне конфликтны. Отмечается склонность обесценивать или радикально переоценивать те ценности, которые считались самыми главными в прошлом, затруднения с упорядочиванием ценностей - источников смысла жизни по

значимости для себя. В целом, эти больные считают жизнь зависящей от внешних обстоятельств, а не от собственных усилий.

Бессилие - идентичность пациентов ассоциируется с ожиданием неудачи в различных сферах социальной жизни, утратой способности влиять на жизненные ситуации, неготовностью к осуществлению смысла, к субъективному контролю над собственной жизнью, неуверенностью в возможности такого контроля, ощущением, что длительность не может дать нужных результатов. «Принятие роли больного» и дистанцирование от собственного бытия характеризуется пассивностью, признанием собственного бессилия, уязвимости. Больные считают, что у них нарушилась включенность в те значимые жизненные отношения, реализация которых несет человеку ощущение смысла своей жизни. По этой причине у них происходит снижение активности и интереса к жизни, способности выполнять свои повседневные обязанности, способности поддерживать адекватные отношения с членами своей семьи. Они испытывают переживания, вызванные предвзятым отношением к себе со стороны окружающих, мешающие чувствовать себя здоровым, жить активной жизнью.

Отстраненность от позитивных аспектов взаимодействия с миром, связывается с безразличием и уходом, невозможностью построить свою жизнедеятельность на смысловых основаниях определяют формирование конформистских моделей поведения и изменение Я- концепции в направлении проецирования переживаний собственной несостоятельности на категорию психически больных в целом или на фрустрирующую ситуацию, дестабилизирующую Я-концепцию. В этом случае включенность больного во взаимодействие с миром (миром природы, других людей, миром культуры и собственным внутренним миром) оказывается ограниченной, как количественно, так и качественно, и не является достаточной для полноценной жизнедеятельности. Элементы самоотчуждения на этом этапе формирования стигмы и дезинтеграции идентичности заключаются в переживании утраты позитивного смысла взаимосвязей с окружающим миром.

Вегетативность - полная потеря индивидуализированной идентичности. Это самая тяжелая форма отчуждения (самоотчуждения), которая, по нашему мнению, соответствует содержанию клинического симптома «ангедония». Самоотчуждение - это феномен, который характеризуется обособлением личности от собственного Я или отдельных его составляющих, утратой самоотождествленности субъекта, дистанцированием от собственной самости. В суждениях пациентов это ассоциируется с утратой смысла жизни, исчезновением личностно значимых связей больных с собой и окружающим миром, непониманием себя и своих собственных желаний, невозможностью самоактуализации личности. Отчуждение от реального Я проявляется в ощущении пустоты, скуки, незаполненности жизни («экзистенциальный вакуум»), в утрате переживания себя как активной детерминирующей силы в собственной жизни, в утрате осмысленности собственной жизни, в неиспользовании ресурсов личности и минимизации усилий. Смыслоутрата как базисный признак самоотчуждения дополняется чрезмерно конкретными и фрагментарными особенностями идентичности личности пациентов, которые сводятся к очень скудному набору социальных ролей и биологических потребностей.

Учитывая, что степень субъективного отчуждения представляет собой относительно устойчивую индивидуальную характеристику и одновременно отражает уровень смыслоутраты [239], представляется возможным рассмотрение этого феномена в структуре дезинтегративных изменений идентичности в процессе формирования самостигмы у больных шизофренией. Такой системный подход позволил выделить этапы (стадии) и экзистенциальные механизмы формирования самостигмы у больных шизофренией.

Для теоретической интерпретации результатов изучения феномена самостигматизации и стадий ее развития нами использовались следующие фундаментальные положения: концепция «позитивного психического здоровья», концепция идентичности как условие психического здоровья, теория навешивания ярлыков, унитарная теория стигматизации, статусная модель

идентичности, теория «готовность категории». На этой теоретической основе были уточнены содержательные характеристики выделенных нами стадий стигматизационной самоидентификации, отражающих уровень дезинтеграции идентичности личности, самоотчуждения и экзистенциальной неисполненности [240, 241].

Ниже представлены этапы (стадии) и экзистенциальные механизмы формирования самостигмы и их содержательные характеристики у больных шизофренией (основная группа).

1-2 стадии - «жизнь с болезнью» - интериоризация личного опыта переживания болезни и многочисленных рисков отношений и функционирования пациента в социуме; экзистенциальная фрустрация - экзистенциальные переживания (страдания) в связи с нарушением человеческого способа и значимых аспектов бытия, смысла существования.

3-4 стадии - нарушение процессов самоидентификации или эмоционально-оценочного отношения к себе. Утрата чувства определенности и непрерывности истории своей жизни в социально-профессиональной, семейно-бытовой и других сферах; переоценка личностных особенностей и социальных ценностей в соответствии со стигматизирующими жизненными обстоятельствами, связанными с болезнью.

5-6 стадии - дезинтеграция сформированной идентичности личности:

-диффузно-фрагментарный уровень - нарушение баланса Я-концепции в контексте модальностной динамичности-статичности; дифференцированности-диффузности; целостности-фрагментарности; размытость, неструктурированность образа Я и образа Другого; нестабильность (неустойчивость) образа Я, зависимость от отношений окружающих к собственной репрезентации;

-уровень спутанной идентичности (кризис утраты идентичности) - разрушение универсальных ценностей, где Я-идеальное, выступает как основа ощущения непрерывности и тождественности личности; распад целостно-смысловых структур, привычной картины мира (смыслоутрата); переживание

«экзистенциального вакуума»; самоотчуждение от собственного бытия и собственного Я;

-отрицательная стигматизационная самоидентификация (маргинализация) - переструктурирование идентичности в направлении собственной необратимой ущербности, устойчивой самоидентификации с категорией психически больных, самоотчуждения и социальной эксклюзии.

Начальные стадии (1-2) формирования самостигмы характеризуются осознанием и принятием негативной идентификации больных с психическими расстройствами на фоне целостно-дифференцированного уровня интеграции собственной идентичности. В сознании пациента актуализируются стереотипные представления о существовании в макро - и микросоциальной среде феномена выделения и «маркировки» человека с психиатрическим диагнозом и присвоения ему негативных качеств в соответствии с предубеждениями и стереотипами обесценивания и дискриминации лиц с психическими расстройствами. При этом подчеркиваются собственные отличия от «типичного» психически больного, что позволяет пациенту отождествлять себя со здоровыми (нормальными) людьми, несмотря на формальное признание наличия у себя психического расстройства (1-я стадия).

Во второй стадии самостигмы происходит процесс формирования внутреннего согласия и принятия негативного контекста стереотипов по отношению к лицам, страдающим психическими расстройствами (недостойный, ничего не стоящий, неспособный достигать конкретных жизненных целей), убеждение в их правдивости и реалистичности. Осознание оппозиционной настроенности общества по отношению к этой группе больных способствует формированию готовности к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных», сокрытию фактов, подтверждающих принадлежность к «группе больных», тревожных ожиданий, относящихся к себе и своей дальнейшей жизнедеятельности. При наличии высокой самооценки, высокого качества жизни, социальной поддержки и высокого уровня социального функционирования не

исключается включение механизмов расширения личностных возможностей противодействию дальнейшему формированию самостигмы.

Следующие две стадии формирования самостигмы отражают особенности диссоциативно-фрагментарного уровня дезинтеграции идентичности.

3-я стадия характеризуется эмоционально-мотивационным напряжением с переживаниями высокой субъективной значимости психиатрического диагноза и многочисленных рисков для дальнейшей собственной жизнедеятельности, угрозы существенного снижения качества жизни и дискриминации. Происходит обесценивание Я с точки зрения возможностей, достижения личных целей и совладания с болезнью, переосмысление основных (прежних) ценностей своей жизни с чувством их безнадежной утраты, ограничение мотивации к социальным контактам.

4-я стадия стигматизационной самоидентификации характеризуется готовностью к категориальной идентификации на «больных» и «здоровых», к деидентификации от психически здоровых людей в личностной и социальной сферах, исходной готовностью категории «Я психически больной». Отмечается слабая структурированность образа Я и его границ с заниженной и неадекватной самооценкой, выраженная озабоченность своим положением в обществе и перспективой дальнейшей «жизни с болезнью», снижение социальной активности.

Заключительные стадии самостигматизации характеризуются различной степенью выраженности кризиса идентичности личности.

На 5-ой стадии происходит процесс формирования деструктивных статусов личностной и социальной идентичности, которые отражают обесценивание личности, снижение самооценки, самоуважения, самоэффективности, а также переживания отчуждения, уязвимости, собственной несостоятельности и некомпетентности.

Этот уровень дезинтеграции идентичности отражает отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности. Больному с таким статусом идентичности свойственно дисгармоничное функционирование

смысловых, когнитивных и поведенческих структур личности, в частности: фрагментарность и противоречивость представлений о себе, о качествах Я, выраженность иррациональных установок, ослабление способности тестировать реальность, низкая оценка себя с точки зрения соответствия социальным нормативам, недостаточный уровень самопринятия, эмпатии и контроля за внешними проявлениями эмоций, межличностная конфликтность, низкая мотивация социального одобрения. Больные используют незрелые формы психологической защиты: изоляция, отрицание, обесценивание, ипохондрия, пассивно-агрессивное поведение, однако способность ощущать реальность сохраняется.

Концепция Я характеризуется диссоциативностью, ригидностью, теряется способность избирательно реагировать на изменение окружающей среды, то есть способность к творческой адаптации. В силу этого некоторые особенности качества Я не осознаются, а, следовательно, не интегрируются в целостное представление о Я. Поведение становится однообразным и стереотипным. Принятие Я находится в прямой зависимости от мнений других людей, значимых для пациента. Самооценка при этом отличается ситуативностью и нестойкостью.

При таком статусе идентичности характерны отсутствие обязательств, целей, ценностей и убеждений, холодные, дистанцированные отношения с окружающими, не предпринимаются активные попытки к их восстановлению. При отсутствии ясного чувства идентичности, больные переживают ряд негативных состояний, включая пессимизм, апатию, отчуждение, элементы беспомощности и безнадежности, отсутствие понимания своих чувств и желаний, потерю самоуважения и самоэффективности.

Больные избегают ситуаций, в которых чувствуют себя глубоко презираемыми и неуважаемыми. Соглашаясь со стигмой и применяя ее к самим себе, пациенты чувствуют себя недостойными, ничего не стоящими или неспособными достичь конкретных жизненных целей. Неуверенность в успешной деятельности в конкретной ситуации связана с их неспособностью к самостоятельной жизни, управлению различными обстоятельствами, реализации

жизненных целей. Негативная стигматизирующая атрибуция личности, восприятие здоровых людей как «чужих» определяют непреодолимую дистанцию между больным и обществом.

6-я стадия формирования самостигмы отражает наиболее выраженный уровень кризиса (дезинтеграции) идентичности личности и характеризуется полным принятием статуса «члена когорты пациентов как маргинальной группы» с избеганием контактов со здоровыми людьми, дистанцированием от потенциальных стигматизаторов и фактической утратой социальных навыков, реальных полномочий, жизненных целей и мотивации к изменению сформировавшейся деструктивной идентичности.

По результатам проведенного исследования можно выделить несколько уровней кризиса: когнитивный, эмоциональный, ценностно-смысловой и социальный. Когнитивный уровень связан с невозможностью целостного восприятия Я, активизацией неадаптивных установок в отношении собственных возможностей, дисбалансом между личностной и социальной идентичностью. Эмоциональный уровень связан с такими эмоциональными состояниями как чувство неполноценности, трудности в адекватной оценке реальности, хроническим чувством покинутости, пустоты и скуки. Целостно-смысловой уровень проявляется в распаде целостности ценностно-смысловых структур личности, на которые личность обычно опирается при выборе личностно значимых целей и стратегий их достижения. Социальный уровень проявляется в нарушении межличностного взаимодействия, отсутствии доверия к значимым другим, чувстве одиночества, стереотипизации, отсутствии эмоциональной глубины социальных контактов, применения неадаптивных стратегий поведения.

Важным аспектом кризиса идентичности, приводящим к резким изменениям привычных устоев жизни, является нарушение ощущения собственной непрерывности и удар по ценностно-смысловой системе, который сопровождается переосмыслением основных ценностей своей жизни и утратой социального призвания. Пациент начинает воспринимать себя лишь в одной роли - роли пациента, при этом происходит обесценивание остальных компонентов

жизни индивида, разрушение условий для дальнейшего развития личности и ее продуктивной жизнедеятельности, а также разрушение способности к самореализации, как необходимого условия активного участия пациента в реабилитационном процессе.

Больному, переживающему кризис идентичности, сложно понять, что он хочет, определить, что в сложившейся ситуации для него ценно, какой профессиональной, личностной или мировоззренческой линии следовать, поэтому он старается избегать принятия решений.

Нарушаются ценности переживания: больной перестает ощущать многообразие и разносторонность жизни, ее осмысленность. Переживание красоты порождает негативные эмоции, страх поделиться со значимым другим из-за боязни быть непонятым. Больной перестает доверять своим чувствам о мире, о нем самом, о том, что он воспринимает, проживает и делает. Собственное состояние воспринимается как усталость, отсутствие сил и энергии.

Кризис личностной идентичности характеризуется разрывом связи, нарушением непрерывности переживания «прошлое-настоящее-будущее», которое является одним из его обязательных индикаторов. Это происходит из-за распада целостности ценностно-смысловой структуры личности, искажения чувства времени и смысла жизни.

Базисным расстройством переживания времени при кризисе личностной идентичности является блокировка будущего. Такое восприятие времени сопровождается чувством отстраненности, пустоты, ощущением, что события проходят мимо. В сознании больного реальная ситуация предстает как отсутствие будущего, его ненужность и неопределенность, что выражается в словах «впереди ничего нет», «будущего не видно», «впереди нет смысла, нет почвы под ногами». Переживанию утраты будущего сопутствуют ощущения внутренней пустоты и бессмысленности. Поэтому кризис личностной идентичности больных, с одной стороны, отражает ее нежизнеспособность, а с другой стороны - принципиальную невозможность возвращения к прежней идентичности или формирование новой.

При этом следует отметить, что заключительный этап процесса формирования самостигмы, в основе которого лежит кризис идентичности личности, ассоциируется с малообратимым процессом маргинализации. Этот процесс осуществляется параллельно с социальным отчуждением и дистанцированием пациента от других. Однако приобретение статуса маргинала (изгоя) возможно только в случае невыхода пациента из референтной социальной группы и продолжения жизнедеятельности в привычной для него среде, постоянно ощущая бессмысленность групповых норм и отсутствие ценностей. При этом изначальная неопределенность самоидентификации личности постепенно сменяется утратой социальной идентичности, т.е. социальных и психологических связей с микросоциальным окружением. Критериями маргинальности человека с психическим расстройством, на наш взгляд, являются: а) деидентификация со здоровыми в референтной группе; б) вынужденные изменения в социальном положении - потеря социального статуса; в) «фатальность» сложившейся ситуации (отсутствие возможности изменить ее или ее составляющие в положительном направлении) с пессимистической оценкой перспективы; г) неспособность адаптироваться и преодолеть чувство ущербности.

Отрицательная самоидентификация (маргинализация) характеризуется полным распадом прежней идентичности, отрицанием своей уникальности, своего бытия, своих прежних связей с социумом, приспособлением к роли «отчужденного». На фоне «экзистенциального вакуума» происходит процесс маргинализации, формирования новых ценностей, отражающих значительное снижение социального статуса пациента и его частичное «встраивание» в соответствующую социальную общность со своей собственной системой ущербных норм и ценностей.

Маргинализация как заключительный этап самостигматизации больного шизофренией – это процесс полной негативной трансформации социально-когнитивных аспектов идентичности, полного разрушения его «жизненной организации» в рамках прежней референтной группы, дистанцирования от нее и формирования деструктивной субидентичности личности с готовностью принятия

нового статуса «отчужденного человека». Переструктурирование идентичности в таких случаях означает не появление новой (позитивной) идентичности, а «разрушение привычной картины мира» с использованием ригидных псевдоинтегративных идентификационных механизмов, не имеющих потенциала развития. Это состояние характеризуется саморефлексией личностной неопределенности, ущербности социального статуса, вынужденной категориальной принадлежности к девиантной референтной группе психически больных с принятием ее норм и деструктивных форм поведения. При этом уход от травматических переживаний осуществляется за счет массивного отрицания не самого факта потери социального статуса, а потребности в нем.

Наиболее типичной особенностью процесса маргинализации пациента, как конечной стадии стигматизационной самоидентификации (самоопределения), является ретритиское поведение. Этот тип девиантного поведения отличается отрицанием норм, целей, рациональных форм человеческой активности, одобряемых обществом, и институциональных средств их достижения. Пациент с такими формами поведения самоизолируется от общества, отказывается от взаимодействия с ним, проявляет беспомощность, отказывается от борьбы за жизнь. С другой стороны, такой стиль жизни как стигматизационный ретритизм или дрейф в направления девиантной субкультуры сопровождается отчуждением и социальным исключением больного, разрушением привычных устоев жизни.

Таким образом, трансформация идентичности личности или кризисное изменение идентичности у больных шизофренией характеризуется потерей чувства самого себя, невозможностью приспособиться к собственной роли в сложившейся в результате болезни ситуации, ощущением потери контроля над собственной жизнью, дезинтеграцией самости. Возможность преодоления («смягчения») кризиса идентичности зависит от социальных обстоятельств и саморегуляционных навыков личности. При наиболее пессимистическом варианте его развития происходит полное разрушение существующего представления о себе и утрата способности действовать.

Выделенные стадии формирования самостигмы в настоящем исследовании ассоциировались с выраженностью (уровнем) стигматизации, в частности, 1-2 стадии - с низким уровнем, 3-4 стадии - со средним, 5-6 стадии - с высоким уровнем. Распределение обследованных больных по уровням стигматизации и дезинтеграции идентичности приведено в таблице 4.9.

Таблица 4.9

Распределение больных шизофренией по уровням интеграции (дезинтеграции) идентичности личности на различных этапах формирования стигмы

Уровень (стадия) стигматизации	Уровень интеграции идентичности					
	Целостно-дифференцированный		Диффузно-фрагментарный		Спутанный (кризис идентичности)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Низкий уровень (1-2 стадии) N=24	6	23,0	18	75,0	-	-
Средний уровень (3-4 стадии) N =44	-	-	36	81,8	8	1 8,2
Высокий уровень (5-6 стадии) N=12	-	-	2	16,7	10	83,3

Анализ соотношения тех или иных уровней (стадий) стигматизации и уровней интеграции идентичности личности показал, что при низком уровне стигматизации (1-2 стадия) у 25,0% больных сохраняется целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности, а у 75% начался процесс ее дезинтеграции, при 3-4 стадиях самостигматизации наблюдается сочетание диффузно-фрагментарного (81,8% больных) и спутанного (18,2% больных) вариантов дезинтеграции идентичности. Заключительные стадии стигматизации характеризуются преобладанием больных с проявлениями кризиса идентичности (83,3%) при полном отсутствии целостно-дифференцированного ее варианта. Установленная зависимость свидетельствует о патогенетической

сопряженности стигматизационных процессов с деструктивными изменениями идентичности личности. Это нашло подтверждение и при аналогичном анализе распределения больных в группе сравнения: у 84,8% больных с низкой выраженностью самостигмы наблюдался целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности и только у 15,2 % - диффузно-фрагментарный уровень ее дезинтеграции. У больных со средней выраженностью самостигмы в 100% случаев дезинтеграция идентичности личности соответствовала диффузно-фрагментарному уровню. Высокий уровень самостигмы и кризис идентичности для этого контингента больных оказались не характерными.

Таким образом, анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о том, что в основе формирования стигмы у больных шизофренией лежит процесс дезинтеграции идентичности личности, глубина которой нарастает по мере увеличения длительности заболевания и психиатрического вмешательства. При этом значительный уровень самостигмы и дезинтеграции идентичности, а, следовательно, ухудшения качества жизни больных наблюдается уже в первые годы после первого психотического эпизода. Это доказывает необходимость использования антистигматизационных подходов при оказании психиатрической помощи на ранних стадиях заболевания.

РАЗДЕЛ 5
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕСУРСНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА УРОВЕНЬ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

5.1 Особенности самоактуализации больных шизофренией с различной выраженностью самостигмы

Жизнь человека с диагнозом психического расстройства вызывает эмоциональный дистресс и сопровождается переоценкой всей системы ценностных ориентаций, жизненных смыслов и возможностью удовлетворения потребности в самореализации [221, 242].

Самоактуализация (от лат. Actualis – действительный, настоящий; самовыражение) – стремление человека к наиболее полному выявлению и развитию своего внутреннего личностного потенциала. С помощью самоактуализации человек имеет возможность реализовать себя, обрести смысл своего существования, стать тем, кем он способен стать, «а не тем, кем ему навязывают быть окружающие» [243, 244]. Самоактуализация представляет собой раскрытие (полное разворачивание) личностного потенциала, его актуализация, рост и развитие личности человека.

Как набор качеств и как процесс реализации жизненных целей, самоактуализация сопряжена с ценностными ориентациями личности, стилем жизни и ее самооценкой. Эти особенности претерпевают существенные изменения в процессе формирования самостигмы и являются одним из механизмов негативной трансформации личности у больных шизофренией [92, 95, 96, 98, 245]. Изучение самостигматизации, как высшего уровня потребностей

человека [243], в контексте структурных проявлений самостигматизации позволяет не только уточнить ресурсные возможности больного, но и использовать полученные данные для разработки специальных психотерапевтических (психокоррекционных) антистигматизационных техник, основанных на активации позитивных свойств личности.

Для оценки личностного потенциала больных шизофренией с различной длительностью заболевания и различным уровнем самостигматизации нами использовался самоактуализационный тест (САТ).

Полученные данные по самоактуализационному тесту показали, что средние значения показателей по всем шкалам, переведенные по специальной шкале в Т-баллы, у больных шизофренией с выраженным уровнем самостигмы соответствуют низкому уровню самоактуализации. У больных группы сравнения с низко выраженными процессами самостигматизации показатели самоактуализации были статистически достоверно ($p<0,05$) выше и соответствовали среднему ее уровню. Исключение составили показатели по шкале «представление о природе человека», которые в обеих группах существенно не отличались и находились в диапазоне среднего уровня самоактуализации (таблица 5.1).

Таблица 5.1

Средние значения шкал самоактуализационного теста в сравниваемых группах больных шизофренией (Т-баллы)

СА параметры	I	II
Ориентации во времени (ОВ)	32	46
Поддержки (Под)	30	48
Ценностной ориентации (ЦО)	34	44
Гибкость поведения (Г)	32	41
Сензитивности (Сз)	36	47
Спонтанности (Сп)	34	42
Самоуважения (Су)	41	48
Самопринятия (Спр)	33	42
Представления о природе человека (П)	44	46
Синергии (Сн)	32	47
Принятия агрессии (Аг)	38	46

Контактности (Ко)	34	42
Познавательных потребностей (Пп)	36	44
Креативности (Кр)	35	43

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

При анализе распределения больных по уровням самоактуализации ни по одной из шкал не было выявлено высоких показателей ни в основной группе, ни в группе сравнения. Это свидетельствует о значительной чувствительности этой составляющей личностного потенциала по отношению к совокупности факторов, в обобщенном виде представленных феноменом «жизнь с болезнью». По-видимому, этот феномен начинает оказывать свое негативное влияние на возможность использования позитивных личностных ресурсов уже на ранних этапах заболевания и формирования стигмы.

В то же время, установлено значительное преобладание больных (диапазоны от 45,0 до 90,0% по разным шкалам) с низкими показателями самоактуализации в основной группе обследованных, по сравнению с больными группы сравнения (диапазон от 17,5 до 42,5%). Это свидетельствует о том, что для больных шизофренией с высоким уровнем самостигмы характерны высокая степень зависимости, конформность, несамостоятельность («извне направляемые» личности), внешний локус контроля, ориентация на конкретный промежуток времени, низкая осознанность своих потребностей и чувств, низкая степень гибкости в реализации своих ценностей в поведении, взаимодействии с окружающими людьми, отсутствие способности быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию, и другие признаки «самоактуализационного дефицита», затрудняющие процесс саморазвития личности, становления пациентов как субъектов собственной жизнедеятельности, актуализации своих потенциальных возможностей (таблица 5.2).

Таблица 5.2

Распределение больных шизофренией с различной выраженностью самостигмы по уровню самоактуализации.

Шкалы	Уровень самоактуализации					
	Высокий		Средний		Низкий	
	I	II	I	II	I	II
Ориентации во времени (ОВ)	0	0	24/30,0	28/70,0	56/70,0	12/30,0
Поддержки (Под)	0	0	17/21,2	24/60,0	63/78,8	16/40,0
Ценностной ориентации (ЦО)	0	0	12/15,0	28/70,0	68/85,0	12/30,0
Гибкость поведения (Г)	0	0	9/11,25	32/80,0	71/88,75	8/20,0
Сензитивности (Сз)	0	0	19/23,7	24/60,0	61/76,3	16/40,0
Спонтанности (Сп)	0	0	24/30,0	27/67,5	56/70,0	13/32,5
Самоуважения (Су)	0	0	13/16,2	24/60,0	67/83,8	16/40,0
Самопринятия (Спр)	0	0	28/35,0	31/77,5	52/45,0	9/22,5
Представления о природе человека (П)	0	0	37/46,2	22/55,0	43/53,8	18/45,0
Синергии (Сн)	0	0	8/10,0	23/57,5	72/90,0	17/42,5
Принятия агрессии (Аг)	0	0	31/38,7	27/67,5	49/61,3	13/32,5
Контактности (Ко)	0	0	9/11,30	29/72,5	71/88,7	11/17,5
Познавательных потребностей (Пп)	0	0	12/15,0	26/65,0	68/85,0	13/35,0
Креативности (Кр)	0	0	16/20,0	26/65,0	64/80,0	14/35,0

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

В частности, низкие показатели по различным шкалам САТ отражали следующие (содержательные) особенности самоактуализации больных шизофренией:

1. Шкала компетентности во времени: низкий балл по шкале свидетельствует об ориентации человека только на один отрезок временной шкалы (прошлое, настоящее или будущее) и (или) дискретное восприятие своего жизненного пути, неспособность видеть свою жизнь целостной.

Такой человек чаще всего живет прошлым или оценивает настоящее, как фатальное следствие прошлого, его мучает раскаяние за совершенные проступки, стыд за свою болезнь, воспоминания о нанесенных ему обидах, испытывает

постоянные угрызения совести. Не имея возможности принять себя таким, каков он есть в действительности, человек строит ригидные нереальные планы, формируется чувство собственной неполноценности. «Некомпетентный» во времени человек обременен чувством вины, сожаления, идущим из прошлого. Он не понимает экзистенциальную ценность жизни «здесь и теперь», не способен наслаждаться актуальным моментом во всей его полноте.

2. Шкала поддержки или «Опора на себя»: низкий балл по шкале означает высокую степень зависимости, конформности, несамостоятельности субъекта («извне направляемая» личность), внешнем локусе контроля, высокой потребности в привязанности и поддержке. Такой человек не стремится руководствоваться в жизни собственными принципами, установками, целями и убеждениями, не свободен в выборе.

3. Шкала ценностных ориентаций: низкий балл означает, что человек отвергает идеалы и ценности, по которым живут самоактуализирующиеся личности и жил бы сам до возникновения заболевания.

4. Шкала гибкости поведения: низкий уровень гибкости в реализации своих ценностей в поведении, взаимодействии с окружающими людьми, способности быстро и адекватно реагировать на изменяющуюся ситуацию, ригидность установок.

5. Шкала сензитивности: низкий показатель означает бесчувственность, неспособность рефлексировать, отдавать себе отчет в своих потребностях и чувствах.

6. Шкала спонтанности – неспособность спонтанно и непосредственно выражать свои чувства, вести себя раскованно и естественно, сопровождается неуверенностью в себе и недоверием к окружающему миру.

7. Шкала самоуважения – неспособность ценить свои достоинства, положительные качества характера, уважать себя за них.

8. Шкала самопринятия – неспособность принятия человеком себя таким, каков он есть, вне зависимости от оценки своих достоинств и недостатков.

9. Шкала представлений о природе человека – низкие значения по шкале свидетельствуют о способности субъекта воспринимать природу человека в целом в негативном контексте, отмечать, что зло - самое характерное для природы человека, а дихотомия мужественности, рациональности-эмоциональности и т.д. являются антагонистическими и непреодолимыми.

10. Шкала синергии – неспособность к целостному восприятию мира и людей, находить закономерные связи во всех явлениях жизни, понимать, что такие противоположности как работа и игра, эгоизм и бескорыстие, любовь и похоть, телесное и духовное и др. не являются антагонистическими.

11. Шкала принятия агрессии – ограниченная способность человека принимать свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы, стремление подавить агрессию в себе, не проявлять ее в межличностных контактах.

12. Шкала контактности – низкая способность к быстрому устанавливанию глубоких, тесных и эмоционально насыщенных контактов с людьми, недоброжелательные, лишенные смысла взаимоотношения с людьми.

13. Шкала познавательных потребностей – низкий уровень стремлений к приобретению знаний об окружающем мире.

14. Слабый творческий потенциал личности.

Для больных шизофренией с нерезко выраженной самостигмой в отличие от основной группы больных характерно стремление улучшить свои достижения, самосовершенствоваться, стремление к решению все более сложных задач, к достижению трудных целей. Таким больным свойственно жить настоящим, но при этом ощущать неразрывность прошлого, настоящего и будущего, то есть видеть свою жизнь целостной. Для данных больных характерна относительная независимость в своих поступках, стремление руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, установками и принципами, им свойственна свобода в принятии решений, гибкость в реализации своих ценностей в поведении, они не подвержены внешнему влиянию, обладают высокой саморегуляцией и рефлексией, способны естественно и раскованно,

демонстрировать окружающим свои эмоции, для них характерно воспринимать природу человека в целом как положительную, принимать свое раздражение, гнев и агрессивность как естественное проявление человеческой природы, при этом такие больные способны к быстрому установлению глубоких и тесных эмоционально-насыщенных контактов с людьми, стремятся к приобретению знаний об окружающем мире и творчеству.

Анализ средних значений показателей САТ позволил так же описать и сравнить самоактуализационный профиль больных шизофренией с различным уровнем самостигмы, т.е. степень представленности у них основных личностных характеристик (качеств), обеспечивающих успешность протекания процесса самоактуализации (рисунок 5.1.). Сопоставление этих профилей у больных шизофренией сравниваемых групп позволило установить более высокий уровень «включенности в жизнь» у пациентов с невыраженной самостигмы, в то время как больные со сформированной самостигмой обнаруживали низкий уровень самоактуализации или стремления к актуализации собственного потенциала.

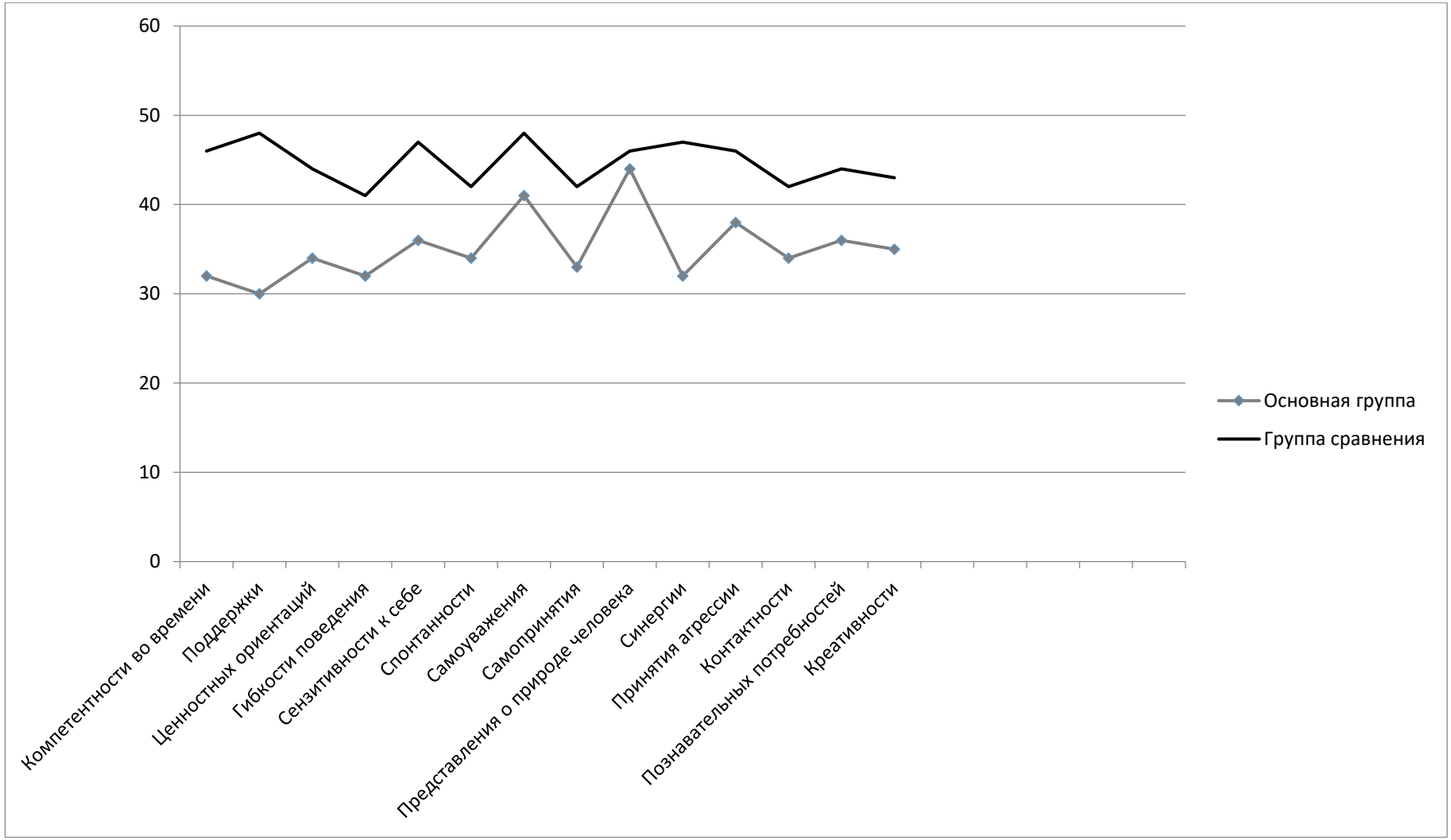


Рисунок 5.1 - Самоактуализационные профили больных сравниваемых групп.

Проведенное исследование и полученные результаты показали, что больные шизофренией с длительными сроками заболевания и более или менее сформированной самостигмой, в отличие от больных, перенесших первый эпизод психоза и не имеющих очерченных стигматизационных признаков, интенсивность переживаний внутренней стигмы (смыслоутраты, отчуждения и т.п.) в значительной мере зависит от включенности пациентов в режим реализации собственных психологических ресурсов (потенциала личности). Имея значительный дефицит самоактуализируемых тенденций, больные теряют автономию, независимость, чувство внутренней свободы и приобретают качества, отражающие негативную трансформацию идентичности личности в сторону отчуждения и смыслоутраты. Из этого можно сделать вывод о возможности деактуализации стигматизирующих переживаний путем активации механизмов самоактуализации и, по-видимому, других составляющих личностного потенциала.

5.2 Показатели жизнестойкости у больных шизофренией с различной выраженностью самостигмы

Системный характер переживаний, связанных с многочисленными социальными рисками у больных шизофренией, включая чрезмерные стрессорные нагрузки на их регуляторные системы, сопровождается страданиями и стойкими личностными дисфункциями, описанными в предыдущей главе. Возможность противостояния стрессогенным факторам, совладания с разрушительным влиянием «жизни с болезнью» и экзистенциально-фрустрирующими обстоятельствами, а, следовательно, предупреждение или «смягчения» самостигмы, в значительной мере определяется личностными ресурсами

больного. Наиболее полно содержанию понятия «личностные ресурсы» (личностного потенциала) соответствуют введенное С. Мадди понятие жизнестойкости [201], а также представления об адаптивных копинг-стратегиях (усилиях личности, направленных на преодоление сложных жизненных ситуаций).

С. Мадди определяет жизнестойкость как интегральную личностную черту, ответственную за успешность преодоления личностью жизненных трудностей. Выраженность жизнестойкости характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности. Необходимо отметить, что понятие жизнестойкости не тождественно понятию копинг-стратегий, поскольку копинг-стратегии - это приемы, алгоритмы действия, привычные и традиционные для личности, в то время как жизнестойкость - черта личности, установка на выживаемость. Кроме того, копинг-стратегии могут принимать как продуктивную, так и непродуктивную форму, даже вести к регрессу, в то время как жизнестойкость - черта личности, позволяющая справляться с дистрессом эффективно и всегда в направлении личностного роста [246, 247].

Высокий уровень жизнестойкости при хронических заболеваниях связан с более позитивным восприятием своей болезни, лучшей психосоциальной адаптацией, и более высоким качеством жизни. Этот показатель может рассматриваться как составляющая психологических ресурсов, позволяющих эффективно справляться со стрессом длительно текущих заболеваний, при которых стресс является не только фактором риска, но и триггером манифестации клинической симптоматики. Развитие жизнестойких убеждений приводит к нарастанию активности человека, в результате его реакция на стресс становится менее болезненной [248, 249, 250, 251].

Жизнестойкость включает в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска.

Компонент «вовлеченность» (commitment) представляет собой «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный

шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». При развитом компоненте вовлеченности человек получает удовольствие от собственной деятельности. При отсутствии такой убежденности возникает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни.

Вовлеченность связана с уверенностью в себе и в великодушии мира. Как отмечает Л.А. Александрова [252], вовлеченность является важной особенностью представлений в отношении себя, окружающего мира и характера взаимодействий между ними, которая мотивирует человека к самореализации, лидерству, здоровому образу жизни и поведению. Вовлеченность позволяет чувствовать себя значимым и ценным и включаться в решение жизненных задач даже при наличии стрессогенных факторов и изменений.

Компонент жизнестойкости «контроль» (control) определяется как убежденность в том, что «борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован». Другими словами, этот компонент отражает убежденность человека в наличии причинно-следственной связи между его действиями, поступками, усилиями и результатами, событиями, отношениями и.т.п. Чем более выражен этот компонент, тем больше человек уверен в эффективности собственной активной позиции. Чем меньше выражен данный компонент жизнестойкости, тем меньше человек верит в то, что в его действиях есть смысл, он «предчувствует» бесплодность собственных попыток повлиять на ход событий. Эта убежденность в отсутствии контроля над происходящим порождает состояние выученной беспомощности.

Ощущение контроля (или его отсутствия) связано с самооценкой, личностной адаптацией к трудным жизненным ситуациям, депрессией, тревожностью, отчуждением, апатией, фобиями, состоянием здоровья [253]. При высоком воспринимаемом контроле, т.е. убежденности человека в том, что он может повлиять на важные для него результаты, человек концентрируется на выполнении задачи, находящейся не просто в рамках его возможностей, но и на грани их, он инициирует поведение, прикладывает усилия, ставит перед собой

трудные цели, не боится новых, сложных и незнакомых ситуаций (что в целом соответствует поведению самостоятельной личности). При низком уровне воспринимаемого контроля человек избегает сложностей, предпочитает ставить легко достижимые цели, остается пассивным, не веря в эффективность собственных действий.

Третьим компонентом, выделяемым в структуре жизнестойкости, является «принятие риска» (challenge), т.е. «убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет, знаний, извлекаемых из опыта, - неважно, позитивного или негативного [201]. Этот компонент позволяет личности оставаться открытой окружающему миру, принимать происходящие события как вызов и испытание, дающие человеку возможность приобрести новый опыт, извлечь для себя определенные уроки.

Для изучения жизнестойкости использовалась русскоязычная версия теста жизнестойкости С. Мадди, разработанная Д.А. Леонтьевым и Е.Н. Рассказовой.

При разработке нормативных показателей жизнестойкости учитывались особенности распределения показателей жизнестойкости и субшкал вовлеченности, контроля и принятия риска по тесту Колмогорова-Смирнова в зависимости от возраста [201]. С учетом возрастных (значимых и близких к значимым) различий ряда показателей обследованных больных, в качестве нормативных использовались средние значения показателей жизнестойкости у лиц, старше 35 лет. Эти показатели были приняты за оптимальные (высокие). На этой основе были ранжированы показатели, отражающие средний и низкий уровни жизнестойкости (таблица 5.3).

Таблица 5.3

Средние показатели уровней жизнестойкости

Показатели	Среднее значение <35 лет	Среднее значение >35 лет (оптимальный уровень)	Средний уровень	Низкий уровень
Жизнестойкость	85,22	79,86	52,64	44,3
Вовлеченность	38,03	36,62	28,6	18,28

Контроль	29,86	27,65	20,3	11,24
Принятие риска	17,32	15,57	12,6	6,38

В результате сравнения всех показателей теста жизнестойкости с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни было установлено, что показатели сравниваемых групп больных отличаются от нормативных данных для лиц старше 35 лет по уровню выраженности каждого из компонентов жизнестойкости и по уровню жизнестойкости в целом. Выявленные различия являются высоко значимыми (p=0,000). Эти данные представлены в таблице 5.4.

Таблица 5.4

Средние показатели жизнестойкости и ее компонентов в сравниваемых группах больных шизофренией

Компоненты жизнестойкости	I	II	t*	P
Жизнестойкость	40,36	50,42	7,24	0,000
Вовлеченность	18,46	28,72	6,09	0,000
Контроль	13,28	21,4	5,18	0,000
Принятие риска	6,24	13,1	4,48	0,000

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения; p- достоверность различий в сравниваемых группах больных; *-распределение показателей жизнестойкости по критерию Колмогорова-Смирнова не отличается от нормального.

В таблице 5.5 представлены данные о распределении больных сравниваемых групп по выраженности компонентов жизнестойкости.

Таблица 5.5

Распределение сравниваемых групп больных шизофренией по уровням жизнестойкости (абс. / %).

Компоненты жизнестойкости	I (N=80)			II (N=40)		
	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Жизнестойкость	-	16/20,0	64/80,0	-	28/70,0	12/30,0
Вовлеченность	-	24/30,0	56/70,0	-	29/72,5	11/27,5

Контроль	-	7/8,5	73/91,5	-	36/90,0	4/10,0
Принятие риска	-	18/22,5	62/77,5	-	26/65,0	14/35,0

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

Как следует из приведенных в таблице данных, больные двух обследованных групп обладают более низким уровнем жизнестойкости, чем нормативная группа лиц старше 35 лет. Это свидетельствует о снижении у больных шизофренией интегральных личностных качеств, ответственных за успешность преодоления жизненных трудностей и совладания с болезнью. Однако наиболее информативными и отвечающими целям настоящего исследования оказались результаты, полученные при сравнительном анализе количественных показателей и качественного своеобразия уровней жизнестойкости у больных шизофренией с различной выраженностью самостигмы. Больные основной группы по всему спектру показателей жизнестойкости характеризовались более низким уровнем жизнестойкости и способности к активному преодолению трудностей, по сравнению с группой больных с минимальными проявлениями процесса самостигматизации. Низкий уровень показателя «вовлеченность» у больных с выраженными проявлениями самостигмы (18,46 баллов) отражает несостоятельность смысловой и целевой организации больных. У них отсутствует возможность чувствовать себя значимыми и достаточно ценными, включаться в решение жизненных задач, несмотря на существующие трудности, чувство удовлетворения от собственной деятельности и полноты жизни. Эти особенности лежат в основе формирования у больных чувства отвергнутости, ощущения себя «вне жизни», ее бессмысленности и отсутствия перспективы, что в жизненно-личностном контексте сочетается с более низким социометрическим статусом и низким уровнем социальной поддержки. В группе сравнения относительно развитый компонент вовлеченности (28,72 балла) свидетельствует о большей удовлетворенности от собственной жизнедеятельности, что соответствует их более высокому социометрическому статусу, уровню открытости и разнообразия отношений с окружающими.

Аналогичная закономерность выявлена и при сравнении средних значений выраженности компонента контроля и распределения больных по этой шкале жизнестойкости. Анализ этих показателей свидетельствует о более глубоких нарушениях возможности влияния на ход событий у стигматизированных больных шизофренией, отражая их неспособность контролировать собственную жизнь, брать ответственность за события, происходящие в их жизни на себя. Редуцирование внутреннего (интернального) локуса контроля указывает на значительное снижение личностных ресурсов, на основе которых формируется адаптационное поведение. В целом такое поведение соответствует состоянию личностной беспомощности [31].

Симптомокомплекс личностной беспомощности включает в себя специфические особенности волевой сферы: безынициативность, нерешительность, низкую сформированность таких качеств личности, как организованность, настойчивость, недостаточную выдержку, низкую монотоноустойчивость. Мотивационный компонент личностной беспомощности характеризуется экстернальным локусом контроля, мотивацией избегания неудач, низкой самооценкой, низким уровнем притязаний, страхом отвержения, недостаточной сформированностью ценностных ориентаций. Когнитивная составляющая включает в себя низкие показатели дивергентного мышления, т.е. низкий уровень креативности, ригидность мышления, а также пессимистический атрибутивный стиль. Эмоциональный компонент личностной беспомощности характеризуется замкнутостью, равнодушием, неуверенностью, склонностью к чувству вины, ранимостью, низким самоконтролем, возбудимостью, тревожностью, депрессивностью, фрустрированностью.

Характерная для таких больных убежденность в невозможности воздействовать на ситуацию, сводит к минимуму их активные действия, попытки что-либо изменить. Они «предвидят» отсутствие успеха и предпринимают меньше усилий и, соответственно, не добиваются нужных результатов. Отсутствие результатов, в свою очередь, подкрепляет убеждение в бесполезности действий.

Больные группы сравнения, напротив, более уверенны в возможности влиять на ситуацию и воспринимают ее как менее травматичную. Они предпринимают более активные действия для ее изменения, чем в альтернативной группе больных, что закрепляет соответствующую систему убеждений и в дальнейшем мотивирует к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений.

Третий компонент жизнестойкости (принятие риска, вызов), как и все предыдущие, отличался наиболее низкими показателями у больных с выраженной стигмой. Эти данные свидетельствуют о стремлении больных к гарантированному результату, к простому комфорту и безопасности, им чужда идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование. Это согласуется с тем фактом, что эти больные имеют более выраженную мотивацию избегания неудачи, тогда как больные группы сравнения - мотивацию стремления к достижению. Мотивация избегания неудачи предполагает постановку простых, легко достигаемых целей, не требующих риска, или отказ от поисковой активности.

У больных группы сравнения нерезко выраженные нарушения способности принять вызов отражают убежденность в том, что все происходящее с ними способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, как позитивного, так и негативного. Эти пациенты в основном рассматривают жизнь как способ приобретения опыта, чаще готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск. Они проявляют определенную уверенность и решительность при осуществлении выбора в различных жизненных ситуациях. Более развитой компонент принятия риска позволяет им легче переносить тревогу, сопровождающую выбор, осуществляемый в пользу неизвестности, а не в пользу определенности. Этот компонент жизнестойкости помогает им оставаться открытыми окружающей среде и обществу, воспринимать жизненные события как испытания и вызов самому себе.

Таким образом, полученные результаты показали, что при снижении уровня жизнестойкости в обеих группах, больные группы сравнения обладают более

высоким уровнем жизнестойкости в целом, чем пациенты основной группы. Этот факт по отношению к больным с начальными проявлениями самостигматизации можно рассматривать как препятствие возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет успешного совладания и восприятия их как менее значимые. Жизнестойкость этих пациентов дает им больше сил, мотивирует к самореализации, здоровому образу мыслей и поведения. Она предоставляет им возможность чувствовать себя значимыми и ценными, более или менее активно решать жизненные задачи, несмотря на присутствие стрессогенных факторов. В то же время низкие показатели жизнестойкости у больных шизофренией с выраженной стигмой предполагают наличие у них элементов беспомощности, подверженности депрессии и апатии, низкой стрессоустойчивости, уверенности в бесполезности собственных действий и по этой причине не способствуют формированию эффективных стратегий преодоления неблагоприятных последствий стресса.

5.3 Результаты исследования копинг-стратегий, детерминирующих устойчивость к формированию стигмы

Для выявления копинг-ресурсов в структуре психологических качеств, детерминирующих стрессоустойчивость больных, использован копинг-тест Лазаруса. Использовались следующие критерии интерпретации полученных результатов:

- показатели более 60 баллов - гиперактивные копинги, выраженное предпочтение и преимущественное использование соответствующей стратегии, «ресурс первой линии мобилизации»;

- показатели в диапазоне от 40 до 60 баллов - умеренное использование соответствующей стратегии, «ресурс второй линии мобилизации»;
- показатели менее 40 баллов - редкое использование соответствующей стратегии, низкий уровень активности (напряжения) копинга, дефицитарный копинг, не имеющий ресурсного значения для личности.

Все варианты копинга нами рассматривались или в контексте продуктивных (адаптивных) способов выхода из трудной ситуации (самоконтроль, принятие ответственности, поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы, положительная переоценка), или как непродуктивные (неадаптивные) способы (конфронтация, дистанцирование, бегство-избегание).

В таблице 5.6 представлены средние значения показателей копинг-стратегий у больных двух сравниваемых групп. Нормативные данные представлены Е.Р. Исаевой (2009).

Таблица 5.6

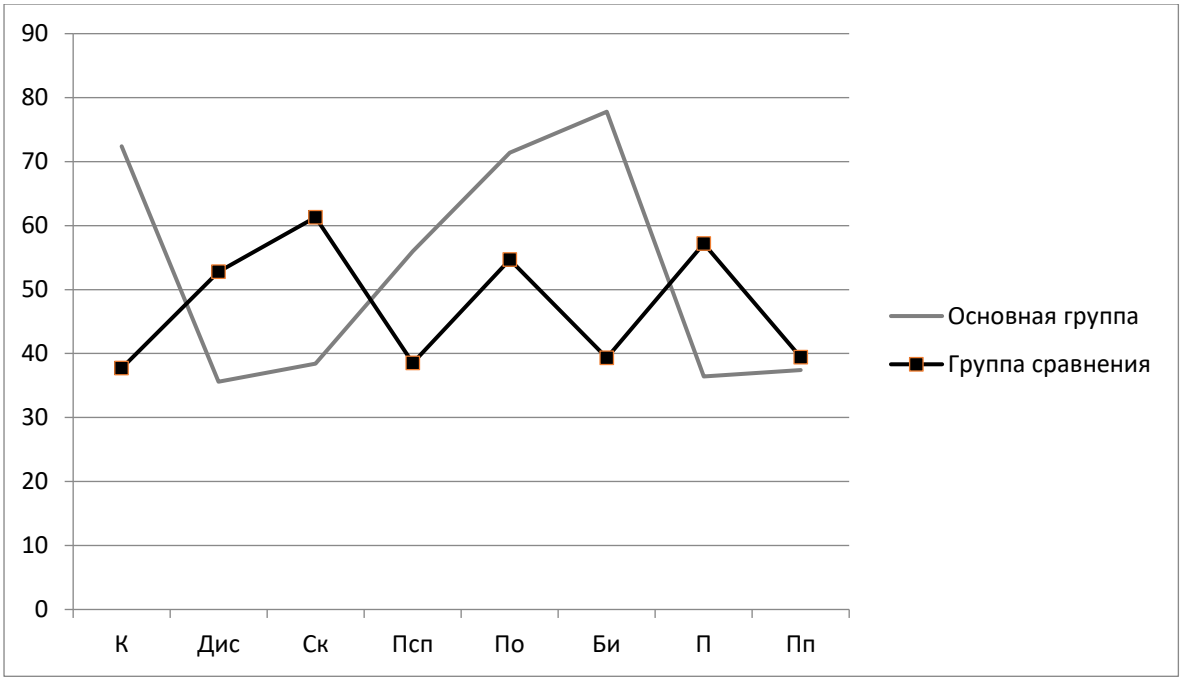
Показатели копинг-стратегий у больных шизофренией и в нормативной выборке (средние значения в Т-баллах; M±m)

Шкалы опросника (копинг-стратегии)	Нормальная выборка	I	II
Конфронтация	50,7±0,7	72,4±1,3	37,7±0,5*
Дистанцирование	49,4±0,6	35,6±0,4	52,8±0,9*
Самоконтроль	63,7±0,5	38,4±0,4	61,3±1,1*
Поиск социальной поддержки	62,8±0,6	56,0±0,6	38,5±0,5*
Признание ответственности	62,9±0,7	71,4±1,1	54,7±0,8*
Бегство - избегание	45,2±0,5	77,8±1,4	39,3±0,4*
Планомерное решение проблемы	67,8±0,6	36,4±0,5	57,2±0,9*
Положительная переоценка	56,1±0,5	37,4±0,5	39,4±0,6*

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения; *- различия между основной группой и группой сравнения достоверны при $p<0,05$.

Полученные психодиагностические данные свидетельствуют, что больные обеих анализируемых групп используют как продуктивные, так и неадаптивные копинг-стратегии выхода из трудных жизненных ситуаций. Однако соотношение этих способов и их активность (напряженность, предпочтительность) имели существенные отличия.

На рисунке 5.2. представлены профили копинг-стратегий двух сравниваемых групп.



Примечание: К- конфронтация; Дис - дистанцирование; Ск - самоконтроль; Псп - поиск социальной поддержки; По - принятие ответственности; Би - бегство - избегание; П - планирование решения проблемы; Пп - положительная переоценка; *-различия достоверны при $p<0,05$.

Рисунок 5.2 - Профили копинг-стратегий больных сравниваемых групп.

У больных основной группы в качестве индивидуального стиля противодействия стрессу и максимального уровня активности использовались такие конструктивные копинг-стратегии как конфронтация (72,4 Т-баллов) и бегство - избегание (77,8 Т-баллов). Предпочтительное использование конфронтационного копинга предполагает попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение проблемной ситуации без рациональной обоснованности поведения, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возможными трудностями. Наблюдается импульсивность, непоследовательность в поведении, враждебность, трудности планирования действий, прогнозирования результата, коррекции стратегии поведения,

неоправданное упорство. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения, и дезорганизации мыслительной деятельности.

Стратегия бегства-избегания представляет собой попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание, либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание, употребление алкоголя и т.п. с целью снижения эмоционального напряжения. С другой стороны, использование продуктивной стратегии поиска социальной поддержки предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия. Поиск преимущественно информационной поддержки предполагает обращение за рекомендациями к знакомым, родственникам и специалистам, владеющим с точки зрения респондента необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-либо свои переживания. При поиске преимущественно действенной поддержки, ведущей является потребность в помощи конкретными действиями.

Таким образом, наиболее типичными для больных шизофренией с выраженным уровнем самостигматизации являются непродуктивные копинг-стратегии, которые составляют «ресурсы первой линии мобилизации». К этим же ресурсам, не способствующим адаптивному поведению больных, можно отнести и такой, казалось бы, продуктивный копинг как «принятие ответственности». Однако его высокую активность (71,4 Т-баллов) на фоне крайне низких

ресурсных возможностей этой категории больных, по нашему мнению, можно рассматривать скорее через призму переживаний чувства вины, неуверенности, неудовлетворенности собой, растерянности, неустойчивости представлений о себе, собственной некомпетентности и принятия на себя ответственности за допущенные ошибки, чем в контексте понимания личной роли в возникновении актуальных трудностей. Такой стиль совладающего поведения соответствует поведению по типу выученной или личностной беспомощности и не способствует эффективному преодолению стресса.

К ресурсам «второй линии мобилизации» этой категории больных можно отнести такой способ совладания с тяжелыми жизненными ситуациями как «поиск социальной поддержки» (56 Т-баллов). Обращение к помощи окружающих предполагает наличие обеспокоенности, угнетенности, острой потребности в защите извне, безопасности, опеке, моральной и материальной поддержке. Эти особенности являются ключевыми проявлениями психологической защиты от нарушений сети взаимосвязей больных, одиночества, отчуждения. Следует, однако, отметить, что стремление больных к получению поддержки чаще всего ограничивается ее пассивными ожиданиями. Поисковой поведенческой активности при этом не наблюдается.

Копинг-стратегии, которые обычно отражают конструктивные усилия личности, направленные на преодоление жизненных трудностей, использовались пациентами основной группы редко и не имели для них ресурсного значения. Это относится к стратегиям самоконтроля (38,4 Т-баллов), планирования решения проблем (37,4 Т-баллов). Низкий уровень напряжения (35,6 Т-баллов) был характерен и для копинга «дистанцирования» или когнитивной стратегии преодоления стресса.

У больных группы сравнения к ресурсам «первой линии активности» отнесен только один копинг - «самоконтроль» (61,3 Т-баллов), принадлежащий к конструктивным стратегиям совладания. Преобладание этого копинга, в отличие от основной группы больных со сформированной стигмой (38,4 Т-баллов), с высоким уровнем достоверности ($p<0,001$) свидетельствует о наличии попыток

преодоления негативных переживаний в связи с трудной проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимализации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения. При отчетливом предпочтении стратегии самоконтроля у человека может наблюдаться стремление скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией. Часто такое поведение свидетельствует о чрезмерной требовательности к себе, о преобладании рационального подхода к проблемным ситуациям.

В диапазоне умеренного использования (ресурс второй линии активности) находились показатели копинга «планирование решения проблемы» (57,2 Т-баллов) и «принятие ответственности» (54,7 Т-баллов). Превышая средний показатель аналогичной стратегии у больных основной группы, копинг «планирование решения проблемы» предполагает наличие попыток преодоления проблем за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Использование стратегии «принятие ответственности» означает признание пациентом своей роли в возникновении актуальных проблем и ответственности за их решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. При умеренном использовании данная стратегия отражает стремление личности к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках.

Только одна продуктивная копинг-стратегия (положительная переоценка), судя по среднему показателю этой шкалы (39,4 Т-баллов), существенно не отличалась от соответствующего показателя в основной группе больных и не имела ресурсного значения для личности. По-видимому, чувство оптимизма и усилия по поиску преимуществ сложившейся ситуации не являются характерными механизмами совладания у этих больных вне зависимости от этапа формирования самостигмы.

Непродуктивные копинг-стратегии также оказались не характерными для этой группы больных. Только показатель дистанцирования (52,8 Т-баллов) отражал умеренную степень использования этой стратегии. Остальные непродуктивные стратегии (конфронтация - 37,7 Т-баллов; бегство-избегание - 39,3 Т-баллов), а также адаптивная стратегия «поиск социальной поддержки» (38,5 Т-баллов) рассматривались как дефицитарные (редко используемые), т.е. не имеющие ресурсного значения для личности больных.

Таким образом, у больных шизофренией в дебюте заболевания репертуар копинг-стратегий «ресурсов первой и второй линий мобилизации» определяется сочетанием гиперактивной (определяющей) способности самоконтроля, продуктивных стратегий принятия ответственности, планирования решения проблемы, а также неадаптивной стратегии дистанцирования, которая при большой вероятности обесценивания собственных переживаний, в то же время обеспечивает снижение субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций. Конфронтационный копинг, стратегия бегство-избегание и поиск поддержки не являются для этой категории больных ресурсными. Это свидетельствует о достаточно высокой способности этих больных гибко активизировать ресурсный потенциал копинг-стратегий, существенно еще не затронутый процессом самостигматизации.

Больные основной группы с выраженным уровнем самостигмы характеризуются достоверно более низкими показателями нервно-психической устойчивости и совладания. Ресурсом «первой линии мобилизации» у этих больных являются гиперактивные непродуктивные стратегии конфронтации и «бегство-избегание», а также «поиск поддержки», которая, хотя и относится, к адаптивным, однако содержит в себе возможность формирования инактивной зависимой позиции или чрезмерных ожиданий от окружающих. Еще одна непродуктивная стратегия совладания (дистанцирование) характеризуется низкой степенью активности и вместе с такими продуктивными стратегиями как «планирование решения проблем» и «положительная переоценка» из-за низкой активности их использования не являются ресурсными. На фоне такого, более

низкого, чем у больных группы сравнения, ресурсного потенциала копинг-стратегий, высокую активность копинга «принятие ответственности», по нашему мнению, следует рассматривать скорее через призму переживаний чувства вины и неудовлетворенности собой, чем в контексте понимания личной роли в возникновении актуальных трудностей.

С целью выяснений взаимосвязей между интегральным показателем жизнестойкости и стратегиями совладания в анализируемых группах больных был проведен анализ всех составляющих при помощи коэффициента корреляции r-Пирсона. Результаты этого анализа показаны в таблице 5.7.

Таблица 5.7

Корреляционные связи между интегральным показателем жизнестойкости и стратегиями совладания у больных сравниваемых групп

Стратегии совладания	Показатели жизнестойкости	
	II	I
Конфронтация	0,289	-0,194
Дистанцирование	0,234	0,283
Самоконтроль	0,19	0,242
Поиск социальной поддержки	0,238	-0,26
Принятие ответственности	0,214	0,210
Бегство - избегание	0,264	-0,190
Планирование решения проблем	-0,20	0,340
Положительная переоценка	-0,21	0,274

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

В основной группе больных установлены положительные корреляционные связи ($p<0,05$) между интегральным показателем жизнестойкости и копинг-стратегиями конфронтации, поиска социальной поддержки, принятия ответственности и бегства-избегания, т.е. с преимущественно неадаптивными способами преодоления. Это свидетельствует о более пассивной жизненной позиции, неверии в собственные возможности и слабых ожиданиях, связанных с улучшением здоровья, по сравнению с больными группы сравнения. Использование стратегии «принятие ответственности», в контексте переживания чувства вины и неудовлетворенности собой, также можно рассматривать как не вполне адаптивный способ совладания.

Таким образом, стратегии преодоления трудностей, которые используют больные, невозможно рассматривать как оптимальные механизмы жизнестойкости личности. Более того, высокий уровень самостигмы, характерный для этого контингента больных, инактивирует различные составляющие личностных ресурсов и формирует у больных симптомокомплекс личностной беспомощности.

Интегральный показатель жизнестойкости имеет положительную корреляцию ($p<0,05$) с такими стратегиями совладания как дистанцирование, самоконтроль, планирование решения проблем и положительной переоценки, т.е. с преимущественно продуктивными способами преодоления трудных жизненных ситуаций. Отрицательные корреляции интегрального показателя жизнеспособности ($p<0,05$) выявлены у копинг-стратегий «конфронтация», «поиск социальной поддержки» и «бегство-избегание». Таким образом, уровень жизнестойкости больных шизофренией с выраженной стигмой определяется использованием таких значимых стратегий совладания как самоконтроль, планирование решения проблем и положительная самооценка. Присутствие в этом адаптивном контексте механизма дистанцирования, по-видимому, связано с его способностью предотвращения интенсивных эмоциональных реакций на фрустрацию. Отсутствие у этих больных положительной связи жизнестойкости с копинг-стратегиями «конфронтация», «поиск социальной поддержки», «бегство-избегание» свидетельствует о том, что их арсенал способов преодоления трудных жизненных ситуаций не содержит нецеленаправленной поведенческой активности, позиции зависимости от окружающих и отрицания проблем.

5.4 Особенности социальной поддержки у больных шизофренией с различным уровнем самостигмы

Целостное представление о механизмах формирования и возможностях преодоления стигмы у больных шизофренией предполагает оценку не только их внутренних личностных ресурсов, но позитивного социального окружения и уровня социальной поддержки, помогающей преодолевать жизненные трудности, смягчать влияние стрессов, облегчать адаптацию [254, 255, 256].

Социальная поддержка состоит из трех компонентов: а) структура или социальные сети; б) функции (эмоциональная, материально-инструментальная, информационная, оценочная); в) эффект (удовлетворение поддержкой или восприятие социальной поддержки). Социальные сети формируются из социальных контактов, базирующихся на взглядах, интересах, уровне развития личности. Социальные сети являются источником соцподдержки. Примером социальных сетей может быть семья, коллеги по работе, близкие знакомые, соседи, родственники и др. Однако эффект влияния социальной поддержки зависит не только от развития социальных сетей, но и от личностного ресурса восприятия социальной поддержки. Чем больше соответствия между уровнями развития социальных сетей и восприятия социальной поддержки, тем выше эффект [204, 255].

Исходя из этого, можно предположить, что измерение социальной поддержки (СП) и количественная оценка ее восприятия являются важными направлениями в изучении механизмов формирования стигмы и способов ее преодоления у больных шизофренией.

Для изучения восприятия социальной поддержки, степени ее использования, оценки эффективности применялись опросник социальной поддержки F-SOZU-22 и шкала восприятия социальной поддержки— MSPSS.

Результаты исследования структуры и уровня социальной поддержки в исследованных группах существенно отличаются как от нормативных показателей, так и у больных с различным уровнем самостигматизации (таблица 5.8). Одним из выводов, вытекающих из анализа самооценок больных, является достоверно более низкий уровень СП у больных основной группы со сформированной самостигмой, в отличие от группы сравнения.

Таблица 5.8

Показатели шкал опросника социальной поддержки F-SOUZ-22 у больных шизофренией в сравнении с нормативной группой

Наименование шкал	Нормативная группа	I	II	Достоверность различий	
				t	p
Эмоциональная поддержка	34,5±7,9	16,7±2,9	25,6±4,64	2,240	0,015
Инструментальная поддержка	15,8±3,5	10,4±1,8	13,4±3,1	0,230	0,861
Социальная интеграция	28,2±4,7	12,6±1,9	25,4±4,1	2,014	0,021
Удовлетворенность социальной поддержки	6,95±2,35	3,84±1,2	5,11±1,2	3,16	0,035
Общий показатель социальной поддержки	84,45±11,6	43,54±6,12	69,5±9,64	2,23	0,046

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

В группе сравнения достоверно сниженными были только показатели эмоциональной поддержки (25,6±4,64; норма - 34,5±7,9) и удовлетворенности социальной поддержкой (5,11±1,2; норма - 6,95±2,35). По шкалам «инструментальная поддержка» и «социальная интеграция», и по общему показателю СП значимых отклонений от нормативных данных выявлено не было. Это свидетельствует о нерезко выраженной дефицитарности социальной поддержки в сфере позитивных эмоциональных отношений, и отражает недостаточность ощущения внимания и понимания со стороны других людей, а также «теплых» отношений при контактах с окружающими. Однако приближение к нормативным значениям общего показателя СП указывает на относительную открытость больных этой группы для социальных контактов и ощущения себя частью своего окружения.

У больных основной группы по всем субшкалам (за исключением шкалы «инструментальная поддержка»), включая суммарный показатель, отражающий отношение пациентов к различным видам СП в макро - и микросоциальном окружении, выявлены достоверные отличия, как от нормативных данных, так и от самооценок больных группы сравнения. Эти отличия свидетельствуют о значительной дефицитарности у этого контингента больных социальной поддержки в целом и различных ее составляющих.

Низкий показатель эмоциональной поддержки у больных основной группы (16,7±2,9), по сравнению с аналогичным показателем в группе больных с невыраженным уровнем самостигмы (25,6±4,64), свидетельствует о низком уровне их включенности в эмоционально значимые социальные отношения, об их закрытости для социальных контактов. Можно предположить, что эти больные субъективно чаще ощущают одиночество, в большей степени испытывают дефицит заботы, внимания, эмоциональной вовлеченности со стороны близких людей.

Показатели инструментальной поддержки в сравниваемых группах существенно не отличались, хотя и были значительно ниже нормативных. Выявленное в обеих группах больных снижение субъективных ощущений наличия инструментальной поддержки, на наш взгляд, ухудшает возможность реальной практической помощи со стороны окружения в различных сферах жизнедеятельности больных, а также способствует ухудшению практических навыков совладания со стрессом.

По шкале «социальная интеграция» среднее значение показателя в стигматизированной группе (12,6±1,9), значительно ($p<0,05$) ниже, чем в группе сравнения (25,4±4,1). Это свидетельствует об их склонности воспринимать у себя наличие и количество социальных связей и условия окружения как недостаточные для полноценной социальной интеграции. Таким пациентам свойственно ощущать себя более социально изолированными, отмечать недостаток межличностного взаимодействия, что может быть связано с ухудшением самочувствия пациента во время обострения заболевания. Эти особенности

способствуют ухудшению коммуникативных умений и тем самым приводят к трудностям в построении и удержании социальных контактов. Это находило отражение в крайне низких показателях утверждений, ориентированных на участие близких людей в их судьбе, комфортные отношения с окружающими, низком уровне самооценки и принятия их в сообществе.

Более низкий средний показатель по шкале «удовлетворенность социальной поддержкой» (3,84±1,2) в основной группе больных по сравнению с показателем, полученным в группе сравнения (5,11±1,2; $p<0,05$), свидетельствует о тотальной неудовлетворенности этого контингента отношением к себе в микро- и макросоциуме, и практически полном невнимании к возникающим у них проблемам. В целом, это негативно сказывается на уровне стрессоустойчивости больных и возможности использования продуктивных форм совладания с болезнью.

Средние значения показателей социальной поддержки в сравниваемых группах больных и у здоровых испытуемых представлены на рисунке 5.3.

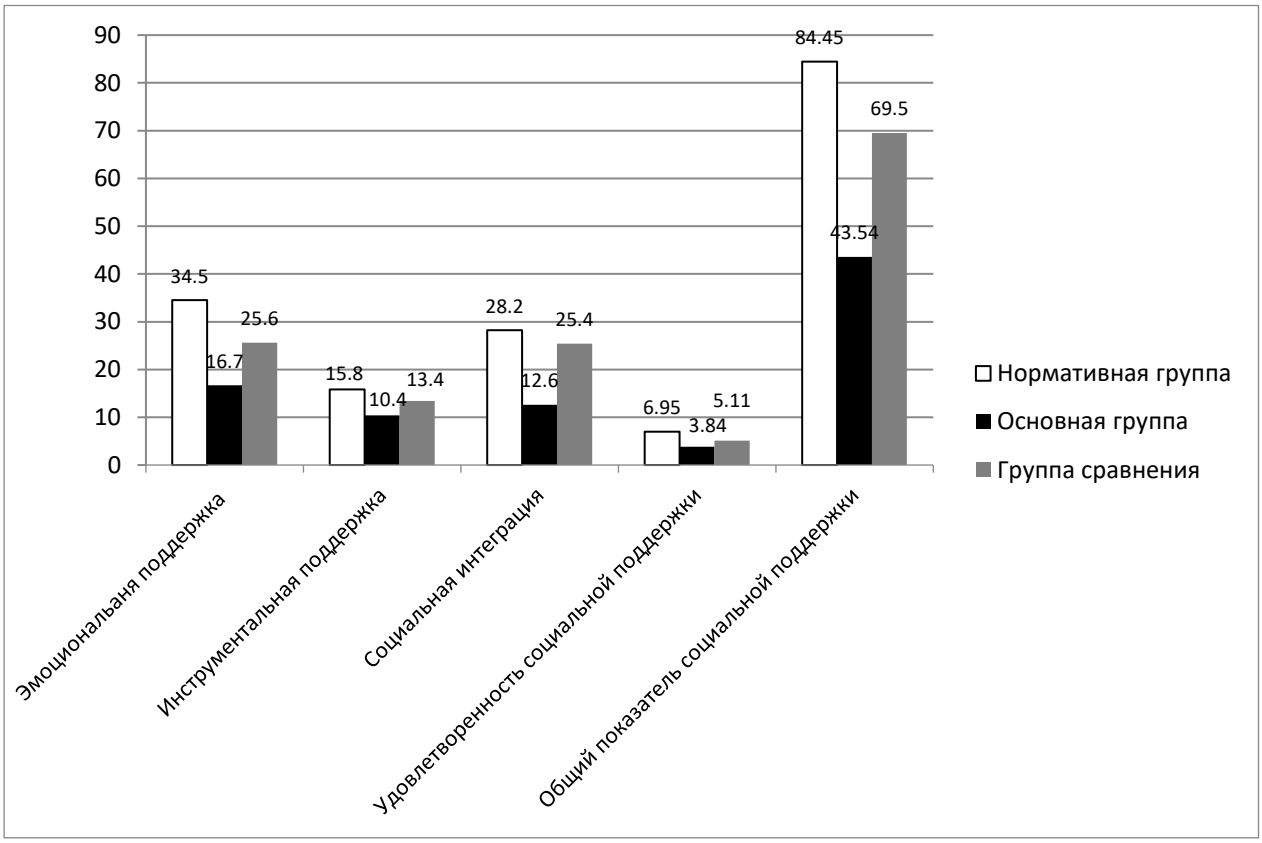


Рисунок 5.3 - Средние значения для сравниваемых групп больных шизофренией и здоровых испытуемых, полученные по методике «F-SOZU-22»

Статистический анализ показателей многомерной шкалы восприятия социальной поддержки «MSPSS» позволил выявить основные ее источники и произвести их изучение в сравниваемых группах. Как видно из таблицы 5.9 и рисунка 5.4 интегративный показатель субъективного восприятия СП имеет максимальную величину (7,5 балла; 62,5 % от возможной) в группе здоровых испытуемых. Некоторое снижение этого показателя (6,71 балла; 55,9 %) наблюдается у больных группы сравнения и достоверно ($p<0,05$) более резкое снижение у больных с выраженной стигмой (4,0 балла; 33,3 % от возможного уровня СП). Это свидетельствует о том, что стигматизированные больные субъективно чаще ощущают одиночество, в большей степени испытывают дефицит заботы, внимания, эмоциональной вовлеченности со стороны близких людей, чем больные шизофренией, сохранившие свою идентичность.

Таблица 5.9

Удельный вес использования источников социальной поддержки в сравниваемых группах больных.

Группы сравнения	Источники социальной поддержки							
	Семейные отношения		Дружеские отношения		Отношения со значимыми лицами		Интегративный показатель	
	баллы	%	баллы	%	баллы	%	баллы	%
Группа сравнения	2,31	57,7	2,5	62,5	1,9	47,5	6,71	55,9
Основная группа	1,2	30,0	1,9	47,5	0,9	22,5	4,0	33,3
Норма	2,6	65,0	2,8	70,0	2,1	52,5	7,5	62,5

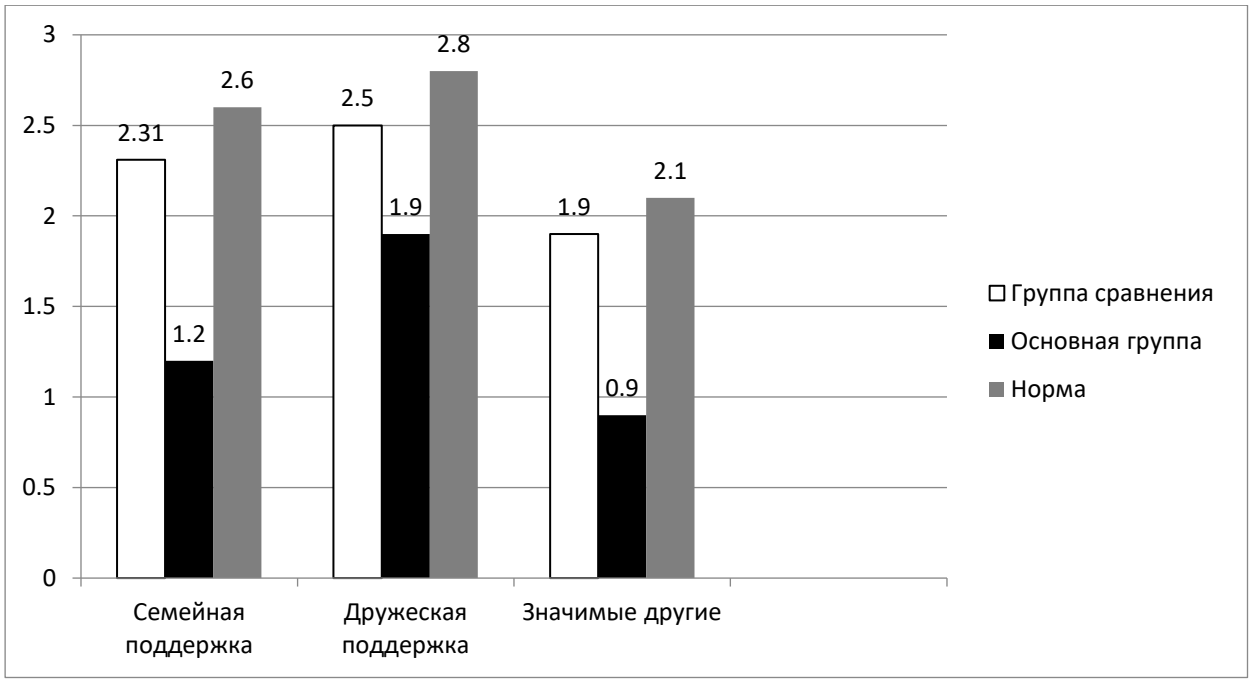


Рисунок 5.4 - Средние показатели по шкалам методики MSPSS в сравниваемых группах больных и у здоровых испытуемых.

Аналогичная тенденция выявлена и при сравнительном анализе структуры источников СП. В группе здоровых испытуемых по всем источникам социальной поддержки выявлены наиболее высокие (по отношению к группам больных) показатели по всем субшкалам методики. У больных группы сравнения эти показатели снижены незначительно, а у больных с выраженной стигмой, наблюдалось значительное ($p<0,05$) снижение уровня ощущаемой поддержки от социума.

В составе общего интегративного показателя удельный вес различных направлений социальной помощи выглядит следующим образом: группа здоровья испытуемых - семейная поддержка - 34,6%, дружеская поддержка - 37,3%, значимые другие - 28,1%; группа сравнения - семейная поддержка - 34,5%, дружеская поддержка - 37,2%, значимые другие - 28,3%; основная группа - семейная поддержка - 30,0%, дружеская поддержка - 47,3%, значимые другие - 22,5%. Таким образом, у здоровых испытуемых и у больных с ненарушенной идентичностью распределение различных видов СП было прямопорциональным, наиболее значимыми из них являются дружеские отношения, а наименее значимыми - отношения значимых других. У стигматизированных больных

достоверно возрастала удовлетворенность дружеской поддержкой (47,5%), по сравнению с другими видами СП. Это делает возможным отнесение ресурса «дружеская поддержка» к первой ранговой позиции в использовании этими больными. Для значительного количества этих пациентов специальные контакты типа дружеской поддержки представляются наиболее значительным источником взаимодействия в их жизни, в сравнении с семейной поддержкой и поддержкой значимых других. Дефицитарность этих составляющих СП, по-видимому, и определяет низкий уровень стрессоустойчивости, присущий этому контингенту больных.

Ниже представлен анализ корреляционных связей результатов исследований основной группы больных шизофренией по методикам социальной поддержки «F-SOZU-22» и восприятия социальной поддержки «MSPSS» (таблица 5.10).

Таблица 5.10

Корреляционные связи результатов исследования больных основной группы по методикам социальной поддержки (F-SOZU-22 и MSPSS)

Уровень поддержки	Параметры СП	Коэффициент корреляции	Достоверность
Общий уровень поддержки (интегративный показатель)	Эмоциональная поддержка	R=0,872	p<0,01
	Инструментальная поддержка	R=0,864	p<0,01
	Социальная интеграция	R=0,868	p<0,01
	Удовлетворенность социальной поддержкой	R=0,874	p<0,01

Проведенный корреляционный анализ вышеперечисленных параметров двух представленных опросников позволил выявить связи общего интеграционного показателя социальной поддержки с различными ее составляющими. Из этого можно сделать вывод о том, что чем в большей степени происходит социальное взаимодействие больных, чем более разнообразнее социальные сети, чем выше восприятие таких параметров как забота, принятие, внимание, понимание, уважение от значимых близких людей, тем выше эффективность межличностного общения, тем в большей степени удовлетворены

потребности в эмоциональной поддержке, в получении информативного совета, действенной помощи, обратной связи, исходящей от других людей, социальной интеграции и, как следствие, возрастает удовлетворенность социальной поддержкой в целом. С другой стороны, низкий интегративный показатель источников социальной поддержки у стигматизированных больных шизофренией соотносится с низкими показателями различных показателей СП, включая удовлетворенность ею. Это отражает значительный дефицит как социального взаимодействия больных, так и, в целом, внешних ресурсов совладания. Недостаточность ресурсов позитивного социального окружения и удовлетворенности от полученной поддержки является одним из важнейших факторов формирования самостигмы и маргинализации больных шизофренией.

РАЗДЕЛ 6
СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ САМОСТИГМЫ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

На современном этапе дестигматизация - это одно из концептуальных научных положений в области социальной психиатрии и необходимый (обязательный) компонент системы планирования и разработки политики в сфере охраны психического здоровья. Дестигматизация предполагает преодоление («смягчение») риска социально неблагоприятных последствий психиатрического вмешательства и трудностей, связанных с реализацией больными своих прав и возможностью их ограничения. С другой стороны, дестигматизация - это процесс предупреждения (преодоления) разрушения личностной идентичности пациента, работа с его комплексными ценностями, создающая основу для более равноправных отношений между больным и специалистами (связующее поведение).

Изучение феномена самостигматизации и ее влияния на уровень социального функционирования и качество жизни больных шизофренией является одной из приоритетных задач социальной психиатрии и ее личностно-ориентированного направления. Как показало проведенное нами исследование, процесс принятия стигмы имеет определенный механизм развития, включает ряд последовательных этапов, приводит к деидентификации с категорией здоровых, к отнесению себя к психически больным, что проявляется в феноменах самоотчуждения и дистанцирования от общества.

Самостигматизирование больного осуществляется при соблюдении следующих условий: 1) готовность пациента к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных»; 2) готовность идентифицировать себя со стигматизированной группой; 3) утрата идентичности личности. Исходя из этого,

программа дестигматизации больных шизофренией должна включать личностно-ориентированные психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию деструктивной идентичности, развитие стабильных форм позитивной идентичности и восстановление самооценки, жизнестойкости и социально-ролевых функций.

6.1 Клинико-психологическое обоснование и содержание системы психологической коррекции и восстановления идентичности

В качестве базисного аспекта или экзистенциальной сущности процесса самостигматизации у больных шизофренией выступает совокупность негативных субъективных переживаний и их апогей - страдания, являющиеся важной составляющей психического расстройства (МКБ-10). Исходя из этого, страдания, связанные с многочисленными проявлениями «жизни с болезнью», можно считать главной мишенью для преодоления самостигмы.

Страдание, как главным образом нравственная категория, это негативная, субъективно тягостная реакция человека на разрушение или утрату ценностей, имеющих для него первостепенное значение, являющихся смыслом всей его жизни, центром его мировоззрения. Страдание возникает лишь в конкретном содержании жизненного процесса, как совокупность эмоционально-ситуационных ценностно-значимых переживаний, как форма активного напряжения духовно-нравственных сил пациента. Суть страданий заключается в переживании утраты физического, душевного и социального благополучия, личностных смыслов и жизненной перспективы вследствие болезни и сопутствующих ей обстоятельств. Именно эти переживания лежат в основе нарушений идентичности, как

интегративной функции личности, и формирования самостигмы у больных шизофренией.

Таким образом, в отличие от традиционных подходов к дестигматизации больных шизофренией, глобальная цель системы преодоления самостигмы как субъективного аспекта стигматизации должна заключаться не в «борьбе со стигмой», не в том, чтобы устранить ее, а в «борьбе за восстановление идентичности личности» и в расширении возможностей, которые могут улучшить достижения больными жизненных целей и участие в деятельности, связанной с этими целями. Преодоление деструктивной идентичности является главным направлением преодоления самостигмы, восстановления интегративных функций личности и предпосылкой для устранения дистресса и источника травматизации больного. Дестигматизация при этом рассматривается как личностный процесс разрушения (обесценивания) стигмы, и восстановления идентичности (смысла жизни, ценностных ролей и контроля над своей жизнью). Поэтому конструктивно программа превенции и преодоления самостигмы должна обязательно учитывать личный (субъективный) опыт переживания болезни, феноменологические составляющие самостигмы и психологические ресурсы пациента.

Разработанная нами система психологической коррекции самостигмы и восстановления идентичности личности у больных шизофренией базировалась на результатах проведенного исследования и их теоретическом осмыслении. Это позволило сформировать основные направления психотерапевтической коррекции самостигмы у больных шизофренией, относящиеся к когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферам, которые были использованы для отбора адекватных психотерапевтических методов и техник.

В когнитивной сфере:

- расширение зоны опознавания сферы Я, уточнение и структурирование представлений о себе;
- осознание и вербализация неадекватных когниций, искажающих восприятие реальности, умение идентифицировать свои неадекватные когниции и изменять правила регуляции поведения;

- выявление сохранных ресурсов личности, осознание жизненных целей и путей их достижения;
- предупреждение или замедление формирования «готовности категории» с неадекватно обобщенными негативными представлениями о психически больных;
- актуализация различных компонентов Я здорового человека, в том числе потребности в контактах с окружающими и стремления соответствовать общепринятым нормам поведения;
- преодоление принятия пациентом стигмы психического расстройства и негативной групповой идентичности;
- преодоление реакции отождествления себя с категорией «больных» и формирования «новой» (деструктивной) идентичности.

В эмоциональной сфере:

- снятие внутреннего напряжения, обеспечение эмоциональной поддержки;
- преодоление чувства обиды, самоуничижения; страха перед стигматизированием и возможной изоляцией, стыда при осознанном переживании психоза;
- раскрытие своих чувств и переживаний, повышение уровня самосознания и самоуважения, преодоление обесценивания личности.

В мотивационно-поведенческой сфере:

- максимальная мобилизация усилий на преодоление своей недостаточности, связанной с болезнью;
- изменение системы мотивации, повышение уровня саморегуляции деятельности на основе повышения значимости социальных критериев и нормативов;
- повышение самооценки стигматизируемых и переориентация их в отношении места заболевания в иерархии ценностей, коррекция атрибутивного стиля;

- снижение выраженности иррациональных установок, гармонизация отношений к себе, снижение внутренней конфликтности, повышение мотивации достижения успеха и социального одобрения;
- формирование жизненных целей и поведенческих конструктов, связанных с их достижением, создание условий для расширения возможностей;
- создание алгоритма поведения, альтернативного замалчивания своего психиатрического опыта и самоизоляции;
- развитие целенаправленного, активного, последовательного поведения, создание мотивации к формированию конструктивной идентичности.

Успешность реализации этих целей, помимо специальных психотерапевтических и психокоррекционных подходов, определялась несколькими факторами:

- поддержкой ключевых основ здоровой жизни;
- поддержкой и расширением полномочий больных в различных сферах жизнедеятельности и возможности реального контроля над собственной жизнью;
- сохранением максимально возможного уровня социальной интеграции больных (доступ к социально ценимым ролям; возможность участвовать в деятельности, обогащающей жизнь; возможность формирования широкого спектра добровольных взаимоотношений);
- удовлетворением основных потребностей больных.

Использование программы дестигматизации, учитывающей механизмы формирования деструктивной идентификации больных, позволяло укрепить их самооценку, повысить чувство самоуважения и собственного достоинства. В конечном счете, у пациентов формировались более или менее четкие представления о направлениях дальнейшего жизненного пути, конкурирующих с самоизоляцией как проявлением деструктивных форм идентичности.

С учетом выявленных в процессе настоящего исследования структурных элементов самостигмы, содержание и техники специальной дестигматизационной личностно-ориентированной психокоррекционной программы были направлены

на преодоление 4-х феноменов, структурирующих процесс самостигматизации больных шизофренией: кризиса (дезинтеграции) идентичности, личностной беспомощности, экзистенциальной неисполненности и самоотчуждения (смыслоутраты).

Комплексная целевая личностно-ориентированная психотерапевтическая программа дестигматизации больных шизофренией включала следующие направления: 1) когнитивно-поведенческая терапия, направленная на восстановление идентичности; 2) психокоррекционная техника «разотождествление со стигмой»; 3) атрибутивная терапия (реструктурирование пессимистического стиля атрибутирования; 4) тренинг ассертивного поведения.

Личностно- ориентированная терапия в когнитивной сфере решала задачи осознавания основного внутреннего конфликта, который лежит в основе процесса трансформации идентичности, причин переживаний, характерных психологических защитных механизмов, помогала осознать собственные потребности, мотивы, отношения и установки, степень их реалистичности; повторяемость, адекватность и конструктивность своего поведения в разнообразных жизненных ситуациях; факт имеющегося рассогласования между собственным образом «Я» и тем, как воспринимают человека другие. Она определяла собственную меру участия больного в появлении и развитии стигматизирующих ситуаций. В ходе работы он осознавал новые пути поведения и реагирования, позволяющие избегать повторения негативных ситуаций. В эмоциональной сфере работа строилась на распознавании и вербализации собственных эмоций, переживании заново и осознании прошлого эмоционального опыта, непосредственном переживании и осознании «психиатрического опыта». Терапевтический процесс помогал пациенту развивать ориентированные на сотрудничество, ответственность формы поведения.

Технология восстановления идентичности сводилась к: 1) осознанию пациентом своего «Я», его структурных элементов, соотношения «Я» с пространственно-временными характеристиками; 2) осознанию нарушений

эмоционально-поведенческой сферы, осмыслению психиатрического опыта в целом и причины страданий; 3) дистанцированию своего «Я» от болезни;
4) психотерапевтической коррекции негативных эффектов самостигмы;
5) возвращению чувства своей уникальности, значимости и контроля над своей жизнью (актуализация личностной идентичности).

Когнитивно-поведенческая коррекция деструктивной идентичности (индивидуальные и групповые методы). Основная задача индивидуальной психотерапии заключалась в трансформации нарушенной идентичности больного в оптимально конструктивную идентичность. Эта задача решалась в процессе обучения больного использовать реакцию нормативной окружающей среды для идентификации здоровой и нарушенной идентичности. Для этого использовался прием сопоставления реальных ситуаций поведения больного (из анамнеза и за время пребывания в клинике) с оценкой этого поведения окружающими. Проблемные ситуации чередовались со сходными ситуациями, в которых сам больной или другие лица (по его наблюдениям) вели себя конструктивно, также в сопоставлении с уже иной реакцией окружения. Обучению этому навыку способствовали базисные отношения с психотерапевтом, оценки которого больной готов был воспринять как олицетворение социальных норм и интегрировать в свою новую идентичность.

В результате больной начинал распознавать нарушенные компоненты своей идентичности и воспринимать их несозвучным той идентичности, приобрести которую он стремится. Существенный компонент поведенческого тренинга, заключался в том, что больной начинал понимать, что принятие или отвержение со стороны окружающих предопределяется следованием социальным нормам или пренебрежением ими. Больной стимулировался к использованию конструктивных вариантов поведения в реальных ситуациях взамен прежних, деструктивных. Позитивная реакция окружающих играла роль положительного подкрепления, содействуя распространению продуктивного поведения за пределами терапевтической ситуации и его интеграции в новой идентичности.

Прочности приобретаемой больным конструктивной идентичности во многом способствовало понимание им происхождения прежней. Элементы конструктивного поведения (в особенности вновь приобретенные) получали адекватное эмоциональное подкрепление. Типовые, повторяющиеся проблемные ситуации реального поведения больного сопоставлялись друг с другом, выявлялись свойственные больному стереотипы дезадаптивного когнитивного функционирования и неадекватных стратегий поведения. Проводился совместный подбор выполнимых для больного вариантов конструктивного поведения для замены ими дезадаптивных с немедленным использованием в реальных ситуациях социального взаимодействия. Особое внимание уделялось расширению репертуара поведенческих навыков. При этом осуществлялось жестокое оппонирование деструктивным компонентам идентичности больного.

Основное содержание групповой терапии - самораскрытие и взаимооценка. Больной стимулировался к рассказу о своих жизненных проблемах, о том, как он пытается справиться с ними, о своих идеалах и чаяниях. Другие члены группы комментировали этот рассказ, сообщая свою точку зрения по поводу услышанного. Больной получал возможность увидеть себя со стороны глазами группы, а также войти во внутренний мир других людей, рассказывающих о себе. Так, группа становилась инструментом, формирующим опознание собственной идентичности с ее сходством и отличием от окружающих, а и границы идентичности. Больной начинал понимать, кто он, что ему нужно в жизни, чем похож на других людей и чем отличается. Реакции окружающих на рассказ больного помогали ему выше ценить и использовать конструктивные аспекты своей идентичности, дистанцироваться от деструктивных и восполнять дефицитарность своих социальных навыков. Похвала или доброжелательная критика непредубежденных людей помогали больному интегрировать нормативы человеческого общежития, которые ранее воспринимались искаженными. Задача психотерапевта - стимулировать самораскрытие больных, активировать обсуждение услышанного в качестве обратной связи, обеспечивать

эмоциональное подкрепление высказываний больного и доброжелательной критики.

Каждому пациенту группа предоставляла возможность высказываться, слушать и быть выслушанным. Через раскрытие своей индивидуальности в диалогах и размышлении вслух, через ожидания, периоды пауз, молчания, и, наоборот, активного общения, смеха, групповых действий, создавалась особая психологическая ситуация. В процессе такого группового общения, проживания в пространстве «здесь-и-сейчас» у участников начинали меняться, расширяться представления о себе, своих возможностях, границах принятия и непринятия своего и чужого поведения, чувств, представлений, ожиданий.

Таким образом, группа позволяла развивать личностную идентичность в зеркале групповых представлений о каждом участнике: ролях, которые он играет, ситуациях, в которых он участвует, смысложизненных ориентациях, которые он разделяет. Участие в психологической тренинговой группе проясняло процессы самокатегоризации, т.е. отнесения личностью себя к определенной социальной категории или группе. Другими словами, развивается и становится более ясной для самого человека ролевой компонент личностной идентичности, близкий к понятию «самости», - «осознание себя субъектом психологических ролей.

У больных с более или менее сохранными социальными навыками использовалась техника ассимиляции, связанная с сокрытием того, что отличает их от агрессивной социальной среды, «маскировкой» реальных переживаний и особенностей поведения под признаки «оригинального своеобразия», и техника конфронтации - открытое признание больным того, что его отличает от других, своей «инакости» с одновременным отстаиванием права на собственные ценности и образ жизни или стремлением получить определенные выгоды, демонстрируя свою «инакость».

Психокоррекционная техника «разотождествление со стигмой» состояла из двух этапов: 1) разотождествление с различными аспектами «жизни с болезнью» (страданий) и отдаление себя от образа и роли беспомощно-отчужденного человека со сформированной деструктивной идентичностью и 2)

самоотождествление с жизнью как ценностью и беспредельностью бытия. Методика основана на проговаривании установок и их осознании в режиме релаксационного аутотренинга, который проводился ежедневно в утренние часы в течение 30 дней.

Техника разотождествления включала три упражнения, ведущие к осознанию физических, эмоциональных и ментальных аспектов (неспецифическое разотождествление) и упражнение специфического стигматизационного разотождествления. Основными формулами неспецифического аутотренинга разотождествления являлись следующие установки: 1) «У меня есть тело, однако я не есть это тело. Мое тело может пребывать в различных состояниях: оно может быть здоровым или больным, отдохнувшим или усталым. Однако оно не имеет ничего общего с моим подлинным Я. Я отношусь к своему телу как к драгоценному инструменту, позволяющему осуществлять определенные действия во внешнем мире, но это только инструмент. Я хорошо обращаюсь с ним, стараюсь делать все, чтобы оно было здорово. Тем не менее, это не я. У меня есть тело, однако я не есть это тело». 2) «Я испытываю определенные эмоции, однако я не есть эти эмоции. Мои эмоции многообразны, они могут изменяться, становиться своей противоположностью. Любовь может перейти в ненависть, спокойствие в гнев, радость в печаль. При этом моя сущность, мое подлинное Я остаются неизменными. Я всегда Я. Хотя волна гнева может на время захлестнуть меня, я знаю, что это пройдет, потому что я не есть этот гнев, поскольку я способен наблюдать за своими эмоциями и понимать их истоки, я могу научиться управлять ими и гармонизировать их. Итак, совершенно ясно, что они - это не я, я испытываю какие-то эмоции, однако я не есть эти эмоции». 3) «У меня есть разум, но я не есть мой разум. Мой разум - ценное средство познания и выражения, но он не является сущностью меня самого. Приобретая новые знания и опыт, впитывая прогрессивные идеи, он находится в непрерывном развитии. Иногда разум отказывается подчиняться мне, поэтому он не может быть мной, моим Я. С точки

зрения как внешнего, так и внутреннего мира это орган познания, но это не я. У меня есть разум, но я не есть мой разум».

В качестве специфической (антистигматизационной) техники разотождествления применялось упражнение, направленное на отделение от себя ощущений и переживаний самостигмы как инородного явления («инородной оболочки»): «я живу с болезнью, но это не моя жизнь. Болезнь - это чуждое мне явление, она рядом, но не во мне. Мое отношение к жизни не определяется болезнью. Я - это не моя болезнь. Я - нечто большее, чем просто больной. Роль пациента или субъекта «жизни с болезнью» - это не моя роль. Мои страдания - это не мое Я. Я не отождествляю себя с неполноценной личностью, неприятной для окружающих людей. Болезнь не сделала меня другим, тем более изгоем. Я поддерживаю свою идентичность. Я тождественен самому себе».

Этап самоотождествления с жизнью как ценностью и беспредельностью бытия и выделения своего истинного Я из наслоения негативных эмоций, ролей и качеств, которые способствуют маргинализации личности больного шизофренией в процессе длительной самостигматизации, включал две установки: 1) неспецифическая установка заключалась в следующих суждениях: «я центр абсолютного самосознания и воли, творческой динамической энергии. Я нахожусь в центре подлинной тождественности и могу наблюдать за всеми психологическими процессами и управлять ими. Я подтверждаю свою принадлежность этому центру. Я хочу, чтобы осознание этого факта никогда не покинуло меня в моей повседневной жизни, помогало мне, придавало ей смысл и направление. Я - это моя личность, я идентифицирую себя с ней. Моя действительность внутри меня, а я внутри ее. Я учусь жить в гармонии с внешними миром и самим собой, радуюсь спокойному состоянию души»; 2) антистигматизационная установка самоотождествления определялась формулой: «моя сущность - это мое самосознание. Мое подлинное Я не связанно с болезнью и отношением ко мне окружающих. Я продолжаю оставаться самим собой, я вижу смысл своей жизни, я тождественен сам себе и ответственен за свое состояние».

Атрибутивная терапия. В основе самостигмы, как процесса неадекватных субъективных интерпретаций реальности больного и его проблемного поля, лежат конкретные причинные основания в виде негативных предубеждений, определяющих специфику атрибутирования (объяснения происходящего), в частности, формирование пессимистического стиля. Его следствием являются стойкие деформации личности в виде таких феноменов как личностная беспомощность, экзистенциальная неисполненность, самоотчуждение, смыслоутрата. Формулируется т.н. стигматизационная атрибутивная схема, преодоление которой является важным направлением антистигматизационных мероприятий (атрибутивной терапии).

В наиболее общем понимании под атрибутивной терапией (реструктурированием стиля атрибутирования) понимают коррекцию тех или иных личностных предубеждений, искаженных, неадекватных представлений пациента, детерминирующих его проблемную (стрессогенную) ситуацию или проблемное поле в целом.

Атрибутивный психотерапевтический подход к преодолению самостигмы у больных шизофренией ассоциируется, прежде всего, с изменением неадекватного (пессимистического) стиля атрибутирования, при котором причины негативных событий и переживаний, связанных с «жизнью с болезнью» рассматриваются как стабильные, глобальные и непреодолимые, и затрагивающие все сферы их жизнедеятельности. Другими словами, атрибутивная терапия - это изменение сложившихся под влиянием болезни стереотипов объяснения происходящего и структуры представлений пациента о реальных причинных основаниях его проблемной ситуации (распад идентичности, смыслоутрата и т.д.) и осознание себя субъектом адекватных социальных отношений. По отношению к обследованному контингенту больных эта цель достигалась в процессе решения следующих терапевтических задач: диагностика уровня интеграции идентичности, самоотчуждения и особенностей стиля атрибутирования; обсуждение возможностей выработки адекватного стиля атрибутирования; демонстрация возможных неадекватных и адекватных стилей атрибутирования;

демонстрация деструктивных последствий наличного стиля атрибутирования; наконец, формирование более адекватного стиля.

Программа атрибутивной терапии включала 3 этапа: 1) оптимизацию потенциала самоатрибуции; 2) коррекцию иррациональных когниций и 3) атрибутивное реструктурирование. Оптимизация потенциала самоатрибуции заключалась в формировании позитивного самоотношения, осознания позитивных ресурсов и возможностей их актуализации, что создавало необходимые предпосылки для последующих изменений. Процесс изменения самоатрибуции, стиля атрибутирования и поведения предполагал решение двух задач: укрепление веры пациента в собственной целостности и позитивном потенциале; укрепление его ощущений о свободе поступков.

Оптимизация потенциала самоатрибуции включала выполнение пациентом заданий, направленных на проявление активности, сделать что-либо позитивное, убедиться в возможности быть успешным и управлять происходящими с ними событиями. Это способствовало осознанию позитивных ресурсов и возможности их реализации.

Коррекция иррациональных когниций (стигматизирующих предубеждений в существенном несоответствии собственного Я представлениям о Я до болезни), являющихся фактором, препятствующим успешному преодолению жизненных трудностей. Формирование навыков совладания с иррациональными мыслями предполагает убеждение пациентов в том, что все, что является следствием самостигмы на самом деле связано с иррациональными когнициями и не является внутренне стабильным. Терапия общего стиля атрибутирования заключалась в научении больного пересмотру типичного для него стиля атрибутирования, посредством нахождения внутренних оснований для более оптимистической самооценки. Пациенту предлагалось просмотреть внутренние причины собственных успешных действий в различных ситуациях, концентрируясь на наличных способностях и позитивных качествах, которые игнорируются при доминировании негативного самоотношения. Подобная процедура применялась и в отношении анализа причинности феноменов, структурирующих самостигму и

вызывающих страдания. Находя неадекватности в атрибутировании, демонстрируя больному их деструктивную роль, обосновывалась возможность изменения атрибутивного стиля за счет наличных и приобретенных ресурсов позитивного влияния на его самоактуализацию.

Атрибутивное реструктурирование - трансформация демобилизующей больного атрибутивной схемы «жизнь с болезнью и непреодолимой самостигмой». Эта схема фиксирует связь низкой самооценки больного (интернальности) с реакцией на стигматизирующие факторы, стабильности переживаний - со «зрелостью» и длительности самостигмы, генерализации - с распространением элементов самостигмы на сферы жизнедеятельности. Исходя из этого, преодоление самостигмы осуществлялось путем атрибутивного реструктурирования интернальности, стабильности и глобальности причинности последствий самостигмы и установок на их непреодолимость.

Атрибутивная терапия, разработанная на основе программы, составленной Я. Гилхом, К. Рейтвич, Л. Джейкокс и М. Селигман, включала два компонента. Суть когнитивного компонента состояла в обучении больных идентифицировать негативные убеждения, оценивать эти убеждения, находя доказательства за и против, и производить более реалистические альтернативы. Компонент тренинга, касающийся атрибутивного стиля, подразумевал обучение идентифицировать пессимистические объяснения и давать более оптимистичные (и более реалистичные) альтернативные объяснения. Компонент, направленный на развитие навыков разрешения социальных проблем, сосредоточен на проблемах поведения и межличностных проблем.

Для активации психологических ресурсов и преодоления самостигмы у больных шизофренией использовались следующие когнитивные техники:

1) распознавание атрибутивного стиля - осознание пессимистического стиля объяснения причин негативных переживаний как стабильных и непреодолимых;

2) АВС - анализ - выработка представлений о том, что негативные переживания стигмы вызываются не сложившейся ситуацией, а ее субъективно предвзятой, и потому, неадекватной интерпретацией. Это достигалось в процессе осознания

этой связи с последующим разделением событий (жизненных обстоятельств) и собственных пристрастных их оценок;

3) дискуссия с самим собой - обучение рациональному обсуждению и оспариванию истинности стигматизирующих мыслей и суждений, использование доказательств в пользу эффективности альтернативных идей;

4) анализ ожиданий (декатастрофизация) - проработка бессмысленности переживаний стигмы с ее склонностью к катастрофизации (концентрация внимания исключительно на негативных аспектах) и формирование способности самостоятельно справляться с убеждениями относительно неблагополучия будущих событий.

Непременным условием эффективности переатрибутирования являлось стимулирование собственной инициативы больного, ограждение его от возможности ощущения какого-либо внешнего давления. В интересах избавления от последнего осуществлялась поддержка самоинициации действий, научение самопоощрению и т.п. Типичная программа ускорения процесса переатрибутирования включала формирование способности самоконтроля (ведение дневников и т.п.); расширение знаний о явлении; формирование программы упражнений, направленных на развитие необходимых качеств и оказание помощи в разработке ее индивидуального варианта; обучение контролю сигналов состояния и поведения, показывающих изменения в них; обучение технике релаксации и самостимулирования; обеспечение семейной поддержки предпринимаемы усилиям.

Тренинг ассертивного поведения. Обеспечивает независимость от внешних (стигматизирующих) влияний и оценок, способность самостоятельно регулировать собственное поведение и отвечать за него. Для этого определяется специфический спектр дезадаптивных для больного ситуаций и поведенческих реакций. Повышение ассертивности (уверенности, компетентности) достигается в процессе использования следующих процедур: 1) приобретение навыков реагирования (вербальные и невербальные компоненты ассертивности); 2) воспроизведение реакций - отработка новых реакций в ролевой игре или

специальных упражнений; 3) совершенствование реакций - придание новому поведению непринужденности и устойчивости; 4) когнитивное реструктурирование - критический анализ иррациональных представлений, препятствующих ассертивности, и приобретение знаний, усиливающих ассертивность.

Использовались две техники суппортивной терапии: 1. Техника улучшения социальной перцепции включала видение больным актуальной ситуации взаимодействия с окружающими людьми и ее субъективную оценку, в большинстве случаев исполненную пессимистическим атрибутивным стилем и переживанием самоотчуждения. Оказание поддержки в этой ситуации заключалось в том, что врач предоставлял свое здоровое Я для переработки информации. Это делало возможным соотношение восприятия ситуации больным с ситуацией реальной действительности. С соблюдением доверительных отношений врачом осуществлялась коррекция искаженной окружающей реальности (без давления и разубеждения), значения поступающей извне вербальной и невербальной информации, помощь в прогнозировании дальнейшего развития событий. Данный прием смягчал эмоциональное реагирование больного на сложившуюся ситуацию, ее негативно-враждебный оттенок, за счет разделения своих переживаний с врачом, актуализировал возможность альтернативной интерпретации ситуации, уменьшал ощущение собственной беспомощности и самоотчуждения.

2. Техника когнитивной диффернецированности заключалась в том, чтобы помочь больному разбить на фрагменты весь комплекс его проблем, обусловленных стигматизирующими (внутренними и внешними) факторами, что помогало больному увидеть каждую проблему в отдельности и решать их последовательно или избирательно. Такая техника позволяла снизить масштабность переживаний больных.

6.2 Комплексная оценка эффективности системы психотерапевтической коррекции самостигмы и восстановления идентичности личности у больных шизофренией

Оценка эффективности антистигматизационного комплекса осуществлялась с учетом динамики симптоматического восстановления и выраженности основных феноменов, структурирующих формирование самостигмы. Оценивались: 1) выраженность клинических проявлений (дефицитарных психопатологических симптомов); 2) выраженность феноменологических составляющих самостигмы (уровень личностной и социальной жизнедеятельности, уровень дезинтеграции идентичности, уровень самоотчуждения); 3) особенности личностных ресурсов противодействия самостигме (уровень жизнестойкости).

Обследованы две репрезентативные в гендерно-возрастном и клиническом отношениях группы больных шизофренией со сформированной стигмой. Основная группа состояла их 40 больных, которые, помимо стандартного медикаментозного лечения традиционными нейролептиками и атипичными антипсихотиками, принимали участие в дестигматизационной психотерапевтической программе. Группу сравнения составляли 25 больных, получавших только медикаментозное лечение.

В качестве базового и исходного показателя эффективности, разработанного нами антистигматизационного психотерапевтического комплекса, был использован показатель выраженности самостигмы. В таблице 6.1 приведены данные, отражающие его терапевтическую динамику в сравниваемых группах больных.

Таблица 6.1

Динамика средних показателей выраженности самостигмы в сравниваемых группах больных в процессе лечения

Сферы жизнедеятельности	Исходный показатель	I	II
Личностная сфера	57,09±0,54	41,36±0,31*	55,23±0,48
Социальная сфера	55,96±0,36	38,04±0,28*	51,24±0,47
Интегративный показатель самостигмы	114,05±1,78	79,4±1,23*	106,47±1,64

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения; *-достоверность различий с исходным показателем на уровне $p<0,05$

Анализ средних показателей выраженности самостигмы в основной группе больных показал статистически достоверное ($p<0,05$) уменьшение проявлений самостигмы как по интегративному показателю, так и по характеру самооценок по различным сферам своей жизнедеятельности, ассоциированным с переживаниями «жизни с болезнью». В основе этих изменений лежит процесс купирования у больных основных предпосылок к самостигматизации: 1) готовности к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных»; 2) готовности идентифицировать себя со стигматизированной группой; 3) принятия негативных представлений о личностных ресурсах этой группы и своих собственных возможностях.

В группе сравнения общие оценки жизнедеятельности в личностной и социальной сферах и интегративный показатель самостигмы существенных изменений в процессе традиционного лечения не претерпели, что отражает сохранение тенденции к негативной трансформации идентичности личности и стабильность проявлений самостигмы в случае традиционного терапевтического подхода.

В таблице 6.2 представлены данные о клинической эффективности дестигматизационной психотерапевтической программы у больных шизофренией.

Таблица 6.2

Средняя выраженность дефицитарных психопатологических симптомов в сравниваемых группах больных

Признаки	Исходный показатель	I	II
Глобальная оценка аффективного уплощения	19,82±1,7	17,94±1,5	18,17±1,61
Глобальная оценка алогии	13,56±1,36	9,64±1,78*	12,35±1,24
Глобальная оценка абулии-апатии	9,95±0,84	6,24±0,81*	8,24±0,79
Глобальная оценка ангедонии-асоциальности	16,81±1,41	11,3±1,46*	14,86±1,26
Глобальная оценка нарушения внимания	4,86±0,46	4,24±0,41	4,21±0,38
Общая сумма баллов	65,0±4,28	49,36±3,75	57,83±4,06

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения; *-достоверность различий с исходным показателем на уровне $p<0,05$

Анализ уровня симптоматического восстановления больных шизофренией свидетельствует об избирательном действии целевых психотерапевтических техник. В основной группе больных, в отличие от больных группы сравнения, положительная динамика симптомов наблюдалась в сферах глобальных оценок ангедонии-асоциальности, алогии, абулии-апатии ($p<0,05$). Именно эти группы симптомов являются наиболее сопряженными с когнитивными и мотивационно-поведенческими аспектами самостигматизации. Положительная клиническая динамика в этих сферах свидетельствует о значительных ресурсах использованного специально подобранного психотерапевтического комплекса не только в преодолении самостигмы, но и в улучшении общеклинического состояния больных шизофренией. В группе сравнения, при некоторой тенденции к улучшению клинических показателей, статистически достоверных изменений в сферах, ассоциируемых с проявлениями самостигмы, не наблюдалось.

Таким образом, полученные данные о динамике показателей выраженности самостигмы и клинических признаков заболевания свидетельствуют не только об эффективности антистигматизационных программ, но и об определенной взаимосвязи проявлений самостигмы и отдельных дефицитарных

психопатологических симптомов. По-видимому, речь идет о некоторой общности патогенетических механизмов формирования самостигмы и дефицитарных симптомов в контексте взаимодействия различных биописхосоциальных факторов.

В таблице 6.3 приведены данные об особенностях динамики уровня интеграции идентичности личности больных шизофренией со сформированной стигмой при использовании альтернативных терапевтических подходов.

Таблица 6.3

Распределение больных шизофренией по уровню интеграции идентичности личности при различных терапевтических вмешательствах(%)

Уровень интеграции идентичности	Исходные данные	I	II
Целостно-дифференцированный	7,5	15,0	8,0
Диффузно-фрагментарный	70,0	77,0	64,5
Спутанный	22,5	8,0	27,5

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

Сравнение показателей основной группы с исходными данными свидетельствует о возможности нормализации или существенной интеграции личностной идентичности под влиянием специально подобранного психотерапевтического комплекса. Напротив, традиционные терапевтические подходы, не затрагивающие личностных ресурсов пациента, не оказывают положительного влияния на динамику деструктивной трансформации личности и процесс формирования самостигмы у больных шизофренией.

Данные об эффективности дестигматизационных мероприятий (по критерию выраженности самоотчуждения) представлены в таблице 6.4.

Таблица 6.4

Распределение больных сравниваемых групп по степени выраженности самоотчуждения (%)

Шкалы	Исходный показатель		I			II	
	Абсол. отч.	Относ. отч.	Абсол. отч.	Относ. отч.	Мнимое отч.	Абсол. отч.	Относ. отч.
Общий показатель отчуждения	78,7	21,3	59,5	28,2	12,3	74,8	25,2
Отчуждение от работы	86,2	13,8	61,2	26,4	12,4	83,6	16,4
Отчуждение от общества	78,7	21,3	59,6	26,8	13,6	71,6	28,4
Отчуждение от других людей	76,2	23,8	52,4	32,1	15,5	75,8	24,2
Отчуждение от семьи	72,5	27,5	65,7	24,4	9,9	69,2	30,8
Отчуждение от самого себя	83,7	16,3	58,6	21,7	19,7	84,9	15,1

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

Из таблицы 6.4 следует, что исходные показатели самоотчуждения у обследованных больных соответствовали уровням абсолютного или относительного отчуждения. Показателей, отражающих мнимое самоотчуждение у этих больных, не выявлено. Такие же градации и ранговые соотношения показателей этого феномена сохранились у больных группы сравнения, получавших традиционное лечение. Другими словами, лечение, не использующее целевых личностно-ориентированных подходов, практически не влияет на выраженность самоотчуждения и не обладает дестигматизирующим эффектом.

В то же время в группе больных, включенных в программу дестигматизации, по всем шкалам опросника значительно уменьшилось количество больных с абсолютным отчуждением и увеличилось число больных с относительным (менее выраженным) уровнем отчуждения и с минимальными его проявлениями. Учитывая сопряженность феноменов самоотчуждения и

смыслоутраты, положительная динамика показателей самоотчуждения под влиянием личностно-ориентированных целевых воздействий свидетельствует об их нормализующем влиянии на процессы смысловой регуляции больных шизофренией, в частности, о снижении переживаний пустоты и бессмысленности жизни, и утраты собственной субъектности.

В качестве одного из важных критериев оценки эффективности антистигматизационного психотерапевтического комплекса нами также использован показатель жизнестойкости как интегративная черта личности и базовая составляющая личностного потенциала. Приведенные в таблице 6.5 данные о средней выраженности этого показателя отражают статистически достоверную положительную динамику различных компонентов жизнестойкости (вовлеченности, контроля, принятия риска) в группе больных, участвовавших в антистигматизационной программе. Повышение уровня жизнестойкости и способности к активному преодолению трудностей свидетельствует о включении у них личностных механизмов противодействия формированию чувства беспомощности, отвергнутости, самоотчуждения и других феноменов, структурирующих процесс самостигматизации. В этих случаях у больных повышается мотивация к самореализации, здоровому образу мыслей и поведения. Напротив, у больных шизофренией с традиционным подходом к лечению, не затрагивающим каких-либо личностных ресурсов и позитивных аспектов психического здоровья, ни один из показателей жизнестойкости не претерпел существенных изменений. Несмотря на наличие психического (симптоматического) улучшения, уровень дезинтеграции идентичности и страданий у них оставался стабильным, отражая низкий уровень стрессоустойчивости, самооценок собственных возможностей и эффективных стратегий преодоления самостигмы.

Таблица 6.5

Средние величины показателей жизнестойкости в сравниваемых группах больных шизофренией

Компоненты жизнестойкости	Исходные данные	I	II
Жизнестойкость	40,36±3,6	64,6±4,2*	39,26±3,41
Вовлеченность	18,46±1,76	29,41±2,7*	19,14±1,84
Контроль	13,28±1,31	21,7±1,9*	12,31±1,27
Принятие риска	6,24±0,74	12,96±1,24*	7,81±0,86

Примечание: I – основная группа; II – группа сравнения

Таким образом, использование личностно-ориентированного психотерапевтического комплекса с научно обоснованной его нацеленностью на преодоление основных феноменов самостигмы (экзистенциальной неисполненности, личностной беспомощности, самоотчуждения) и восстановление идентичности личности, является эффективным средством не только для «смягчения» стигматизирующих переживаний и дефицитарных психопатологических симптомов, но и для повышения личностных ресурсов, осознания контроля над происходящим, развития навыков решения социальных проблем, позитивного отношения к себе и к окружающему миру. Эти изменения оправдывают концептуальные представления о дестигматизации больных шизофренией как о терапевтическом процессе, ориентированном на активацию позитивных составляющих личностного потенциала и внешних ресурсов пациента, а не только на «борьбу со стигмой», путем оптимизации традиционных форм психиатрического вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Самостигматизация больных шизофренией, является одной из приоритетнейших задач современной психиатрии. У больных, испытывающих стигматизационные переживания, формируются субъективные представления о «дефектности», несостоятельности, утрате целостности личности, чувства собственного достоинства и неотделимости от психического расстройства, опасений дискриминации, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации, формируется новая маргинальная идентичность. В связи с этим особую значимость приобретают вопросы ранней диагностики и профилактики самостигматизации у больных шизофренией, а также оказания квалифицированной помощи больным с применением дестигматизационных мероприятий.

Под наблюдением на протяжении 2017-2019 гг. находилось 120 больных параноидной шизофренией, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка, из которых 80 пациентов страдающих параноидной шизофренией с длительностью до 5 лет формировали основную группу, а 40 человек, репрезентативных по гендерно-возрастным и клиническим особенностям, перенесших первый психотический эпизод шизофрении составили группу сравнения.

Критерии включения пациентов в исследование были следующими: диагноз параноидной шизофрении (F20.0) установленный в соответствии с диагностическими критериями Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти МКБ-10; информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критериями исключения пациентов из исследования являлось отсутствие признаков параноидной шизофрении, соответствующих диагностическим критериям МКБ-10.

Все обследованные больные получали медикаментозное лечение с использованием атипичных антипсихотиков (рисполепт 2-6 мг в сутки, зипрекса 5-10 мг в сутки, солиан 200-600 мг в сутки, азалептин 50-150 мг в сутки) или депо-нейролептиков (клопиксол-депо или флюанксол-депо 2 мл 1 раз в 2 нед.). Интенсивность назначений сочеталась с принципом минимальной достаточности доз и преимущественным использованием одного антипсихотического препарата в течение всего периода терапии.

В работе использовались клинико-психопатологический, психодиагностический, социально-психологический методы и метод математической обработки результатов.

Клинико-психопатологический метод основывался на общепризнанных подходах к психиатрическому обследованию пациентов и включал традиционный опрос, анализ психического состояния пациента, а также изучение динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения. Стандартизованная оценка негативной психопатологической симптоматики проводилась с использованием клинической рейтинговой шкалы SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), позволяющей оценить структуру и выраженность негативной психопатологической симптоматики. Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации изучались с помощью оригинальной шкалы (Абрамов В.А., 2011).

Комплексное психодиагностическое исследование включало изучение нарушений целостности личности, особенности деформации и десоциализации личности стигматизированных больных шизофренией и их ресурсные возможности (личностный потенциал) в преодолении негативных клинико-психологических проявлений самостигмы.

Нарушение целостности личности оценивалось при изучении основных экзистенциальных механизмов (шкала экзистенции В. Франкла и А. Лэнгле, 1990), особенностей дезинтеграции идентичности в процессе формирования самостигмы (опросник для определения уровня интеграции и профиля идентичности Абрамова В.А. и соавт., 2011), а также процесса психологического

отчуждения (смыслоутраты) (опросник субъективного отчуждения (ОСОТЧ) С. Мадди в адаптации Е.Н. Осина, 2010).

Оценка ресурсных возможностей больных и их роли в преодолении самостигмы осуществлялась путем изучения различных составляющих их личностного потенциала с помощью следующих методик: самоактуализационный тест (САТ) Э. Шострома (1987) - для исследования особенностей самоактуализации больных с различной выраженностью самостигмы; тест жизнестойкости С. Мадди, адаптированный Д.А. Леонтьевым и Е.Н. Рассказовой (2006) - для определения общего уровня и различных составляющих жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска); копинг-тест Р. Лазаруса (2009) - для выявления копинг-ресурсов в структуре психологических качеств, детерминирующих стресс-устойчивость больных.

Социально психологический метод был направлен на изучение восприятия социальной поддержки, степени ее использования и оценки эффективности у больных шизофренией с различным уровнем самостигмы с помощью опросника социальной поддержки F-SOZU-22 G. Sommer, T. Fydrich (русскоязычная версия в адаптации А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян и Г.А. Петровой, 2003) и многомерной шкалы восприятия социальной поддержки MSPSS (Zimet G.D., 1988).

Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа.

Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

В основной группе у 70,0% пациентов наблюдался средний или высокий уровень стигматизации, а в группе сравнения количество таких больных не превышало 17,5% при полном отсутствии высоких показателей СС, т.е. в большей степени феномену стигматизации подвержены больные, длительно страдающие шизофренией.

Показатели самооценок в различных сферах жизнедеятельности, общая оценка выраженности СС в личностной (57,09±0,54 балла) и социальной (56,96±0,36) сферах, а также интегративный показатель СС (114,05±0,78), отражающие высокий ее уровень, позволяют констатировать, что отношения пациентов основной группы к различным сторонам своей жизнедеятельности, сформированные после возникновения психического расстройства, характеризуются готовностью как к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных», так и идентификации себя со стигматизированной группой, принятием негативных представлений о личностных ресурсах этой группы и собственных возможностях, убежденностью в их истинности.

В группе сравнения самооценка в различных сферах жизнедеятельности, общие оценки в личностной (14,76±0,41 балла) и социальной (14,1±0,39 балла) сферах жизнедеятельности, интегративный показатель СС (28,86±0,38) с высокой степенью достоверности ($p<0,05$) свидетельствовали об отсутствии у больных с первым эпизодом психоза четких проявлений негативной трансформации идентичности личности в сторону формирования самостигмы.

Анализ типологии и частоты аутостигматизационных переживаний у больных шизофренией с различной длительностью заболевания, свидетельствует о значительном спектре и распространенности стигматизирующих переживаний в основной группе больных шизофренией. С наибольшей частотой встречался страх дискриминации (97,5±3,8%), ощущения невосполнимого снижения жизнедеятельности (92,5±3,7%), социального отвержения (92,5±2,7%), беспомощности и безнадежности (90,0±4,3%).

Распределение больных шизофренией с различной длительностью заболевания по степени выраженности негативных симптомов было следующим: в основной группе количество больных с высокой и средней степенью выраженности негативных симптомов составило 74 человека (92,5±1,98%), в группе сравнения - 16 (40,0±0,89%). У пациентов основной группы в структуре дефицитарных расстройств наиболее выраженным был показатель ангедонии-асоциальности (4,20±0,39), в то время как выраженность алогии (3,39±0,31) и

абулии-апатии (3,31±0,28) не превышали средней степени. В группе сравнения все негативные симптомы соответствовали легкой степени выраженности (от 2,0±0,19 до 2,46±0,23). При этом в основной группе 81,7% пациентов с высокой степенью выраженности негативной симптоматики соответствовал высокий или средний уровень самостигматизации.

В группе сравнения даже при высоких показателях выраженности негативных расстройств высоких показателей СС не обнаруживалось, а у 87,5% больных нерезко выраженным негативным симптомам соответствовали низкие показатели СС.

Общими чертами самостигмы и негативных симптомов у больных шизофренией являются: дефицитарность психического функционирования; феноменологически-структурная близость; сопряженность с нарушениями социальной адаптации; межличностный ракурс расстройств, затрагивающий уровень идентичности личности и составляющие личностного потенциала.

Исследование личностного потенциала, сопряженное с характеристикой нарушений целостности личности больных шизофренией, включало изучение экзистенциальных ресурсов и механизмов совладания со стигмой. Низкому уровню самостигмы вне зависимости от длительности заболевания соответствовал умеренный уровень экзистенциальной исполненности, среднему уровню - тенденция к его значительному снижению. У больных с высоким уровнем СС выявлены статистически достоверно ($p<0,05$) наиболее низкие значения показателей экзистенциальных ресурсов, соответствующие неисполненности экзистенции.

Показано, что соотношение показателей среднего и низкого уровней изменяется в сторону преобладания показателей, отражающих состояние неисполненной экзистенции, при увеличении длительности заболевания.

По показателям дезинтеграции личности больные распределились следующим образом: у 80,0±2,11% больных шизофренией после первого психотического эпизода сохраняется целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности. У всех пациентов основной группы наблюдался распад

Я-концепции с утратой ценностно-дифференцированных свойств идентичности: у 58,7±1,52% больных установлен диффузно-фрагментарный (диссоциированый) уровень интеграции идентичности, у 41,3±0,78% - спутанный уровень или кризис идентичности.

Выявлен достоверно ($p<0,05$) более высокий уровень ситуативного отчуждения (СО) у больных шизофренией со значительной выраженностью самостигмы в сравнении с пациентами, находящимися на ранних стадиях ее формирования. С наибольшей частотой у больных шизофренией при выраженной степени самостигмы наблюдалось отчуждение в форме нигилизма (34 чел. - 42,5%), у 18 чел. (22,5%) - в форме бессилия, у 28 чел. (35,0%) - в форме вегетативности. Достоверное ($p<0,05$) преобладание отчуждения от самого себя у больных основной группы (76,54±2,36) подтверждает, что самоотчуждение является одним из главных механизмов деструктивной самоидентификации пациента в процессе его самостигматизации.

Исследование феномена субъективного отчуждения и смыслоутраты в структуре дезинтеграции идентичности в процессе формирования самостигмы позволило выделить и описать этапы (стадии) и экзистенциальные механизмы формирования самостигмы у больных шизофренией: 1-2 стадия – «жизнь с болезнью»; 3-4 стадия - нарушение процессов самоидентификации или эмоционально-оценочного отношения к себе; 5-6 стадия - дезинтеграция сформированной идентичности личности.

Динамика уровня интеграции идентичности от целостно-дифференцированного уровня на 1-2 стадии СС (25,0±1,21% больных) через диффузно-фрагментарный и спутанный варианты при 3-4 стадии СС (81,8±2,4% и 18,2±0,87% больных соответственно) к кризису идентичности на заключительных стадиях СС (83,3±3,1% пациентов) свидетельствует о патогенетической сопряженности самостигматизационных процессов с деструктивными изменениями идентичности личности.

Установлено достоверное ($p<0,05$) преобладание больных с низкими показателями самоактуализации (от 45,0 до 90,0% по разным шкалам) в основной

группе обследованных в сравнении с пациентами группы сравнения (от 17,5 до 42,5%). Сопоставление самоактуализационных профилей у больных шизофренией с различным уровнем самостигмы в сравниваемых группах позволило установить более высокий уровень «включенности в жизнь» у пациентов с невыраженной самостигмой, в то время как больные с сформированной самостигмой обнаруживали низкий уровень самоактуализации или стремления к актуализации собственного потенциала.

При снижении уровня жизнестойкости в обеих группах обследованных больных в группе сравнения определялся достоверно ($p<0,05$) более высокий уровень жизнестойкости, чем в основной группе, что позволяет рассматривать жизнестойкость как препятствие возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет успешного совладания с ними. В то же время, низкие показатели жизнестойкости у больных шизофренией с выраженной самостигмой предполагают наличие у них элементов беспомощности, подверженности депрессии и апатии, низкой стрессоустойчивости, уверенности в бесполезности собственных действий, что препятствует формированию эффективных копинг-стратегий.

У больных шизофренией в дебюте заболевания ресурсы «первой и второй линий мобилизации» определялись сочетанием определяющей стратегии самоконтроля (61,3±1,1), продуктивных стратегий принятия ответственности (54,7±0,8), планирования решения проблемы (57,2±0,9), а также неадаптивной стратегии дистанцирования (52,8±0,9), которая обеспечивает снижение субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций.

Ресурсом «первой линии мобилизации» у больных основной группы с выраженным уровнем самостигмы являются гиперактивные (определяющие) непродуктивные стратегии конфронтации (72,4±1,3) и бегства-избегания (77,8±1,4), а также поиска поддержки (56,0±0,6), которая, хотя и относится к адаптивным, однако содержит в себе возможность формирования инактивной зависимой позиции или чрезмерных ожиданий от окружающих.

В основной группе установлены достоверные ($p<0,05$) положительные корреляционные связи интегрального показателя жизнестойкости с неадаптивными стратегиями конфронтации, поиска социальной поддержки, принятия ответственности и бегства-избегания, что свидетельствует об инактивирующей роли самостигмы в реализации личностных ресурсов через формирование симптомокомплекса личностной беспомощности.

У больных основной группы выявлено достоверное ($p<0,05$) снижение показателей социальной поддержки (СП) в сравнении, как с нормативными данными, так и с самооценками больных группы сравнения, что свидетельствует о значительной дефицитарности социальной поддержки. Низкий показатель эмоциональной поддержки у больных основной группы (16,7±2,9) в сравнении с аналогичным показателем в группе пациентов с невыраженным уровнем самостигмы (25,6±4,64) достоверно ($p<0,05$) свидетельствует о низком уровне их включенности в эмоционально значимые социальные отношения. Достоверно ($p<0,05$) более резкое в сравнении больными, сохранившими свою идентичность, снижение показателя субъективного восприятия СП у больных с выраженной самостигмой (4,0 балла; 33,3%) свидетельствует о том, что СС определяет субъективное ощущение одиночества больных, переживание дефицита эмоциональной вовлеченности со стороны близких людей.

В основу программы превенции и преодоления самостигмы положена концепция дестигматизации как личностного процесса разрушения (обесценивания) стигмы и восстановления идентичности (смысла жизни, ценностных ролей и контроля над своей жизнью). Ее разработка проводилась с учетом субъективного опыта переживания болезни, феноменологических составляющих самостигмы и психологических ресурсов пациента. Содержание и техники ее были направлены на преодоление 4-х феноменов, структурирующих процесс самостигматизации больных шизофренией: кризиса (дезинтеграции) идентичности, личностной беспомощности, экзистенциальной неисполненности и самоотчуждения (смыслоутраты).

Комплексная целевая личностно-ориентированная психотерапевтическая программа дестигматизации больных шизофренией включала следующие направления: когнитивно-поведенческая терапия, направленная на восстановление идентичности; психокоррекционная техника «разотождествление со стигмой»; атрибутивная терапия (реструктурирование пессимистического стиля атрибутирования); тренинг ассертивного поведения.

Оценка эффективности разработанного антистигматизационного психотерапевтического комплекса проводилась в двух репрезентативных в гендерно-возрастном и клиническом отношении группах больных шизофренией со сформированной стигмой. Основная группа - 40 больных, которые, помимо стандартного медикаментозного лечения, принимали участие в дестигматизационной психотерапевтической программе. Группу сравнения составляли 25 больных, получавших только медикаментозное лечение.

При оценке эффективности разработанного антистигматизационного психотерапевтического комплекса в основной группе больных шизофренией было выявлено достоверное ($p<0,05$) уменьшение проявлений самостигмы, как по интегративному показателю (исходный - 114,05±1,78, после участия в программе - 79,4±1,23), так и по характеру самооценок в личностной (57,09±0,54, после участия в программе - 41,36±0,31) и социальной (55,96±0,36, показатель после проведенного лечения - 38,04±0,28) сферах. У большинства больных снизилась динамика деструктивных процессов трансформации личности, наблюдалась существенная интеграция личностной идентичности, а также повышение уровня жизнестойкости и снижение уровня отчуждения в отличие группы сравнения, в которой сохранялись тенденции к негативной трансформации идентичности личности и стабильность проявлений самостигмы как результат традиционного терапевтического подхода.

Эти данные подтверждали клиническую эффективность разработанной системы психологической коррекции самостигмы и восстановления идентичности личности у больных шизофренией.

ВЫВОДЫ

1. В диссертационном исследовании представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи современной психиатрии – изучение структурно-динамических особенностей и механизмов формирования самостигматизации больных шизофренией и разработка системы ее психотерапевтической коррекции и восстановления идентичности личности у больных шизофренией.

2. Выявлено преобладание среднего и высокого (70,0% пациентов) уровней самостигматизации у больных, длительно страдающих шизофренией, в то время как среди пациентов с первым эпизодом психоза высокий уровень СС не определялся, а средний уровень был у 17,5% пациентов. У пациентов основной группы выявлены четкие проявления негативной трансформации личностной идентичности в сторону формирования самостигмы в отличие от больных с первым эпизодом психоза. Об этом свидетельствуют достоверно ($p<0,05$) более высокие показатели в личностной (57,09±0,54) и социальной (56,96±0,36) сферах, интегративный показатель СС (114,05±0,78), а также значительные спектр и встречаемость стигматизирующих переживаний.

3. С высоким уровнем достоверности ($p<0,01$) установлено, что по показателям выраженности отдельных симптомов (алогия, апатия-абулия, ангедония-асоциальность), по сумме баллов глобальных оценок (65,0±4,28) и по общей сумме баллов (44,24±3,71) больные основной группы характеризовались большей выраженностью негативных симптомов, чем пациенты с первым эпизодом заболевания. Сопряженность выраженных негативных симптомов и значительных уровней СС, а также определенное их феноменологическое сходство у больных шизофренией с относительно длительными сроками заболевания, свидетельствуют о существенной роли деструктивных личностных самостигматизационных реакций в формировании шизофренического дефекта.

4. Пациенты с выраженной СС характеризовались достоверным ($p<0,05$) прогрессирующим снижением экзистенциальных ресурсов, преобладанием абсолютного отчуждения (72,5% - 86,2%) с формированием диффузно-фрагментарного уровня интеграции идентичности (58,7±1,52% больных) вплоть до спутанного уровня или кризиса идентичности (41,3±0,78% обследованных).

Обосновано, что в основе формирования стигмы у больных шизофренией лежит процесс дезинтеграции идентичности личности со снижением уровня экзистенциальной исполненности и отчуждением, глубина которых нарастает по мере увеличения длительности заболевания. При этом значительный уровень самостигмы и дезинтеграции идентичности наблюдаются уже в первые годы после первого психотического эпизода шизофрении.

Исследование экзистенциальных механизмов самостигматизации больных шизофренией позволило описать этапы (стадии) формирования самостигмы: 1-2 стадия – «жизнь с болезнью»; 3-4 стадия – нарушение процессов самоидентификации или эмоционально-оценочного отношения к себе; 5-6 стадия – дезинтеграция сформированной идентичности личности.

5. У больных, длительно страдающих шизофренией и имеющих выраженную самостигму, показатели самоактуализации (у 45,0-90,0% пациентов) и жизнестойкости (40,36±0,72) были достоверно ($p<0,05$) ниже, чем у больных группы сравнения. Как следствие, эти больные использовали менее продуктивные копинг-стратегии конфронтации (72,4±1,3), бегства-избегания (77,8±1,4), поиска поддержки (56,0±0,6), что свидетельствует об их низкой адаптивной способности, в отличие от пациентов с первым эпизодом психоза, имевших более высокие показатели самоактуалиазции (в 17,5 – 42,5% случаев), жизнестойкости (50,42±0,83) и более разнообразный репертуар используемых копинг-стратегий (самоконтроля (61,3±1,1), принятия ответственности (54,7±0,8), планирования решения проблемы (57,2±0,9), дистанцирования (52,8±0,9)). Доказано, что чем выше показатели ресурсных возможностей личности, тем эффективнее противостояние самостигматизации.

Установлено, что недостаточность ресурсов позитивного социального окружения и удовлетворенности от полученной поддержки является одним из важнейших факторов формирования самостигмы и маргинализации больных шизофренией.

7. Разработана система психологической коррекции самостигмы и восстановления идентичности личности у больных шизофренией, направленная на преодоление дезинтеграции идентичности, личностной беспомощности, экзистенциальной неисполненности и самоотчуждения как основных феноменов, структурирующих процесс СС больных шизофренией, с помощью ресурсов личностного потенциала и социальной поддержки. Основные направления программы: когнитивно-поведенческая терапия; психокоррекционная техника «разотождествления со стигмой»; атрибутивная терапия с реструктурированием пессимистического стиля атрибутирования; тренинг ассертивного поведения.

В группе пациентов, включенных в программу дестигматизации, достигнуто ($p<0,05$): улучшение общеклинического состояния больных; положительная динамика негативных симптомов в сферах глобальных оценок ангедонии-асоциальности, алогии, абулии-апатии; уменьшение проявлений самостигмы, как по интегральному показателю, так и по характеру самооценок в личностной и социальной сферах; снижение динамики деструктивных процессов трансформации личности; повышение уровня жизнестойкости; снижение уровня отчуждения.

Практические рекомендации. Использование личностно-ориентированного дестигматизационного психотерапевтического комплекса, направленного на преодоление основных феноменов самостигмы и восстановление идентичности личности больных шизофренией, может быть рекомендовано в комплексе мероприятий психо-социальной реабилитации в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, что будет способствовать интеграции больных в сообщество, их адаптации к требованиям социального окружения, расширению их полномочий и, соответственно, уменьшит вероятность рецидивов и прогрессирования заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией [Текст]: монография / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк: Каштан, 2009. - 583с.

2. Абрамов, В.А. Личностно-ориентированная психиатрия [Текст]: монография / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Г.Г. Путятин. - Донецк: Каштан, 2014. - 295с.

3. Карлинг, П.Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психической инвалидностью [Текст]: монография / П.Дж. Карлинг. - Киев: Сфера, 2001. - 442с.

4. Гурович, И.Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств [Текст] / И.Я. Гурович // Русский медицинский журнал. - 2001. - Т. 9. - № 25 (144). - С. 1202-1203.

5. Mezzich, J.E. Positive health: conceptual place, dimensions and implications / J.E. Mezzich // Psychopathology. - 2005. - № 38. - P. 177-179.

6. Меззич, Х. Личностно ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма [Текст] / Х. Меззич // Независимый психиатрический журнал. - 2007. - №3. - С. 17-20.

7. Тихоненко, В.А. Психиатрия, этика и право [Текст]: руководство по социальной психиатрии / В.А. Тихоненко, А.Я. Иванюшкин, С.Н. Шишков; под ред. Т.Б. Дмитриевой. – Москва, 2001. - С. 51-73.

8. Абрамов, А.В. Гуманизм и социальное благополучие людей с психиатрическим диагнозом [Текст] / А.В. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2012. - № 2 (29). - С. 5-9.

9. Полищук, Ю.И. Значение гуманитарной составляющей в психиатрии [Текст] / Ю.И. Полищук // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2006. - Т. 3, №2. - С. 7-9.

10. Серебрийская, А.Л. Социально-психологические факторы стигматизации психических больных [Текст] / А.Л. Серебрийская, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов // Ж. неврологии и психиатрии. - 2002. - № 9. - С. 59-67.

11. Whal, O.F. Mental health consumer's experience of stigma / O.F. Whal // Schizophrenia Bulletin. - 1999. - Vol. 25. - P. 467-478.

12. Стигматизация и дискриминация лиц с психическими заболеваниями в Европе [Текст] // Европейская конференция ВОЗ. Хельсинки, Финляндия. - 2005. - С. 1.

13. Пасынкова, Ю.Г. Стигматизация больных шизофренией городским населением (клинико-социологическое исследование) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Пасынкова Ю.Г.- М.,2006. - 28с.

14. Sirey, J.A. Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient - rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence / J.A. Sirey, M.L. Bruce, G.S. Alexopoulos // Psychiatric Services. - 2001. - № 52. - P.1615-1620.

15. Lee, S. The stigma of schizophrenia: a transcultural problem / S. Lee // Current Opinion in Psychiatry. - 2002. - № 15. - P. 37-41.

16. Серебрийская, Л.Я. Психологические факторы стигматизации психически больных [Текст]: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.18 / Серебрийская Л.Я. - М., 2005. – 24с.

17. Goffman, E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity / E. Goffman. - 1968. - Reprinted ed., London, 1990. – 340p.

18. Франкл, В. Человек в поисках смысла [Текст] / В. Франкл. - М.: Прогресс, 1990. – 368с.

19. Кисилев, М.Ю. Страх и стигма: о социально-психологических механизмах стигматизации больных СПИДом и жертв радиационных катастроф [Текст] / М.Ю. Кисилев // Психол. журн. - 1999. - № 4. – С. 24-27.

20. Финзен, А. Психоз и стигма [Текст] / А. Финзен. - М. 2001. – 345с.

21. Кабанов, М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплаенса [Текст] / М.М. Кабанов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1986. - № 2. - С. 13-15.

22. Серебрийская, Л.Я. Кластерный анализ как метод определения феномена стигматизации психических больных [Текст] / Л.Я. Серебрийская, С.А. Судаков, С.Н. Ениколопов, С.Н. Мясоедов // Психиатрия. - 2004. - № 3. - С. 50-54.

23. Ястребов, В.С. Проблема стигмы в российской психиатрии [Текст] / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова // Журнал социальной психиатрии. - 2006. - № 1. - С. 61-66.

24. Phelan, J. Psychiatric illness and family stigma / J. Phelan, E.J. Bromet, B.G. Link // Schizophrenia Bulletin. - 1998. - № 24. - P. 115-126.

25. Crisp, A. The tendency to stigmatise / A. Crisp // British J. of Psychiatry. - 2001. - Vol. 178. - P. 197-199.

26. Fink, P.J. Stigma and mental illness. / P.J. Fink, A. Tasman // Washington DC: American Psychiatric Press. - 1992. – 312p.

27. Rosenbaum, S. Stigma and multiple social comparisons in people with schizophrenia / S. Rosenbaum // European Journal of Social Psychology. - 2001. - Vol. 31. - P. 579-592.

28. Sartorius, N. Stigma: what can psychiatrists do about it? / N. Sartorius // Lancet. - 1998. - № 3. - P. 1058-1059.

29. Мамедов, А.К. Социальная стигматизация [Текст] / А.К. Мамедов, Т.П. Липай. - М.: ИД "АТИСО", 2008. – 168с.

30. Серебрийская, Л.Я. Образ психически больного в общественном сознании [Текст] / Л.Я. Серебрийская // Клинические и медико-социальные вопросы современной психиатрии. Сборник работ молодых ученых. - М., 2003. - С. 169-172.

31. Циринг, Д.А. Психология выученной беспомощности [Текст] / Д.А. Циринг. - М.: Академия, 2005. - 120с.

32. Abramson, L.Y. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation / L.Y. Abramson, M.E. Seligman, J.D. Teasdale // Journal of Abnormal Psychology. - 1978. - № 87. - P. 49-74.

33. Corrigan, P.W. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness / P.W. Corrigan, D. Rowan, A. Green [et al.] // Schizophrenia bulletin. - 2002. - Vol. 28, № 2. - P. 293-309.

34. Angermeyer, M.C. Образ психиатрии в обществе / M.C. Angermeyer // Обзор современной психиатрии. - 2001. - Т. 9. - С. 1-7.

35. Bhugra, D. Attitudes towards mental illness / D. Bhugra // Acta Psyc. Watrica. Scandina. - 1989. - Vol. 180. - P. 1-12.

36. Crisp, A.H. Stigmatisation of people with mental illnesses / A.H. Crisp, M.G. Gelder, S. Rix // British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol. 177. - P. 4-7.

37. Rabkin, J. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature / J. Rabkin // Schizophrenia Bulletin. - 1974. - Vol. 10. - P. 9-33.

38. Аведисова, В.И. Психические расстройства с точки зрения психически больных и здоровых [Текст] / В.И. Аведисова, В.И. Бородин, В.О. Чахава // Российский психиатрический журнал. - 2000. - Т. 6, № 6. - С. 8-11.

39. Либерман, М.Н. Проблема выявляемости психически больных и толерантность населения к ним [Текст] / М.Н. Либерман // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1983. - № 4. - С. 577-584.

40. Рукавишников, В.О. Проблемы психического здоровья населения и психиатрической помощи в советской печати [Текст] / В.О. Рукавишников, Т.П. Рукавишникова, А.Г. Бильжо // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1990. - № 11. - С. 110-114.

41. Семин, И.Р. Психиатрическая просвещенность и отношение общества к психически больным [Текст]: руководство по социальной психиатрии / И.Р. Семин. - М., 2001. - С. 73-93.

42. Менделевич, В.Д. Психиатрия в зеркале общественного мнения [Текст] / В.Д. Менделевич, Л.М. Авруцкий. – Синапс,1993. - № 3. - С. 35-39.

43. Byrne, P. Psychiatric stigma: past, passing and to come / P. Byrne // Journal of the Royal Society of Medicine. - 1997. - Vol. 90. - P. 618 - 621.

44. Jones, A.H. Психическое заболевание, ставшее достоянием общественности: конец стигме? [Текст] / A.H. Jones // Обзор современной психиатрии. - 2001. - №. 5. - С.6.

45. Link, B.G. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse / B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahav // Journal of Health and Social Behavior. - 1997. - Vol. 38. - P. 177-190.

46. Green, D.E. Community attitudes to mental illness in new Zealand twenty-two years on / D.E. Green, I.A. McCormik, F.H. Walkey [et al.] // Social Science Medicine. 2000. - Vol. 23. - P. 417-422.

47. Ястребов, В.С. Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы [Текст] / В.С. Ястребов, В.В. Балабанова, Л.Я. Серебрийская, И.И. Михайлова, А.Ф. Степанова. - М., НЦПЗ РАМН. - 2004. – 28с.

48. Ястребов, В.С. Психиатрическая тематика в материалах российской прессы [Текст] / В.С. Ястребов, В.В. Балабанова, Л.Я. Серебрийская, И.И. Михайлова, А.Ф. Степанова // Психиатрия. - 2004. – Т. 8, № 2. - С. 63-71.

49. Hayward, P. Stigma and mental illness: a review and critique / P. Hayward, J.A. Bright // Journal of Mental Health. - 1997. - Vol. 6. - P. 345-354.

50. Goffman, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identisty / E. Goffman // Englewood Cliffs. - 1963. – 254p.

51. Hinshaw, S.P. The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change / S.P. Hinshaw. - New York: Oxford University Press. - 2007. – 275p.

52. Martin, J.K. Of fear and loathing: The role of "disturbing behavior", labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness / J.K. Martin, B.A. Pescosolido, S.A. Tuch // Journal of Health and Social Behavior. - 2000. - № 41. - P. 208-223.

53. Corrigan, P.W. Understanding the impact of stigma on people with mental illness / P.W. Corrigan, A.C. Watson // World Psychiatry. - 2002. - № 1. - P. 16-20.

54. Link, B.G. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance / B.G. Link, J.C. Phelan, M. Bresnahan [et al.] // Am. J. Public. Health. - 1999. - № 89. - P. 1328-1333.

55. Михайлова, И.И. Клинико-психологические факторы, влияющие на стигматизацию психических больных разных нозологических групп [Текст] / И.И. Михайлова, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002. - № 7. - С. 58-65.

56. Ениколопов, С.Н. Направления исследования предубежденности в западной психологии негрупповых отношений [Текст] / С.Н. Ениколопов, Н.В. Мешкова // Вопросы психологии. - 2007. - № 1. - С. 148-158.

57. Hyler, S.F. Homicidal maniacs and narcissistic parasites stigmatization of mentally ill persons in the movies / S.F. Hyler, G.O. Gabbard // Schneider Hospital and Community Psychiatry. - № 42. - P. 1044-1048.

58. Read, J. Speaking Our Minds / J. Read, J. Reynolds // An Anthology. - L.: MacMillan, 1997. – 256p.

59. Thompson, M. Discrimination Against People with Experiences of Mental illness Wellington: Mental Health Commission / M. Thompson, T. Thompson. - 1990. – 340p.

60. Byrne, P. Stigma of mental illness ways of diminishing it / P. Byrne // Advances in Psychiatric Treatment. - 2000. - Vol. 6. - P. 65-72.

61. Anthony, W.A. Relationships psychiatric symptomatology, work skills and future vocational performance / W.A. Anthony, E.S. Rogers, M. Cohen [et al.] // Psychiatric Services. - 1995. - № 46. - P. 353-357.

62. Hughes, P. Stigmatisation as a survival strategy / P. Hughes // Intrapsychic mechanisms. - 2001. (URL: http://wwwstigma.org/every family/phugh-es.html).

63. Adorno, T.W. The Authorian Personality / T.W. Adorno, D.J. Frenkyl-Brunswick, D.J. Levinson [et al.]. - New York, Harper and Row. - 1950. – 372 p.

64. Кабанов, М.М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных [Текст] / М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский // Обозрение психиатрии и мед.психологии. - 2000. - № 1. - С. 3-8.

65. Link, B.G. Теория «ярлыков» применительно к психическим расстройствам: последствия прикрепления «ярлыка» [Текст] / B.G. Link, J.C. Phelan // Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях. - Киев, 2002. - С. 427 - 437.

66. Porter, R. Is mental illness inevitably stigmatizing / ed. A.H. Crisp. Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness. - 2001. – 435 p.

67. Gilbert, P. Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame"/ ed. A.H. Crisp. Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness. - 2001. – 435p.

68. Pinel, E.C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes / E.C. Pinel // Journal of Personality and Social Psychology. - 1999. – Vol. 1, №76. - P. 114-128.

69. Corrigan, P.W. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy / P.W. Corrigan, A.C. Watson, L. Barr // J. Soc. Clin. Psychol. - 2006. - № 25. - P. 875-884.

70. Lebel, T. Perceptions of and responses to stigma / T. Lebel // Sociol Comp. - 2008. - № 2. - P. 409-432.

71. Yanos, P.T. Tatfiways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders / P.T. Yanos, D. Roc, K. Markus [et al.] // PsychiatrScrv. - 2008. - № 59. - P. 1437-1442.

72. Gerlinger, G. Личностная стигма при расстройствах шизофренического спектра: систематический обзор распространенности, соотношений, неблагоприятных последствий и терапевтических вмешательств [Текст] / G. Gerlinger, M. Hauser, M. Detheretal // World Psychiatry. - 2013. - № 12. - P. 155-164.

73. Angermeyer, M.C. The stigma of mental illness: patients anticipations and experiences / M.C. Angermeyer, M. Beck, S. Dietrich [et al.] // Int J Soc Psychiatry. - 2004. - № 50. - P. 153-162.

74. Berge, M. Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health / M. Berge, M. Ranney // Care Manag J. - 2005. - № 6. - P. 139-144.

75. Cechnicki, A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates / A. Cechnicki, M.C. Angermeyer, A. Bielanska // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. - 2011. - № 46. - P. 643-650.

76. Dickerson, F.B. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia / F.B. Dickerson, J. Sommcrvillc, A.E. Origoni [et al.] // Schizophr Bull. - 2002. - № 28. - P. 143-155.

77. Ertugrul, A. Perception of stigma among patients with schizophrenia / A. Ertugrul, B. Ulug // Soc Psvchiatrv Psychiatr Epidemiol. - 2004. - № 39. - P. 73-77.

78. Karidi, M.V. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia / M.V. Karidi, C.N. Stefanis, C. Thelcritis [et al.] // Compr Psychiatry. - 2010. - № 51. - P.19-30.

79. Kleim, B. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia / B. Kleim, R. Vauth, G. Adam [et al.] // J Mental Health. - 2008. - № 17. - P. 482-491.

80. Lai, Y.M. Stigma of mental illness / Y.M. Lai, C.P. Hong, C.Y. Chee // Singapore Med J. - 2001. - № 42. - P. 111-114.

81. McCann, T.V. Risk profiles for non- adherence to antipsychotic medications / T.V. McCann, G. Boardman, E. Clark [et al.] // J PsychiatrMent Health Nurs. - 2008.- № 15. - P. 622-629.

82. Thornicroft, G. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey / G. Thornicroft, J. Brohan, D. Rose [et al.] // Lancet. - 2009. - № 373. - P. 408-415.

83. Sibitz, I. Stigma resistance in patients with schizophrenia / I. Sibitz, A. Unger, A. Woppmann [et al.] // Schizophr Bull. - 2009. - № 37. P. 316-323.

84. Werner, P. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia / P. Werner, A. Aviv, Y. Barak // Int Psychoecriatr. - 2008. - № 20. - P.174-187.

85. Botha, U.A. Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness / U.A. Botha, L. Koen, D.J. Niehaus // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. - 2006. - № 41. - P. 619-623.

86. Jenkins, J.H. Stigma despite recovery: strategies for living in the aftermath of psychosis / J.H. Jenkins, E.A. Carpentcr-Song // Med Anthropol Q. - 2008. - № 22. - P. 381-409.

87. Brohan, E. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN- Europe studv / E. Brohan, R.T. Elgie, N. Sartorius [et al.] // Schizophr Res. - 2010. - № 122. - P. 232-238.

88. Ястребов, В.С. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации [Текст] / В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова, И.И. Михайлова. - М., 2009. - 18с.

89. Ястребов, В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях [Текст] / В.С.Ястребов, С.Н. Ениколопов, И.И. Михайлова // Журн. невропатол. и психиатр.им. С.С. Корсакова. 2005. - Т.105. - №11. - С. 50-54.

90. Финзен, А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы - отношение к предубеждениям и обвинениям [Текст] / А. Финзен. Пер. И.Я. Сапожниковой. - М., 2001. - 215с.

91. Михайлова, И.И. Самостигматизация психически больных: описание и типология [Текст] / И.И. Михайлова // Научно-практический журнал "Психиатрия". - 2004. - №2 (08). - С.23-30.

92. Михайлова, И.И. Самостигматизация психически больных [Текст]: автореф. дис. … кан.мед.наук: 14.00.18 / И.И. Михайлова. - Москва 2005. — 18 с.

93. Михайлова, И.И. Применение кластерного анализа для описания феномена самостигматизации психически больных [Текст] / И.И. Михайлова, С.А. Судаков, С.Н. Ениколопов, С.Н. Мясоедов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2004. - Т.7. - №104. - С. 61-65.

94. Ястребов, В.С. Социальные образы психиатрии [Текст] / В.С. Ястребов, С.А. Трущенов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2009. - № 6. - С. 65-68.

95. Антохин, Е.Ю. Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания [Текст] / Е.Ю. Антохин, М.В. Горбунова, Е.М. Крюкова, Д.С. Долматова // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2008. - вып. 3. - С. 55-64.

96. Скрипка, Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами [Текст] / Е.Ю. Скрипка // Молодой ученый. - 2012. - № 7. - С. 232-237.

97. Link, B.G. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse / B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahav // Journal of Health and Social Behavior. - 1997. - V. 38. - P. 177-190.

98. Голенков, А.В. Роль медицинского персонала в коррекции самостигматизации психически больных [Текст] / А.В. Голенков, В.В. Матюшкин, А.В. Аверин // Журнал "Главная медицинская сестра". - 2009. - №8. - С. 99-108.

99. Блохина, О.А. Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией [Текст] / О.А. Блохина, С.М. Ениколопов, С.А. Судаков, Я.С. Оруджев // Психиатрия. - 2005. - №1. - С. 26-30.

100. Гонжал, О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении [Текст]: дис…. канд. мед .наук: 14.00.18 / О.А. Гонжал. - М., 2006. - 158с.

101. Тараканова, Е.А. Корреляции вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией [Текст] / Е.А.Тараканова, Н.Я. Оруджев // Вестник РАМН. - 2010. - № 6. - 0,8 п.л.

102. Link, B.G. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses / B.G. Link, E.L. Struening, Neeae-Todd [et al.] // Psychiatr. Scrv. – 2001. - № 52. – P. 1621-1626.

103. Tarrier, N. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behavior / N. Tarrier, S. Khan, J. Cater [et al.] // Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol. – 2007. - № 42. – P. 29-35.

104. Birchwood, M. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis / M. Birchwood, E. Trowcr, K. Brunet [et al.] // Behav. Res. Ther. – 2007. - № 45. – P. 1025-1037.

105. Lysaker, P.H. Association of stigma self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia / P.H. Lysaker, P.T. Yanos [et al.] // ClinSchizophrRelat Psychoses. – 2010. - № 4. – P. 41-48.

106. Switaj, P. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia /P. Switaj, J. Wciorka, J. Smolarska-Switaj [et al.] // Eur Psychiatry. - 2009. - № 24. – P. 513-520.

107. Margetic, B.A. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia /B.A. Margetic, M. Jakovljevic, D. Ivanec [et al.] //Compr Psychiatry. – 2010. - №51. – P. 603-606.

108. Mechanic, D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness / D. Mechanic, D. McAlpinc, S. Roseniicld [et al.] // SocSci Med. – 1994. - № 39. – P. 155-164.

109. Lysaker, P.H. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders / P.H. Lysaker, D. Roe, P.T. Yanos // Schizophr Bull. – 2007. - № 33. – P. 192-199.

110. Fung, K.M. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis / K.M. Fung, H.W. Tsang, F. Chan // Soc Psychiatry PsvchiatrEpidemiol. – 2010. - № 45. – P. 561 - 568.

111. Munoz, M. Proposal of a socio7 cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness / M. Munoz, M. Sanz, E. Perez-Santos [et al.] // Psychiatry Res. - 2010. - № 186. - P. 402-408.

112. Lysaker, P.H. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months / P.H. Lysaker, L.W. Davis, D.M. Warman [et al.] // Psychiatry Res. – 2007. - № 149. – P. 89-95.

113. Sibitz, I. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. / I. Sibitz, M. Amcring, A. Linger [et al.] // Eur Psychiatry. – 2011. - № 26. – P. 28- 33.

114. Ho, W.W. Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis / W.W. Ho, M.Y. Chiu, W.T. Lo [et al.] // Aust N Z J Psychiatry. – 2010. - № 44. – P. 71-84.

115. Yanos, P.T. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders / P.T. Yanos, P.H. Lysaker, D. Roe // Psychiatry Res. – 2010. - № 178. – P.211-213.

116. Fung, K.M. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment / K.M. Fung, H.W. Tsang, P.W. Corrigan P.W. // Psychiatr Rchabil J. – 2008. - № 32. – P.95-104.

117. Tsang, H.W. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia / H.W. Tsang, K.M. Fung, R.C. Chung // Psychiatry Res. – 2010. - № 180. – P. 10-15.

118. Tsang, H.W. Psychosocial treatment compliance scale for people with psychotic disorders / H.W. Tsang, K.M. Fung, P.W. Corrigan // Aust N ZJ Psychiatry. – 2006. - № 40. – P. 561-569.

119. Cannon, T.D. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America / T.D. Cannon, K. Cadenhead, B. Comblatt [et al.] // Arch Gen Psychiatry. – 2008. - № 65. – P. 28-37.

120. Ruhrmann, S. Pharmacological intervention in the initial prodromal phase of psychosis / S. Ruhrmann, F. Sultze-Lutter, W. Maier [et al.] // Eur Psychiatry. – 2005. - № 20. – P. 1-6.

121. Lysaker, P.H. Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia / P.H. Lysaker, M.P. Salvers, J. Tsai [et al.] // J Rchabil Res Dey. – 2008. - № 45. – P. 911-919.

122. Lysaker, P.H. Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia / P.H. Lysaker, K.D. Buck, A.C. Taylor [et al.] // Psychiatry Res. – 2008. - № 157. – P. 31-38.

123. Link, B.G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection / B.G. Link // Am Soc Rev. – 1987. - № 52. – P.96-112.

124. Markowitz, F.E. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness / F.E. Markowitz // J Health Soc Behav. – 1998. - № 39. – P. 335-347.

125. Ritsher, J.B. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure / J.B. Ritsher, P.G. Otilingam, M. Grajales // Psychiatry Res. – 2003. - № 121. – P. 31-49.

126. Ritsher, J.B. Thternalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients / J.B. Ritsher, J.C. Phelan // Psychiatry Res. – 2004. - № 129. – P.257-265.

127. Rosenfield, S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction / S. Rosenfield // Am Soc Rev. – 1997. - № 62. – P. 660-672.

128. Markowitz, F.E. Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept / F.E. Markowitz // J Health Soc Behav. – 2001. - № 42. – P. 64-79.

129. Owens, T.J. Two dimensions of self-esteem: reciprocal effects of positive self-worth and self-deprecation on adolescent problems / T.J. Owens // Am Soc Rev. – 1994. - № 59. – P. 391-407.

130. Rosenfield, S. Why model programs work: factors predicting the subjective quality of life of the chronic mentally ill / S. Rosenfield, S. Neese-Todd // Hosp Commun Psychiatry. – 1993. - № 44. – P. 76-78.

131. Vogel, D.L. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help / D.L. Vogel, N.G. Wade, S. Haake // J Couns Psychol. – 2006. - № 53. – P. 325-337.

132. Bandura, A. The anatomy of stages of change / A. Bandura // Am J Health Prom. – 1997. - № 12. – P. 8-10.

133. Rusch, N. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia / N. Rusch, A. Holzer, C. Hermann [et al.] // J.NervMent Dis. – 2006. - № 194. – P. 766-773.

134. Gecas, V. The social psychology of self-efficacy / V. Gecas // Ann Rev Soc. – 1989. - № 15. – P. 291-316.

135. Vauth, R. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia / R. Vauth, B. Kleim, M. Wirtz [et al.] // Psychiatry Res. – 2007. - №150. – P. 71-80.

136. Carpinello, S.E. The development of the Mental Health Confidence Scale: a measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorders / S.E. Carpinello, E. Knight, F.E. Markowitz [et al.] // Psychiatr Rehab J. – 2000. - №23. – P. 236-243.

137. Watson, A.C. Self-stigma in people with mental illness / A.C. Watson, P.W. Corrigan, J.E. Larson [et al.] // Schizophr Bull. – 2007. - № 33. – P. 1312-1318.

138. Белинская, Е.П. Социальная психология [Текст] / Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. - М.: Аспект Пресс. - 2003. – 475 с.

139. Ядов, В.А. Психология самосознания [Текст]: хрестоматия / В.А. Ядов. – М., Изд. Дом "Бахрах", 2003. - С.589-601.

140. Аведисова, А.С. От нонкомплаенса к отказу от психотерапии [Текст] / А.С. Аведисова, В.И. Бородин // Психиатрия и психофармакотреапия. - 2005. - Т.07. - №6. - С.5-15.

141. Брунер, Дж. Хрестоматия по ощущению и восприятию [Текст] / Дж. Брунер. - М. - 1975. - С. 134-151.

142. Столин, В.В. Самосознание личности [Текст] / В.В. Столин. - М.: Изд-во Моск. ун-та. - 1983. - 284с.

143. Ярская – Смирнова, Е.Р. Социальное конструирование инвалидности [Текст] / Е.Р. Ярская - Смирнова // Социологические исследования. - 1999. - №4. - С.38-43.

144. Ястребов, В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях [Текст] / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2005. - №11. - С.50-55.

145. Оруджев, Я.С. Типы самостигматизации при шизофрении. Клинико-социальный аспект [Текст] / Я.С. Оруджев, С.Н. Ениколопов, О.А. Блежна // Материалы Российской конференции "Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты." - М. - 2004. - С. 83-85.

146. Оруджев, Н.Я. Шизофрения: самостигматизация, качество жизни и проблемы реабилитации больных [Текст] / Н.Я. Оруджев, Е.А. Тараканова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. - №1. - С. 62-67.

147. Гонжал, О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении [Текст] / О.А. Гонжал // Психиатрия: Научно-практический журнал. Ред. А.С. Тиганов, Н.М. Михайлова. - 2006. - №3. - С. 39- 46.

148. Corrigarn, P.W. Examining the factor structure of the recovery assessment scale / P.W. Corrigarn, M. Salzer, R.O. Ralph [et al.] // Schizophr Bull. - 2004. - № 30. - P. 1035-1041.

149. Rogers, E.S. A consumer- constructed scale to measure empowerment among users of mental health services/E.S. Rogers, J. Chamberlin, M.L. Ellison [et al.] //Psychiatr Serv. - 1997. - № 48. - P. 1042-1047.

150. Corrigan, P.W. Recovery as a psychological construct / P.W. Corrigan, D. Giffort, F. Rashid [et al.] // CommunMent Health J. - 1999. - № 35. - P. 231-239.

151. Angermeyer, M.C. The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis / M.C. Angermeyer, H. Matschinger // Int J Soc Psychiatry. - 2005. - №51. - P. 276-284.

152. Corrigan, P.W. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse / P.W. Corrigan, B.D. Lurie, H.H. Goldman et al. // Psychiatr Serv. - 2005. - №56. - P. 544-550.

153. Rusch, N. Mental illness stigma; concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma / N. Rusch, M.C. Angermeyer, P.W. Corrigan // Eur Psychiatry. - 2005. - №20. - P. 529-539.

154. Wolf, G. Community Knowledge of mental illness and Reaction to Mentally ill People // British Journal of Psychiatry. -1996. -P.191-198.

155. Wolff, G. Public education for community care: a new approach / G. Wolff, S. Pathare, T. Craig et al. // British Journal of Psychiatry. - 1996. - V. 168. - P. 441-447.

156. Ястребов, В.С. Реализация программ ВОЗ в области охраны психического здоровья [Текст] / В.С. Ястребов // Экология человека. - 2001. - № 4. - С. 17-19.

157. Арбитайло, А.М. Этнические предубеждения и возможности юмора для их преодоления [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / А. М. Арбитайло. - М., 2008. – 17 с.

158. Смирнова, Ю.С. Социально-психологический анализ феномена предубеждений к стигматизированным группам [Текст]: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Ю.С. Смирнова. - Белорусский гос. пед. ун-т. - Минск, 2005. - 178с.

159. Смирнова, Ю.С. Типы стигматизирующих установок [Текст] / Ю.С. Смирнова // Социальная психология. - 2005. - С.41-49.

160. Rahman, A. Randomised trial of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan / A. Rahman, M.H. Mubbashar, R. Gater et al. // Lancet. - 1998.- №352. - P. 1022-1025.

161. Коцюбинский, А.П. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях [Текст] / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома // Социальная и клиническая психология. - 1999. - № 3. - С. 9 -14.

162. Meise, U. "... не опасные, но все еще пугающие". Программа против стигматизации шизофрении в школах [Текст] / Meise U. et al. // Обзор современной психиатрии. - 2001. - V.9 - P. 8-9.

163. Осокина, О.И. Проблемы стигматизации больных, перенесших первый эпизод психоза [Текст] / О.И. Осокина // Медицинская психология. – 2009. - №2-3. - С. 51-58.

164. Smith, M. Medical First International Conference on Reducing Stigma and Discrimination "Together Against Stigma": Materials. - 2001. - P.67.

165. Mueller, B. Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach / B. Mueller, C. Nordi, C. Laubcr et al. // Soc Sci Med. - 2006. - №62. - P. 39-49.

166. Mak, W.W. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. / W.W. Mak, C.F. Wu // Psychiatr Scrv. -2006. - №57. - P. 1800-1802.

167. McCann, T.V. Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia / T.V. McCann, E. Clark // J Psvchiatr Mcnt Health Nurs. - 2004. - №111. - P. 2-20.

168. Knight, M.T.D. Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy / M.T.D. Knight, T. Wykes, P. Hayward // Behav Cogn Psychother. - 2006. - №34. - P. 305-318.

169. Shin, S.K. Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness / S.K. Shin, E.P. Lukens // Psychiatr Sen. - 2002. - №53. - P. 1125-1131.

170. Hauser, M. Psychoeducation with patients at-risk for schizophrenia - an exploratory pilot study / M. Hauser, M. Lautenschlager, Y. Gudlowski et al. // Patient Educ Couns. - 2009. - №76. -P.138-142.

171. Anthony, W.A. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base // W.A. Anthony, R.P. Liberman / Schizophr. Bull. - 1986.-Vol. 12. - № 4. - P. 542-559.

172. Bellack, A.S. An Analysis of Competence in Schizophrenia / A.S. Bellack, A.L. Morrison, G.T. Wixted // British J. of Psychiatry. - 1990. - Vol. 156. - P. 809-818.

173. Farkas, M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services / M. Farkas // World Psychiatry. - 2007. - Vol. 6. - № 2. - P. 4 -10.

174. Fisher, D.B. Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities / D.B. Fisher // Hosp. Com. Psychiatry. - 1994. - Vol. 45.- P. 913-915.

175. Deegan, P. Recovery as a journey of the heart / P. Deegan // Psychosoc. Rehab. J. - 1996. - Vol. 19.- P. 91 - 97.

176. Houghton, P. Flying solo: single/unmarried mothers and stigma in Ireland / P. Houghton // Irish J. Psychol Med. - 2004. - Vol. 21. - P. 36 - 37.

177. Leete, E. Stressor, symptom, or sequelae: remission, recovery, or cure? / E. Leete // Journal of the California Alliance for the Mentally III. - 1994. - Vol. 5.-P. 16-17.

178. Lehman, A.F. Putting recovery into practice: a commentary on "What recovery means to us" / A.F. Lehman // Com. Ment. Health J. - 2000. - Vol. 36.- P. 329-331.

179. Ridgway, P.A. Re-storying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives / P.A. Ridgway // Psychiatr. Rehab. J. - 2001. - Vol. 24.-P. 335 - 343.

180. Liberman, R.P. Recovery from schizophrenia: A concept in search of research / R.P. Liberman, A. Kopelowicz // Psychiatric Services. - 2005. - Vol. 56. - № 6.- P. 735-742.

181. Mead, S. What recovery means to us: consumers perspectives / S. Mead, M.E. Copeland // Commun. Ment. Health J. - 2000. - Vol. 36. - P. 315 - 328.

182. Walsh, J. Social network changes over 20 months for clients receiving assertive case management services / J. Walsh // Psychiatr. Rehab. J. - 1996. -Vol. 19.- P. 81-85.

183. Liberman, R.P. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century / R.P. Liberman, A. Kopelowicz // Int. Rev. Psychiatry. - 2002. - Vol. 14.-P. 245 -255.

184. Jacobson, N. What is recovery? A conceptual model and explication/ N. Jacobson, D. Greenley // Psychical Serv. - 2001. - Vol. 52. - P. 482 - 485.

185. Roberts, G. The rediscovery of recovery: open to all / G. Roberts, P. Wolfson // Advances in Psychiatric Treatment. - 2004. - № 10. - P. 37 - 48.

186. Sullivan, P. Recovery from schizophrenia what we can learn from the developing nations. Innovations and Research in Clinical Services. Community Support, and Rehabilitation / P. Sullivan. - 1994. -3 (2). - P. 7- 15.

187. Beale, V. The Recovery Concept: Implementation in the Mental Health System: A Report by the Community Support Program Advisory Committee / V. Beale, T. Lambrie // Columbus, Ohio, Ohio Department of Mental Health, Aug. - 1995. - P. 1 - 20.

188. Marder, S.R. Methodological issues in negative symptom trials / S. R. Marder [et al.] // Schizophr. Bull. - 2011. - Vol. 37, № 2. - P. 250-254.

189. Абрамов, В.А. Методический комплекс для оценки стигматизирующих эффектов психиатрической помощи [Текст]: методические указания / В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов, Г.Г. Путятин, И.В. Жигулина. – Донецк, 2011. – 24 с.

190. Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта [Текст] / Е.Б. Фанталова. – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2001. – 128 с.

191. Längle, A., Orgler, C., Kundi, M. Die Existenzskala. Manual. Göttingen: Hogrefe, 2000.

192. Франкл, В.Э. Человек в поисках смысла [Текст] / В.Э. Франкл. - М.: Прогресс, 1990. - с.154-155.

193. Лэнгле, А. Экзистенциальный анализ — найти согласие с жизнью [Текст] / А. Лэнгле // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - № 1. - С. 5–23.

194. Осин, Е.Н. Смыслоутрата как переживание отчуждения: структура и диагностика [Текст]: дис. …канд. психол. наук: 19.00.01 / Е.Н. Осин. - М., 2007. 217 с.

195. Maddi, S.R. The existential neurosis // Journal of Abnormal Psychology. - 1967. - Vol. 72(4). - P. 311–325.

196. Леонтьев, Д. А. Личность как преодоление индивидуальности: контуры неклассической психологии личности [Текст] / Д.А. Леонтьев. Под ред. А.А. Леонтьева. - М.: Смысл, 2006. - С. 134–147.

197. Shostrom, E. An inventory for the measurement of self-actualization. // Educational and psychological measurement. - 1964. - V. 24. № 2. - P. 207-218.

198. Maslow, A. Motivation and personality. - N.Y., 1954.

199. Алешина, Ю.Е., Социально-психологические методы исследования супружеских отношений [Текст]: Спецпрактикум по социальной психологии / Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.

200. Мадди, С. Смыслообразование в процессах принятия решения [Текст] / С. Мадди // Психологический журнал. - 2005. - Т. 26. - № 6. - С. 87–101.

201. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости [Текст] / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. - М.: Смысл, 2006. - 63 с.

202. Lazarus, R.S., Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer. - 1984.

203. Sommer, G. Soziale Unterstutzung. Diagnostik, Kozepte, FSOZU // Ges.fur Verhaltenstherapy. Materiale № 22. - Deutsch: Tubingen, 1989. - 60 s.

204. Холмогорова, А.Б. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра [Текст] / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Г.А. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. - № 2. - С. 15—23.

205. Zimet, G.D. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support / G.D. Zimet // Journal of Personality Assessment, 52. - P 30-41.

206. Сирота, Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте [Текст]: дис. …д-ра мед. наук: 14.00.18 / Н.А. Сирота. – Бишкек, 1994. – 283 с.

207. Ялтонский, В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией [Текст]: дис. … д-ра мед. наук: 14.00.18 / В.М. Ялтонский. – СПб., 1995. – 396 с.

208. Абрамов, В.А. Шизофрения, стигма, Я [Текст] / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, В.Ал. Абрамов. – Донецк, 2016. – 432 с.

209. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности [Текст] / Д.А. Леонтьев. – М., 1999. – 328 с.

210. Барышева, Е.И. Соотношение понятий стиль жизни и субъективное жизненное пространство личности [Текст] / Е.И. Барышева // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2015. – Т.21. – С.73-78.

211. Швалб, Ю.М. К определению понятий среды и пространства жизнедеятельности человека [Текст]: хрестоматия / Ю.М. Швалб; под ред. Ю.М. Швалба. - Киев: Сталкер, 2006. – С.212-219.

212. Анцыферова, Л.И. Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия [Текст] / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1993. – Т.14., №2. – С.3-16.

213. Кондратова, Н.А. Теоретические предпосылки и содержание понятия «жизненное пространство личности» [Текст] / Н.А. Кондратова // Вестник Московского университета. – Серия 14. Психология, 2009. - №2. – С.19-30.

214. Кондратова, Н.А. Психологическая структура жизненного пространства личности [Текст] / Н.А. Кондратова // Вестник Новгородского государственного университета. – 2008. - №48. – С.70-72.

215. Василюк, Ф.Е. Психология переживания [Текст] / Ф.Е. Василюк. – М.: МГУ, 1984. – 240 с.

216. Лэйнг, Р.Д. «Я» и другие [Текст] / Р.Д. Лэйнг. – М.: Независимая фирма «Класс», 2002. – 192 с.

217. Чудновский, В.Э. Жизненное пространство личности как психологический феномен [Текст] / В.Э. Чудновский // Психология смысла жизни: методологические, теоретические и прикладные проблемы. – Гродно, 2014. – С.3-33.

218. Золотова, М.А. Субъективная картина жизненного пути у людей с разным статусом психического здоровья [Текст] / М.А. Золотова, М.В.

Соколовская // Вестник Костромского государственного ун-та им. Н.А. Некрасова. – 2015. – Т.21. - №4. – С.28-32.

219. Олпорт, Г. Становление личности: избр. тр. [Текст] / Г. Олпорт. – М.: Смысл, 2002. – 186 с.

220. Хайдеггер, М. Бытие и время [Текст] / пер. с нем. В. В. Бибихина. - М.: Ad Marginem, 1997. - 451 с.

221. Абрамов, В.А. Жизнь с психическим расстройством: экзистеницально-личностные аспекты выздоровления [Текст] / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Б.Б. Ивнев. Донецк, "Каштан". - 2014. – 420 с.

222. Босс, М. Влияние Маронна Хатдеггера на возникновение альтернативной психиатрии [Текст] / М. Босс. - Логос, 1994. - №2. - С.31-35.

223. Тихомиров, О.К. Структура мыслительной деятельности человека [Текст] / О.К. Тихомиров. - М., 1969. – 179 с.

224. Зевершнева, Е.Ю. Нарушения экзистенции при шизофрении [Текст] / Е.Ю. Зевершнева // Московский психотерапевтический журнал. – 2005. - III. - С.65-86.

225. Тараканова, Е.А. Особенности самостигматизации при исследовании качества жизни лиц, страдающих шизофренией [Текст] / Е.А. Тараканова, Н.Я. Оруджев // Российский психиатрический журнал. - 2010. - №3. - С. 25 - 29.

226. Бинсвангер, Л. Экзистенциальная психопатология [Текст] / Л. Бинсвангер. - М., 2001. – 321 с.

227. Ertugrul, A. Reception of stigma among patients with schizopprenia / A. Ertugrul, B. Ulug // Soc. Psychiatry Epidemiology. - 2004. - 39. - P. 73-77.

228. Франкл, В. Психотерапия на практике [Текст] / В.Франкл. - СПб.: Речь, 2000. -256 с.

229. Кривцова, С.В. Шкала экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер [Текст] / С.В. Кривцова, А. Лэнгле, К. Орглер // Экзистенциальный анализ. - №1. Бюллетень. - 2009. - М. - С.141-170.

230. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных [Текст] / М.М. Кабанов. -Л., 1978. - 233с.

231. Вид, В.Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование [Текст] / В.Д. Вид // Социальная и клиническая психиатрия. - М., 1995. - Т. 5, №6. - С. 102 - 105.

232. Гунгер, Н.Н. Психологические средства становления идентичности личности в период нормативного кризиса взрослости [Текст]: автореф. дис....канд. психол. наук: 19.00.12 / Н.Н.Гунгер. - Новосибирск, 2005. - 23с.

233. Кадыров, И.М. Динамика идентичности пациента с параноидной шизофренией в ходе психоаналитического интервью [Текст] / И.М. Кадыров, НА. Толпина. – Москва,2008. - № 4. - с. 55 -70.

234. Толпина, И.А. Динамика идентичности при психотических расстройствах [Текст]: дис…. канд. психол. наук: 14.00.18 / И.А. Толпина - М., 2009. - 281 с.

235. Bosma, H.A. Identity development in adolescence: Coping with commitments / H.A. Bosma // Proefschu Groningen: Rijksuniv the Groningen. - 1985.

236. Латыков, И. В. Соотношение феномена самоотчуждения с образом Я-личности [Текст]: дис....канд. психол. наук: 19.00.12 / И.В. Латыков. - Хабаровск, 2011. – 197 с.

237. Абраменкова, А.В. Проблема отчуждения в психологии [Текст] / А.В. Абраменкова // Вопросы психологии. – 1990. - №91. - С. 5-13.

238. Корчагина, СГ. Психология одиночества [Текст] / С.Г. Корчагина. -М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. — 228 с.

239. Леонтьев, Д.А. Смыслоутрвта и отчуждение [Текст] /Д.А.Леонтьев, Е.Н.Осин // Культурно-историческая психология. – 2007. - №94. - с. 68-79.

240. Лэнгле, А. Жизнь, наполненная смыслом [Текст] / А. Лэнгле — М.: Генезис, 2003. – 212 с.

241. Майнина, И.Н. Адаптация Шкалы экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер к русскоязычной выборке [Текст]: дипломная работа / И.Н. Майнина - М.: МГУ, 2007.

242. Абрамов, В.А. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы [Текст] / В.А. Абрамов, О.Н. Осокина, Б.Б. Ивнев. - Донецк: Каштан, 2014. – 296 с.

243. Маслоу, А. Мотивация и личность [Текст] /А. Маслоу. - СПб.: Евразия 1999.-478 с.

244. Маралов, В.Г. Основы самопознания и саморазвития [Текст]: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. Заведений / В.Г. Маралов. - М.: Издательский центр "Академия". - 2004. - с.3.

245. Corrigan, P.W. Самостигма и эффект "зачем пытаться": влияние на жизненные цели и практики, основанные на доказательствах [Текст] / P.W. Corrigan, E.L. Jonathan, N Rusch // Всемирная психиатрия. - 2009. – Т7. - N2. - с. 99-106.

246. Александрова, Л.А. Психологические ресурсы адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф [Текст]: дис.… канд. психолог. наук: 19.00.12 / Л.А. Александрова. - Кемерово, 2004. -207 с.

247. Александрова, Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии [Текст] / Л.А. Александрова // Сибирская психология сегодня. - Кемерово: Кузбассвузиздат. – 2004. – С. 82-90.

248. Brooks, M. Health-Related Hardiness in Individuals with Chronic Illnesses // Clinical Nursing Research. - 2008. - Vol. 17. - Issue 2. – P. 98-177.

249. Lee, H.J. Relationship of Hardiness and current life events to perceived health in rural adults // Research in Nursing and Health. - 1991. - Oct. Vol. 14. - № 5. - P. 351-359.

250. Мисютина, В.В. Жизнестойкость, психопатологическая симптоматика и качество жизни больных энцефилопатией [Текст] / В.В. Мисютина // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2012. – 3 – с. 116-119.

251. Maddi, S. Hardiness: an Operationalization of Existential Courage // Journal of Humanistic Psychology. - 2004. - Vol. 44. - № 3. - P. 279-298.

252. Александрова, Л.А. К осмыслению понятия «жизнестойкости личности» в контексте проблематики психологии способностей [Текст] / Л.А.

Александрова // Психология способностей: Современное состояние и перспективы исследований: Материалы науч. конф. - М.: Институт психологии РАН, 2005. - С. 16-21.

253. Гордеева, Т.О. Психология мотивации достижения [Текст] / Т.О. Гордеева. - М.: Смысл; Академия, 2006. - 336 с.

254. Сирота, Н.А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков [Текст] / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Обозр. психиат. и мед. психологии. - 1994. - № 1. - С. 63-74.

255. Сирота, Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма [Текст] / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. - М.: Академия, 2008. - 176 с.

256. Berkman, L., Glass T., Brissette I., Seeman T. From social integration to health: Durkheim in the new millennium // Social Science and Medicine. - 2000. - Vol. 51. - P. 843-858.