

УДК 616.895.8-008.441.45:159.923+615.851

Абрамов В.Ал.

СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ САМОСТИГМЫ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

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) [1].

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.

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 [2].

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 большими жизненными целями 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.

Были сформированы 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 ценным 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 структурных элементов само-стигмы, 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 осознания 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 избежать 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 преж-

ней. 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 жесткое 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 нормы 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, смысло-жизненных 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 аспек-

тов (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 самости 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 внешним миром и самим собой, радуюсь спокойному состоянию души»; 2) антистигматизационная установка самоотождествления определялась формулой: «моя сущность - это мое самосознание. Мое подлинное Я не связано 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 посмотреть 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 [3,4,5].

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) ABC - анализ - выработка представлений о том, что негативные переживания стигмы вызваны 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 неблагоприятия 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, на-

чение самоощущению 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 дифференцированности 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.

Абрамов В.Ал.

СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ САМОСТИГМЫ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

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). 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.

Ключевые слова: самостигматизация, дестигматизация, шизофрения, первый психотический эпизод

Abramov V.Al.

THE SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF SELF-STIGMATIZATION AND RESTORATION OF IDENTITY OF PERSONALITY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

State educational institution of higher professional education «M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

At the present stage, destigmatization is one of the conceptual scientific provisions in the field of social psychiatry and a necessary (mandatory) component of the planning and development of mental health policy. Destigmatization involves overcoming (“mitigating”) the risk of socially adverse consequences of psychiatric intervention and difficulties associated with the realization by patients of their rights and the possibility of their limitation. On the other hand, destigmatization is the process of preventing (overcoming) the destruction of the patient’s personal identity, working with its complex values, creating the basis for more equal relations between the patient and specialists (connecting behavior). Unlike traditional approaches to destigmatizing patients with schizophrenia, the global

goal of a system to overcome self-stigma as a subjective aspect of stigmatization should not be “to combat stigma,” not to eliminate it, but to “fight to restore personal identity” and to empower which can improve the achievement of life goals by patients and participation in activities related to these goals. Overcoming destructive identity is the main direction of overcoming self-stigma, restoring the integrative functions of the person and a prerequisite for eliminating distress and the source of trauma to the patient. At the same time, destigmatization is considered as a personal process of destruction (depreciation) of stigma and restoration of identity (meaning of life, value roles and control over one’s life). Therefore, constructively, the program of prevention and overcoming self-stigma must necessarily take into account the personal (subjective) experience of experiencing the disease, the phenomenological components of self-stigma and the psychological resources of the patient.

Keywords: self-stigmatization, destigmatization, schizophrenia, the first psychotic episode

Литература

1. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы - отношение к предубеждениям и обвинениям. Пер. И.Я. Сапожниковой. М.; 2001. 215.
2. Франкл В. Психотерапия на практике. СПб.: Речь; 2000. 256.
3. Seligman J.D., Abramson L.Y., J.D. Teasdale Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*.1978; 87: 49-74.
4. Абрамов В.А., Осокина О.И., Путятин Г.Г. Личностно-ориентированная психиатрия: монография. Донецк: Каштан; 2014. 295.
5. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности. М.: Академия; 2005. 120.

References

1. Finzen A. Psikhoz i stigma: Preodolenie stigmy - otnoshenie k predubezhdeniyam i obvineniyam. Per. I.Ya. Sapozhnikovoi [Psychosis and Stigma: Overcoming Stigma - Relating to Prejudice and Accusation]. Moscow; 2001. 215 (in Russian).
2. Frankl V. Psikhoterapiya na praktike [Psychotherapy in practice]. Saint Petersburg: Rech’; 2000. 256 (in Russian).
3. Seligman J.D., Abramson L.Y., J.D. Teasdale Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*.1978; 87: 49-74.
4. Abramov V.A., Osokina O.I., Putyatin G.G. Lichnostno-orientirovannaya psikhiaetriya: monografiya [Personality-oriented psychiatry]. Donetsk: Kashtan; 2014. 295 (in Russian).
5. Tsiring, D.A. Psikhologiya vyuchennoi bespomoshchnosti [Psychology of learned helplessness]. Moscow.: Akademiya; 2005. 120 (in Russian).

Поступила в редакцию 14.05.2020