

УДК 616.895.8-008.441.45:159.923

Абрамов В.Ал., Мельниченко В.В.

ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ САМОСТИГМЫ

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

В настоящее время самостигматизация рассматривается как смыслообразующее понятие, процессуально связанное с целым рядом социально-психологических и клиничко-психопатологических феноменов, представляющих собой субъективный аспект стигматизации - процесса выделения, обесценивания и отчуждения обществом особой «категории» больных с психиатрическим диагнозом. Самостигматизация - 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.

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. 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 [1], 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. Необходи-

димо 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 [2,3].

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 [4-7].

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 [8], 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 [9]. 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 [1]. 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.

Целью настоящего исследования было изучить особенности жизнестойкости у больных шизофренией с различной выраженностью самостигматизационных переживаний.

Материал и методы исследования

Было обследовано 120 больных параноидной шизофренией, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследованные больные были разделены на две группы. Основная группа больных состояла 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 психотический эпизод шизофрении.

Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации, изучались с помощью оригинальной шкалы (Абрамов В.А., 2011), 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. Для изучения жизнестойкости использовалась русскоязычная версия теста жизнестойкости С. Мадди, разработанная Д.А. Леонтьевым и Е.Н. Рассказовой.

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.

Результаты исследования

В основной группе больных у 12 (15,0%) пациентов наблюдался высокий уровень стигматизации, у 44 (55,0%) обследованных – средний уровень самостигматизации и у 24 (30,0%) больных шизофренией был выявлен низкий уровень самостигматизации. В

Средние значения уровня отчуждения для пациентов I и II групп

Показатели	Среднее значение <35 лет	Среднее значение		Средний уровень	Низкий уровень
		>35 лет (оптимальный 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

группе сравнения лишь у 7 (17,5%) пациентов определялся средний уровень выраженности самостигматизационных переживаний и у 33 (82,5%) больных был выявлен низкий уровень самостигматизации, высокие показатели самостигматизации, в данной группе больных отсутствовали. Что свидетельствует о том, что в большей степени феномену самостигматизации подвержены больные, длительно страдающие шизофренией.

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 [1]. 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 (табл. 1).

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 2.

В таблице 3 представлены данные о распределении больных сравниваемых групп по выраженности компонентов жизнестойкости.

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

Таблица 2

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.

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.

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 выражен-

ности 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 [10].

Симптомокомплекс личностной беспомощности включает в себя специфические особенности волевой сферы: безынициативность, нерешительность, низкую сформированность таких качеств личности, как организованность, настойчивость, недостаточную выдержку, низкую мононоустойчивость. 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 уверены 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.

Абрамов В.Ал., Мельниченко В.В.

ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ САМОСТИГМЫ

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

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. 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 понятие жизнестойкости, а также представления об адаптивных копинг-стратегиях (усилиях личности, направленных на преодоление сложных жизненных ситуаций).

Целью настоящего исследования было изучить особенности жизнестойкости у больных шизофренией с различной выраженностью самостигматизационных переживаний.

Полученные в данном исследовании 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.

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

Abramov V.AL., Melnichenko V.V.

FEATURES OF RESISTANCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRIA WITH VARIOUS EXPRESSION OF SELF-STIGMA

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The systemic nature of experiences associated with numerous social risks in patients with schizophrenia, including excessive stress on their regulatory systems, is accompanied by suffering and persistent personality dysfunctions. The possibility of confronting stressful factors, coping with the destructive influence of “living with a disease” and existentially frustrating circumstances, and, therefore, preventing or “mitigating” self-stigma, is largely determined by the patient’s personal resources. The content of the concept of “personal resources” (personal potential) most fully corresponds to the concept of resilience, as well as ideas about adaptive coping strategies (personal efforts aimed at overcoming difficult life situations).

The purpose of this study was to study the characteristics of resilience in patients with schizophrenia with varying severity of self-stigmatization experiences.

The results obtained in this study showed that with a decrease in the level of vitality in both groups, the sick comparison groups have a higher level of vitality in general than patients in the main group. This fact in relation to patients with initial manifestations of self-stigmatization can be considered as an obstacle to the emergence of internal tension in stressful situations due to the successful coping and perceiving them as less significant. The vitality of these patients gives them more strength, motivates them to self-realization, a healthy way of thinking and behavior. It provides them with the opportunity to feel significant and valuable, more or less actively solve life problems, despite the presence of stressful factors. At the same time, low viability indicators in patients with schizophrenia with severe stigma suggest that they have elements of helplessness, susceptibility to depression and apathy, low stress tolerance, confidence in the futility of their own actions and for this reason do not contribute to the formation of effective strategies to overcome the adverse effects of stress.

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

Литература

1. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл; 2006. 63.
2. Александрова Л.А. Психологические ресурсы адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф: дис.... канд. психолог. наук. Кемерово; 2004. 207.
3. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии. Сибирская психология сегодня. Кемерово: Кузбассвуиздат. 2004; 82-90.
4. Brooks M. Health-Related Hardiness in Individuals with Chronic Illnesses. *Clinical Nursing Research*. 2008; 17(2): 98-177.
5. Lee H.J. Relationship of Hardiness and current life events to perceived health in rural adults. *Research in Nursing and Health*. 1991; 14(5): 351-359.
6. Мисютина В.В. Жизнестойкость, психопатологическая симптоматика и качество жизни больных энцефалопатией. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2012; 3: 116-119.
7. Maddi S. Hardiness: an Operationalization of Existential Courage. *Journal of Humanistic Psychology*. 2004; 44(3): 279-298.
8. Александрова Л.А. К осмыслению понятия «жизнестойкости личности» в контексте проблематики психологии способностей. *Психология способностей: Современное состояние и перспективы исследований: Материалы науч. конф.* Москва: Институт психологии РАН; 2005: 16-21.
9. Гордеева Т.О. Психология мотивации достижения. М.: Смысл; 2006. 336.
10. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности. М.: Академия; 2005. 120.

References

1. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoikosti [Test of viability]. Moscow.: Smysl; 2006. 63 (in Russian).
2. Aleksandrova L.A. Psikhologicheskie resursy adaptatsii lichnosti k usloviyam povyshennogo riska prirodnykh katastrof: dis.... kand. psikholog. Nauk [Psychological resources of personality adaptation to conditions of increased risk of natural disasters: dis. ... cand. psychologist. sciences]. Kemerovo; 2004. 207 (in Russian).
3. Aleksandrova L.A. K kontseptsii zhiznestoikosti v psikhologii. Sibirskaya psikhologiya segodnya [To the concept of resilience in psychology. Siberian psychology today]. Kemerovo: Kuzbassvuzizdat. 2004; 82-90 (in Russian).
4. Brooks M. Health-Related Hardiness in Individuals with Chronic Illnesses. *Clinical Nursing Research*. 2008; 17(2): 98-177.
5. Lee H.J. Relationship of Hardiness and current life events to perceived health in rural adults. *Research in Nursing and Health*. 1991; 14(5): 351-359.
6. Misyutina V.V. Zhiznestoikost', psikhopatologicheskaya simptomatika i kachestvo zhizni bol'nykh entsefilopatiei. *Obzrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii* [Viability, psychopathological symptoms and quality of life of patients with encephalopathy]. 2012; 3: 116-119 (in Russian).
7. Maddi S. Hardiness: an Operationalization of Existential Courage. *Journal of Humanistic Psychology*. 2004; 44(3): 279-298.
8. Aleksandrova L.A. K osmysleniyu ponyatiya «zhiznestoikosti lichnosti» v kontekste problematiki psikhologii sposobnostei. *Psikhologiya sposobnostei: Sovremennoe sostoyanie i perspektivy issledovaniy: Materialy nauch. konf* [To understanding the concept of “resilience of the personality” in the context of the problems of psychology of abilities]. Moscow: Institut psikhologii RAN; 2005: 16-21 (in Russian).
9. Gordeeva T.O. Psikhologiya motivatsii dostizheniya [Psychology of achievement motivation]. Moscow.: Smysl; 2006. 336 (in Russian).
10. Tsiring D.A. Psikhologiya vyuchennoi bespomoshchnosti [Psychology of learned helplessness]. Moscow: Akademiya; 2005. 120 (in Russian).

Поступила в редакцию 15.09.2019