

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

УДК 616.895.8-008.441.45:159.923

*Абрамов В.А., Абрамов В.Ал., Голоденко О.Н.***СТИГМАТИЗАЦИОННОЕ СТРУКТУРИРОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО  
ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: самостигма, жизненное пространство, личность, шизофрения

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 утрачивает целостность и выступает не как субъект собственной активности, а как объект внешнего влияния [1]. Формирование самостигмы и ее закрепление у больного шизофренией, как процесса 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 [2]. Субъективное жизненное пространство личности – это совокупность значимых «тем бытия» личности, то, что является для личности важным в ее отношениях с миром [3]; место приложения усилий человека, направленных на осмысленное и целенаправленное изменение условий собственного существования [4]; когнитивно репрезентированный и психически переработанный реальный мир жизни человека [5]; совокупность субъективных координат, отражающих ценностно-смысловые категории, значимые для индивида и переживаемые как «свой» и контролируемый им самим мир [6,7]. 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 [3].

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 [8]. 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 неприятием в процессе социального взаимодействия).

Являясь выражением глубинных личностных смыслов и важнейшим элементом внутренней экзистенции человека, переживания интегрально отражают актуальное психологическое состояние [9-11]. 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 представляется неинтересным и эмоционально ненасыщенным, подконтрольным внешним силам, мало зависящим от их собственной воли [12]. 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.

Цель исследования заключалась в изучении ценностно-смысловых элементов СЖПЛ и спектра структурирующих его аутостигматизирующих переживаний у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

### Материал и методы исследования

Особенности субъективного жизненного пространства личности и структурирующих его стигматизационных переживаний изучены у 120 больных параноидной шизофренией в возрасте от 21 до 43 лет. В основную группу (80 чел.) вошли больные с длительностью заболевания от 3-х до 10 лет с предположительно выраженными проявлениями стигматизационной напряженности; в группу сравнения – пациенты, перенесшие первый эпизод психоза без четких признаков самостигматизации. Сравнимые группы были репрезентативными по гендерно-возрастным и клиническим признакам.

Исследование СЖПЛ проводилось при помощи модифицированной нами методики «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» Е.Б. Фанталовой [13]. Опросник состоит из 84 утверждений, затрагивающих 12 общечеловеческих ценностей или сфер жизнедеятельности человека. Возможность интерпретации субъективных оценок пациентов с точки зрения их стигматизационной направленности обеспечивалась предъявлением суждений, по своему контексту непосредственно связанных с психическим расстройством пациента и причиняемыми ему страданиями. Поэтому методика позволяла с позиции представления больных о своем статусе психиатрического пациента оценить факторы, непосредственно влияющие на содержание ценностно-смысловых

структур больного и отражающейся в них динамике жизнедеятельности с учетом отношения к самому себе, возможности участия в различных сферах жизнедеятельности, реальных взаимоотношений с окружающими, жизненных планов и возможности их осуществления. Этот психодиагностический инструментальный позволял оценить влияние «ситуации болезни» [14] и процессов самостигматизации на особенности СЖПЛ и стиля жизни (деятельностного аспекта смысла жизни по Д.А. Леонтьеву) у больных шизофренией с различной длительностью психического расстройства. При этом учитывалось, что субъективное пространство личности определяет уровень актуальной деятельности и стратегию жизни человека, возможность и пределы самоактуализации.

Уровень снижения жизнедеятельности в различных сферах идентифицировался с выраженностью самостигматизации, нарушением целостности личности в широком контексте сфер субъективного жизненного пространства (сфер жизнедеятельности), находивших инструментальное отражение в самооценках готовности к адаптивным реакциям на события и обстоятельства и в поведенческой реализации значимых «тем бытия». Ответы пациента («правильно», «сомневаюсь», «неправильно») оценивались от 0 до 2-х баллов. Ранжирование ответов производилось следующим образом: 1-56 баллов – низкий уро-

вень стигматизационной насыщенности СЖПЛ; 57-111 – средний уровень и 112-168 баллов – высокий уровень стигматизационной насыщенности СЖПЛ. Самостигматизация оценивалась в целом, а также в личностных и социальных сферах жизнедеятельности.

Исследование спектра и частоты аутостигматизационных переживаний, структурирующих СЖПЛ больных шизофренией, проводилось с использованием стандартизированной шкалы ти-

пов стигматизированных интрапсихических переживаний [15] как субъективного психического отражения собственного неблагополучия или особого режима функционирования сознания с утратой смыслового соотношения субъекта с миром. Пространство переживаний и страданий стигматизированной личности было сформировано на основе анализа наиболее характерных описаний глубинных (экзистенциальных) личностных смыслов жизни с болезнью.

### Полученные результаты и их обсуждение

Больные основной группы по всем 12 сферам жизнедеятельности выявили более высокие показатели, чем больные группы сравнения (табл. 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 сформированности у пациентов особой системы отношений, согласно которой все их существование на данный момент и в перспективе определяется болезнью.

Таблица 1

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

Сферы жизнедеятельности	Уровень самостигматизации		P
	Основная группа (N=80)	Группа сравнения (N=40)	
<u>Личностная</u>			
1. Здоровье	6,8±0,24	2,18±0,13	<0,05
2. Любовь и дружеские чувства	6,9±0,28	2,58±0,17	<0,05
3. Уверенность в себе	12,0±0,35	3,75±0,24	<0,05
4. Познание	11,19±0,26	2,75±0,19	<0,05
5. Независимость в поступках и действиях	12,8±0,28	3,5±0,21	<0,05
6. Творческая деятельность	7,4±0,24	1,41±0,1	<0,01
Общая оценка	57,09±0,54	14,76±0,41	<0,01
<u>Социальная</u>			
7. Активная жизнь	11,76±0,34	2,16±0,13	<0,05
8. Интересная работа	10,5±0,36	2,75±0,19	<0,05
9. Красота природы и искусства	5,6±0,16	1,3±0,09	<0,05
10. Материально обеспеченная жизнь	9,8±0,29	2,4±0,11	<0,05
11. Наличие хороших и верных друзей	7,1±0,25	2,58±0,14	<0,05
12. 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

Преимущественно негативные представления по 84 предъявленным суждениям, относящимся к различным аспектам их жизнедеятель-

ности и взаимоотношениям с окружающими, отражают субъективную позицию пациентов, усвоивших и интернализовавших чувство соб-

ственной некомпетентности, глобальных социальных рисков и невозможности личностного роста в связи с переживаниями «психиатрической стигмы». Ниже приведен спектр суждений, структурированных в опроснике для оценки различных сфер СЖПЛ (жизнедеятельности), с которыми пациенты выразили свое согласие.

1. Сфера «Активная, деятельная жизнь» ( $11,76 \pm 0,34$ ; 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 ( $6,8 \pm 0,24$ ; 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» ( $10,5 \pm 0,36$ ; 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» ( $5,6 \pm 0,16$ ; 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» ( $6,9 \pm 0,28$ ; 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; окружающие меня избегают.

6. Сфера «Материально обеспеченная жизнь» ( $9,8 \pm 0,29$ ; 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 о 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» ( $7,1 \pm 0,25$ ; 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» ( $12,0 \pm 0,35$ ; 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» ( $11,19 \pm 0,26$ ; 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 зна-

ния не улучшат отношения ко мне окружающих; как и все психически больные я живу сегодняшним 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» ( $12,8 \pm 0,28$ ; 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» ( $12,2 \pm 0,3$ ; 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» ( $7,4 \pm 0,24$ ; 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 ( $57,09 \pm 0,54$ ) и социальной ( $56,96 \pm 0,36$  балла) сферах и интегративный показатель СС ( $114,05 \pm 0,78$  балла, отражающие высокий ее уровень, позво-

ляют 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 ( $14,76 \pm 0,41$  балла), и социальной ( $14,1 \pm 0,39$  балла) сферах жизнедеятельности, и интегративный показатель ( $28,86 \pm 0,38$ ) 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.

В таблице 2 представлен структурный спектр и распределение больных сравниваемых групп по уровням выраженности самостигмы (снижения жизнедеятельности).

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 (табл. 3).

Исследование типологии аутостигматизирующих переживаний 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.

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

Сферы жизнедеятельности	Высокий уровень СС		Средний уровень СС		Низкий уровень СС	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
<u>Личностная</u>						
1. Здоровье	4 (5,0)	0	52 (65,0)	2 (5,0)	24 (30,0)	38 (95,0)
2. Любовь и дружеские чувства	2 (2,5)	0	32 (40,0)	3 (7,5)	46 (57,5)	37 (92,5)
3. Уверенность в себе	16 (20,0)	0	56 (70,0)	12 (30,0)	8 (10,0)	28 (70,0)
4. Познание	16 (20,0)	0	44 (55)	5 (12,5)	20 (25)	35 (87,5)
5. Независимость в поступках и действиях	16 (20,0)	0	52 (65,0)	10 (25,0)	12 (15,0)	30 (75,5)
6. 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
<u>Социальная</u>						
7. Активная жизнь	12 (15,0)	0	56 (70,0)	3 (7,5)	12 (15,0)	37 (92,5)
8. Интересная работа	16 (20,0)	0	48 (60,0)	1 (2,5)	16 (20,0)	39 (97,5)
9. Красота природы и искусства	4 (5,0)	0	16 (20,0)	2 (5,0)	60 (75,0)	38 (95,0)
10. Материально обеспеченная жизнь	8 (10,0)	0	64 (80,0)	3 (7,5)	8 (10,0)	37 (92,5)
11. Наличие хороших и верных друзей	8 (10,0)	0	28 (35,0)	4 (10,0)	44 (55,0)	36 (90,0)
12. 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

Таблица 3

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

Уровень самостигматизации	Количество больных		P
	Основная группа	Группа сравнения	
1. Низкий	24 (30,0)	33 (82,5)	<0,01
2. Средний	44 (55,0)	7 (17,5)	<0,05
3. Высокий	12 (15,0)	0	<0,05

Анализ данных, приведенных в таблице 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. Эти переживания лишаются смысла и не могут быть интегрированы как часть личностной идентичности, не могут быть встроены в личную историю, образуя «пробелы» как в воспоминаниях, так и в опыте личности в целом. Такое состояние психики и духа приводит человека к ощущению потери себя или потери какой-то важ-

ной части «Я», что и является выражением нарушения целостности личности и ее защищенности. Когда отдельные «Я» существуют изолированно друг от друга, это неизбежно приводит человека к раздробленности.

В группе сравнения встречаемость стигматизирующих переживаний в основном колебалась 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.

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

Тип стигматизирующих переживаний	Частота стигматизирующих переживаний (%)				P
	Основная группа		Группа сравнения		
	abc	%±m	abc	%±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

Таким образом, основные чувства, которые возникают из восприятия больными шизофренией своих собственных качеств и возможностей, относятся к нежелательным и унижительным. 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 полюса 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 доболезненного этапа жизни, и обеспечивающих высокий уровень экзистенциальной исполненности. Обесценивается значимость фундаментальных лично-

стных ценностей (центральной сферы СЖПЛ), совокупность мотиваций, характерных для доболезненного этапа жизни, уступает место субъективному чувству разрушения чего-то жизненно очень важного, фундаментальных условий благополучной жизни.

Исходя из того, что базовой координатой структурирования СЖПЛ является смысловой конструкт «свое/чужое» [7] 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, лишённые 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 – стремления 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 доблезненными 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, накопления стигматизирующих переживаний и постепенной трансформации идентичности личности больных шизофренией в направ-

лении 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 [16]. «Опустошение» СЖПЛ затрагивает, в первую очередь, особо значимые и тесно связанные с собственными интересами и стремлениями области (сферы жизнедеятельности), воспринимавшиеся и переживавшиеся пациентами в доблезненном периоде как «свои». СЖПЛ, насыщенное стигматизирующими переживаниями, теряет свое смысловое единство, целостность и качества «организованной совокупности объектов и явлений действительности, связанных с данным субъектом жизненными отношениями» [17].

*Абрамов В.А., Абрамов В.А., Голоденко О.Н.*

## **СТИГМАТИЗАЦИОННОЕ СТРУКТУРИРОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: самостигма, жизненное пространство, личность, шизофрения.

Жизненный мир больного шизофренией – это совокупность всех объектов и явлений действительности, связанных с ним жизненными отношениями и жизненным смыслом. Субъективное жизненное пространство личности – это совокупность значимых «тем бытия» личности, то, что является для личности важным в ее отношениях с миром; место приложения усилий человека, направленных на осмысленное и целенаправленное изменение условий собственного существования; когнитивно репрезентированный и психически переработанный реальный мир жизни человека; совокупность субъективных координат, отражающих ценностно-смысловые категории, значимые для индивида и переживаемые как «свой» и контролируемый им самим мир.

Цель исследования заключалась в изучении ценностно-смысловых элементов субъективного жизненного пространства личности и спектра структурирующих его аутостигматизирующих переживаний у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Особенности субъективного жизненного пространства личности и структурирующих его стигматизационных переживаний изучены у 120 больных параноидной шизофренией в возрасте от 21 до 43 лет. В основную группу (80 чел.) вошли больные с длительностью заболевания от 3-х до 10 лет с предположительно выраженными проявлениями стигматизационной напряженности; в группу сравнения – пациенты, перенесшие первый эпизод психоза без четких признаков самостигмы. Сравнимые группы были репрезентативными по гендерно-возрастным и клиническим признакам.

Исследование субъективного жизненного пространства личности проводилось при помощи модифицированной нами методики «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах».

Исследование спектра и частоты аутостигматизационных переживаний, структурирующих субъективное жизненное пространство личности больных шизофренией, проводилось с использованием стандартизированной шкалы типов стигматизированных интрапсихических переживаний.

Было установлено, что по мере формирования самостигмы, накопления 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. «Опустошение» субъективного жизненного пространства личности затрагивает, в первую очередь, особо значимые и тесно связанные с собственными интересами и стремлениями области (сферы жизнедеятельности), воспринимавшиеся и переживавшиеся пациентами в доблезненном периоде как «свои». Субъективное жизненное пространство личности, насыщенное стигматизирующими переживаниями, теряет свое смысловое единство, целостность и качества «организованной совокупности объектов и явлений действительности, связанных с данным субъектом жизненными отношениями». (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 3 (39). — С. 5-13).

## **STIGMATIZATION STRUCTURING OF THE SUBJECTIVE PERSONAL LIFE SPACE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

Donetsk State Medical University. M. Gorky

Key words: self-stigma, living space, personality, schizophrenia.

The life world of a patient with schizophrenia is the totality of all objects and phenomena of reality, related to life relations and life meaning. The subjective vital space of an individual is the totality of the significant "being of a person", what is important to a person in her relations with the world; The place of application of human efforts aimed at a meaningful and purposeful change in the conditions of one's own existence; A cognitively represented and mentally revised real world of human life; A set of subjective coordinates, reflecting value-semantic categories that are significant for the individual and experienced as "his" and controlled by himself the world.

The purpose of the study was to study the value-semantic elements of the subjective life space of the individual and the spectrum of its autotyping of gumming experiences in patients with schizophrenia with different duration of the disease.

Features of the subjective life space of the personality and structuring its stigmatizing experiences were studied in 120 patients with paranoid schizophrenia aged from 21 to 43 years. The main group (80 people) included patients with duration of the disease from 3 to 10 years with supposedly expressed manifestations of stigmatizing tension; In the comparison group - patients who suffered the first episode of psychosis without clear signs of self-stigma. The groups were representative of gender-age and clinical features.

The study of the subjective life space of the personality was carried out with the help of our modified methodology "The level of correlation between" values "and" accessibility "in various life spheres".

The study of the spectrum and frequency of autostimacy of gammatory experiences structuring the subjective life space of the personality of patients with schizophrenia was carried out using a standardized scale of types of stigmatized intrapsychic experiences.

It has been established that as the self-stigma is formed, the accumulation of stigmatizing experiences and the gradual transformation of the identity of the patients with schizophrenia in the direction of deidentification, the experiences of the "own" world, its controllability, the objects (spheres) of life activity are reduced not only do not promote the expansion of the I, but, on the contrary, reflect Different decrease in the subjectivity (autonomy, independence) of the individual, her individuality. Personality in this case no longer acts as a subject of one's own activity, but as an object of external influences. The "devastation" of the subjective life space of an individual affects, first and foremost, the areas (spheres of vital activity) that are especially important and closely related to their own interests and aspirations, perceived and experienced by patients in a painful period as "their own". The subjective life space of an individual, saturated with stigmatizing experiences, loses its semantic unity, integrity and quality of an organized set of objects and phenomena of reality associated with this subject life relations. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 3 (39). — P. 5-13).

### *Литература*

1. Абрамов В.А. Шизофрения, стигма, Я / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, В.Ал. Абрамов. – Донецк, 2016. – 432с.
2. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М., 1999.
3. Барышева Е.И. Соотношение понятий стиль жизни и субъективное жизненное пространство личности / Е.И. Барышева // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2015. – Т.21. – С.73-78.
4. Швалб Ю.М. К определению понятий среды и пространства жизнедеятельности человека / Ю.М. Швалб; за ред. Ю.М. Швалба // Экологічна психологія: хрестоматія. – Київ: Сталкер, 2006. – С.212-219.
5. Анцыферова Л.И. Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1993. – Т.14., №2. – С.3-16.
6. Кондратова Н.А. Теоретические предпосылки и содержание понятия «жизненное пространство личности» / Н.А. Кондратова // Вестник Московского университета. – Серия 14. Психология, 2009. – №2. – С.19-30.
7. Кондратова Н.А. Психологическая структура жизненного пространства личности / Н.А. Кондратова // Вестник Новгородского государственного университета. – 2008. – №48. – С.70-72.
8. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity / E. Goffman. – Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1963.
9. Василюк Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. – М.: МГУ, 1984. – 240с.
10. Лэйнг Р.Д. «Я» и другие / Р.Д. Лэйнг. – М.: Независимая фирма «Класс», 2002. – 192с.
11. Чудновский В.Э. Жизненное пространство личности как психологический феномен / В.Э. Чудновский // Психология смысла жизни: методологические, теоретические и прикладные проблемы. – Гродно, 2014. – С.3-33.
12. Золотова М.А. Субъективная картина жизненного пути у людей с разным статусом психического здоровья / М.А. Золотова, М.В. Соколовская // Вестник Костромского государственного ун-та им. Н.А. Некрасова. – 2015. – Т.21. – №4. – С.28-32.
13. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта / Е.Б. Фанталова. – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2001. – 128с.
14. Орлова М.М. Понятие «ситуации болезни»: объективные и субъективные составляющие / М.М. Орлова // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. – 2009. – Т.9. – Вып.1. – С.82-87.
15. Абрамов В.А. Методический комплекс для оценки стигматизирующих эффектов психиатрической помощи: методические указания / В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов, Г.Г. Пуятин, И.В. Жигулина. – Донецк, 2011. – 24с.
16. Олпорт Г. Становление личности: избр. тр. / Г. Олпорт. – М.: Смысл, 2002. – 186с.

Поступила в редакцию 10.03.2017