

УДК:616.895.8.-008.441.45:159.923

*Абрамов В.Ал.<sup>2</sup>, Жигулина И.В.<sup>1</sup>, Ковалева К.В.<sup>2</sup>, Калус Я.В.<sup>1</sup>***РОЛЬ МЕХАНИЗМОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ САМОСТИГМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького<sup>2</sup>, Республиканская клиническая психиатрическая больница<sup>1</sup>

Ключевые слова: шизофрения, самостигматизация, саморегуляция

Положение больных с психическими расстройствами в обществе, их права и качество жизни в значительной мере определяются существующими социальными установками, стереотипными представлениями, которые способствуют формированию предубежденного отношения к ним. Непосредственным негативным следствием такого отношения является навешивание на человека с психиатрическим диагнозом определенного ярлыка, который квалифицируется как социальное клеймо или стигма. Таким образом, понятие «стигма» используется в психиатрической практике, прежде всего, как свидетельство негативного отношения к людям только на основании их принадлежности к определенной, наделенной отрицательными качествами группе (психически больные), которая выделяется как отдельная категория людей [1].

Внешнее стигматизирование только тогда оказывает свое действие, если разворачивается процесс аутопсихической стигматизации, если пациент сам себя стигматизирует. Реакция психически больного на стигматизацию определяется теми же факторами, что и мотивация к стигматизации (степень удовлетворенности своей жизнью, иерархия ценностей, обобщенный образ психически больного). Поэтому стигматизацию и самостигматизацию следует рассматривать в качестве единого процесса приобретения пациентом новой (деструктивной) идентичности. При этом, если стигматизацию понимают как воздействие извне (социальный процесс), то самостигматизация – это процесс саморазрушения социальной и личностной идентичности пациента в связи с принятием им и субъективным переживанием «психиатрической» стигмы [1].

Конечным этапом самостигматизации является развившийся у пациента деструктивный кризис идентичности личности. Деструктивный кризис идентичности определяется как несоот-

ветствие сложившейся к данному моменту структуры идентичности изменившемуся контексту ее существования. Это состояние характеризуется потерей внешних и внутренних ориентиров (ценностных, смысловых, мотивационных), что порождает ощущения растерянности, «размытости» личностных границ, потери контроля над собой, неуверенности в себе, уход от реального мира; общей дезинтеграцией личности. Базовой предпосылкой формирования кризиса индивидуальной идентичности является невозможность индивида соотнести внутренний мир с внешним [2].

При взаимодействии с окружающим миром человек непрерывно сталкивается с ситуацией выбора различных способов реализации своей активности в зависимости от поставленных целей, индивидуальных особенностей и условий окружающей его действительности, особенностей взаимодействующих с ним людей. В ситуации выбора уменьшение неопределенности возможно лишь средствами регуляции, а в случае психологической регуляции — средствами саморегуляции в том смысле, что человек сам исследует ситуацию, программирует свою активность, контролирует и корректирует результаты [3].

Саморегуляция - процесс управления человеком собственными психологическими и физиологическими состояниями, а также поступками. Согласно В. И. Моросановой, под саморегуляцией понимаются «интегративные психические явления, процессы и состояния», обеспечивающие «самоорганизацию различных видов психической активности» человека, «целостность индивидуальности и становление бытия человека» [4].

Саморегуляция пронизывает все психические явления, присущие человеку — саморегуляция отдельных психических процессов: ощущения, восприятия, мышления и др.; саморегуляция собственного состояния, или умение управлять собой, ставшее свойством человека, чертой его

характера в результате воспитания и самовоспитания, включая саморегуляцию социального поведения субъекта [5]. Одной из особенностей саморегуляции является ее уровневость, связанная с уровневостью психического отражения. По мнению К.А.Абульхановой-Славской [6] может быть выделена ступенчатость психической регуляции: регуляция психических процессов; действий с помощью этих психических процессов; обстоятельств жизни посредством этих действий; управление собой в процессе изменения этих обстоятельств [3].

Саморегуляция (СР) имеет две формы — произвольную и непроизвольную. Произвольная саморегуляция (осознанная) связана с целевой деятельностью, тогда как непроизвольная (неосознанная) связана с жизнеобеспечением, не имеет целей и осуществляется в организме на основе эволюционно сложившихся норм [3].

Применительно к человеку, носителю высших форм психики, который сам принимает цели своих исполнительских действий, и сам же реализует их доступными и приемлемыми для него средствами, которые также в ряде случаев определяет сам, можно говорить об осознанной саморегуляции. Под осознанной саморегуляцией О.А.Конопкиным [7,8,9] понимается системно-организованный процесс внутренней психической активности человека по инициации, построению, поддержанию и управлению разными видами и формами произвольной активности, непосредственно реализующей достижения принимаемых человеком целей [3].

Произвольная осознанная СР понимается как системный многоуровневый процесс психической активности человека по выдвижению целей и управлению их достижением. При этом термин «осознанность» не предполагает постоянной актуальной представленности в сознании субъекта всех моментов его активности. Смысл в том, что психическая СР принципиально осознаваема человеком по мере необходимости, например в случае возникновения трудностей или осознанного построения новых планов и программ поведения [10].

В.И. Моросановой был выделен, описан и

системно исследован феномен индивидуальных особенностей СР, который проявляется в том, что люди отличаются уровнем развития осознанной СР, по разному планируют цели своей деятельности, моделируют значимые условия их достижения, применяют отличающиеся способы и алгоритмы действий, имеют различные критерии успешности для оценки результатов [11].

Таким образом, можно сделать вывод, что саморегуляция направлена на достижение оптимального уровня жизнедеятельности субъекта. Однако, данное утверждение верно, лишь для психически здоровых людей, не имеющих причин для обращения за специализированной психиатрической помощью.

Исследования А. Б. Холмогоровой [12] показали, что у больных шизофренией происходит ослабление процесса саморегуляции мышления, выражающееся в нарушении конструктивной и мобилизующей функций при относительной сохранности контрольной и активизации защитной. Больные способны к контролю своих действий в условиях сформированности эталона действия. Но при необходимости самостоятельной выработки нового способа действия и перестройки прежнего у больных не происходит осознания неадекватности своих действий, и, по существу, перестройка не происходит. В ситуациях затруднения активизируются защитные формы поведения: уход из ситуации под различными предлогами, отказ от продолжения решения наступают значительно быстрее, чем в норме. Снижение осознанности мыслительных действий, отсутствие направленности на разрешение содержательного затруднения отрицательно влияют на общую продуктивность мыслительной деятельности [13].

Учитывая спектр нарушений, который несет в себе феномен самостигматизации, и понимая за какие процессы отвечает саморегуляция, было бы логично предположить, что наличие у пациента самостигматизации может быть связано с нарушением функций саморегуляции. Это и было целью настоящего исследования: оценить степень влияния механизмов саморегуляции на формирование самостигмы у больных шизофренией.

### Материал и методы исследования

Нами были отобраны 76 больных шизофренией, с различной длительностью заболевания, находящихся на стационарном лечении в РКПБ г. Донецка. По гендерному признаку пациенты распределились следующим образом: 47 мужчин и 29 женщин. Из отобранных пациентов были

сформированы две группы. В основную группу вошли 45 пациентов, страдающих шизофренией более 5 лет. Группа сравнения состояла из 31 больного шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет.

Для оценки саморегуляции нами использовал-

ся опросник "Стиль саморегуляции поведения-98" (ССП-98) В.И. Моросановой [10]. Опросник состоит из 46 утверждений, входящих в состав шести шкал, выделяемых в соответствии с основными регуляторными процессам (планирования, моделирования, программирования, оценки результатов) и регуляторно-личностными свойствами (гибкости и самостоятельности). В состав каждой шкалы входят по девять утверждений. Структура опросника такова, что ряд утверждений входят в состав сразу двух шкал в связи с тем, что их можно отнести к характеристике как регуляторного процесса, так и свойств регуляции. Испытуемым предлагается прочитать каждое высказывание и выбрать в отношении каждого из высказываний один из четырех возможных вариантов ответа: "Верно", "Пожалуй верно", "Пожалуй неверно", "Неверно".

### Результаты и их обсуждение

Анализируя полученные в ходе исследования данные, было выявлено, что у 60 (79%) больных шизофренией определялся высокий уровень показателей самостигматизации, у 8 (10,5%) испытуемых - средний и у 8 (10,5%) пациентов - низкий. Средний балл показателей самостигматизации составил  $80,9 \pm 34,5$ .

В основной группе у 36 (80%) пациентов определялся высокий уровень самостигматизации, у 4-х (8,9%) – средний уровень, и у 5 (11,1%) – низкий уровень самостигматизации.

Высокий уровень самостигматизации проявлялся деструктивным кризисом идентичности. Для таких больных были характерны обесценивание их собственной личности, снижение самооценки, самоуважения, самоэффективности, а также переживания отчуждения, уязвимости, и собственной несостоятельности, и некомпетентности. У данных пациентов имело место отсутствие четко поставленных целей, ценностей и убеждений, их отношения с окружающими классифицировались как холодные, дистанцированные, без принятия попыток к их восстановлению. Страдая от отсутствия чувства идентичности, данные больные переживали ряд негативных состояний, таких как пессимизм, апатию, отчуждение, элементы беспомощности и безнадежности, отсутствие понимания своих чувств и желаний, потерю самоуважения и самоэффективности.

Средний уровень самостигматизации характеризовался диссоциативно-фрагментарной дезинтеграцией идентичности, чьей особенностью которой было наличие у пациента эмоциональ-

Для оценки уровня самостигматизации использовалась шкала оценки уровня самостигматизации Абрамова В.А. [14]. Шкала состоит из 84 утверждений, затрагивающих 12 сфер жизнедеятельности человека [15]. Ответы пациента ("правильно", "сомневаюсь", "неправильно") оцениваются от 0 до 2 баллов. Ранжирование ответов проводится следующим образом: 1-28 баллов - низкий уровень (1-2 стадии) самостигматизации; 29-57 баллов - средний уровень (3-4 стадии) самостигматизации; 58 и более баллов - высокий уровень (5-6 стадии) самостигматизации.

Метод математической обработки результатов включал использование статистических методов анализа с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 12.6» (StatSoft) на IBM PC/AT.

но-мотивационного напряжения с переживаниями высокой субъективной значимости психиатрического диагноза и многочисленных рисков для дальнейшей собственной жизнедеятельности, угрозы существенного снижения качества жизни и дискриминации. Таким пациентам была присуща готовность к категориальной идентификации на «больных» и «здоровых», к деидентификации от психически здоровых людей в личностной и социальной сферах, исходной готовностью категории «Я — психически больной». У данных испытуемых отмечалась слабая структурированность образа Я и его границ с заниженной и неадекватной самооценкой, выраженная озабоченность своим положением в обществе и перспективой дальнейшей «жизни с болезнью», снижение социальной активности.

Низкий уровень самостигматизации характеризовался осознанием и принятием негативной идентификации больных с психическими расстройствами на фоне целостно-дифференцированного уровня интеграции собственной идентичности. На данном этапе развития феномена самостигматизации, у пациента формируется внутреннее согласие и принятие негативного контекста стереотипов по отношению к психически больным (недостойный, ничего не стоящий, неспособный достигать конкретных жизненных целей), убеждение в их правдивости и реалистичности. Определяется наличие тревожных ожиданий, относящихся к себе и своей дальнейшей жизнедеятельности.

Для больных группы сравнения результаты

распределились следующим образом: у 24 (77,4%) испытуемых определялся высокий уровень самостигматизации, у 4 (12,9%) обследованных - средний уровень и у 3 (9,7%) больных

был выявлен низкий уровень самостигматизации.

Распределение больных по уровням самостигматизации представлено в таблице 1.

Таблица 1

**Распределение больных шизофренией в зависимости от уровня самостигматизации**

Уровень самостигматизации	Основная группа (N=45)		Группа сравнения (N=31)	
	Абс.	Средний балл	Абс.	Средний балл
Высокий	36	97,8±24,8	24	91,4±14,1
Средний	4	45,7±8,5	4	38,5±4,7
Низкий	5	13,8±4,5	3	9,6±1,6

Статистически установлено отсутствие значимых различий ( $t=0.9$ ) между показателями самостигматизации в сравниваемых группах больных. Это связано с тем, что самостигматизация формируется уже на ранних этапах заболевания и без использования адекватных дестигматизационных мероприятий, сохраняется и нарастает на протяжении всего периода заболевания.

Анализ результатов исследования стиля саморегуляции поведения у пациентов основной группы, выявил в 5 (11,1%) случаях достаточный уровень саморегуляции. Для этих пациентов были характерны самостоятельность, гибкость и адекватность реагирования на изменение условий, осознанность выдвижения и достижения цели. Им была свойственна ярко выраженная потребность в планировании, они детально разрабатывают программы собственных действий, как правило, методично готовятся к различным значимым для них мероприятиям и много времени уделяют самоподготовке. При высокой мотивации достижения они способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние личностных, характерологических особенностей, препятствующих достижению цели.

У 30 (66,6%) больных шизофренией был выявлен сниженный уровень саморегуляции. Данные больные были склонны фиксироваться на своих ошибках. Для них была характерна высокая чувствительность к неудачам, чрезмерная самокритичность, неустойчивость самоконтроля, эмоциональная неустойчивость, длительные переживания неуспехов, неудач. Чаше их переживания были связаны не с реальными событиями, а с теми, которые еще не наступили. Они плохо контролируют себя в трудных жизненных обстоятельствах. Трудно адаптируются к новым ситуациям.

У испытуемых с низкими показателями саморегуляции (10 человек – 22,3%) потребность в осознанном планировании и программировании своего поведения не сформирована, они более зависимы от ситуации и мнения окружающих людей. У таких испытуемых снижена возможность компенсации неблагоприятных для достижения поставленной цели личностных особенностей, по сравнению с испытуемыми с высоким уровнем регуляции. Им свойственна крайне низкая социальная адаптивность, что является препятствием к самореализации, к самоорганизации в трудных жизненных обстоятельствах. Цели, которые ими выдвигаются, являются скорее мечтами. Они ориентируются больше на чувства и переживания, на их поступки влияют оценочные суждения других людей.

В группе сравнения результаты были следующими: у 3 (9,7%) пациентов был выявлен достаточный уровень саморегуляции, у 19 (61,3%) больных - сниженный уровень саморегуляции и у 9 (29,0%) пациентов – низкий уровень саморегуляции поведения.

Распределение больных по уровням саморегуляции представлено в таблице 2.

Статистически установлено отсутствие значимых различий ( $t=0.4$ ) между показателями саморегуляции основной группы и группы сравнения. Можно предположить, что саморегуляция нарушается еще при первом эпизоде психоза, во взаимосвязи с формированием самостресса в силу отсутствия возможности у пациентов реализовывать в полной мере свои потребности и жизненные цели.

Также, нами были проанализированы показатели 5 шкал, саморегуляции: планирование, моделирование, программирование, оценивание результатов, гибкость, самостоятельность. Удельный вес больных с различной выраженностью показателей этих шкал в сравниваемых

Таблица 2

**Распределение больных шизофренией по уровням саморегуляции**

Уровень саморегуляции	Основная группа (N=45)		Группа сравнения (N=31)	
	Абс.	Средний балл	Абс.	Средний балл
Достаточный	5	34±1	3	37,6±3
Сниженный	30	27,2±2,5	19	26,1±2,5
Низкий	10	20,4±2,9	9	21,1±1,5

Таблица 3

**Распределение обследуемых больных в зависимости от степени выраженности компонентов саморегуляции**

Компоненты саморегуляции	Основная группа (N=45)			Группа сравнения (N=31)		
	Достаточный	Сниженный	Низкий	Достаточный	Сниженный	Низкий
Планирование	42,2%	46,7%	11,1%	32,3%	64,5%	3,2%
Моделирование	20%	53,3%	26,7%	19,4%	61,2%	19,4%
Программирование	4,4%	68,9%	26,7%	9,7%	48,4%	41,9%
Оценивание результатов	8,9%	66,7%	24,4%	9,7%	54,8%	35,5%
Гибкость	11,1%	55,5%	33,4%	6,5%	58%	35,5%
Самостоятельность	23,3%	53,3%	24,4%	19,4%	54,8%	25,8%

Содержательный и качественный анализ показателей саморегуляторных возможностей больных по различным показателям выявил следующие особенности.

Шкала «планирование» характеризует индивидуальные особенности целеполагания и удержания целей, уровень сформированности у человека осознанного планирования деятельности. При высоких показателях по этой шкале у субъекта сформирована потребность в осознанном планировании деятельности, планы в этом случае реалистичны, детализированы, иерархичны, действенны и устойчивы, цели деятельности выдвигаются самостоятельно. В основной группе обследованных больных средний балл для данной шкалы составил 5,7±1,6, а в группе сравнения - 5,78±1,25, что соответствовало снижению уровню целеполагания: потребность в планировании развита слабо, планы подвержены частой смене, поставленная цель редко бывает достигнута, планирование не действенно, мало-реалистично. Такие испытуемые предпочитают не задумываться о своем будущем цели выдвигают ситуативно и обычно несамостоятельно. Статистически значимых различий между показателями по данной шкале у двух групп выявлено не было (t=0,7).

Шкала «моделирование» позволяет диагностировать индивидуальную развитость представлений о системе внешних и внутренних значи-

мых условий, степень их осознанности, детализированности и адекватности. Испытуемые с высокими показателями по шкале способны выделять значимые условия достижения целей как в текущей ситуации, так и в перспективном будущем что проявляется в адекватности программ действий планам деятельности, соответствии получаемых результатов принятым целям. В условиях неожиданно меняющихся обстоятельств, при смене образа жизни, переходе на другую систему работы такие испытуемые способны гибко изменять модель значимых условий и, соответственно, программу действий. По данной шкале, средние баллы в двух группах составили: 4,8±1,8 в основной группе и 4,7±2,02 в группе сравнения, что отвечает снижению уровню моделирования. Для таких пациентов характерна слабая сформированность процессов моделирования приводит к неадекватной оценке значимых внутренних условий и внешних обстоятельств, что проявляется в фантазировании, которое может сопровождаться резкими перепадами отношения к развитию ситуации, последствиям своих действий. У таких испытуемых часто возникают трудности в определении цели и программы действий, адекватных текущей ситуации, они не всегда замечают изменение ситуации, что часто приводит к неудачам. Статистически доказано (t=0,3), что значимых различий показателей моделирования в сравнивае-

мых группах нет.

Шкала «программирование» диагностирует индивидуальную развитость осознанного программирования человеком своих действий. Высокие показатели по этой шкале говорят о сформировавшейся у человека потребности продумывать способы своих действий и поведения для достижения намеченных целей, детализированности и развернутости разрабатываемых программ. Программы разрабатываются самостоятельно, они гибко изменяются в новых обстоятельствах и устойчивы в ситуации помех. При несоответствии полученных результатов целям, производится коррекция программы действий до получения приемлемой для субъекта успешности. Средний балл по шкале программирование для основной группы составил  $5,48 \pm 1,34$  и  $5,03 \pm 1,83$  для группы сравнения соответственно, что отвечало сниженному уровню программирования: неумение и нежелание субъекта продумывать последовательность своих действий. Такие испытуемые предпочитают действовать импульсивно, они не могут самостоятельно сформировать программу действий, часто сталкиваются с неадекватностью полученных результатов целям деятельности и при этом не вносят изменений в программу действий, действуя путем проб и ошибок. Статистически значимых различий показателей данной шкалы между двумя сравниваемыми группами установлено не было ( $t=1.3$ ).

Шкала «оценивание результатов» характеризует индивидуальную развитость и адекватность оценки испытуемым себя и результатов своей деятельности и поведения. Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о развитости и адекватности самооценки, сформированности и устойчивости субъективных критериев оценки успешности достижения результатов. Субъект адекватно оценивает как сам факт рассогласования полученных результатов с целью деятельности, так и приведшие к нему причины, гибко адаптируясь к изменению условий. Для данной шкалы средний балл основной группы составил  $4,64 \pm 1,34$ , для группы сравнения -  $4,22 \pm 1,76$ , что соответствовало сниженному уровню оценивания результатов: испытуемый не замечает своих ошибок, не критичен к своим действиям. Субъективные критерии успешности недостаточно устойчивы, что ведет к резкому ухудшению качества результатов при увеличении объема работы, ухудшении состояния или возникновении внешних трудностей. Статистически значимых различий между показателями по дан-

ной шкале у двух групп выявлено не было ( $t=1.1$ ).

Шкала «гибкость» диагностирует уровень сформированности регуляторной гибкости, т.е. способности перестраивать систему саморегуляции в связи с изменением внешних и внутренних условий. Испытуемые с высокими показателями по шкале гибкости, демонстрируют пластичность всех регуляторных процессов. При возникновении непредвиденных обстоятельств такие испытуемые легко перестраивают планы и программы исполнительских действий и поведения, способны быстро оценить изменение значимых условий и перестроить программу действий. При возникновении рассогласования полученных результатов с принятой целью своевременно оценивают сам факт рассогласования, вносят коррекцию в регуляцию. Гибкость регуляторики позволяет адекватно реагировать на быстрое изменение событий и успешно решать поставленную задачу в ситуации риска. В основной группе обследованных больных средний балл для данной шкалы составил  $5,3 \pm 1,79$  а в группе сравнения -  $5 \pm 1,78$ , что соответствовало сниженному уровню гибкости: в динамичной, быстро меняющейся обстановке такие люди чувствуют себя неуверенно, с трудом привыкают к переменам в жизни, смене обстановки и образа жизни. В таких условиях, несмотря даже на сформированность процессов регуляции, они не способны адекватно реагировать на ситуацию, быстро и своевременно планировать деятельность и поведение, разрабатывать программу действий, выделять значимые условия, оценивать рассогласование полученных результатов деятельности и вносить коррекции. В результате у таких испытуемых возникают регуляторные сбои и, как следствие, неудачи в выполнении деятельности. Статистически значимых различий показателей данной шкалы между двумя сравниваемыми группами установлено не было ( $t=0.7$ ).

Шкала «самостоятельность» характеризует развитость регуляторной автономности. Наличие высоких показателей по шкале самостоятельности свидетельствует об автономности в организации активности человека, его способности самостоятельно планировать деятельность и поведение, организовывать работу по достижению выдвинутой цели, контролировать ход ее выполнения, анализировать и оценивать как промежуточные, так и конечные результаты деятельности. Средний балл по шкале самостоятельности для основной группы составил  $4,84 \pm 2,07$  и  $4,77 \pm 1,92$  для группы сравнения соответственно, что отвечало сниженному уров-

ню самостоятельности: данные пациенты были зависимы от мнений и оценок окружающих. Планы и программы действий, разрабатываются несамостоятельно, такие испытуемые часто некритично следуют другим советам. При отсутствии посторонней помощи у таких испытуемых неизбежно возникают регуляторные сбои. Статистически значимых различий показателей данной шкалы между двумя сравниваемыми группами установлено не было ( $t=0.1$ ).

Таким образом, анализ полученных результатов позволил установить, что у большинства обследованных пациентов обеих групп преобладал сниженный уровень всех компонентов саморегуляции. Такие результаты, в совокупности с отсутствием статистически значимых различий между выявленными показателями сравниваемых групп, позволяют предположить, что все компоненты саморегуляции нарушаются (снижаются) уже на манифестной стадии заболевания и сохраняются в дальнейшем.

Рассматривая механизмы формирования самостигмы у больных шизофренией, следует учитывать, что пациент обратившийся за помощью и госпитализированный в психиатрический стационар попадает в фрустрирующую среду с выраженными проявлениями социальной депривации, а, следовательно, лишается возможности самостоятельно реализовывать свои потребности, как в общении так и в целом. Таким образом, становится невозможным выполнение главной функции саморегуляции - обеспечение оптимального уровня жизнедеятельности, который возможен, только при условии самостоятельного управления индивидом своей активностью.

В силу того, что саморегуляция в значительной степени обеспечивает процесс адаптации личности в сложившейся жизненной ситуации, а самостигматизация отражает неспособность

личности противостоять принятию статуса психически больного и всех сложившихся в отношении данного статуса стереотипов, т.е. неспособностью личности адаптироваться к новому стилю жизни – жизни с болезнью, то можно сделать вывод, что нарушение процессов саморегуляции является одним из механизмов формирования самостигматизации. Поскольку сниженный уровень саморегуляции, пусть и не в полной мере, но затрагивает адаптационные способности личности, проявляясь в высокой чувствительности к неудачам, повышенной самокритичности, неуверенности в своих силах и возможностях, склонности к искажению реальной ситуации, в интенсивном переживании возможного неуспеха, можно утверждать, что уже при сниженном уровне саморегуляции личность не способна противостоять возникающему и развивающемуся у нее феномену самостигматизации. Однако, конечные результаты не дают оснований для утверждения об однозначном характере причинно-следственных отношений между снижением процессов саморегуляции и формированием самостигмы. Учитывая то, что, в силу воздействующих самостигматизирующих переживаний пациента, больной вынужден ограничить свой круг общения, отградиться от общества, а, вследствие этого лишается возможности самостоятельно принимать решения о построении социальных контактов с любым интересным ему индивидом, трудно исключить первичность возникновения у пациента феномена самостигматизации с последующим развитием нарушений процессов саморегуляции. Повидимому, эти феномены следует рассматривать в контексте негативно потенцирующих взаимовлияний по типу «порочного круга». Взаимосвязь этих процессов косвенно подтверждается данными, приведенными в таблице 4.

*Таблица 4*

**Распределение больных сравниваемых**

**групп в зависимости от выраженности самостигматизации и саморегуляции**

Сравниваемые группы	Самостигматизация			Саморегуляция		
	Высокий	Средний	Низкий	Достаточный	Сниженный	Низкий
Основная группа	80%	8,9%	11,1%	11,1%	66,7%	22,2%
Группа сравнения	77,4%	12,9%	9,7%	9,7%	61,3%	29%

Как видно из таблицы 4, у пациентов основной группы преобладает высокий уровень само-

стигматизации (80%) и сниженный уровень саморегуляции (66,7%), в группе сравнения также

доминируют показатели высокого уровня самостигматизации (77,4%) и сниженного уровня саморегуляции (61,3%), что позволяет говорить о тенденции к нарастанию самостигматизации и саморегуляции у больных группы сравнения.

Выводы. Нарушения саморегуляции, наряду с формированием у пациента самостигматизации происходят уже на первых этапах оказания специализированной психиатрической помощи, причем нарушение уровня функционирования саморегуляции и развитие у пациента самостиг-

матизации, неразрывно связаны между собой и, как следствие, создают серьезное препятствие к дальнейшей социальной реинтеграции пациентов. Это доказывает необходимость реформирования системы оказания психиатрической помощи и разработки методов, направленных на проведение мероприятий, нацеленных на повышение уровня саморегуляции и дестигматизации у больных шизофренией уже на этапе первого обращения в учреждения психиатрической службы.

*Абрамов В.А.<sup>2</sup>, Жигулина И.В.<sup>1</sup>, Ковалева К.В.<sup>2</sup>, Калус Я.В.<sup>1</sup>*

## **РОЛЬ МЕХАНИЗМОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ САМОСТИГМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького<sup>2</sup>, Республиканская клиническая психиатрическая больница<sup>1</sup>

Ключевые слова: шизофрения, самостигматизация, саморегуляция.

Саморегуляция - процесс управления человеком собственными психологическими и физиологическими состояниями, а также поступками. Под саморегуляцией понимаются «интегративные психические явления, процессы и состояния», обеспечивающие «самоорганизацию различных видов психической активности» человека, «целостность индивидуальности и становление бытия человека». Самостигматизация рассматривается как изменение идентичности, приводящее к потере прежних (позитивных) убеждений относительно самого себя, что в свою очередь приводит к таким негативным для личности последствиям, как сниженная самооценка и сниженная самоэффективность. Наличие у пациентов с психическими расстройствами стигмы сопровождается большим количеством трудностей, проблем, социальных рисков, препятствий, унижающих человеческое достоинство. Попытки пациентов что-либо изменить, как правило, не приносят желаемого результата. Постепенно это приводит к пассивным формам поведения, утрате контроля над собственной жизнью и конкретными событиями, формированию состояния внутренней беспомощности.

Целью работы было оценить участие механизмов саморегуляции в формировании самостигматизации у больных шизофренией. Было обследовано 76 больных шизофренией, с различной длительностью заболевания, больные были разделены на две группы. В основную группу вошли 45 пациентов страдающих шизофренией более 5 лет. Группа сравнения состояла из 31 больного шизофренией, с длительностью заболевания до 5 лет. Для оценки саморегуляции использовался опросник "Стиль саморегуляции поведения-98" (ССП-98) В.И. Моросановой. Для оценки уровня самостигматизации использовалась оригинальная шкала оценки уровня самостигматизации.

Полученные результаты позволили утверждать, что нарушения саморегуляции, наряду с формированием у пациента самостигматизации происходят уже на первых этапах оказания специализированной психиатрической помощи, причем нарушение уровня функционирования саморегуляции и развитие у пациента самостигматизации, неразрывно связаны между собой и как следствие создают серьезное препятствие к дальнейшей социальной реинтеграции пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 3 (39). — С. 28-36).

*Abramov V.A.<sup>2</sup>, Zhigulina I.V.<sup>1</sup>, Kovaleva K.V.<sup>2</sup>, Kalus Ya.V.<sup>1</sup>*

## **THE ROLE OF MECHANISMS OF SELF-REGULATION IN THE FORMATION OF SELF-STIGMATIZATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

Donetsk National Medical University named after M.Gorky<sup>2</sup>, Republican Clinical Psychiatric Hospital<sup>1</sup>

Key words: schizophrenia, self-stigmatization, self-regulation.

Self-regulation is the process of managing a person's own psychological and physiological states, as well as actions. Self-regulation means "integrative psychic phenomena, processes and states" that ensure "the self-organization of various types of mental activity" of a person, "the integrity of individuality and the formation of human being." Self-stigmatization is seen as a change in identity, leading to the loss of previous (positive) beliefs about oneself, which in turn leads to such negative consequences for the individual as reduced self-esteem and reduced self-efficacy. The presence of stigma in patients with mental disorders is accompanied by a large number of difficulties, problems, social risks, and hindrances to human dignity. Attempts of patients to change something, as a rule, do not bring the desired result. Gradually, this leads to passive forms of behavior, loss of control over one's own life and concrete events, and the formation of a state of internal helplessness.

The aim of the work was to evaluate the participation of self-regulation mechanisms in the formation of self-stigmatization in patients with schizophrenia.

76 patients with schizophrenia with different duration of the disease were examined, the patients were divided into two groups. The main group included 45 patients with schizophrenia for more than 5 years. The comparison group consisted of 31 patients with schizophrenia, with a duration of disease of up to 5 years. To assess self-regulation, a questionnaire was used: "Style of self-regulation of behavior-98" (SSP-98) V.I. Morosanova. To assess the level of self-stigmatization, the original scale of self-stigma assessment was used.

The results obtained made it possible to assert that self-stigmatization disorders occur along with the formation of self-stigmatization in the patient already at the first stages of providing specialized psychiatric care, and the violation of the level of functioning of self-regulation and development of self-stigmatization in the patient are inextricably linked and as a result create a serious obstacle to further social reintegration. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 3 (39). — P. 28-36).

## Литература

1. Абрамов В. А. Личностно-ориентированная психиатрия ценностно-гуманистические подходы к оказанию психиатрической помощи / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Г.Г. Путьтин // Монография. – Донецк: «Каштан», 2014. – 296с.
2. Абрамов В.Ал. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией как приоритетная проблема психиатрии. / В. Ал. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. - №2(36). – С.56- 61.
3. Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности / А.О. Прохоров. - М.: ПЕР СЭ, 2005. - 352с.
4. Моросанова В. И. Саморегуляция и индивидуальность человека / В.И. Моросанова // Ин-т психологии РАН; Психологический ин-т РАО. — М.: Наука, 2010. — 519с.
5. Щедров В.И. Формирование индивидуального стиля саморегуляции состояния в процессе обучения. / В.И. Щедров // Автореф. дисс. канд наук. М., 1994.
6. Абульханова-Славская К.А. Личностные механизмы регуляции деятельности./ К.А. Абульханова-Славская // Проблемы психологии личности. М.,1982. С. 32-41.
7. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности. / О.А. Конопкин. - М.: Наука, 1980.
8. Конопкин О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) / О.А. Конопкин // Вопросы психологии, 1995. № 1. С. 5—12.
9. Конопкин О.А. Стилевые особенности саморегуляции деятельности / О.А. Конопкин, В.И. Моросанова // Вопросы психологии. 1989. № 5. С. 18-26.
10. Моросанова В.И. Индивидуальные особенности осознанной саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология - 2010. - №1 - с.36-45.
11. Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. / В.И. Моросанова. - М.: «Наука». 1998. 192 с.3.
12. Холмогорова А. Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности у больных шизофренией. / А.Б. Холмогорова // Автореф. канд. дис. М., 1983.
13. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. - М.: Издательство Московского университета. - 1986. - 208с.
14. Абрамов В.А. Методический комплекс для оценки стигматизирующих эффектов психиатрической помощи. / В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов, Г.Г. Путьтин, И.В. Жигулина // Методические указания. – Донецк. – 2011. – 24с.
15. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. / Е.Б. Фанталова. – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2001. — 128с.

Поступила в редакцию 16.04.2017