

УДК 616.89-008.441:343.4

*Бойченко А.А.***МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ МЕХАНИЗМОВ ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: жертва, виктимология, виктимность, шизофрения

В рамках современной биопсихосоциальной модели развития шизофрении выделяют определенные хронические изменения личности, причиной которых является факт переживания последствий тяжелой психической болезни и реакции социума на этот контингент больных. Так называемая «жизнь с болезнью» - это совокупность деформирующих личность больного переживаний в связи с многочисленными рисками для качества жизнедеятельности и реальными трудностями в реализации собственных интересов и потребностей в условиях ограничительно-дискриминационной среды [1]. Эти переживания имеют тенденцию к усилению при ограничении возможностей жизнедеятельности больных, в т.ч. институциональном (например, при инвалидизации) и вследствие формирования стигмы. В этих случаях больные всегда подвергаются виктимогенным (от лат. *viktima* – жертва) воздействиям, связанным как со самостигматизацией, так и с видением обществом специфического образа такого человека. Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности этих больных является отражением фактического их превращения в жертв неблагоприятных условий социализации. Под социализацией понимается развитие человека на протяжении всей его жизни во взаимодействии с окружающей средой в процессе усвоения и воспроизведения социальных норм и культурных ценностей, а также саморазвития и самореализации в том обществе, к которому он принадлежит [2].

Виктимология в буквальном смысле означает «учение о жертве». Эта наука изначально развивалась как направление в криминологии, целью которой было изучение жертв преступлений. Однако со временем представления о ней трансформировались, и в современной трактовке виктимология – это общая теория, учение о жертве, имеющая предметом исследования жертву любого происхождения, как криминального,

так и не связанного с преступлениями (жертву несчастных случаев, природных и техногенных катастроф, эпидемий, войн и иных вооруженных конфликтов, политических противостояний, а также различных видов насилия, аддиктивного поведения, стигматизирующего поведения) [3]. В рамках виктимологии разрабатываются мероприятия по девиктимизации – профилактике и коррекции тех обстоятельств, по причине которых человек становится жертвой неблагоприятных условий социализации.

К базовым понятиям виктимологии относятся виктимогенность, виктимность и виктимизация. Виктимогенность обозначает наличие в тех или иных объективных обстоятельствах социализации характеристик, черт, опасностей, влияние которых может сделать человека жертвой этих обстоятельств (например, виктимогенная группа, виктимогенный микросоциум и т.д.). Виктимность характеризует предрасположенность человека стать жертвой тех или иных обстоятельств [2]. Виктимизация - процесс и результат превращения человека или группы людей в тот или иной тип жертвы неблагоприятных условий социализации. Реализация данного процесса как подвижного и динамического явления в большинстве своем оказывается обусловленной взаимодействием различных составных компонентов. В качестве подобных слагаемых частей виктимизации выделяют степень виктимности, виктимогенные факторы и условия. Факторы виктимизации - это совокупность обстоятельств в жизни людей и общества, которые детерминируют процесс превращения данной личности в жертву либо тем или иным образом способствуют содействию реализации процесса виктимизации. Условиями виктимизации являются разнообразные явления объективного и субъективного характера, которые наращивают степень виктимности [4].

Впервые вопросы жертвенности были рассмотрены после окончания Второй мировой вой-

ны. В 1945 году на Японию были сброшены две атомные бомбы – в результате этих взрывов жертвами оказались одновременно тысячи человек. В том же году появились публикации по новому научному направлению – виктимологии. Практически одновременно, хотя и с некоторой задержкой, исследования в области виктимологии начали проводиться в США и ряде европейских стран [5].

В 1948г. американский криминолог Ганс фон Гентиг выделил психически больных в отдельную группу жертв преступлений, описав их в своей монографии «Преступник и его жертва» [6]. Адвокат Бенджамин Мендельсон на конгрессе психиатров в Бухаресте обозначил виктимологию как «новую отрасль биопсихосоциальной науки» со своими методами исследования, научными программами и институтами, создал классификацию жертв по степени их «вины» в преступлении, ввел некоторые виктимологические понятия [7]. В СССР виктимология начала развиваться только в конце 80-х годов [7, 8].

Одним из разделов виктимологии является психологическая виктимология – социально-психологическая теория дефицитарно-интерактивного виктимогенеза – зарождения, формирования и развития социализационного дефекта онтогенеза, приводящего к дефициту психических функций, которые блокируют возможность адекватного и адаптивного удовлетворения социальных потребностей, и обуславливают инадаптацию личности, деформирующую ее и препятствующую полноценному социальному функционированию [9].

Предпосылки для изучения виктимности не только как характеристики жертв преступлений, но и как понятия, описывающего дефект социализации, складывались еще с начала XX века. Так, уже в психоанализе было подмечено, что в поведении невротиков присутствуют жертвенные черты: личность, по сути, приносит себя в жертву неврозу. В качестве примера З. Фрейд привел многочисленные случаи, когда болезнь в силу слабости, трусости, моральных запретов Эго становится оружием человека в борьбе против внешних помех [10].

Схожих взглядов придерживался и А. Адлер, описывая показные роли жертвы, для которых комплекс неполноценности является источником их силы. По его наблюдениям, к осознанию того, что болезнь может быть весьма ценным качеством, приводит неправильное воспитание, основанное на гиперопеке. Человек научается заболеть именно тогда, когда ему этого хочется

и когда необходимо чего-то добиться, а если это становится образом жизни - человек превращается в хронически больного [11].

В работах И.П. Павлова поведение жертвы рассматривается через призму едва ли не «унаследованного рабства души» в результате плохого воспитания [12]. Сходной точки зрения придерживался М.Я. Басов, обращая внимание на вопросы профилактики рабского образа жизни. Жертвой, по мнению автора, может быть как деспот, так и маленький покорный человечек с рабской психологией [13].

К. Хорни [14] описала стратегию «ощущать себя жертвой», которая, по мнению ученой, столь часто используется и прочно укореняется именно потому, что в действительности является наиболее эффективным методом защиты. Она позволяет невротика не только отводить от себя обвинения, но и одновременно обвинять других. При этом жертва опирается на один из самых эффективных механизмов – страдание. Через страдание жертва может предстать «в виде живого укора, что дает ей дополнительные преимущества. С одной стороны, ощущение «я – жертва» становится защитой от ненависти к себе, а потому – стратегической позицией, которую надлежит яростно оборонять. С другой – пассивное вынесение вонне ненависти к себе может провоцировать на плохое обращение с собой (происходит перенос во внешний мир того, что существует во внутреннем). В этом случае человек становится «благородной жертвой», страдающей от опасного и жестокого мира. В целом человек, прибегающий к такой форме защиты, отказывается от своей индивидуальности, но при решении человеческих проблем это оказывается одним из эффективных и выгодных способов [15].

Сходный смысл вкладывал в понимание поведения жертвы и создатель трансактного анализа Э. Берн. Жертва, по мнению Э. Берна, – это манипулятор, разыгрывающий различные роли [16]. При этом игрой Берн называет «последовательность взаимодополнительных, содержащих скрытые компоненты трансакций с заранее предопределенной, легко предсказуемой концовкой». Играя роль жертвы, человек выстраивает жизненный сценарий, в котором люди являются неизбежными пораженцами, они ухитряются терпеть поражение даже в самых выигрышных ситуациях и затрачивают иногда немало изобретательности, чтобы обеспечить себе такой провал [17].

Поведение жертвы, по Э. Фромму [18], про-

является в чрезмерной податливости и конформности. Податливые люди становятся жертвами только благодаря тем, кто хочет осуществить полный контроль над ними, потому что искаленную личность эксплуатировать легче, чем здоровую, слабая личность вызывает жалость, сильная – может дать отпор.

М. Селигман описывал поведение жертвы через понятие «выученной беспомощности» [19], которое определяется как состояние, возникающее в ситуации, когда человек считает, что внешние события от него не зависят, и он ничего не может сделать, чтобы их предотвратить или изменить. Основной характеристикой выученной беспомощности является тенденция к генерализации – появившись в одной ситуации, она распространяется на многие другие сферы деятельности человека, блокируя его активность.

А.А. Ухтомский, развивая учение о доминанте [20], которая является не чем иным, как мощным мотивационным потенциалом поведения человека, писал о том, что человек может легко стать настоящей жертвой своих доминант, когда он предается предубеждениям и предвзятости.

Л.С. Выготский в своих работах [21] определял поведение жертвы явлением «средней компенсации» (включающей реальную и фиктивную компенсацию). Ученый уделяет много внимания существующей системе воспитания, которая и приносит ребенка в жертву его же болезни, ограниченности или же недостатка. Л.С. Выготский отмечал и особенный склад личности людей, являющихся жертвами своих дефектов, который включает в себя противоположные качества: силу и слабость, одаренность и недостаточность. «Если борьба кончается для организма победой, то он не только справляется с созданными дефектом затруднениями, но и поднимается сам в своем развитии на высшую ступень, создавая из недостаточности одаренность, из дефекта – способности, из слабости – силу, из малоценности – сверхценность» [21].

Виктимность, по мнению Е.С. Фоминых [22], довольно прочно закрепляется в поведении, скрывает жизненный потенциал личности, препятствует жить полноценной жизнью. Виктимная личность испытывает дефицит жизнестойкости [23] - интегральной личностной особенности, ответственной за успешность преодоления жизненных трудностей.

И.Г. Малкина-Пых рассматривала виктимность как психологическое расстройство, причиной которого является незавершенность одной

из наиболее важных стадий развития в раннем детстве (по Э. Эриксону) – стадии установления психологической автономии [3]. К наиболее важным характеристикам виктимной личности автор относит: трудности в принятии решений, стремление опереться на советы и поддержку других, перекалывание ответственности, ощущение дискомфорта при отсутствии контактов, беспомощность в ответ на критику или неодобрение, стремление привязать к себе других посредством совершения неприятных для себя, но необходимых для другого поступков, постоянные попытки восстановить положительное отношение к себе других людей, нечеткость в границах Я, безынициативность, страх, агрессия, вина, стыд, зависимость от оценок окружающих, желание быть хорошим, проявление сверхзаботы о другом, роль «мученика», страх одиночества, растерянность, тревожность, отсутствие чувства внутренней значимости, зависимость, «мягкая, но разрушительная эгоцентричность» и др. [3].

М.А. Одинцова [24] выделяет объективные и субъективные факторы виктимизации. Объективные факторы превращения человека в жертву неблагоприятных условий социализации чрезвычайно многообразны, начиная с природно-климатических, экологических условий, особенностей исторического развития, этнокультурной специфики, особенностей социальной, политической, экономической жизни народов и заканчивая техногенными катастрофами, войнами, и другими экстремальными факторами. К субъективным факторам автор относит индивидуальные особенности как на индивидуальном, так и на личностном уровне, от которых зависит субъективное восприятие себя жертвой. Виктимизация на индивидуальном уровне во многом определяется темпераментом и характерологическими свойствами, генетической предрасположенностью к отклоняющемуся поведению. Виктимизация на личностном уровне зависит от многих личностных характеристик, которые в одних и тех же условиях могут способствовать или препятствовать тому, чтобы человек становился жертвой. К таким характеристикам относят степень устойчивости и меру гибкости личности, развитость у нее рефлексии и саморегуляции, ее ценностные ориентации, тип реагирования на трудные и экстремальные ситуации и т. п. [25]. Наряду со стремлением к самосовершенствованию, автор выделяет процесс саморазрушения как разрушение собственных физических, духовных, личностных, социальных свойств, что при-

водит к физической, духовной, социальной деградации и закреплению поведения жертвы.

Е. В. Руденский [9] психологическим механизмом виктимности считал дефицит культурного потенциала развивающейся личности, создающий угрозу ее адаптации, самоактуализации и полноценного социального функционирования. Виктимность в данном случае - это своеобразный психокультурный статус, определяемый дефицитарной деформацией развития личности и включающий ряд признаков: субъективную неудовлетворенность; утрату идентичности вследствие хронического переживания страха, опасений, тревожности, стрессов, фрустраций; дезинтеграцию индивидуальной «Я-системы»; утрату психокультурной автономности; формирование психокультурного конформизма; неадекватное восприятие реальности; неадекватные самопознание, самопереживание и самооценка; снижение толерантности к фрустрации; нарушенную резистентность по отношению к стрессу; патогенную и деструктивную социальную адаптацию; агрессивно-компенсирующее самоутверждение.

На основании анализа различных подходов, М.А. Одинцова [26] выделила следующие психологические особенности виктимного поведения личности:

1) внутренние: негативные (пассивность, зависимость, диффузия идентичности, деформация образа Я, восприятие себя жертвой, депрессивность, зависимость, пессимизм, избегание, покорность, беспомощность, ригидность, инфантильность, враждебность, эгоцентризм, страхи, неуспешность, фрустрированность, рентные установки) и позитивные (одаренность, интуиция, опыт, нравственная справедливость, милосердие, способность принести себя в жертву, скромность, терпимость, углубленная самокритичность, побуждающая к самосовершенствованию, застенчивость, совесть, философски тонкое нравственно глубокое понимание мира и т. п.).

2) внешние: низкий социально-экономический статус личности, группы; стигматизация; негативные стратегии семейного воспитания (непоследовательность, авторитарность, эмоциональная депривация, враждебность и т. п.); условия общественного и государственного управления (тоталитаризм, stalking и т. п.); тип жизненной ситуации.

Применительно к психиатрической практике обоснованность изучения виктимности обусловлена прежде всего значительным спектром на-

рушений личностных особенностей и социального функционирования больных с различными, но особенно с хроническими психическими расстройствами.

В научной литературе широко представлены описания различных проявлений дисфункциональных состояний личности больных шизофренией [27]. При обозначении этих состояний традиционно используется малодифференцированное понятие дефекта личности, механизмы формирования которого до настоящего времени остаются неясными. Среди различных точек зрения представляется оправданным использование социально-психологических подходов, в частности – изучение принципа депривационного виктимизма, как возможного детерминанта дефекта социализации и дефицитарной деформации личности у этого контингента больных. Такой подход делает возможным рассмотрение через призму виктимогенных средовых влияний и личностной виктимности таких негативных симптомов как аутизм, ангедония, отчуждение, гипобулия, асексуальность и др. [1].

В.А. Абрамовым [1] рассматриваются основы социально-психиатрической виктимологии как теории социально-дефицитарного виктимогенеза стигматизированной личности, формирования и развития стигматизационного дефекта, дефицита социальных личностных компетентностей, которые определяют формирование виктимной личности, детерминированной психической депривацией, деформирующей межличностные отношения.

Социально-психологический механизм виктимизации больных с психическими расстройствами определяется взаимодействием внешних и внутренних факторов.

К внешним факторам виктимизации могут быть отнесены дискриминация, институционализация (патернализм, госпитализм, инвалидизация, принуждение и изоляция как формы депривационного психиатрического вмешательства), стигматизация психически больных [1]. В обобщенном виде эти факторы представляют собой виктимогенную среду с многочисленными агрессивными-деструктивными воздействиями на личность больных. Применительно к этому контингенту виктимогенная среда – это социум, навязывающий больному роль жертвы, аутсайдера, маргинальной личности.

Дискриминация. Дискриминация рассматривается как негативное, пристрастное отношение к людям, нарушение их прав или ограничение возможностей на основании наличия у них

психического расстройства или психиатрического диагноза. Нарушения элементарных свобод, отказ от предоставления лицам с психическими расстройствами гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав характерны для многих стран мира, и происходят как внутри медицинских учреждений, так и за их пределами [28].

На уровне сообщества повседневная практика оказания психиатрической помощи, профессионально-трудовой реабилитации и обеспечения пособиями по инвалидности сама по себе исторически сформировалась таким образом, что стала причиной сегрегации и зависимости больных. Такая тактика способствовала навешиванию специфического ярлыка на все потребности больных исходя из того, что любые их нужды вытекают из «психической болезни». В ответ на такие общечеловеческие запросы как потребность в жилье, работе, образовании и социальных связях, пациентам предлагается помощь, ориентированная на лечение. Тем самым подкреплялось мнение, что этих людей скорее следует рассматривать через призму их «дефекта», чем видеть в них полноправных граждан. Принято выделять прямую и структурную, бытовую и институциональную дискриминацию. Прямая дискриминация охватывает случаи, когда люди с проблемами психического здоровья страдают от негативного отношения к ним окружающих и связанного с ним поведения. К основным дискриминационным проблемам, с которыми сталкиваются психически больные, это трудности в поиске жилья, безработица, негативное отношение работодателей и коллег, трудности в получении образования, низкая вероятность вступить в брак и высокая вероятность его расторжения, отчуждение со стороны родственников и друзей, низкое качество общемедицинской помощи, высокий риск суицидов и насилия [28].

Структурная дискриминация – ограничение прав и возможностей больных на государственном уровне (законы, постановления, инструкции), в частности, отношение к оказанию психиатрической помощи как к неприоритетной сфере медицинской деятельности с соответствующим уровнем ее финансирования. Как структурную дискриминацию можно рассматривать перманентное сокращение числа психиатрических коек без альтернативного совершенствования форм внебольничной психиатрической помощи [28].

Бытовая дискриминация подразумевает негативно пристрастное отношение к психически больным со стороны отдельных лиц или малых

общественных групп. Бытовая дискриминация и стигматизация людей с психическими расстройствами, психиатрическими диагнозами носят масштабный характер; они нередко приводят к развитию у человека комплекса неполноценности, ущербности, к социальной изоляции его семьи, чувству неловкости близких перед окружающими за его расстройство [29, 30, 31, 32].

Институциональная дискриминация подразумевает дискриминацию, имеющую место со стороны большой группы, общества, организации или социального института по отношению к больным с психическими расстройствами. Институциональная дискриминация может происходить в системе образования, коммерческих и производственных организациях, правовой, судебной системе и т.п. [33].

Дискриминация в отношении психически больных, как форма крайне выраженного негативного к ним отношения – это стереотипный набор негативных социальных реакций, нарушающих (ограничивающих) их свободы и права. Такое непосредственное или скрытое давление на пациента может исходить от медперсонала, семьи, формального микросоциального окружения, общества и государства.

В основе процесса дискриминации лежит стремление общества сохранить социальную дистанцию по отношению к психически больным, которое сопровождается целым рядом социальных ограничений, заключающих в себе стрессогенные нагрузки. Это касается как законодательных мер, так и ограничений в различных сферах жизнедеятельности больных (структурная дискриминация). Структурная дискриминация является прямым следствием многочисленных негативных эффектов от контакта пациента с психиатрической службой и предубежденно настроенным микросоциальным окружением [34].

Пребывание в психиатрической клинике, амбулаторный учет по месту жительства автоматически ограничивают социальную деятельность человека, пережившего психотический эпизод. Возникает ряд запретов, клеймящих этого человека как неполноценного и потенциально-опасного, требующего общественного надзора. Сегодня существует широко разветвленная социальная сеть, осуществляющая такой надзор: от амбулаторного наблюдения и содержания в психиатрической клинике до освидетельствования на инвалидность и социальной опеки. Необходимость данной сети не вызывает сомнений из-за тяжести и, нередко, дезадаптирующего

характера заболеваний. С другой стороны, процедура надзора оказывается меткой социальной несостоятельности: общество берет на себя ответственность за больного (патернализм), уничтожая его право на свободный выбор собственной судьбы, подвергая его дискриминации [34].

Госпитализм. Госпитализм – это своеобразный комплекс изменений адаптивных ресурсов личности и усвоения дезадаптивных паттернов социального функционирования, формирующийся в условиях длительного пребывания пациента в однообразных условиях психиатрического стационара. В более широком смысле госпитализм – это состояние патологической адаптации, возникающее у пациента под влиянием совокупности факторов, привнесенных в его жизнь болезнью [1] (институционализм, синдром хронической десоциализации).

Длительное содержание больных с психическими расстройствами в психиатрическом стационаре порождает сложный комплекс отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни «среднестатистического» пациента общепсихиатрического отделения характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью [35].

Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества, как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистическое отношение персонала и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у пациентов феномена «заученной негибкости», представляющего собой общее нарушение социальных навыков преодоления. Для многих хронически инвалидизированных пациентов среда их длительного обитания и жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, приобретают черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается снижение «эмоциональной силы», формируется чувство зависимости, происходит «заталкивание» их в группу маргинальных личностей. Наиболее негативное влияние на общее впечатление от пребывания в психиатрической больнице оказывают изоляция, невозможность самореализации, удовлетворения общечеловеческих потребностей, ощутить свою принадлежность к какому-нибудь сообществу [35]. Агрессивная социальная среда, хронические социальные зат-

руднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения с чувством беспомощности как по отношению к непосредственному окружению и медицинскому персоналу, так и по отношению к себе, что способствует формированию виктимности.

Законодательством допускается применение при оказании психиатрической помощи мер изоляции и физического ограничения. При госпитализации в психиатрическую больницу пациент как субъект психиатрического вмешательства выступает и как субъект изоляции или посягательств на неприкосновенность личной жизни и достоинство личности. Изоляция – это не только крайний вариант «лечебного» ограничения жизненного пространства, это и осознание пациентом своей неблагонадежности и полной зависимости от окружающих. Практика оказания психиатрической помощи связана с феноменами физической, социальной и психологической изоляции. Физическая изоляция нарушает право на физическую неприкосновенность (свободу) личности, выбор местопребывания. Психологическая изоляция нарушает право на неприкосновенность внутреннего мира личности, возможность самореализации, сводит многочисленные социальные роли к выполнению роли зависимого пациента. Социальная изоляция предполагает сужение пространства активной жизни личности, ее пребывание в «агрессивной» социальной среде стационара, а также постепенное дистанцирование пациента от системы его поддержки (друзья, родственники, соседи) и самоизоляции от окружающих. Пребывание в условиях изоляции исключает возможность сотрудничества с пациентом как главным условием его реабилитации и социальной интеграции [35].

Принуждение (притеснение) в психиатрической практике является умышленным или санкционированным законом и традициями, или противоправным воздействием на пациента, которое осуществляется путем физического и/или психического насилия с целью заставить его или совершить какие-либо действия, либо воздержаться от их совершения. Диапазон принуждения достаточно широк – от ситуаций получения «суррогатного согласия» [36] и недобровольного освидетельствования психиатром и госпитализации в психиатрическую больницу до механической фиксации и принудительного введения лекарств.

Способами осуществления принуждения являются насилие и угроза его применения. Раз-

личают вербальное, физическое, психическое, эмоциональное насилие, которому пациенты могут подвергаться на различных этапах психиатрического вмешательства. В любом случае принуждение подавляет волю и может повлечь причинение вреда здоровью, ограничение свободы волеизъявления или действий пациента [37].

Стигматизация. Помимо этого, 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. В психиатрической практике стигма является свидетельством негативного отношения к людям только на основании их принадлежности к определенной, наделяемой отрицательными качествами группе (психически больные), которая выделяется как отдельная категория людей [34].

Стигма процессуально связана с целым рядом социально-психологических и клиничко-психопатологических феноменов, интегрированных в различные составляющие качественной психиатрической помощи. Как крайне негативный признак, она лежит в основе стигматизации или процесса выделения, обесценивания и отчуждения обществом особой «категории» больных с психиатрическим диагнозом [1].

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире [38] в разделе «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» подчеркивается, что стигма – «это клеймо стыда, позора или неодобрения, которое ведет к отторжению, дискриминации и изгнанию отдельного человека от участия в целом ряде видов деятельности общества». Стигма подрывает доверие к тому, что психические расстройства – это расстройства состояния здоровья, которые поддаются лечению. Она заставляет людей избегать общения, принятия на работу или совместной работы, мешает проживанию с людьми, наблюдающимся у психиатров. Стигма как виктимизирующий фактор трагическим образом лишает людей их достоинства, полноценного участия в жизни общества, является серьезным препятствием для личностного развития и социальной интеграции больных.

Многие компоненты психиатрической помо-

щи вызывают у пациентов негативную реакцию в виде душевных страданий. Даже обращение за психиатрической помощью в условиях современной институциональной, стигматизирующей, дискриминирующей виктимогенной системы приводит к переживаниям стыда, позора, обиды, несправедливости, унижения достоинства, то есть наносит серьезный ущерб ведущим моральным ценностям личности, входящим в ее мировоззрение, в систему личностных смыслов, способствует формированию кризиса идентичности с высокой вероятностью девиантного поведения, являясь, по существу, фактором виктимизации [1].

При госпитализации в психиатрический стационар больные переживают экзистенциальные чувства тревоги, вины, страха, утраты свободы действовать (осуществлять выбор) и свободы быть (чувства бытия, идентичности, автономии), безнадежности. Эти нравственные страдания затрагивают внутренний мир личности, способствуя восприятию пациентом себя в качестве жертвы. При оказании психиатрической помощи это может выражаться в моральных переживаниях в связи с фактом госпитализации (изоляции) в психиатрическую больницу, установлением психиатрического диагноза, «агрессивной» средой отделения (в части соблюдения прав и ценностных подходов к пациенту), нарушениями нормальных жизненных связей, невозможностью продолжения активной общественной жизни, зависимой позицией и другими факторами морального характера [37].

Таким образом, виктимизирующих факторов при оказании психиатрической помощи множество: принуждение, изоляция, меры физического стеснения, стигматизация, дискриминация и т.п. Пребывание больных в стационарных условиях (особенно длительное) порождает сложный комплекс реципрокных отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни большинства больных общепсихиатрических отделений характеризуется неудовлетворенностью различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью. Виктимизации в этих случаях способствует сочетание проявлений жестокого обращения и унижения личного достоинства больного. Однообразие жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества, как отстраненность, покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем, повышая риск виктимизации,

чему способствуют патерналистское отношение персонала, недостаток социальной поддержки и другие внешние виктимизационные факторы.

В качестве методологической основы исследования внутренних факторов виктимизации больных с психическими расстройствами могут быть положены психологические механизмы клинически определяемых личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. К ним, прежде всего, относятся психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, в том числе, осознания болезни, ценностно-смысловой и мотивационной сферы больных, под влиянием которых формируются предопределяющие и отражающие роль жертвы стратегии поведения. Формирующийся на этой основе синдром виктимности представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека в виде дефицита компетентностей и, в целом, потенциала адаптивности, трансформирующегося в социально-дефицитарную уязвимость личности с риском критического социального функционирования [1].

Ценностно-смысловые ориентации личности, развивающиеся в процессе социализации под влиянием культурно-исторических условий, определяют центральную позицию личности, оказывают влияние на направленность и содержание ее социальной активности, на общий подход к окружающему миру и самой себе. Ценностно-смысловая сфера личности в широком смысле чаще всего понимается как система личностных смыслов и отношений к различным явлениям действительности, которая выступает регулятором процессов жизнедеятельности, и включает ряд структурных компонентов и содержательных характеристик [39].

Изучение особенностей смыслообразования при шизофрении [40] позволило выделить следующие изменения у этой группы больных. Во-первых, для них характерно снижение смыслообразующей и побудительной функции мотивов, проявляющееся в том, что осознание важности тех или иных вещей не ведет к тому, что больные строят на этой основе свои действия. Во-вторых, для них характерно сужение круга смысловых образований, сужение круга значимого. М.М. Коченов и В.В. Николаева [41] говорят в этой связи о снижении подвижности и гибкости мотивационной сферы, естественная устойчивость которой перерастает в полную неподвижность, а новые события в жизни часто вообще не приобретают личностного смысла. Наконец, в ряде случаев наблюдается парадоксальная

фиксация определенного круга смыслов, которые при взгляде со стороны не кажутся действительно важными. У больных шизофренией происходит нарушение внутренней иерархии мотивационной сферы, в результате чего многие ранее имевшие глубокий личностный смысл явления отступают на задний план, а наибольший смысл приобретают менее существенные и второстепенные.

Близкие изменения в мотивационной сфере больных шизофренией выявлены В.В. Болтенко [27]: сужение мотивационной сферы, обеднение интересов при наличии одного жестко закрепленного, иногда гипертрофированного интереса, резкий перелом интересов с изменением направленности личности в целом и распад мотивов с широкой сферой интеграции и сохранение лишь ситуативных мотивов. Указанные изменения имеют тенденцию усугубляться. По мере нарастания дефекта личности сужается круг реально действующих мотивов, обедняя тем самым деятельность больных. В свою очередь, оскудевающая деятельность больных оказывает обратное влияние на структуру мотивационной сферы. Формирования новых мотивов с оскудением деятельности не происходит.

Изменения смысловой сферы у больных шизофренией затрагивают не только мотивы. Одной из характерных психологических особенностей больных с негативной симптоматикой является наличие установки на самоограничение, которая проявляется, в частности, в отсутствии ориентации на социальную норму, малоподвижности уровня притязаний, преобладании защитных форм поведения и др. [42]. В ситуации решения творческих задач при невозможности применения стандартных средств решения больные фиксируются на непродуктивном переживании конфликта, которое заменяет у них полноценную рефлексию; возникающее затруднение переживается ими как фатальное [43].

Наиболее специфичны изменения смысловой сферы, наблюдаемые при параноидных состояниях. В этом случае возникающий сверхзначимый патологический мотив настолько «искривляет пространство» картины мира, что возникает порочный круг самоподкрепляемой искаженной интерпретации действительности через призму этого мотива.

При шизофрении ведущим компонентом психопатологического синдрома являются нарушения потребностно-мотивационных характеристик регуляции психической деятельности и поведения. Нарушение этого ведущего компонента про-

является в снижении социальной направленности личности, что является основным интегративным, смыслообразующим качеством личности, ее ядром [44]. Изменяя психическую деятельность человека, болезнь при определенных условиях приводит к изменению личностного компонента. Происходит формирование новых мотивов, изменяются соотношения потребностей, мотивов, их содержание и иерархия.

Понятие копинг-поведения подразумевает индивидуальный способ совладания субъекта с затруднительной ситуацией в соответствии с ее значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами или психологическое преодоление. Психологическое преодоление, в свою очередь, обозначает когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса. Активная форма копинг-поведения или активное преодоление являются целенаправленным устранением или изменением влияния стрессовой ситуации, ослаблением стрессовой связи личности и окружающей среды. Пассивное копинг-поведение или пассивное преодоление определяются как интрапсихические способы совладания со стрессом с использованием различного арсенала механизмов психологической защиты, которые направлены на редукцию эмоционального напряжения, а не на изменение стрессовой ситуации [45].

Преобладающие стратегии поведения у пациентов, страдающих шизофренией, оказывают существенное влияние на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания, вероятность рецидивов [46]. Доказано, что способность эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями снижается у пациентов с дефицитом навыков социального и проблемно-решающего поведения, они часто применяют неадаптивные варианты копинг-поведения [47, 48].

В современной психопатологии феномен осознания болезни представлен концепцией инсайта [49], который определяется как формирование у пациента адекватных суждений о себе и своем душевном состоянии, совпадающих с культур-

но-социальной реальностью сообщества, частью которого он является. Таким образом, инсайт – это адекватная оценка собственного болезненного состояния в соответствии с заключением специалистов, а нарушение инсайта – это нереалистичное представление о себе и собственном состоянии при полном или частичном отрицании медико-социальных суждений о своем психическом здоровье. Суммируя имеющиеся данные относительно структуры инсайта можно выделить следующие его аспекты: осознание наличия психического расстройства, осознание симптомов психического расстройства, понимание причин (психического расстройства в целом, отдельных симптомов заболевания, реакции окружающих на болезнь, эффектов лечения), осознание динамики заболевания (изменений симптоматики с течением времени), осознание социальных последствий заболевания, осознание эффектов медикаментозного лечения, осознание необходимости лечения, осознание восприятия психической болезни третьими лицами.

Показано, что в основе виктимизации больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с осознанием себя как жертвы неблагоприятных условий для полноценной социализации и риска утраты субъективного статуса, обусловленных «жизнью с болезнью» и парциальной или тотальной депривацией личности.

Однако эмпирических исследований, направленных на изучение проблем виктимности и виктимизации больных шизофренией как жертв неблагоприятных условий социализации, не проводилось. В то же время, разработанные в социально-психологической виктимологии методологические подходы к изучению феноменов виктимности и виктимизации могут быть использованы при изучении клинико-психологических и клинико-социальных особенностей больных шизофренией, как лиц, подвергающихся стигматизации и самостигматизации негативными обстоятельствами «жизни с болезнью».

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ МЕХАНИЗМОВ ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: жертва, виктимология, виктимность, шизофрения

В статье рассматривается сущность виктимности как интегративного свойства личности. Приведены основные существующие на данный момент представления о внутренних и внешних механизмах, обуславливающих формирование виктимности различного типа. На основании анализа литературных данных выдвинуто предположение о существовании внешних (дискриминация, институционализация - патернализм, госпитализм, инвалидизация, принуждение и изоляция как формы депривационного психиатрического вмешательства; стигматизация психически больных) и внутренних (особенности ценностно-смысловой сферы, жизнестойкость, особенности мотивационной сферы, сформированность тех или иных копинг-стратегий, степень инсайта) факторов виктимизации больных шизофренией. В качестве методологической основы исследования виктимизации больных шизофренией могут быть положены теоретические положения, раскрывающие психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, ее ценностно-смысловой и мотивационной сферы, под влиянием которых формируются предопределяющие и отражающие роль жертвы стратегии поведения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 2 (36). — С. 62-72).

Boychenko A.A.

METHODOLOGICAL APPROACHES TO ASSESSMENT OF VICTIMIZATION MECHANISM OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: victim, victimology, victimization, schizophrenia

The article examines the essence of victimization as an integrative personality attribute. The main existing at the time of submission internal and external mechanisms that determine the formation of different types of victimization are provided. Based on the analysis of the literature data was suggested the existence of external (discrimination, institutionalization - paternalism, hospitalism, disability, coercion and isolation as a form of deprivation of psychiatric intervention; stigmatization of the mental illness) and internal (features of the value-semantic sphere, vitality, the motivational sphere, coping strategies, a degree of insight) victimization factors of patients with schizophrenia. As the methodological basis of the study of victimization of patients with schizophrenia can be put theoretical principles that reveal the psychological aspects of the self-consciousness and identity, its value-semantic and motivational sphere, which are formed under the influence of predetermining and reflecting the role of the victim's behavior strategies. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 2 (36). — P. 62-72).

Литература

1. Абрамов В.А. Шизофрения, стигма, Я: Монография / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, В.Ал. Абрамов – Донецк: ФЛП Чернецкая Н.А., 2016. – 436 с.
2. Мудрик А.В. Человек в процессе социализации: три ипостаси / А.В. Мудрик // Вестник ПСТГУ, IY, Педагогика. Психология. – 2009. - №3 (14). – С. 7 - 16.
3. Малкина-Пых И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы / И.Г. Малкина-Пых. - М.: Эксмо, 2010. – 864с.
4. Вишневецкий К.В. Виктимизация: факторы, условия, уровни / К.В. Вишневецкий // Теория и практика общественного развития. - 2014. - № 4. – С. 226 - 227.
5. Христенко В.Е. Психология поведения жертвы: учебное пособие / В.Е. Христенко. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. – 416 с.
6. Гентиг, Г. Преступник и его жертва / Г. Гентинг. – Нью-Йорк, 1948. – 367 с.
7. Ривман Д.В. Криминальная виктимология / Д.В. Ривман - СПб.: Питер, 2002. – 304 с.
8. Франк Л.В. Виктимология и виктимность / Л.В. Франк. - Душанбе: РИСО ТГУ. – 1973. -№2. - С. 262-264.
9. Руденский Е.В. Дефект социализации личности как базовая категория виктимологии образования / Е.В. Руденский. - Новосибирск, 2004. – 120 с.
10. Фрейд З. Введение в психоанализ / З. Фрейд. - СПб.: Лениздат, 2012. – 544 с.
11. Адлер А. Понять природу человека / А. Адлер. - СПб.: Академический проект, 1997. – 256 с.
12. Павлов И.П. Рефлекс свободы / И.П. Павлов. – СПб.: Питер, 2001. – 448с.
13. Басов М.Я. Избранные психологические произведения / М.Я. Басов. - М.: Педагогика, 1975. – 432 с.
14. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / К. Хорни. - М.: Айрис-Пресс, 2004. – 208 с.
15. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самоосуществление / К. Хорни. - Киев: PSYLIB, 2006. – 318 с.
16. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. - М.: Эксмо, 2008. – 576 с.
17. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия / Э. Берн. - СПб.: Братство, 1992. – 224 с.
18. Фромм Э. Может ли человек преобладать / Э. Фромм. - М.: АСТ, 2000. – 400 с.
19. Селигман М. Новая позитивная психология. Новый взгляд на счастье и смысл жизни / М. Селигман. - М.: София, 2006. – 368 с.
20. Ухтомский А.А. Доминанта. Статьи разных лет. 1887–1939 / А.А. Ухтомский. - СПб.: Питер, 2002. – 448 с.
21. Выготский Л.С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский. - СПб.: Лань, 2003. – 654 с.
22. Фоминых Е.С. Психологические механизмы виктимности / Е.С. Фоминых // Концепт. - 2014. - № 5. – С. 54 – 61.
23. Maddi S.R. Hardiness considered across cultures / S. R. Maddi, R.H. Harvey // Handbook of multicultural perspectives on stress and coping. NY: Springer. - 2005. -PP. 403-420.
24. Одинцова М.А. Субъективные и объективные факторы виктимизации россиян и белорусов / М.А. Одинцова // Психологические исследования. - 2012. - № 1(21). - С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 21.09.2016).
25. Мудрик А.В. Человек – объект, субъект и жертва социализации / А.В. Мудрик // Известия РАО. - 2008. - № 8. - С. 48–57.
26. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости / М.А. Одинцова. –М.: Флинта, 2015. – 201с.
27. Болтенко В.В. Патопсихологическое исследование студентов, больных шизофренией / В.В. Болтенко // Патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. - М.: Изд-во У РАО, 1998. - С. 204 – 209.
28. Синнемяки А. Пособие по обеспечению равноправия и борьбе с дискриминацией на рабочем месте / А. Синнемяки // Министерство занятости и экономического развития Финляндии, Хельсинки, 2009. – 15 с.
29. Гурович И.Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией / И.Я. Гурович, Е.М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - № 3. – С. 5 - 8.
30. Sayce L. Strategies to reduce social exclusion for people with mental health problems / L. Sayce, L. Measey // Psychiatric Bulletin, 1999. - № 23. – С. 65-67.
31. Некрасов М. А. Научное обоснование совершенствования региональной службы психического здоровья / М.А. Некрасов // Автореф. дис. на соиск. уч. степ.

доктора мед. наук. – М., 2008. – 28 с.

32. Lawrie S.M. Stigmatisation of psychiatric disorder / S.M. Lawrie // *Psychiatric Bulletin*, 1999. - № 23. – PP. 129 - 131.

33. Мацумото Д. Психология и культура: Современные исследования /Д. Мацумото. - СПб.: Прайм-Евразия, 2002. — С. 88 -89.

34. Систематизація передумов і механізмів формування стигми у хворих на психічні розлади / В.А. Абрамов [и др.] // *Методические рекомендации*. - Донецк, 2012. – 28 с.

35. Госпитализм у хворих на шизофренію / В.А. Абрамов [и др.] // *Методические рекомендации*. - Донецк, 2007. – 16 с.

36. Критерії добровільної згоди під час надання психіатричної допомоги / В.А. Абрамов [и др.] // *Методические рекомендации*. - Донецк, 2012. – 20 с.

37. Етико-правові підходи до оцінки мір і ризику завдання шкоди хворому під час психіатричного втручання / В.А. Абрамов [и др.] // *Методические рекомендации*. - Донецк, 2012. – 31 с.

38. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. - ВОЗ, Женева, 2001. – 243 с.

39. Одинцова М.А. Ценностно-смысловая сфера лиц разного виктимного типа/ М.А. Одинцова, Н.Ю. Чернобровкина – М.: Флинта, 2014. – 181с.

40. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности / Б.В.Зейгарник – М.: Изд-во МГУ, 1971. - 100 с.

41. Коченов М.М. Мотивация при шизофрении / М.М. Коченов, Николаева В.В.- М.: Изд-во МГУ, 1978. - 88 с.

42. Зейгарник Б.В. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией / Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова // *Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова*. – 1985. - № 12. – С. 123-131.

43. Зейгарник Б.В. Саморегуляция в норме и патологии / Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, Е.С. Мазур // *Психологический журнал*. – 1989. - № 2. – С. 73-81.

44. Критская В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков - М.: Изд-во МГУ, 1991 - 256 с.

45. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. - Донецк, «Каштан», 2009. – 583с.

46. Ряполова Т.Л. Особенности копинг-поведения больных с манифестным эпизодом шизофрении / Т.Л. Ряполова // *Медицинская психология*. – 2011. - № 2. – С. 39 – 44.

47. Исаева Е.Р. Исследование копинг-поведения у больных малопрогредиентной шизофренией и невротами / Е.Р. Исаева, Г.Л. Исурнина, Е.В. Кайдановская и др. // *Обзор психиатрии и мед. Психологии им. В.М. Бехтерева*. - 1995. - № 3 - 4. - С. 98 - 101.

48. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: автореф. дис. канд. психол. наук. - СПб., 1999. - 21 с.

49. Иржевская В.П. Проблема инсайта в современной психологии / Г.Е. Рупчев, А.Ш. Тхостов, М.А. Морозова // *Вопросы психологии*. - 2008. - № 2. –С.143-151.

Поступила в редакцию 14.10.2016