

УДК: 616.895.8-008.441.45:159.92

*Абрамов В.Ал.***ОСОБЕННОСТИ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ ЛИЧНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ САМОСТИГМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, стигматизация, самостигматизация

В рамках целостного понимания природа шизофрении рассматривается не просто как одно из сложных и тяжелых заболеваний, но и как фундаментальное нарушение основ человеческого бытия [1,2]. Шизофрения является самым человеческим из страданий, в которой обнаженной выступает основа человека, его способность экзистировать, быть открытым опыту, понимать себя и мир, быть свободным, самоосуществляться [3].

Стигма в МКБ-10 идентифицируется как хроническое изменение личности после психической болезни (F62.1). Это изменение личности обусловлено травмирующими переживаниями, связанными со страданием из-за тяжелой психической болезни, и характеризуется ригидным и дезадаптирующим типом переживаний и функционирования, ведущим к длительному нарушению в межличностной, социальной и профессиональной сфере и субъективному дистрессу. Эти изменения связаны с переживанием психической болезни как эмоционально-стрессовой реакции, ведущей к разрушению индивидуального образа «Я». В их возникновении и усилении уровня стресса, ощущаемого личностью, существенную роль играют личностные позиции или реакции по отношению к больному со стороны других людей.

К основным клиническим признакам относятся симптомы, традиционно выделяемые как признаки само-стигмы; чрезмерная зависимость от других; убежденность в измененности или стигматизированности вследствие болезни, ведущая к неспособности формировать и поддерживать тесные и доверительные личностные отношения и к социальной изоляции; пассивность, снижение интересов и вовлеченности в занятия досуга; значительное снижение социального и трудового функционирования.

Этот процесс (принятия стигмы, самостигматизации) имеет определенный механизм развития и включает ряд последовательных эта-

пов, приводящих к деидентификации больного с категорией здоровых, отнесению себя к когорте психически больных, дистанцированию от общества. Базовыми проявлениями этого являются переживания самоотчуждения, смыслоутраты и, в конечном счете, распад идентичности личности и формирование новой (девиантной, маргинальной) субидентичности [4,5,6,7,8,9,10].

Следует однако отметить, что и в определениях, и при описании структурно-содержательных характеристик самостигматизации больных шизофренией отсутствует глубокий анализ особенностей распада идентичности на личностном и социальном уровнях при переходе от стигматизации извне к самостигме и создании больным образа себя и окружающего мира. Лишь немногие исследования посвящены поиску причин и механизмов, формирующих восприимчивость к стигме и приводящих к деструктивным изменениям идентичности личности и личностных ресурсов у больных шизофренией [11,12,13].

Известно, что неотъемлемым компонентом расстройств психотического круга является искаженное, дефицитарное, дезинтегративное переживание себя или нарушение идентичности личности. Различными авторами отмечается качественное своеобразие Я-концепции больных шизофренией, в частности, заниженная и неадекватная самооценка, слабая структурированность образа Я, искаженное отраженное Я, нарушение границы собственного Я, низкий уровень активности, слабая мотивация к социальным контактам [14,15]. Принято считать, что дезинтеграция сложившейся до болезни идентичности личности, на основе которой формируется активное, действующее экзистенциальное Я, в частности, процессы самореализации, самоэффективности и самоконтроля, является основным механизмом самостигматизации больных шизофренией [16].

Эти изменения Я-концепции или идентичнос-

ти личности являются универсальным признаком, лежащим в основе разнообразных нарушений психосоциальной адаптации больных, их способности к адекватному функционированию, снижения качества жизни [17,18]. Эти авторы показали, что при кризисе идентичности разрушает-

ся способность к самореализации, как необходимого условия активного участия пациента в реабилитационном процессе.

Цель исследования: изучить особенности дезинтеграции личности в процессе формирования самостигмы у больных шизофренией

### Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 120 пациентов больных шизофренией. Испытуемые были поделены на 2 группы. В основную группу (n=80) вошли пациенты с длительностью заболевания от 3 до 5 лет, группу сравнения (n=40) составили пациенты впервые обратившиеся за психиатрической помощью.

Для оценки субъективного отчуждения, нами использовался опросник субъективного отчуждения (ОСОТЧ) С. Мадди в адаптации Е.Н. Осина. Методика направлена на измерение переживания индивидом отчуждения с опорой на концепцию экзистенциального невроза С. Мадди. В основу методики положена концепция отчуждения С. Мадди, в которой под отчуждением понимается субъективное ощущение утраты смысла в какой-либо деятельности или сфере жизни. Им выделены 4 формы отчуждения: 1) вегетативность – неспособность поверить в истину, важность или ценность любой реально осуществляемой или воображаемой деятельности. Вегетативность является наиболее тяжелой формой отчуждения; 2) бессилие – утрата человеком веры в свою способность влиять на жизненные ситуации, однако, при сохранении ощущения их важности, что позволяет считать бессилие менее серьезной формой отчуждения, нежели вегетативность; 3) нигилизм – убеждение в отсутствии смысла и активность, направленная на его подтверждение путем занятия деструктивной позиции. Эта форма включает в себя переживание некоторого «антисмысла» - и связана с активностью по его реализации, что позволяет считать нигилизм менее серьезной формой отчуждения; 4) авантюризм – поиск жизненности, вовлеченности в опасных, экстремальных видах деятельности, в силу переживания бессмысленности в повседневной жизни. Эта форма отчуждения является наименее серьезной, поскольку связана с активностью, поиском новых ощущений.

ОСОТЧ состоит из 60 утверждений, каждое из которых измеряет убеждение, соответствующее проявлению одной из 4 форм отчуждения в одной из 5 сфер жизни. Согласие с каждым из утверждений испытуемым предлагается оце-

нить по процентной шкале (0-100%). Опросник содержит 9 субшкал, измеряющих отчуждение в форме вегетативности, бессилия, нигилизма, авантюризма, отчуждение от работы, от общества, отчуждение в межличностных отношениях, от семьи и отчуждение от самого себя. Балл по субшкале рассчитывается как среднее по входящим в нее утверждениям; общий показатель отчуждения рассчитывается по всем 60 утверждениям. Методика прошла все этапы валидизации и стандартизации.

При подведении итогов и интерпретации результатов исследования учитывались следующая типология выраженности отчуждения:

1) «Абсолютное отчуждение» - значение коэффициента общего отчуждения или в отдельно взятой сфере от 70 до 100 пунктов.

2) «Относительное отчуждение» - значение коэффициента общего отчуждения или в отдельно взятой сфере от 40 до 69 пунктов.

3) «Мнимое отчуждение» - значение коэффициента общего отчуждения или в отдельно взятой сфере от 0 до 39 пунктов.

Для оценки уровня интеграции идентичности использовался оригинальный опросник для определения уровня интеграции и профиля идентичности (В.А. Абрамов, 2011), который позволил выделить три уровня интеграции идентичности: 1) целостно-дифференцированный уровень; 2) диффузно-фрагментарный уровень; 3) уровень спутанности или кризис идентичности личности.

Целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности. Этот уровень интеграции идентичности предполагает наличие баланса динамичности-статичности, а также высокий уровень дифференцированности и целостности. Высокая степень дифференцированности предполагает осознание и выделение многих сторон и качеств своего Я. Целостность означает переживание внутреннего единства, несмотря на кажущуюся разнородность качеств Я. Целостность образа Я зависит от особенностей сознания рефлексии себя: чем выше уровень рефлексии себя, чем шире и богаче то содержание, с позиций которого человек осуществляет рефлекс-

сию себя, тем устойчивее его Я, тем сохраннее целостность личности. Таким образом, “целостно-рефлексивное Я”, как переживание человеком своей универсальности и бесконечности, своего тождества с миром представляют собой стержень целостности личности.

Диффузно-фрагментарная идентичность. Диагностика дезинтегративных статусов идентичности личности осуществлялась в случае нарушения баланса модальностей динамичности-статичности, либо низкой степени дифференцированности т.е. диффузности и низкой степени целостности (фрагментарности). Образ Я при этом становится либо чрезмерно изменчивым, либо статичным, диффузным, либо фрагментарным. Образ Я и образ Другого при таком варианте нарушения идентичности неструктурированный, размытый. Человек плохо представляет и осознает кто он такой, какой он. Пациенты с диффузной идентичностью затрудняются говорить о качествах своего Я и других людей, дают им очень нечеткие и неконкретные характеристики. И в реальных отношениях границы между Я и Другим размыты.

К основным критериям диффузно-фрагментарной идентичности относятся: закрытость, неспособность или нежелание выдавать значимую информацию о себе; неудовлетворенность собой и своими возможностями, сомнения в способности вызывать уважение; ожидание субъектами того, что личность, характер и деятельность не способны вызывать в других уважение, симпатию, одобрение и понимание; переоценка своего духовного Я, сомнения в ценности собственной личности, отстраненность, граничащая с безразличием к своему Я, потеря интереса к своему внутреннему миру; отсутствие дружеского отношения к себе, согласия с самим собой, одобрения своих планов и желаний; наличие внутренних конфликтов, сомнений, несогласий с собой, тревожно-депрессивных состояний, сопровождаемых переживанием чувства вины; самообвинение, готовность поставить

себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки.

Спутанная идентичность (кризис идентичности). Кризис идентичности определяется как несоответствие сложившейся к данному моменту структуры идентичности изменившемуся контексту ее существования. Однако, в отличие от возрастных конструктивных, потенциально нормативных кризисов, кризис идентичности у больных шизофренией субъективно не переживается как состояние поиска новых возможностей и решения возникающих проблем, не приводит к достижению новой идентичности, более адекватной текущему опыту. 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 [16]. Базовой предпосылкой формирования кризиса индивидуальной идентичности является невозможность индивида соотнести внутренний мир с внешним в ситуации «множащегося многообразия» [19].

Все категории идентичности отличались низким качеством функционирования: идентичность диффузная, Я и объект-репрезентации не дифференцированы, слиты, способность различать себя и другого, внешнюю и внутреннюю реальность отсутствует или сильно снижена. Преобладают примитивные защитные механизмы (отрицание, проекция). Способность к оценке реальности отсутствует или сильно искажена. Утрачивается способность как понимания социальных норм, так и к эмпатическому проникновению во внутренний мир другого человека. Это проявляется в утрате способности к проверке реальностью, а также в искаженном понимании внутренних переживаний другого человека. Первое выражается в совершении неадекватных поступков, второе в пренебрежении интересами других.

### Результаты исследования и их обсуждение

При анализе эмпирических данных об уровне интеграции идентичности у больных шизофренией с различной выраженностью самостигмы мы учитывали, что структура идентичности включает в себя когнитивный компонент (осознанная самоидентификация); аффективный компонент - отношение к себе и своему групповому членству и смысловой компонент - ценности и установки. Качественные характеристики этих

компонентов оценивались полярными признаками: дифференцированность - диффузность; целостность - фрагментарность (расщепление); стабильность - ситуативность; объективное восприятие Я - восприятие Я не основанное на реальности; высоко развитые навыки саморегуляции - слабо развитые навыки саморегуляции.

Динамика идентичности изучалась в контексте оценки уровня интеграции идентичности, ко-

торый представляет собой совокупность идентификационных процессов, определяющих тип интеграции системы Я - репрезентаций больных шизофренией [18].

Таким образом, трансформация идентичности личности или кризисное изменение идентичности характеризуется потерей чувства самого себя, невозможностью приспособиться к собственной роли в сложившейся в результате бо-

лезни ситуации, ощущением потери контроля над собственной жизнью, дезинтеграцией самости. При наиболее пессимистическом варианте его развития происходит полное разрушение существующего представления о себе и утрата способности действовать.

Полученные нами данные об особенностях интеграции идентичности личности у больных шизофренией представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Уровень интеграции идентичности у больных шизофренией в зависимости от длительности болезни**

Уровень интеграции идентичности	Основная группа N=80		Группа сравнения N=40	
	Абс.	%	Абс.	%
Целостно-дифференцированный	6	7,5	28	70,0
Диффузно-фрагментарный	56	70,0	12	30,0
Спутанный (отчуждение, кризис идентичности)	18	22,5	-	-

Как видно из таблицы 1, у 80,0% больных шизофренией после первого психотического эпизода сохраняется целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности и только у 20,0% он снизился до уровня диссоциированного или диффузно-фрагментарного. Кризиса идентичности мы не наблюдали ни у одного из больных этой группы.

При рецидивной динамике болезни с относительно непродолжительной: ее длительностью, но с достаточно интенсивными формами традиционного психиатрического вмешательства значительно сокращается число больных с целостно-дифференцированным уровнем интеграции идентичности и значительно нарастает количество пациентов с дезинтегрированными формами: идентичности. У больных с более длительной продолжительностью болезни (до 10 лет) и выраженной зависимостью от психиатрических служб в 100% случаев наблюдался распад Я - концепции с утратой: ценностно-дифференцированных свойств идентичности. В этой группе у 58,7% больных установлен диффузно-фрагментарный (диссоциированный) уровень интеграции идентичности, а у 41,3% - спутанный уровень или кризис идентичности.

Приведенные в настоящей статье данные об уровнях интеграции идентичности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания имеют корреляционную зависимость с уровнем выраженности показателя самостигматизации у обследованных больных, что свидетельствует о патогенетической сопряженности

стигматизационных процессов с деструктивными изменениями идентичности личности.

Возможность преодоления деструктивной трансформации идентичности, а, следовательно, «смягчения» стигмы, на наш взгляд, непосредственно связана с особенностями личностных ресурсов (личностного потенциала). Оценка различных его составляющих в контексте преодоления дезинтеграции идентичности является необходимым элементом функционального диагноза больных с различными психическими расстройствами, важным аспектом поиска новых социально-психологических и психотерапевтических подходов и реабилитационных стратегий при заболеваниях психотического регистра, а также служит основой личностно-ориентированных подходов к оказанию психиатрической помощи.

Одним из признаков и механизмов дезинтеграции идентичности личности и самостигматизации больных шизофренией является процесс самоотчуждения, приводящий к нарушению целостности личности [2,8]. Наиболее значимым категориальным признаком самоотчуждения выступает утрата смысла, смысловой (экзистенциальной) вакуум, следствием которого является отвержение человеком самого себя, исчезновение личностно значимых связей индивида с самим собой и жизненным миром, утрата чувства собственной субъектности [20,21,22]. В круг феноменов, отражающих нарушение смысловой регуляции (смыслоутрату) и участвующих в формировании самостигмы, входят: переживание

пустоты и бессмысленности жизни, скука, неудовлетворённость жизнью, утрата индивидом переживания субъективной значимости намерений и целей собственной деятельности, сужение широты круга мотивов и степени их иерархизации, преобладание потребностной регуляции над ценностной, формирование убеж-

дений, отражающих невозможность обнаружения смысла в жизни и контроля над жизнью и др. [23].

В таблице 2 представлены данные о выраженности переживаний отчуждения у больных шизофренией в зависимости от глубины самостигматизации.

Таблица 2

**Значимость различий по шкалам опросника ОСОТЧ в сравниваемых группах больных шизофренией**

Шкала	Основная группа (N=80)		Группа сравнения (N=40)		Сравнение средних	
	Ср.	Ст. откл.	Ср.	Ст. откл.	t	P
Общий показатель отчуждения	348,98	47,24	205,96	38,17	3,26	<0.001
Отчуждение от общества	65,21	12,16	37,26	9,46	1,48	<0.001
Отчуждение от работы	74,43	14,21	44,16	11,28	2,36	<0.001
Отчуждение от других людей	71,14	13,84	38,17	10,75	2,86	<0.001
Отчуждение от семьи	61,46	11,36	42,81	9,24	2,34	<0.001
Отчуждение от самого себя	76,54	14,73	43,56	11,83	3,21	<0.001
Вегетативность	80,26	16,18	36,47	9,12	3,84	<0.001
Бессилие	74,81	14,43	42,18	11,34	3,46	<0.001
Нигилизм	77,24	14,86	47,24	12,24	2,71	<0.001
Авантюризм	35,41	8,16	33,65	8,33	0,42	Не зн.

Из данных, приведенных в таблице 3 следует, что по общему среднему показателю и по шкалам “отчуждение от работы”, “отчуждение от других людей” и “отчуждение от самого себя” степень выраженности СО у больных шизофренией основной группы соответствует уровню “абсолютное отчуждение”, а по шкалам “отчуждение от общества” и “отчуждение от семьи” - уровню “относительное отчуждение”. В группе сравнения ни по одной из шкал не было выявлено высоких показателей отчуждения, а по шкалам “отчуждение от общества” и “отчуждение от других людей” показатель СО соответствовал минимальным значениям. Это свидетельствует о значительно более высоком уровне СО у больных шизофренией с относительно длительным периодом заболевания и значительной выраженностью самостигмы, по сравнению с пациентами, находящимися на ранних стадиях формирования самостигмы. Наибольший показатель СО выявлен по шкале “отчуждение от самого себя” (76,54 пункта), наименьший - по шкале “отчуждение от семьи” (61,46 пункта). Из этого следует, что самоотчуждение является одним из главных механизмов деструктивной самоидентификации больного в процессе его самостигматизации.

При анализе распределения больных шизоф-

ренией с различной выраженностью внутренней стигмы по уровню СО было установлено значимое преобладание лиц с абсолютным отчуждением в основной группе (общий показатель в пределах от 72,5 до 86,2%) при полном отсутствии больных с максимальным уровнем СО. В группе сравнения, напротив, по всем шкалам преобладали больные с минимальными проявлениями СО, в то время как больных с максимальным уровнем отчуждения (“абсолютное отчуждение”) не было вообще (таблица 3).

С наибольшей частотой (34чел. -42,5%) у больных шизофренией с выраженной степенью самостигмы наблюдалось отчуждение в форме нигилизма, у 18 чел. (22,5%) - в форме бессилия и у 28 чел. (35,0%) - в форме вегетативности как наиболее тяжелой разновидности СО. Авантюризм оказался формой отчуждения не характерной для этого контингента больных. Поэтому структурные особенности отчуждения, как проявления дезинтеграции идентичности личности, следует рассматривать только в контексте таких феноменов как вегетативность, бессилие и нигилизм. Ниже представлены установленные нами конкретные механизмы этих феноменов отражающих содержательные стороны процесса самостигматизации больных шизофренией.

**Распределение больных сравниваемых групп по степени выраженности отчуждения  
(абс./%)**

Шкала	Основная группа			Группа сравнения		
	Абсол. отч.	Относ. отч.	Мнимое отч.	Абсол. отч.	Относ. отч.	Мнимое отч.
Общий показатель отчуждения	63/78,7	17/21,3	-	-	13/32,5	27/67,5
Отчуждение от работы	69/86,2	11/13,8	-	-	12/30,0	28/70,0
Отчуждение от общества	63/78,7	17/21,3	-	-	16/40,0	24/60,0
Отчуждение от других людей	61/76,2	19/23,8	-	-	11/27,5	29/72,5
Отчуждение от семьи	58/72,5	22/27,5	-	-	13/32,5	27/67,5
Отчуждение от самого себя	67/83,7	13/16,3	-	-	14/35,0	26/65,0

Нигилизм - основной признак нигилизма это ощущение бессмысленности жизни, смыслоутраты, отсутствие четких сознательных представлений о целях и направленности собственной жизни, переживание пустоты, скуки, неудовлетворенности жизнью. Больные рассматривают свою жизнь как изолированную, лишённую значимых связей, замкнутую в себе, не связанную с жизнью других людей, с социальными группами; в ней отсутствует перспектива за пределами актуального “здесь и теперь”, она отчуждена, не воспринимается как “моя собственная”, мотивирована нуждой, а не идеалами. Своя жизнь оценивается как неинтересная, непродуктивная, непоследовательная и недостаточно организованная, практически не выражена смысло-поисковая активность. Больные испытывают внутреннюю опустошенность, исчерпанность в жизни, падение мотивации жизнедеятельности. У них отсутствует желание изменять жизнь в лучшую сторону, и взять ее течение под контроль. Уровень жизненных притязаний снижен: больные не стремятся достичь в жизни чего-то значительного; сторонятся дел, требующих длительной, напряженной работы. Просматривается значительное рассогласование между осознанными представлениями о смысле жизни и реально действующим смыслом. В этой связи многие повседневные дела и обязанности воспринимаются как совершенно бессмысленные, не представляющие никакой значимости; возникают трудности с разделением значимого и незначимого в жизни, выработкой внутренних критериев для принятия жизненно важных решений, оцениванием жизненных достижений. Представления о наиболее важных ценностях в жизни неустойчивы и внутренне конфликтны. Отмечается склонность обесценивать или радикально пе-

реоценивать те ценности, которые считались самыми главными в прошлом, затруднения с упорядочиванием ценностей - источников смысла жизни по значимости для себя. В целом, эти больные считают жизнь зависящей от внешних обстоятельств, а не от собственных усилий.

Бессилие - идентичность пациентов ассоциируется с ожиданием неудачи в различных сферах социальной жизни, утратой способности влиять на жизненные ситуации, неготовностью к осуществлению смысла, к субъективному контролю над собственной жизнью, неуверенностью в возможности такого контроля, ощущением, что длительность не может дать нужных результатов. “Принятие роли больного” и дистанцирование от собственного бытия характеризуется пассивностью, признанием собственного бессилия, уязвимости. Больные считают, что у них нарушилась включенность в те значимые жизненные отношения, реализация которых несет человеку ощущение смысла своей жизни. По этой причине у них снижается активность и интерес к жизни, способность выполнять свои повседневные обязанности, способность поддерживать адекватные отношения с членами своей семьи. Они переживают предвзятое отношение к себе со стороны окружающих, которые мешают чувствовать себя здоровым, не доверяют важной работе, мешают жить активной жизнью.

Отстраненность от позитивных аспектов взаимодействия с миром, связывается с безразличием и уходом, невозможностью построить свою жизнедеятельность на смысловых основаниях определяют формирование конформистских моделей поведения и изменение Я- концепции в направлении проецирования переживаний собственной несостоятельности на категорию психически больных в целом или на фрустрирую-

щую ситуацию, дестабилизирующую Я-концепцию. В этом случае включенность больного во взаимодействие с миром (миром природы, других людей, миром культуры и собственным внутренним миром) оказывается ограниченной как количественно, так и качественно и не является достаточной для полноценной жизнедеятельности. Элементы самоотчуждения на этом этапе формирования стигмы и дезинтеграции идентичности заключаются в переживании утраты позитивного смысла взаимосвязей с окружающим миром.

Вегетативность - полная потеря индивидуализированной идентичности. Это самая тяжелая форма отчуждения (самоотчуждения), которая, по нашему мнению, соответствует содержанию клинического симптома “ангедония”. Самоотчуждение - это феномен, который характеризуется обособлением личности от собственного Я или отдельных его составляющих, утратой самоотождественности субъекта, дистанцированием от собственной самости. В суждениях пациентов это ассоциируется с утратой смысла жизни, исчезновением личностно значимых связей больных с собой и окружающим миром, непониманием себя и своих собственных желаний, невозможностью самоактуализации личности. Отчуждение от реального Я проявляется в ощущении пустоты, скуки, незаполненности жизни (“экзистенциальный вакуум”), в утрате переживания себя как активной детерминирующей силы в собственной жизни, в утрате осмысленности собственной жизни, в неиспользовании ресурсов личности и минимизации усилий. Смыслоутрата как базисный признак самоотчуждения дополняется чрезмерно конкретными и фрагментарными особенностями идентичности личности пациентов, которые сводятся к очень скудному набору социальных ролей и биологических потребностей.

Учитывая, что степень субъективного отчуждения представляет собой относительно устойчивую индивидуальную характеристику и одновременно отражает уровень смылоутраты [24], представляется возможным рассмотреть этого феномена в структуре дезинтегративных изменений идентичности в процессе формирования самостигмы у больных шизофренией. Такой системный подход позволил выделить этапы (стадии) и экзистенциальные механизмы формирования самостигмы у больных шизофренией.

Для теоретической интерпретации результатов изучения феномена самостигматизации и стадий ее развития нами использовались следу-

ющие фундаментальные положения: концепция “позитивного психического здоровья”, концепция идентичности как условие психического здоровья, теория навешивания ярлыков, унитарная теория стигматизации, статусная модель идентичности, теория “готовность категории”. На этой теоретической основе были уточнены содержательные характеристики выделенных нами стадий стигматизационной самоидентификации, отражающих уровень дезинтеграции идентичности личности, самоотчуждения и экзистенциальной неисполненности.

Ниже представлены этапы (стадии) и экзистенциальные механизмы формирования самостигмы и их содержательные характеристики у больных шизофренией (основная группа).

1-2 стадии - “жизнь с болезнью” - интериоризация личного опыта переживания болезни и многочисленных рисков отношений и функционирования пациента в социуме; экзистенциальная фрустрация - экзистенциальные переживания (страдания) в связи с нарушением человеческого способа и значимых аспектов бытия, смысла существования.

3-4 стадии - нарушение процессов самоидентификации или эмоционально-оценочного отношения к себе. Утрата чувства определенности и непрерывности истории своей жизни в социально-профессиональной, семейно-бытовой и других сферах; переоценка личностных особенностей и социальных ценностей в соответствии со стигматизирующими жизненными обстоятельствами, связанными с болезнью.

5-6 стадии - дезинтеграция сформированной идентичности личности:

- диффузно-фрагментарный уровень - нарушение баланса Я-концепции в контексте модальной динамичности-статичности; дифференцированности-диффузности; целостности-фрагментарности; размытость, неструктурированность образа Я и образа Другого; нестабильность (неустойчивость) образа Я, зависимость от отношений окружающих к собственной репрезентации;

- уровень спутанной идентичности (кризис утраты идентичности) - разрушение универсальных ценностей, где Я-идеальное, выступает как основа ощущения непрерывности и тождественности личности; распад целостно-смысловых структур, привычной картины мира (смыслоутрата); переживание “экзистенциального вакуума”; самоотчуждение от собственного бытия и собственного Я;

- отрицательная стигматизационная самоиф-

дентификация (маргинализация) - переструктурирование идентичности в направлении собственной необратимой ущербности, устойчивой самоидентификации с категорией психически больных, самоотчуждения и социальной эксклюзии.

Начальные стадии (1-2) формирования само-стигмы характеризуются осознанием и принятием негативной идентификации больных с психическими расстройствами на фоне целостно-дифференцированного уровня интеграции собственной идентичности. В сознании пациента актуализируются стереотипные представления о существовании в макро- и микросоциальной среде феномена выделения и «маркировки» человека с психиатрическим диагнозом и присвоения ему негативных качеств в соответствии с предубеждениями и стереотипами обесценивания и дискриминации лиц с психическими расстройствами. При этом подчеркиваются собственные отличия от «типичного» психически больного, что позволяет пациенту отождествлять себя со здоровыми (нормальными) людьми, несмотря на формальное признание наличия у себя психического расстройства (1-я стадия).

Во второй стадии само-стигмы 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. Осознание оппозиционной настроенности общества по отношению к этой группе больных способствует формированию готовности к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных», сокрытию фактов, подтверждающих принадлежность к «группе больных», тревожных ожиданий, относящихся к себе и своей дальнейшей жизнедеятельности. При наличии высокой самооценки, высокого качества жизни, социальной поддержки и высокого уровня социального функционирования не исключается включение механизмов расширения личностных возможностей противодействию дальнейшему формированию само-стигмы.

Следующие две стадии формирования само-стигмы отражают особенности диссоциативно-фрагментарного уровня дезинтеграции идентичности. 3-я стадия характеризуется эмоционально-мотивационным напряжением с переживаниями высокой субъективной значимости психиатрического диагноза и многочисленных рисков для дальнейшей собственной жизнедеятельности, угрозы существенного снижения качества

жизни и дискриминации. Происходит обесценивание Я с точки зрения возможностей, достижения личных целей и совладания с болезнью, переосмысление основных (прежних) ценностей своей жизни с чувством их безнадежной утраты, ограничение мотивации к социальным контактам.

4-я стадия стигматизационной самоидентификации характеризуется готовностью к категориальной идентификации на «больных» и «здоровых», к деидентификации от психически здоровых людей в личностной и социальной сферах, исходной готовностью категории «Я психически больной». Отмечается 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.

Заключительные стадии само-стигматизации характеризуются различной степенью выраженности кризиса идентичности личности. На 5-ой стадии происходит формирование деструктивных статусов личностной и социальной идентичности, отражающих обесценивание личности, снижение самооценки, самоуважения, самоэффективности, а также переживания отчуждения, уязвимости, и собственной несостоятельности и некомпетентности.

Этот уровень дезинтеграции идентичности отражает отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности. Больному с таким статусом идентичности свойственно дисгармоничное функционирование смысловых, когнитивных и поведенческих структур личности, в частности: фрагментарность и противоречивость представлений о себе, о качествах Я, выраженность иррациональных установок, ослабление способности тестировать реальность, низкая оценка себя с точки зрения соответствия социальным нормативам, недостаточный уровень самопринятия, эмпатии и контроля за внешними проявлениями эмоций, межличностная конфликтность, низкая мотивация социального одобрения. Больные используют незрелые формы психологической защиты: изоляция, отрицание, обесценивание, ипохондрия, пассивно-агрессивное поведение, однако способность ощущать реальность сохраняется.

Концепция Я характеризуется диссоциативностью, ригидностью, теряется способность избирательно реагировать на изменение окружающей среды, то есть способность к творческой

адаптации. В силу этого некоторые особенности качества Я не осознаются, а, следовательно, не интегрируются в целостное представление о Я. Поведение становится однообразным и стереотипным. Принятие Я находится в прямой зависимости от мнений других людей, значимых для пациента. Самооценка при этом отличается ситуативностью и нестойкостью.

При таком статусе идентичности характерны отсутствие обязательств, целей, ценностей и убеждений, холодные, дистанцированные отношения с окружающими, не предпринимаются активные попытки к их восстановлению. При отсутствии ясного чувства идентичности, больные переживают ряд негативных состояний, включая пессимизм, апатию, отчуждение, элементы беспомощности и безнадежности, отсутствие понимания своих чувств и желаний, потерю самоуважения и самооэффективности.

Больные избегают ситуаций, в которых чувствуют себя глубоко презируемыми и неуважаемыми. Соглашаясь со стигмой и применяя ее к самим себе, пациенты чувствуют себя недостойными, ничего не стоящими или неспособными достичь конкретных жизненных целей. Неуверенность в успешной деятельности в конкретной ситуации связана с их неспособностью к самостоятельной жизни, управлению различными обстоятельствами, реализации жизненных целей. Негативная стигматизирующая атрибуция личности, восприятие здоровых людей как «чужих» определяют непреодолимую дистанцию между больным и обществом.

6-я стадия формирования само-стигмы отражает наиболее выраженный уровень кризиса (дезинтеграции) идентичности личности и характеризуется полным принятием статуса «члена когорты пациентов как маргинальной группы» с избеганием контактов со здоровыми людьми, дистанцированием от потенциальных стигматизаторов и фактической утратой социальных навыков, реальных полномочий, жизненных целей и мотивации к изменению сформировавшейся деструктивной идентичности.

По результатам проведенного исследования можно выделить несколько уровней кризиса: когнитивный, эмоциональный, ценностно-смысловой и социальный. Когнитивный уровень связан с невозможностью целостного восприятия Я, активизацией неадаптивных установок в отношении собственных возможностей, дисбалансом между личностной и социальной идентичностью. Эмоциональный уровень связан с такими эмоциональными состояниями как чувство непол-

ноценности, трудности в адекватной оценке реальности, хроническим чувством покинутости, пустоты и скуки. Целостно-смысловой уровень проявляется в распаде целостности ценностно-смысловых структур личности, на которые личность обычно опирается при выборе личностно значимых целей и стратегий их достижения. Социальный уровень проявляется в нарушении межличностного взаимодействия, отсутствии доверия к значимым другим, чувстве одиночества, стереотипизации, отсутствии эмоциональной глубины социальных контактов, применения неадаптивных стратегий поведения.

Важным аспектом кризиса идентичности, приводящим к резким изменениям привычных устоев жизни, является нарушение ощущения собственной непрерывности и удар по ценностно-смысловой системе, который сопровождается переосмыслением основных ценностей своей жизни и утратой социального призвания. При этом пациент воспринимает себя только в одной роли - роли пациента, обесценивая остальные компоненты своей жизни и разрушая условия для дальнейшего развития личности и ее продуктивной деятельности. При кризисе идентичности разрушается способность к самореализации, как необходимого условия активного участия пациента в реабилитационном процессе.

Больному, переживающему кризис идентичности, сложно понять, что он хочет, определить, что в сложившейся ситуации для него ценно, какой профессиональной, личностной или мировоззренческой линии следовать. Поэтому он старается избегать принятия решений.

Нарушаются ценности переживания: больной перестает ощущать многообразие и разносторонность жизни, ее осмысленность. Переживание красоты порождает негативные эмоции, страх поделиться со значимым другим из-за боязни быть непонятым. Больной перестает доверять своим чувствам о мире, о нем самом, о том, что он воспринимает, проживает и делает. Собственное состояние воспринимается как усталость, отсутствие сил и энергии.

Кризис личностной идентичности характеризуется разрывом связи, нарушением непрерывности переживания «прошлое-настоящее-будущее», которое является одним из его обязательных индикаторов. Это происходит из-за распада целостности ценностно-смысловой структуры личности, искажения чувства времени и смысла жизни.

Базисным расстройством переживания вре-

мени при кризисе личностной идентичности является блокировка будущего. Такое восприятие времени сопровождается чувством отстраненности, пустоты, ощущением, что события проходят мимо. В сознании больного реальная ситуация предстает как отсутствие будущего, его ненужность и неопределенность, что выражается в словах «впереди ничего нет», «будущего не видно», «впереди нет смысла, нет почвы под ногами». Переживанию утраты будущего сопутствуют ощущения внутренней пустоты и бессмысленности. Поэтому кризис личностной идентичности больных, с одной стороны, отражает ее нежизнеспособность, а с другой стороны - принципиальную невозможность возвращения к прежней идентичности или формирование новой.

При этом следует отметить, что заключительный этап процесса формирования само-стигмы, в основе которого лежит кризис идентичности личности, ассоциируется с малообратимым процессом маргинализации. Этот процесс осуществляется параллельно с социальным отчуждением и дистанцированием пациента от других. Однако приобретение статуса маргинала (изгоя) возможно только в случае невыхода пациента из референтной социальной группы и продолжения жизнедеятельности в привычной для него среде, постоянно ощущая бессмысленность групповых норм и отсутствие ценностей. При этом изначальная неопределенность самоидентификации личности постепенно сменяется утратой социальной идентичности, т.е. социальных и психологических связей с микросоциальным окружением. Критериями маргинальности человека с психическим расстройством, на наш взгляд, являются: а) деидентификация со здоровыми в референтной группе; б) вынужденные изменения в социальном положении - потеря социального статуса; в) «фатальность» сложившейся ситуации (отсутствие возможности изменить ее или ее составляющие в положительном направлении) с пессимистической оценкой перспективы; г) неспособность адаптироваться и преодолеть чувство ущербности.

Отрицательная самоидентификация (маргинализация) характеризуется полным распадом прежней идентичности, отрицанием своей уникальности, своего бытия, своих прежних связей с социумом, приспособлением к роли «отчужденного». На фоне «экзистенциального вакуума» происходит процесс маргинализации, формирования новых ценностей, отражающих значительное снижение социального статуса пациента и его частичное «встраивание» в соответствующую

социальную общность со своей собственной системой ущербных норм и ценностей.

Маргинализация как заключительный этап самостигматизации больного шизофренией – это процесс полной негативной трансформации социально-когнитивных аспектов идентичности, полного разрушения его «жизненной организации» в рамках прежней референтной группы, дистанцирования от нее и формирования деструктивной субидентичности личности с готовностью принятия нового статуса «отчужденного человека». Переструктурирование идентичности в таких случаях означает не появление новой (позитивной) идентичности, а «разрушение привычной картины мира» с использованием ригидных псевдоинтегративных идентификационных механизмов, не имеющих потенциала развития. Это состояние характеризуется саморефлексией личностной неопределенности, ущербности социального статуса, вынужденной категориальной принадлежности к девиантной референтной группе психически больных с принятием ее норм и деструктивных форм поведения. При этом уход от травматических переживаний осуществляется за счет массивного отрицания не самого факта потери социального статуса, а потребности в нем.

Наиболее типичной особенностью процесса маргинализации пациента, как конечной стадии стигматизационной самоидентификации (самоопределения), является ретретическое поведение. Этот тип девиантного поведения отличается отрицанием норм, целей, рациональных форм человеческой активности, одобряемых обществом, и институциональных средств их достижения. Пациент с такими формами поведения самоизолируется от общества, отказывается от взаимодействия с ним, проявляет беспомощность, отказывается от борьбы за жизнь. С другой стороны, такой стиль жизни как стигматизационный ретритизм или дрейф в направления девиантной субкультуры сопровождается отчуждением и социальным исключением больного, разрушением привычных устоев жизни.

Таким образом, трансформация идентичности личности или кризисное изменение идентичности у больных шизофренией характеризуется потерей чувства самого себя, невозможностью приспособиться к собственной роли в сложившейся в результате болезни ситуации, ощущением потери контроля над собственной жизнью, дезинтеграцией самости. Возможность преодоления («смягчения») кризиса идентичности зависит от социальных обстоятельств и саморегуляционных

навыков личности. При наиболее пессимистическом варианте его развития происходит полное разрушение существующего представления о себе и утрата способности действовать.

Выделенные стадии формирования самостигмы в настоящем исследовании ассоциировались

с выраженностью (уровнем) стигматизации, в частности, 1-2 стадии - с низким уровнем, 3-4 стадии - со средним, 5-6 стадии - с высоким уровнем. Распределение обследованных больных по уровням стигматизации и дезинтеграции идентичности приведено в таблице 4.

Таблица 4

**Распределение больных шизофренией по уровням интеграции (дезинтеграции) идентичности личности на различных этапах формирования стигмы**

Уровень (стадия) стигматизации	Уровень интеграции идентичности					
	Целостно-дифференцированный		Диффузно-фрагментарный		Спутанный (кризис идентичности)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Низкий уровень (1-2 стадии) N=24	6	23,0	18	75,0	-	-
Средний уровень (3-4 стадии) N =44	-	-	36	81,8	8	8,2
Высокий уровень (5-6 стадии) N=12	-	-	2	16,7	10	83,3

Анализ соотношения тех или иных уровней (стадий) стигматизации и уровней интеграции идентичности личности показал, что при низком уровне стигматизации (1-2 стадия) у 25,0% больных сохраняется целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности, а у 75% начался процесс ее дезинтеграции, при 3-4 стадиях самостигматизации наблюдается сочетание диффузно-фрагментарного (81,8% больных) и спутанного (18,2% больных) вариантов дезинтеграции идентичности. Заключительные стадии стигматизации характеризуются преобладанием больных с проявлениями кризиса идентичности (83,3%) при полном отсутствии целостно-дифференцированного ее варианта. Установленная зависимость свидетельствует о патогенетической сопряженности стигматизационных процессов с деструктивными изменениями идентичности личности. Это нашло подтверждение и при аналогичном анализе распределения больных в группе сравнения: у 84,8% больных с низкой выраженностью самостигмы наблюдался целостно-дифференцированный уровень интеграции

идентичности и только у 15,2% - диффузно-фрагментарный уровень ее дезинтеграции. У больных со средней выраженностью самостигмы в 100% случаев дезинтеграция идентичности личности соответствовала диффузно-фрагментарному уровню. Высокий уровень самостигмы и кризис идентичности для этого контингента больных оказались не характерными.

Таким образом, анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о том, что в основе формирования стигмы у больных шизофренией лежит процесс дезинтеграции идентичности личности, глубина которой нарастает по мере увеличения длительности заболевания и психиатрического вмешательства. При этом значительный уровень самостигмы и дезинтеграции идентичности, а, следовательно, ухудшения качества жизни больных наблюдается уже в первые годы после первого психотического эпизода. Это доказывает необходимость использования антистигматизационных подходов при оказании психиатрической помощи на ранних стадиях заболевания.

*Абрамов В.Ал.*

**ОСОБЕННОСТИ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ ЛИЧНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ САМОСТИГМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, стигматизация, самостигматизация

Неотъемлемым компонентом расстройств психотического круга является искаженное, дефицитарное, дезинтегративное переживание себя или нарушение идентичности личности. Различными авторами отмечается качественное своеобразие Я-концепции больных шизофренией, в частности, заниженная и неадекватная самооценка, слабая структурированность образа Я, искаженное отраженное Я, нарушение границы собственного Я, низкий уровень активности, слабая мотивация к социальным контактам. Принято считать, что дезинтеграция сложившейся до болезни идентичности личности, на основе которой формируется активное, действующее экзистенциальное Я, в частности, процессы самореализации, самоэффективности и самоконтроля, является основным механизмом самостигматизации больных шизофренией. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 28-39).

## DISINTEGRATION FEATURES OF PERSONALITY IN THE PROCESS OF FORMING SELF-STIGMATIZATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Donetsk national medical University. M. Gorky

Keywords: schizophrenia, stigma, self-stigmatization

An integral component of psychotic disorders is a distorted circle, Deficits, disintegrative experience itself or a violation of personal identity. Various authors have noted qualitative features of self-concept in patients with schizophrenia, in particular, underestimated and inadequate self-esteem, poor self-image structured, distorted reflection I breach the boundaries of the self, a low level of activity, weak motivation for social contacts. It is believed that the disintegration of the current to the individual identity of the disease, based on which is formed an active, current existential I, in particular, self-realization processes of self-efficacy and self-control, is the main mechanism of self-stigmatization of patients with schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 28-39).

### Литература

1. Хайдеггер М. Бытие и время / М. Хайдеггер // пер. с нем. В. В. Библина. М.: Ad Marginem, 1997. 451с.
2. Абрамов В.А. Жизнь с психическим расстройством: экзистенциально-личностные аспекты выздоровления / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Б.Б. Ивнев. Донецк, "Каштан". - 2014. - 420с.
3. Босс М. Влияние Маронна Хатдеггера на возникновение альтернативной психиатрии / М. Босс // Логос, 1994, №2.- с.31-35.
4. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы - отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Финзен // М. - 2001. - 215 с.
5. Ястребов В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2005. - №11. - С. 50 - 55.
6. Антохин Е.Ю. Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с разной длительностью заболевания / Е.Ю. Антохин, М.В. Горбунова, Е.М. Крюкова, Д.С. Долматова // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2008. - вып. 3. - С. 55 - 64.
7. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами [Текст] / Е.Ю. Скрипка // Молодой ученый. - 2012. - №7. - С. 232 - 237.
8. Тараканова Е.А. Особенности самостигматизации при исследовании качества жизни лиц, страдающих шизофренией / Е.А. Тараканова, Н.Я. Оруджев // Российский психиатрический журнал. - 2010. - №3. - С. 25 - 29.
9. Л. Бинсвангер. Экзистенциальная психопатология. М. 2001.
10. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл — М., 1990. - 368с.
11. Ertugrul A. Reception of stigma among patients with schizopprenia / A. Ertugrul, B. Ulug // Soc. Psychiatry Epidemiology. 2004. - 39. - P. 73-77.
12. Тараканова Е.А. Корреляция вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией / Е.А. Тараканова, Н.Я. Оруджев // Вестник РАМН. - 2010. - №6. - 0,8 п. л.
13. Link B.G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection / B.G. Link // Am Soc Rev. - 1987.-N52.-P. 96-112.
14. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. -Л., 1978. - 233с.
15. Вид В.Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование / В.Д. Вид // Социальная и клиническая психиатрия. - М., 1995. - Т. 5, №6. - С. 102 - 105.
16. Гунгер Н.Н. Психологические средства становления идентичности личности в период нормативного кризиса взрослости / автореф.дис...на соискание науч. степениканд. психол. наук Н.Н.Тунгер. - Новосибирск, 2005.-23с.
17. Кадыров И.М. Динамика идентичности пациентас параноидной шизофренией в ходе психоаналитического интервью / И.М. Кадыров, Н.А. Толпина // 2008. - № 4. - с. 55 -70.
18. Толпина И.А. Динамика идентичности при психотических расстройствах / И.А. Толпина // Дис. канд. психол. наук. - М., 2009. - 281 с.
19. Bosma H.A. Identity development in adolescence: Coping with commitments / H.A. Bosma // Proefschu Groningen: Rijksuniv the Groningen. - 1985.
20. Латыков И. В. Соотношение феномена самоотчуждения с образом Я-личности: диссертация...канд. психол. наук. - Хабаровск, 2011. - 197с.
21. Абраменкова А.В. Проблема отчуждения в психологии / А.В.Абраменкова// Вопросы психологии, 1990, N91. С.5-13
22. Корчагина С.Г. Психология одиночества / С.Г.Корчагина. М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. — 228
23. Осин Е.Н. Смыслоутрата как переживание отчуждения: структура и диагностика. Дисс. к. психол. наук / ЕЛОсии. М.: МГУ, 2007.
24. Леонтьев Д.А. Смыслоутртва и отчуждение / Д.А.Леонтьев. Е.Н.Осин // Культурно-историческая психология", 2007, N94, с. 68-79.
25. Лэнгле А. Жизнь, наполненная смыслом. — М.: Генезис, 2003
26. Майнина И.Н. Адаптация Шкалы экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер к русскоязычной выборке: дипломная работа. - М.: МГУ, 2007.

Поступила в редакцию 24.09.2016