

УДК 616.89-007.17-082

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, Г.Г. Пуятин, А.В. Абрамов***СТИГМАТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА В КОНТЕКСТЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: стигматизация, психиатрическая помощь

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

Стигма как смыслообразующее понятие, 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.

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2001) в разделе «Психическое здоровье, новое понимание, новая надежда» отмечено, 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, наблюдающимися у психиатров. Стигма трагическим образом лишает

людей их достоинства, полноценного участия в жизни общества, она является серьезным препятствием для личностного развития и социальной интеграции больных.

Стигматизация (греч. – стигма, ярлык, клеймо) – навешивание социальных ярлыков; ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана. Стигматизация является составной частью многих стереотипов и предубеждений. Негативная социальная стигма – своего рода вторая болезнь, болезнь с плохой репутацией.

Негативный контекст понятий «стигма» и «стигматизация» нашел отражение в многочисленных определениях их сути: «стигма символизирует особенное, исключительное существование человека», стигматизация – «это негативная реакция общества на различные неблагоприятные атрибуты образа психически больного человека и организации психиатрической помощи», «причинение больным моральных (душевных) страданий или морального вреда», «состояние нравственных страданий, усиливающих степень тяжести психических расстройств».

Стигматизация в психиатрии – явление глобальное, выходящее за рамки клинической практики, затрагивающее различные стороны общественных отношений. Как социально-психологическому феномену ей присущи определенные закономерности, механизмы формирования и динамики. Схематично содержание этого процесса и этапность формирования стигмы у больных с психическими расстройствами можно представить следующим образом (рис. 1).

Стереотипы психических расстройств – это санкционированные обществом чрезвычайно стойкие, иррациональные, эмпирически не подтвержденные негативные представления о больных с психическими расстройствами или проекция отрицательных качеств на образ психи-

чески больного с отождествлением его с маргинальной личностью и снижением толерантности к этой категории больных. Эти стереотипы можно трактовать, как мысли человека (индивидуальные стереотипы) или сообщества (соци-

альные стереотипы) о личностных качествах определенной группы людей. Однако из-за чрезмерного обобщения и неточности эти мысли приобретают свойства убеждений и ценностных ориентаций.

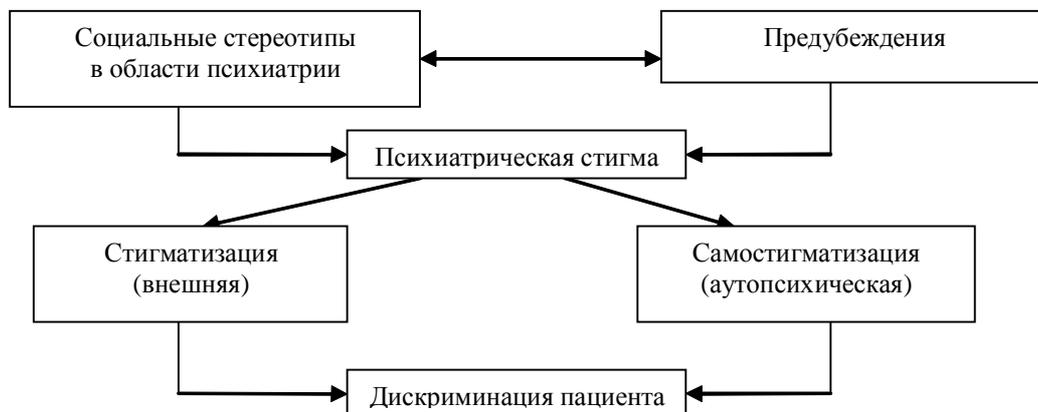


Рис. 1. Структурно-динамические особенности психиатрической стигмы.

Процесс формирования негативных стереотипных представлений (заблуждений) о психически больных людях и отнесение их к определенному классу («маркировка», «приклеивание ярлыка») сопровождается последующим приписыванием им всех качеств, относящихся к стереотипным представлениям о данном классе. Стереотипы, относящиеся к больным с психическими расстройствами характеризуются упрощенностью оценок и обобщений, неверифицированностью, выраженной эмоциональной окраской, чрезмерной категоризацией и генерализацией негативных оценок («все они одинако-

вые»), активным противодействием изменениям стереотипов. Основными психологическими механизмами их формирования являются схематизация, категоризация, каузальная атрибуция.

На протяжении многих веков в различных странах отношение к людям с ярлыком психического заболевания было почти постоянно и практически повсеместно негативным. При этом, как отмечает Blanch (1990), обращение с психически больными в каждый конкретный исторический период определялось господствующими установками или стереотипными представлениями (табл.1)

Таблица 1

Зависимость социальных реакций от доминирующих стереотипных представлений

Представление о человеке с ярлыком психического заболевания	Социальная реакция
Порочный, плохой	Наказать, изолировать
Одержимый	Изгнать злых духов
Никчемный, лишенный человеческих качеств	Игнорировать, оставить без внимания и помощи
Слабый, уязвимый, ранимый	Защитить, институционализировать
Больной	Лечить, применить лекарства, госпитализировать
Утративший психологическое равновесие, беспокойный	Успокоить, утешить
Опасный	Держать взаперти, применить ограничительные меры
Непредсказуемый	Обеспечить надзор
Некомпетентный	Принять ответственность на себя

К наиболее типичным индивидуальным и социальным стереотипам психических расстройств, являющихся предпосылками и атрибутивными элементами формирования предубеж-

денности, стигмы и дискриминации, относятся следующие суждения:

- люди с психическими расстройствами некомпетентны, непредсказуемы, представляют

опасность для окружающих;

- таким людям нельзя доверять, они не надежные, их надо исключить из общественной жизни;
- психически больные люди никчемные и беспомощные и зависимы от окружающих;
- они вызывают неприязнь, отвращение, стремление дистанцироваться от них.

Предубеждение – основанное на стереотипных представлениях, необоснованное, негативно-пренебрежительное отношение к психически больному человеку, способствующее обесцениванию его личности, дистанцированию от него в конкретном личностном и социальном контексте и в конечном счете, к его дискриминации и ухудшению качества жизни. Этот феномен возникает на основе стереотипов и имеет аналогичные социально-психологические механизмы формирования. По отношению к психически больным они рассматриваются как установки, которые не основаны на знаниях и личном опыте, стойкие к каким-либо изменениям, возникшие на основе неверной информации и выявляющие отрицательное отношение и неприятие объекта предубеждений. Эти установки (аттитюд) включают негативные суждения и стереотипы, различный спектр отрицательных эмоциональных реакций (страх, ненависть, враждебность) и поведенческий компонент в виде намерения вести себя негативным образом по отношению к психически больным только на основании их принадлежности к соответствующей группе, которая априори наделяется предсудительными свойствами. Предубеждения могут проявляться в трех нормах : вербальное неприятие, избегание, дискриминация.

К основным личностно-психологическим факторам, формирующим предубеждения и стремление стигматизировать больных, относятся:

- стремление повысить собственную самооценку за счет выделения более слабых и никчемных (мотивация укрепления Я – концепции);
- непереносимость неопределенности, стремление придерживаться стабильных авторитарных взглядов (консерватизм);
- страх возможного вмешательства «девиантов» в жизнь сообщества;
- циничное мировоззрение;
- враждебная настроенность к окружающим;
- присвоение психически больным содержания мифов о них и защитное «вытеснение» этой категории людей из жизни сообщества;
- стремление к ощущению собственной бе-

зопасности, компетентности и внутренней стабильности путем проекции своего представления о некомпетентности и потенциальной угрозе на образ психически больного;

- отождествление понятий «психически больной» и «девиант»;
- однобокая интерпретация стигматизирующей больно информации.

Стигматизация рассматривается как неблагоприятный ситуационный фактор, как хронический социальный стресс, препятствующий нормальному социально-психологическому функционированию человека, независимо от наличия или отсутствия у него симптомов психического заболевания. Социальные и личностные источники стигматизации определяются степенью удовлетворенности своей жизнью и, в частности, самореализацией, иерархией ценностей и обобщенным образом психически больного как у конкретной личности, так и в обществе. Поэтому понятие «психическая болезнь» для широкой общественности является прежде всего личностной характеристикой, отражающей соответствие социального и психологического функционирования человека стереотипам, которые сложились и санкционированы в данном обществе.

Основой стигматизации является процесс дистанцирования от больного в конкретном личностном и социальном контексте. На личностном уровне он базируется на стремлении к ощущению собственной безопасности, компетентности и внутренней стабильности и проецировании своего представления о некомпетентности и потенциальной угрозе на образ психически больного с идентификацией его как «чужого».

На социально-психологическом уровне мотивация конкретной личности к стигматизации психически больных определяется потребностью в сохранении удовлетворительных условий своей жизни, необходимого уровня функционирования и эмоциональной стабильности. При этом представляется, что психическая болезнь поражает то, что считается наиболее ценным в человеческой личности и поэтому она воспринимается как препятствие к удовлетворению своих потребностей.

Социальные и личностные источники стигматизации определяются степенью удовлетворенности своей жизнью и, в частности, самореализацией, иерархией ценностей и обобщенным образом психически больного как у конкретной личности, так и в обществе. Таким образом, по-

нятие «психическая болезнь» для широкой общественности является прежде всего личностной характеристикой, отражающей соответствие психологического и социального функционирования человека стереотипам, которые санкционированы данным обществом.

Предпосылками к предвзятому отношению к психически больным являются: 1) готовность в отношении психически больного к признанию его в качестве объекта предвзятости; 2) социальная допустимость и санкционированность предвзятости (отсутствие негативной реакции общества на предвзятое отношение к больному); 3) недостаток персональных знаний большинства людей об объекте предвзятости.

С позиции человека с психиатрическим диагнозом стигматизация является практически постоянной ситуацией, существующей в различных сферах его жизни. В таких условиях для окружающих он по существу теряет свое уникальное содержание и рассматривается лишь как носитель приписываемых ему таких мифических качеств как опасный, странный, злобный, непредсказуемый, неадекватный, отталкивающий и т.п. Контакт такого человека с окружающими становится опосредованным «через миф». Таким образом, пациент попадает в длительно сохраняющуюся ситуацию перманентного внешнего и внутреннего конфликта, включающую, в частности, навязывания ему неопределенной роли «сумасшедшего». Стигматизированный пациент с заниженной самооценкой не способен к полноценному сотрудничеству, партнерским межличностным взаимоотношениям, реализации личностных полномочий и активному решению собственных проблем.

Процесс стигматизации психически больных включает когнитивные, эмоциональные и поведенческие составляющие. На этом основаны индивидуальные особенности мотивации стигматизации, а также меры дестигматизационных воздействий. К когнитивному компоненту стигмы относятся представления о психиатрических проблемах, уровень «психиатрической грамотности». Эмоциональный компонент стигматизации выражается в отношении общества к психически больным, а поведенческий компонент – в действиях и поступках, дискриминирующих психически больных.

Формулируя свой опыт, связанный с психическим заболеванием и лечением, пациенты или бывшие пациенты описывают его как процесс усвоения роли пациента, потери своих основных прав и, в конечном счете, развитие чувства без-

надежности во взглядах на будущее.

Одна из причин, в силу которых людям с психическими расстройствами трудно добиться удовлетворения своих основных потребностей, состоит в том, что эта группа, посредством мощного процесса стигматизации определена как имеющая высокоспецифические нужды, принципиально отличающиеся от характерных для остальных граждан. Как отмечают Wilson et al. 1987, «индивиды с диагнозом психического заболевания рассматриваются как нуждающиеся в совершенно иных вещах, чем «более обычные» люди; притом их основные потребности в уважении, чувстве собственного достоинства, в любви, в возможности делать выбор, в поддержке со стороны окружения расценивались как вторичные по отношению к потребностям в лечении.

Наряду с интернализацией роли пациента, постепенно формируется чувство глубокой безнадёжности и беспомощности, подкрепляемое к тому же целым рядом факторов: катастрофическими экономическими последствиями «большого» психического расстройства; пронизывающей все сферы жизни стигматизацией; патерналистическими формами обращения с пациентами в психиатрических учреждениях.

Дегуманизирующие эффекты традиционной модели оказания психиатрической помощи определяются отсутствием системы ценностей в понимании психических расстройств и в организации психиатрической помощи. Эти ценности (приспособительное поведение, функционирование, качество жизни, самоопределение, выбор, права человека, жизненные предпочтения и др.), как правило, не учитываются при проведении лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, что само по себе попирает чувство собственного достоинства пациента, лишает его права на самоопределение, возможности полноценного участия в жизни сообщества, надежды на выздоровление и способствует закреплению (если не активному культивированию) постоянной зависимости и отдаленности от остальной части общества.

Игнорирование ценностного подхода, ориентированного на личность пациента, проявляется в следующих формах:

- невнимание сообщества к проблемам лиц с психическими расстройствами; отсутствие у них возможности выбора и вовлеченности в интеграционные и реабилитационные программы; отсутствие естественным образом сложившихся бескорыстных добровольных взаимоотноше-

ний с окружающими, не сконцентрированных на заболевании пациента;

- ограниченный выбор форм взаимодействия с официальной системой психиатрического обслуживания (психиатрическая больница, диспансер), включающей такие стигматизирующие элементы как изоляция, ограничения, учет;

- несовершенство Закона о психиатрической помощи, в части одностороннего толкования безопасности оказания психиатрической помощи, допускающего широкое применение мер физического воздействия и (или) изоляция пациента (ст.8), не являющихся лечебными методами и конкурирующих с морально-этическими принципами медицинского вмешательства, а также предусматривающего использование методов диагностики, лечения и лекарственных препаратов с повышенным риском для здоровья пациента (ст.7);

- низкое качество лечения и поддержки в обществе; сегрегативный характер среды и оказываемой помощи, исключающей возможность реализации большинства основных человеческих потребностей;

- отсутствие внимания (интереса) со стороны медперсонала к «субъективной картине болезни», отношение к пациентам как к некомпетентным и недостаточно мотивированным лицам с ориентацией на приоритетность методов биологического лечения, наблюдения и опеки;

- тотальная неосведомленность пациентов о проблемах собственного здоровья, реальных возможностях его улучшения и собственной роли в улучшении качества своей жизни; дефицит информированности микросоциального окружения о предпочтениях пациентов;

- узость социальной сети и многорольевых связей больных; отсутствие гибкой системы их социальной поддержки; отсутствие связей у лиц, оказывающих психиатрическую помощь, открывающих доступ к ключевым ресурсам сообщества и работникам, обладающим опытом реализации подхода, нацеленного на интеграцию больных в сообщество;

- преграды на пути к получению образования и профессиональной подготовки; трудности в обеспечении, доступа к работе и расширения возможностей трудоустройства;

- недостаточный уровень приоритетов финансирования реорганизации служб психиатрической помощи и систем поддержки пациентов.

К основным формам стигматизации в психиатрии относятся:

1. Стигматизация психически больных (отно-

шение к ним как к опасным, никчемным, непредсказуемым, безнадежным, неадекватным людям, за которых должно быть стыдно и семье, и обществу и которых нужно изолировать (использование специфической оскорбительной лексики: «дебил», «шизо», «идиот», «кретин», «психопат», «чокнутый» и т.п.)

2. Стигматизация психических заболеваний (признание психических болезней «ненастоящими и неизлечимыми заболеваниями», признаком личной «слабости», неизбежно передающимися по наследству). Например, диагноз «шизофрения» включает в себе негативно-устрашающий контекст состояния и поведения больного, а страх заболеть шизофренией – это одновременно страх быть исключенным из общества.

3. Стигматизация психиатрических учреждений («дурдом», «психушка»).

4. Стигматизация медперсонала психиатрических учреждений (черствые, авторитарные, безразличные, деморализующе-ироничные)

5. Стигматизация методов лечения психических расстройств и медицинских препаратов («изоляция», «принудительные меры», «вызывающие побочные эффекты и привыкание», «разрушающие личность»)

6. Стигматизация психиатрии. Все негативные представления о психиатрии нашли отражение в отношении к понятию «стигматизация психиатрии» как к признанию ее «наукой без доказательств» и малопродуктивной практикой с большим количеством социальных рисков и угроз для личности пациента, защиты его прав и качества жизни.

Выделяют следующие векторы стигматизации пациента: а) стигматизация больного со стороны медицинского персонала; б) стигматизация со стороны формального микросоциального окружения; в) стигматизация больного в семье; г) самостигматизация больного.

Стигматизация больных со стороны медицинского персонала.

Стигматизирующие больного факторы при его взаимодействии с медперсоналом наблюдаются на всех этапах оказания ему психиатрической помощи, включая пребывание в психиатрической больнице, дневном стационаре и в процессе диспансерного наблюдения. Наибольшую негативную нагрузку включает в себе межличностное взаимодействие врача с пациентом, определяемое стремлением выявить психопатологические феномены, определить психиатрический диагноз и назначить медикаментозное лечение, не затрагивающее какие-либо сферы жиз-

недеятельности больного, кроме симптомов. В конечном счете это приводит к терапевтически несбалансированным формам терапевтических отношений:

- пациент рассматривается как носитель проблем, а не как человек со сложным взаимодействием межличностных и социальных факторов;
- отношение к пациенту как к «клинически нестабильному», склонному к рецидивам заболевания, нуждающемуся в постоянном наблюдении;
- необоснованная убежденность в невозможности выздоровления пациента, формирование у него чувства обреченности;
- взятие медперсоналом ответственности за контроль над всеми ключевыми решениями, влияющими на жизнедеятельность пациента;
- дефицит внимания к осознанным целям и нуждам пациентов;
- дефицит ценностных принципов и подходов при оказании психиатрической помощи (возможность выбора, расширение компетенции больных, предоставление поддержки окружения).

Такой спектр терапевтических отношений порождает протестные реакции при возникающей необходимости обращения в психиатрическое учреждение. В наиболее концентрированном виде стигматизирующие эффекты присущи периоду стационарного лечения. Тогда же происходит и наибольшая интернализация стигмы.

Госпитализация, особенно длительная, в психиатрический стационар, сама по себе способствует стигматизации и формированию у больных дезадаптивных форм приспособительного поведения. Отлучение пациентов от своих семей и сообщества обычно происходит в условиях реализации т.н. «патерналистических» лечебных программ, включающих такие составляющие как опека, надзор, уход, не предусматривающих возвращения пациента в социум. Это способствует тому, что вся социальная предистория человека постепенно нивелируется, его отношения с медперсоналом становятся пассивными и зависимыми. Пациенты в таких случаях используют довольно ограниченный набор «приемлемых форм поведения», жесткие рамки которых дистанцируют их от персонала, а в дальнейшем от остальных членов сообщества. Формирующаяся при этом жизнеопределяющая роль «получателя лечения», во всем зависимость от персонала, способствует утрате пациентами человеческой уникальности, снижению реабилитационного потенциала, социальной отгорожен-

ности и дистанцированию от общества.

Качество жизни «среднестатистического» пациента психиатрического стационара характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью. Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляет внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистические отношения персонала и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у них феномена «заученной негибкости», нарушению навыков преодоления. Для больных с хроническими заболеваниями жизненное пространство в отделении, с которым они постоянно соприкасаются, приобретает черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается снижение «эмоциональной силы», формируется чувство зависимости, происходит «заталкивание» их в группу маргинальных личностей.

Понятие «длительно существующая агрессивная среда», применительно к условиям психиатрического отделения, подразумевает три вектора неблагоприятных воздействий: а) невозможность удовлетворения жизненно важных потребностей больных; б) отсутствие социальной поддержки; в) отсутствие системы преодоления. Агрессивность социальной среды характеризуется также насмешливо-ироничным отношением медперсонала, пренебрежением реальными нуждами и заботами больных, утративанием негативных особенностей их поведения, отсутствием мер по вовлечению в принятие решений, относящихся к их здоровью. Агрессивная социальная среда, хронические социальные затруднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делают их плохо приспособленными для жизни во внебольничных условиях.

К стигматизирующим факторам можно отнести и неприязненное отношение к психически больным со стороны врачей общей практики.

Стигматизация со стороны формального микросоциального окружения.

К основным стигматизирующим факторам со стороны микросоциального окружения относятся:

- 1) стереотипизация массового сознания; манипуляции общественным мнением в отноше-

нии психически больных;

2) формирование негативного имиджа психиатрических учреждений и уровня психиатрической помощи;

3) низкий уровень психиатрической грамотности в обществе, стремление дискредитировать возможности психиатрии;

4) убежденность в низкой социальной полезности больных с психическими расстройствами, низкий уровень их социальной востребованности;

5) низкий уровень толерантности и эмпатии по отношению к лицам с нарушениями психики, стремление дистанцироваться от них;

6) дискриминационные меры при решении различных социальных вопросов в т.ч. отсутствие квотирования рабочих мест на рынке общего труда, дефицит учебных и производственных баз для этой категории больных, в связи с изменившейся социально-экономической ситуацией в стране.

Стигматизация больного в семье.

Семья как первичная социальная группа имеет непосредственное отношение к заболеванию своего родственника, его течению и исходу. Существующие предрассудки, предубеждения и негативная отвергающая установка по отношению к психически больным определяют особое отношение семьи к самому факту психического заболевания ее члена и порождает своеобразное их поведение в общении с больным, внутреннюю противоречивость мотивов обращения к специалистам и изменение структуры взаимоотношений семьи с внешним окружением.

На ранних стадиях заболевания стигматизационные эффекты отношения к больному в семье проявляются в стремлении скрыть факт заболевания от окружающих, что само по себе сопровождается сокращением социальных связей, неспособностью общения с окружающими как с равными, регрессивным типом приспособительного поведения. В дальнейшем социальная изоляция больного становится барьером на пути интеграции пациента в общество, чему способствует снижающийся уровень его социальной компетентности, социальная отгороженность из-за страха отвержения, пассивная жизненная позиция.

Патерналистический стиль поведения медицинского персонала психиатрических учреждений служит своего рода сигналом для самого больного – о том, какого отношения к себе он должен теперь ожидать от окружающих, а для членов семьи –

о том, как они должны вести себя по отношению к больному. Стигматизирующий эффект диагноза и врачебный патернализм побуждают семью к гиперпротективности и чрезмерному контролю, тем самым снижая способность больного управлять своей жизнью.

Другой крайностью является отвержение и пренебрежение нуждами пациента со стороны медицинских и социальных служб, что получает аналогичный «отклик» в семье и приводит к агрессивно-пренебрежительному отношению со стороны здоровых членов семьи и маргинализации психически больного. Этому в определенной степени способствует наличие объективной и субъективной «семейной нагрузки», являющейся не только результатом стресса, но одновременно и стрессором для других членов семьи. Эта «нагрузка», которую испытывает семья при совместном проживании с больным, способствует постепенному истощению семейной поддержки больного.

Стигматизация обществом семьи больного.

Эта разновидность стигматизации обусловлена следующими обстоятельствами:

- ситуацией хронического стресса у членов семьи, связанной с бременем проживания с больным родственником, которая приводит к значительному эмоциональному напряжению семьи;
- чувством вины по отношению к больному у его родных;
- тенденцией семей больных к защите от внешнего окружения и усилению со временем их социальной изоляции;
- неоправданными ожиданиями и требованиями, предъявляемыми к больному.

Члены семей больных с психическими расстройствами обычно испытывают острую душевную боль из-за потери «нормального» родственника, ввиду крушения всех надежд и ожиданий, связанных с ним, переживают болезненный процесс адаптации к новым реалиям жизни, которая в силу сложившихся обстоятельств оказалась совершенно не такой, на какую они рассчитывали. Эти психологические реакции сочетаются с драматическими переменами в динамике семьи, нарушая здоровые паттерны взаимоотношений друг с другом. Стигматизированные семьи ориентируются в первую очередь на лекарственную терапию и в этом отношении становятся ее «пассивными потребителями».

Аутопсихическая стигматизация (само-стигматизация).

Внешнее стигматизирование только тогда оказывает свое действие, если разворачивается

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

Самостигматизирование больного осуществляется при соблюдении следующих условий: 1) готовность пациента к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных»; 2) больной должен себя идентифицировать со стигматизированной группой; 3) больной должен принять негативные представления об этой группе и быть убежденным в их правдивости и реалистичности.

Самостигматизация – это деструктивный процесс принятия и переживания стигмы и нового для себя психиатрического, а следовательно, социального статуса. Этот феномен проявляется в тех случаях, когда окружающие больного здоровые люди начинают восприниматься им как «чужие». Он складывается из наличия психиатрического диагноза, усвоенных мифов о психических болезнях и применения их к себе, опасений дискриминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от реальных и потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса и самооценки. В этих случаях происходят более или менее выраженные нарушения идентификации пациента, формируется особая система отношений больного, согласно которой все его существование на данный момент и в перспективе определяется болезнью. Этому сопутствуют не соответствующие его ожиданиям реакции в виде санкций или социальных ограничений. Это в свою очередь повышает эмоционально-мотивационное напряжение, которое личность снижает за счет различных, в том числе неадекватных механизмов психологической защиты и копинг – стратегий. Такие личностные реакции, определяя ответ больного на стигматизацию, углубляют психическую дезадаптацию больного.

Важную роль в формировании аутопсихической

стигматизации играют информация о заболевании, воспринятая больным через призму мифов, личный опыт переживания болезни, подсознательный страх перед атрибутами психиатрического обслуживания и место заболевания в иерархии ценностей больного, а также степень оформленности образа болезни как чего-то отличного от Я.

В таких условиях оборонительная субъективная позиция пациента по отношению к психиатрической помощи довольно быстро трансформируется в усвоенное и интернализованное самим пациентом чувство собственной некомпетентности. Психиатрический диагноз фактически становится морально-юридическим приговором, допускающим и санкционирующим грубые нарушения прав человека, изоляцию, дискриминацию, а сообщество трактуется больным как источник страха, предубеждений, невежества, отвержения, а не как источник понимания, одобрения, принятия и расширения возможностей.

Процесс самостигматизации сопровождается переживаниями социального риска или риска социально неблагоприятных последствий психического расстройства и значительного ухудшения качества жизни, связанных с фактом психиатрического диагноза и необходимости обращения за психиатрической помощью (Рис.2). Социальный риск следует понимать достаточно широко, как реальную возможность нарушения права на достойное обращение, уважение, права иметь семью, права на выбор профессии и др.

Наш клинический опыт позволяет выделить основные стадии (этапы) формирования стигмы (стигматизации) больных шизофренией.

1-я стадия - осознание пациентом существования в макро- и микросоциальной среде феномена выделения и «маркировки» человека с психиатрическим диагнозом и присвоение ему негативных качеств в соответствии с предубеждениями и стереотипами обесценивания и дискриминации лиц с психическими расстройствами.

2-я стадия - внутреннее согласие и принятие негативного контекста стереотипов по отношению к психически больным (недостойный, ничего не стоящий, неспособный достигать конкретных жизненных целей).

3-я стадия - перенос стереотипных представлений о психически больном на собственную личность с интериоризацией таких качеств как стыд, опасность и некомпетентность; готовность к деструктивным формам самоидентификации в социальной и личностной сферах.



Рис. 2. Причины переживаний и сферы риска неблагоприятных социальных последствий психического расстройства.

4-я стадия - эмоционально-мотивационное напряжение с переживаниями высокой субъективной значимости психиатрического диагноза и многочисленных рисков для дальнейшей жизнедеятельности, угрозы существенного снижения качества жизни и дискриминации, нарастанием готовности связывать свои ролевые функции со статусом психически больного.

5-я стадия - формирование деструктивных статусов личностной и социальной идентичности, отражающих обесценивание личности, сни-

жение самооценки, самоуважения, самоэффективности, а также переживания отчуждения, уязвимости и собственной несостоятельности.

6-я стадия - принятие статуса «члена когорты пациентов» 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.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, Г.Г. Пуятін, О.В. Абрамов

СТИГМАТИЗАЦІЯ ПАЦІЕНТА У КОНТЕКСТІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті представлено структурно-динамічні особливості стигми у хворих на психічні розлади. Показано соціальні та особисті джерела стигматизації. Описано основні форми стигматизації в психіатрії. Представлено основні етапи формування аутостигматизації на підставі власного досвіду. Представлені дані важливі для розробки особисто-орієнтованих підходів до надання психіатричної допомоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 39-48).

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova, G.G. Putyatin, A.B. Abramov

**STIGMATISATION OF THE PATIENT IN THE CONTEXT OF THE PSYCHIATRIC
ADMINISTRATION**

Donetsk national medical university named after M. Gorky

The structural-dynamic peculiarities of the stigma in the patient with mental disorders are presented in the article. The social and personal sources of stigmatization are shown. The main forms of the stigmatization in the psychiatry are described. At the own experience the stages of the autostigmatisation forming are distinguished. Represented data are important for the elaboration of the personality oriented approaches to the psychiatric administration. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 39-48).

Поступила в редакцию 24.03.2012