

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY AND MEDICAL
PSYCHOLOGY**

Научно-практический журнал
Основан в 1995 году

№ 1 (35), 2016 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького

ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР В.А. Абрамов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А.В. Абрамов (ответственный секретарь), И.А. Бабюк, Р.А. Грачев, Л.К. Максимов (Россия), Г.С. Рачкаускас (ЛНР), Т.Л. Ряполова (заместитель главного редактора), В.В. Свиридова, С.В. Титиевский.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Ю.А. Александровский (Россия), Б.А. Богданов, О.Н. Долгошапка, В.Г. Заика (Россия), Д.В. Плотников (Россия), Б.С. Положий (Россия), Е.В. Прохоров, В.А. Солдаткин (Россия).

Ответственный за выпуск: В.А. Абрамов

Основатель и издатель:

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Периодичность издания: 4 раза в год.

Свидетельство о государственной регистрации печатного средства массовой информации
КВ № 15891-4363 ПР от 13.11.2009г.

Рекомендовано к изданию Ученым советом Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (протокол № 7 от 29.10.2016г.).

Адрес редакции: г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Республиканская клиническая психиатрическая больница. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ им. М. Горького.

Тел./факс: (062) 277-14-54, (062) 304-00-94.

e-mail: psychea@mail.ru dongournal@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ

3 CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

Абрамов В.А., Голоденко О.Н., Студзинский О.Г. Предубежденность и дискриминация как формы негативных социальных тенденций в общественном сознании по отношению к больным с психическими расстройствами **4**

Abramov V.A., Golodenko O.N., Studzinskiy O.G. Prejudice and discrimination as a form of negative social tendencies in public consciousness in relation to patients with mental disorders

Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Роговая Ю.В. Симптоматический психологический дистресс у лиц, подвергшихся воздействию экстремальных травматических событий военного времени **12**

Ryapolova T.L., Abramov A.V., Rogovaya Yu.V. Symptomatic psychological distress in persons exposed to the impact of extreme traumatic wartime events

Титиевский С.В., Бабюк И.А., Воеводина В.С., Волобуев В.В., Побережная Н.В. Статистическая оценка госпитализаций при непсихотических психических расстройствах в период ведения боевых действий в Донбассе **21**

Titievsky S.V., Babiuk I.A., Voyevodina V.S., Volobuyev V.V., Poberezhnaja N.V. Statistical evaluation of hospitalizations in non-psychotic mental disorders during fighting in Donbass

Абрамов В.А. Особенности дезинтеграции личности в процессе формирования самостигмы у больных шизофренией **28**

Abramov V.A.I. Disintegration features of personality in the process of forming self-stigmatization in patients with schizophrenia

Ряполова Т.Л., Такташева Д.Р. Копинг-стратегии и личностный потенциал в экстремальных жизненных ситуациях (часть I) **40**

Ryapolova T.L., Takhtashova D.R. Coping strategies and personality potential in extreme life situations (part I)

Соловьева М.А. Исследование субъективного благополучия у лиц, пребывающих в зоне военного конфликта **48**

Solovyova M.A. Study of subjective wellbeing persons dwells in a war zone

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

Абрамов В.А., Студзинский О.Г., Абрамов А.В., Грачев Р.А. Общественное мнение как предпосылка стигматизации больных с психическими расстройствами **55**

Abramov V.A., Studzinsky O.G., Abramov A.V., Grachev R.A. Public opinion as background stigma of mental patients

Абрамов В.А. Феномен самостигматизации (личной стигмы, само-стигмы) у больных шизофренией как психосоциальная проблема **63**

Abramov V. A.I. The phenomenon of self-stigmatization (personal stigma, self-stigma) in patients with schizophrenia as a psychosocial problem

Голоденко О.Н. Саморегуляция как важнейший механизм посттравматического адаптационного процесса **71**

Golodenko O.N. Self-regulation as the most important mechanism of posttraumatic adaptation process

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008:316.647.82

*Абрамов В.А., Голоденко О.Н., Студзинский О.Г.***ПРЕДУБЕЖДЕННОСТЬ И ДИСКРИМИНАЦИЯ КАК ФОРМЫ НЕГАТИВНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ОБЩЕСТВЕННОМ СОЗНАНИИ ПО ОТНОШЕНИЮ К БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: предубеждения, дискриминация, общественное сознание, психические расстройства

Предубеждение – это негативное, основанное на стереотипах оценочное суждение (аттитюд) в отношении специфической группы людей – когорты аутсайдеров [1, 2]. Другими словами, предубеждениями называют тенденцию заранее негативно судить о других людях только на основании их принадлежности к конкретной группе и руководствуясь исключительно своими стереотипами.

Одним из наиболее сложных и спорных моментов является определение причин возникновения предубеждений. Важную роль среди данных причин играют психологические факторы [3]. Обзор зарубежных исследований позволил сделать вывод о том, что факт психического здоровья, пусть оно даже было в прошлом у человека, негативно воспринимается обществом. Сама информация о том, что у индивидуума в настоящем или в прошлом отмечалось какое-то психическое нарушение, усиливает социальный барьер между человеком и обществом [4].

Т. Адорно [5] объясняет предубеждения индивидуальными особенностями человека. В соответствии с данным положением им были выделены следующие типы характера: конвенциональный (предубеждения интегрированы в структуре характера); авторитарный (предубеждения выполняют функцию социальной идентификации и экономическую функцию - направление либидной энергии в соответствующее русло); «бунтовщики» (стремление выступать против тех, кто кажется слабым); «хулиганы» (нежизнеспособность сверх-Я); «фантазеры» (посредством предубеждений конструируют псевдореальность, против которой направляют всю свою агрессию, возникшую в результате переживания собственной несостоятельности); манипулятивный тип (мир делится на схематичные поля, все рассматривается в качестве объекта,

которым нужно манипулировать и понять в соответствии со своими шаблонами).

А. Nazar [6] также связывает предубеждения с индивидуальными особенностями человека, которые нашли свое отражение в концепции «Большой пятерки» - экстраверсия (широта и интенсивность межличностного взаимодействия, уровень активности, решительность), дружелюбие (доброжелательность к другим людям, склонность к сотрудничеству, доверчивость), сознательность (организованность и настойчивость, ответственность, практичность, усердность), нейротизм (напряженность, нервозность, нестабильность) и интеллект (открытость опыту). Исследование показало, что предубежденность отрицательно связана с первыми четырьмя факторами.

L. Stephen [7] и S. Hargrave [8] в качестве основной причины предубеждений в отношении психически больных называют подсознательный страх, который подкрепляется средствами массовой информации. S. Hinshav и D. Cicchetti [9] выделяют две причины возникновения предубеждений:

1. Страх («fear») - психические заболевания воспринимаются опасными, и редкие, но широко известные инциденты с применением насилия с участием психически больных лишь подпитывают этот страх.

2. Элемент личной виновности («element of personal culpability») - вера в то, что лечение не поможет и может даже быть несоответствующим. Трудности с коммуникацией и социальная непроизводительность укрепляют тенденцию предвзято относиться к умственной болезни.

Важным психологическим механизмом в возникновении предубеждений является проекция. В работе М.М. Кабанова и Г.В. Бураковского [10] высказывается предположение о склонности представлять психическое заболевание как поражающее то, что человек считает наиболее

значимым. И.В. Мешкова, С.И. Ениколопов [11], проведя теоретический анализ материалов, посвященных исследованию причин предубежденности и ее связью с поведением, выделяют три подхода:

1. Теории авторитаризма, согласно которым истоки предубежденности следует искать в детстве человека, в особенностях его воспитания: жестокое обращение в детстве вызывают враждебность и стресс к новым ситуациям.

2. Теории политического консерватизма видят причину предубежденности в страхе неопределенности, который активизируется факторами окружающей среды. Этот страх заставляет придерживаться знакомого, навязывать стереотипы.

3. Теории, связывающие предубежденность с картиной мира, который видится индивиду враждебным и опасным. Враждебность по отношению к окружающему миру может генерализоваться в картине мира индивида, что приводит к ненависти ко всем объектам, независимо от ситуации. Позитивная картина не гарантирует отсутствия предвзятого отношения, она лишь исключает тотальный характер предубежденности.

Некоторые ученые видят в формировании предубеждений относительно психических больных стремление определить и четко обозначить границы нормального поведения [12]. Исследования многих ученых показали, что предубеждения являются способом восстановления внутренней стабильности и позитивной самооценки [13-14].

Необычной с точки зрения объяснения предубеждений в отношении психически больных является позиция Y.M. Lai (2000), который главную роль в усилении предубеждений отводит юмору умаления, который создает норму дискриминационного поведения. Его позиция по данному вопросу основана на теории подавления и оправдания С. Crandall и А. EshJeman's. Приложив ее на предубеждения в отношении психически больных, Y.M. Lai [15] делает вывод о том, что человек, подавляющий свои предубеждения и стереотипы в отношении данной группы, в результате действия внешних (нормы, законы) и внутренних факторов (личные убеждения, религиозные верования), использует юмор умаления именно для оправдания своих чувств; юмор создает новые нормы, где предубежденное отношение и дискриминация не осуждается.

Некоторые авторы считают, что предубеждения относительно «безумия» вырабатываются в детстве и закрепляются в процессе соци-

альных взаимодействий [16]. На решающую роль подкрепления в формировании предубеждений указывают М.С. Angermyer и Н. Matschinger [17], однако в данном случае подкрепление происходит благодаря массовой коммуникации.

Е. Uhlmann, V. Brescoll, E. Machery [18], проведя обзор статей, делающих акцент на идее о том, что предубеждения не являются рациональным средством в принятии решений, выделили два основных мотива к оправданию своей предубежденности, которые ведут к еще большей предубежденности:

1. Оправдывающие побуждения («system justifying motivations»). Здесь в качестве причин предубежденного отношения выступают угроза Эго («threats to one's ego») и желание рационализировать неравенство («desire to rationalize inequality»).

2. Побуждения точности («accuracy motives»). Однако, как утверждают авторы, люди, мотивированные на точность в своих суждениях, с меньшей вероятностью будут использовать стереотипы.

Поддержание собственной идентичности, подчеркивание разницы между группами «мы» и «они» (больные) можно также рассматривать как один из факторов предубежденного отношения, что заставляет общество формировать такие представления о психических больных, которые еще яснее подчеркивают эту разницу: «лица с психическими расстройствами опасны», «психическая болезнь - это притворство или выдумка», «психическая болезнь - это слабость характера», «психические заболевания разрушают личность», «исход психических заболеваний неблагоприятен» [19].

Г. Олпорт [20], как представитель когнитивного направления, связывает предубежденное отношение с нарушениями в когнитивной сфере личности, для которой характерны ригидность категорий, дихотомическое мышление, избирательное восприятие. Согласно теории социальных стереотипов предубеждения являются результатом неполноты восприятия, которое выражается в познании человеком другой личности путем соотнесения ее с эталоном [21].

На основе анализа представленных материалов четко прослеживается значимость психологических факторов в возникновении предубеждений. Среди психологических факторов, влияющих на развитие предубеждений, выделяют личностные особенности, страх (в том числе и страх неопределенности), проекция, особеннос-

ти межличностных отношений (в частности, детско-родительских), подкрепление; стремление к восстановлению позитивной самооценки и поддержанию собственной идентичности, внутренней стабильности, защите Эго; нарушения в когнитивной сфере, которые могут выражаться в особенностях картины мира человека как системе представлений человека о мире и своем месте в нем, неполноте восприятия, ошибках мышления (дихотомическое мышление, избирательное абстрагирование, генерализация).

Предубеждение в психиатрии – это 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. В настоящей работе мы выделяем три компонента предубеждений по отношению к психически больным людям: когнитивный, аффективный и поведенческий.

Когнитивный компонент предубежденности заключается в активизации стереотипов представлений о когорте психически больных людей. Эти стереотипы одинаковы по содержанию, однако отличаются по степени связи позитивных и негативных ассоциаций с этой категорией пациентов. 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.

На начальном этапе формирования предубеждений негативные суждения не носят характер абсолютного долженствования, они являются скорее нейтральными, дескриптивными характеристиками, которые могут подвергнуться сомнению самим субъектом. Затем, в процессе навязывания иррациональной, ошибочной оценочной позиции окружающими индивида людьми, происходит когнитивный сдвиг в направлении структурирования негативного образа психически больного человека. В дальнейшем, при частом повторении определенных событий, интерпретируемых с точки зрения негативных представлений о таких пациентах, их поведении и потенциальных возможностях, происходит актуализация иррациональных суждений и в конечном итоге они «поляризуются» (выделяются в

самостоятельный комплекс значений) и утрачивают связи с рациональными суждениями. Таким образом, происходит социальное научение, формирующее склонность к иррациональным когнициям и приверженность к предубежденному отношению к людям с психическими расстройствами. В этих случаях речь идет о неспособности индивида осознать недостатки своего стереотипного мышления и понять, что он оперирует стереотипами, которые не могут быть точными и никогда не описывают всех членов данной группы.

В обобщенном виде выделенные нами стереотипные представления, относящиеся к лицам с психическими расстройствами и являющиеся предпосылками и атрибутивными элементами формирования не только предубежденности, но и стигмы, и дискриминации, могут характеризовать следующие утверждения:

- люди с психическими расстройствами некомпетентны, непредсказуемы, представляют опасность для окружающих;
- таким людям нельзя доверять, они ненадежные, их надо исключить из общественной жизни;
- психически больные люди никчемные и беспомощные, и зависимы от окружающих;
- они вызывают неприязнь, отвращение, стремление дистанцироваться от них.

Предубежденность или негативное отношение к когорте психически больных рассматривается не только как ошибочное обобщение [22], но и как определенная враждебность. Другими словами, осознанная предубежденность, декларируемая вербально, детерминирует и соответствующие эмоциональные реакции в отношении этой категории больных даже при отсутствии какого-либо ситуационного контекста.

Аффективный компонент негативного отношения связан с глубокими отрицательными переживаниями (антипатия, страх, избегание, желание дистанцироваться, злость, отвращение, презрение, неловкость, дискомфорт), сопровождающие когнитивные реакции в отношении объектов предубеждения.

Поведенческий компонент стигматизирующей установки формируется во взаимосвязи с эмоциональным восприятием и когнитивными структурами. Особое значение здесь обретают наличие маркирующей стереотипной установки и идентификация пациента как социального субъекта носителя стигмы.

Поведенческий уровень стигматизирующего конструкта реализуется в ориентации на совер-

шение дискриминирующих действий. В современном обществе, несмотря на декларации о равенстве прав и свобод, дискриминация по отношению к пациентам как к объектам стигматизации проявляется на всех уровнях общественной жизни: законодательном, государственном, социальном, лингвистическом, публичном. На законодательном уровне во многих странах отсутствуют механизмы защиты прав этой стигматизированной группы; государственная политика поддерживает дискредитацию, принимая отрицательные характеристики как определяющие параметры их идентификации; в публичном дискурсе воспроизводятся утверждения об их неполноценности, медикализации и криминализации; нетерпимость общественного мнения и социальные фобии реализуются на уровне повседневного поведения. Однако, поскольку в современном обществе культивируются идеалы равенства и справедливости, негативное отношение к лицам с психическими расстройствами

чаще всего приобретает «утонченные», неявные черты. Тем не менее, косвенные, более мягкие способы выражения стигматизирующей установки также основаны на отсутствии позитивного отношения к объекту исключения и реализуется в латентной дискриминации.

Таким образом, поведенческий компонент предубеждений реализуется в тенденции предубежденных людей вести себя негативным образом по отношению к объектам их предубеждения, которые априори наделяются предсудительными свойствами. В случае открытого проявления в поведении таких тенденций возникает феномен дискриминации – действия на основе предубеждений, которые могут проявляться в трех формах: вербальное неприятие, избегание, дискриминация. Все эти формы отражают уровень социальной дистанции (гипотетических взаимоотношений, близости) между пациентами и окружающими людьми и негативную стигматизирующую идентификацию личности.

Материал и методы исследования

Для оценки предубеждений и дискриминации в отношении больных с психическими расстройствами использовался специально разработанный опросник, включавший 80 утверждений, адресованных к различным сторонам и механизмам коммуникативного процесса, обеспечивающего взаимодействие здоровых людей с психически больными. Проблемная ситуация, относительно которой высказывалось общественное мнение, была представлена различными составляющими обобщенного образа человека с психическими расстройствами. В качестве коллективного субъекта оценочных суждений (общественного мнения) выступала группа респондентов в количестве 400 человек, представленных как группа в целом (ГРЦ) и три подгруппы:

- врачи психиатры (ВП) – 60 чел.,
- врачи других специальностей (ВДС) – 90 чел.,
- представители немедицинских специальностей (ПНМС) – 250 чел.

Таким образом, результаты опроса позволяли провести анализ коллективных суждений (утверждений) у контингента людей, постоянно, на профессиональном уровне контактирующих с психически больными, у медицинских работников, не имеющих отношения к различным видам психиатрического вмешательства и в референтной группе, являющейся профессионально независимым источником формирования общественного мнения о людях с психическими расстройствами.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный нами анализ результатов опроса различных групп населения свидетельствует о значительной частоте когнитивных, аффективных и поведенческих составляющих предубежденности по отношению к психически больным. Распределение респондентов по частоте негативных репрезентаций приведено в таблице 1.

Когнитивный компонент предубеждений был достаточно выражен у большей части респондентов, включенных в исследование. Это нашло отражение в согласии их со следующими утверждениями: «с психически больными у людей

связаны негативные ожидания» (75,0%), «такие больные опасны для окружающих» (84,0%), «психически больные не способны добиться существенных достижений в жизни» (56,0%), «поведение этих больных совершенно не предсказуемо» (69,0%). При этом оценка больных как потенциально опасных свойственна всем категориям опрошенных, что делает этот фактор наиболее обобщенной характеристикой больных, независимой от ситуационных моментов.

Другие негативные когниции с наименьшей частотой встречались в группе ВП, а с наиболь-

шей частотой – у ПНМС. Из этого следует, что отсутствие объективной информации о психических расстройствах способствует стереотипиза-

ции ментальных конструкций и является предпосылкой формирования негативных репрезентаций в отношении психически больных.

Таблица 1

Частота предубеждений в отношении психически больных в различных группах респондентов (%)

Суждения (утверждения)	ГРЦ	ВП	ВДС	ПНМС
Психически больной не может приспособиться к жизни в обществе	8,0	6,0	41,0	4,0
С психически больными у меня связаны негативные ожидания	75,0	51,0	86,0	88,0
Такие больные опасны для окружающих	84,0	87,0	82,0	82,0
Психически больные не способны добиться существенных достижений в жизни	56,0	34,0	58,0	76,0
Поведение этих больных совершенно не предсказуемо	69,0	53,0	82,0	73,0
Психически больные вызывают у окружающих страх	24,0	13,0	18,0	41,0
Они не могут вызывать симпатии у здоровых людей	46,0	30,0	45,0	64,0
Присутствие такого больного в компании вызывает дискомфорт и желание поскорее ее покинуть	45,0	24,0	52,0	61,0
Психически больной в семье вызывает неловкость и дискомфорт	61,0	37,0	66,0	82,0
Разговоры о таких больных мне неприятны	21,0	7,0	27,0	31,0
Взаимоотношения с психически больным всегда затруднительны	52,0	28,0	58,0	72,0
Если я узнаю, что у человека был или есть психиатрический диагноз, то это повлияет на наши отношения, даже если я его давно знаю	29,0	22,0	41,0	27,0
Общение с психически больным человеком вряд ли будет полезным, приятным, доставляющим удовольствие	37,0	20,0	54,0	36,0
Брак с таким человеком нежелателен	60,0	32,0	66,0	83,0
Мое отношение к психически больным и мое поведение, несмотря на предубежденность, индивидуально, пока я с ним не столкнусь	47,0	14,0	54,0	75,0

Однако согласие с утверждениями, представляющими психически больных в негативном контексте, не всегда преломлялось в индивидуально-негативном отношении к больным. Суждения, структурирующие аффективный компонент предубеждений встречались с частотой 21-61% в общей популяции населения, с частотой 7-30% – в группе ВП и значительно чаще (31-82%) – среди ПНМС ($p < 0,05$).

Анализ представленности поведенческого компонента предубеждений или симпатической дистанции между респондентами и пациентами показал высокий уровень дистанцирования и дискриминационных тенденций в группе ПНМС и значительно меньшую частоту такого отноше-

ния у ВП. Позиция ВДС в большей мере приближается к позиции лиц немедицинских профессий, чем к позиции коллег-психиатров. Более того, по ряду утверждений, отражающих невозможности полноценных взаимоотношений с такими пациентами, именно врачи других профессий демонстрируют наиболее жесткую позицию.

Таким образом, основными предпосылками к предвзятому отношению к психически больным, как это следует из результатов проведенного исследования, 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 больным); 3) недостаток правдивой информации об объекте предвзятости.

Вероятность формирования предвзятого отношения к психически больным, по нашему мнению, определяется личностно-психологическими особенностями лиц, оценивающих эти отношения. Среди этих особенностей можно выделить:

- стремление повысить собственную самооценку за счет выделения более слабых и ничемных (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 безопасности, компетентности и внутренней стабильности путем проекции своего представления о компетентности и потенциальной угрозе на образ психически больного;
- отождествление понятий «психически больной» и «девиант»;
- однобокая интерпретация стигматизирующей больного информации.

Если предубеждение предполагает стереотипные мысли и чувства по отношению к конкретным группам людей, то дискриминацией обычно называют несправедливое, пренебрежительное обращение с другими людьми, основанное на их принадлежности к группе. То есть, различие между предубеждением и дискриминацией – это разница между мышлением/чувством (предубеждения) и действиями (дискриминация). Дискриминация обычно рассматривается на индивидуальном уровне, как прямая дискриминация или как стереотипный набор негативных социальных реакций нарушающих (ограничивающих) те или иные права.

Дискриминация лиц, страдающих психическими расстройствами – это негативное, пристрастное отношение к людям, нарушение их прав или ограничение возможностей на основании наличия у них психического расстройства или психиатрического диагноза. К основным дискриминационным проблемам, с которыми сталкиваются психически больные, относятся трудности в поиске жилья, безработица, негативное отношение работодателей и коллег, трудности в получении обра-

зования, низкая вероятность вступить в брак и высокая вероятность его расторжения, отчуждения со стороны родственников и друзей, низкое качество общемедицинской помощи, высокий риск суицидов и насилия [23,24].

Другими словами, дискриминация проявляется на всех уровнях общественной жизни: законодательном, государственном, социальном, лингвистическом, публичном. На законодательном уровне имеет место отсутствие механизмов защиты прав стигматизированных групп пациентов; государственная политика по отношению к ним поддерживает дискредитацию, принимая отрицательные характеристики как определяющие параметры их идентификации; в публичном дискурсе навязываются модели поведения, вытекающие из представлений о неполноценности, некомпетентности и опасности больных. Во многих формах повседневного языка содержатся оскорбительные выражения, отражающие неуважение к этой категории пациентов. Вербальные репрезентации этой маргинальной группы в массовой культуре (анекдоты, ирония, ярлыки и т.п.) в большинстве своем заключают негативные смыслы. Все перечисленные факторы в совокупности не только порождают социальную дискредитацию, но и закрепляют жесткие границы нормативного поведения и социальные установки приписывания негативной идентичности. Дискриминация и практика социального исключения этой группы больных весьма разнообразны: от латентных норм до открыто агрессивных. Отдельные проявления скрытой или явной дискриминации могут рассматриваться с позиций тоукенизма (мягкой формы дискриминации), характеризующейся тенденцией со стороны части предубежденных людей внешне вести себя сдержанным, относительно толерантным образом по отношению к объектам их предубеждений, когда такое поведение не требует от них больших затрат или привлечения значительных усилий. Тоукенизм является формой рационализации дискриминирующего поведения и смягчения стигматизационных эффектов в связи с негативными психиатрическими предубеждениями [25]. Однако даже случаи тоукенизма подразумевают негативно пристрастное отношение к психически больным со стороны отдельных лиц или малых социальных групп.

Масштабный характер бытовой дискриминации нашел отражение в результатах опроса различных категорий людей, выявивших одобрение и потенциальную готовность совершать такие действия. Эти данные представлены в таблице 2.

Распределение респондентов по фактору «негативные социальные тенденции- дискриминация» по отношению к психически больным, %

Суждения (утверждения)	ГРЦ	ВП	ВДС	ПНМС
Психически больные не должны иметь детей	44,0	33,0	59,0	41,0
Психически больной не должен находиться в обществе	23,0	-	18,0	50,0
Если выяснится, что мой знакомый заболел психически, я прекращу с ним общаться	11,0	6,0	18,0	9,0
Всем психически больным необходимо запретить иметь оружие	92,0	93,0	82,0	100,0
Настоящая цель психиатрии – изоляция неугодных обществу	16,0	-	14,0	36,0
Психически больные не могут учиться в Вузе	25,0	6,0	14,0	54,0
Узнав, что человек имеет психиатрический диагноз, постараюсь с ним не общаться	23,0	13,0	41,0	14,0
Человек с психическим заболеванием не должен служить в правоохранительных органах и армии	92,0	100,0	100,0	77,0
Психически больной человек не должен водить машину	74,0	86,0	64,0	73,0
Права психически больных часто ущемляются, эти люди подвергаются унижениям и дискриминации	62,0	60,0	45,0	82,0
Психически больных необходимо изолировать	33,0	-	23,0	77,0
Психически больному нельзя доверить ответственное дело, на него нельзя положиться	52,0	33,0	68,0	54,0
Можно пожертвовать свободой психически больного человека ради безопасности общества	62,0	60,0	73,0	54,0
Человек с психическим заболеванием не должен работать на руководящем посту	75,0	66,0	100,0	59,0

В качестве наиболее категоричного для всей группы респондентов, выступают утверждения о невозможности службы таких больных в армии и правоохранительных органах, иметь оружие (от 32 до 100,0% опрошенных), а также запрет на вождение автомобиля и выполнение ответственной работы. При этом большая часть респондентов (82,0% в группе ПНМС) осознает, что все эти меры сопровождаются нарушением и унижением достоинства пациента, то есть содержат в себе антигуманные аспекты.

Таким образом, значительное число опрошенных высказалось в пользу применения к психически больным всевозможных санкций и запретов, относящихся к различным сферам их жизнедеятельности. Причем решающее значение при избрании такой тактики в отношении данного контингента больных имеет не забота об их интересах, ценностях и потребностях, а стремление защитить общество от основанной на стереотипах и предубеждениях социальной опасности больных.

ПРЕДУБЕЖДЕННОСТЬ И ДИСКРИМИНАЦИЯ КАК ФОРМЫ НЕГАТИВНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В ОБЩЕСТВЕННОМ СОЗНАНИИ ПО ОТНОШЕНИЮ К БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: предубеждения, дискриминация, общественное сознание, психические расстройства

В статье рассматриваются ключевые особенности предубеждения в психиатрии как основанного на стереотипных представлениях, необоснованного, негативно-пренебрежительного отношения к психически больному человеку, способствующего обесцениванию его личности, дистанцированию от него в конкретном личностном и социальном контексте и, в конечном счете, к его дискриминации и ухудшению качества жизни. Выделены три компонента предубеждений по отношению к психически больным людям: когнитивный, аффективный и поведенческий. Результаты опроса различных категорий людей выявили значительную выраженность всех компонентов предубежденности в отношении больных с психическими расстройствами и масштабный характер их бытовой дискриминации.

Определены основные предпосылки к предвзятому отношению к психически больным: готовность в отношении психически больного к признанию его в качестве объекта предвзятости; социальная допустимость и санкционированность предвзятости (отсутствие негативной реакции общества на предвзятое отношение к больным); недостаток правдивой информации об объекте предвзятости. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 4-11).

Abramov V.A., Golodenko O.N., Studzinskiy O.G.

PREJUDICE AND DISCRIMINATION AS A FORM OF NEGATIVE SOCIAL TENDENCIES IN PUBLIC CONSCIOUSNESS IN RELATION TO PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Key words: prejudice, discrimination, social consciousness, mental disorders

This article discusses the key features of prejudice in psychiatry based on stereotyped, unjustified, negative and contemptuous attitude towards the mentally ill person, contributing to the devaluation of its identity, distancing from it in a particular personal and social context and eventually to its discrimination and aggravation of quality of life. Three components of prejudice in relation to mentally ill people are identified: cognitive, affective and behavioral. The results of the survey of different categories of people have revealed a significant expression of all components of prejudice against patients with mental disorders and the large-scale nature of their everyday discrimination.

The basic prerequisites for bias against patients with mental disorders: preparedness to recognition of the mental patients as the object of prejudice; social admissibility and approval of the bias (no negative reaction of society to the biased attitude to the sick); lack of reliable information about the bias object. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 4-11).

Литература

1. Нельсон Т. Психология предубеждений. Секреты шаблонов мышления, восприятия и поведения / Т. Нельсон. - СПб.: Прайм - ЕВРОЗНАК, 2003. - 361с.
2. Ениколопов С.Н. Направления исследования предубежденности в западной психологии межгрупповых отношений / С.Н. Ениколопов, Н.В. Мешкова // Вопросы психологии. - 2007, № 1 - С. 148-158.
3. Позняк С.В. Психологические факторы стигматизации психических больных / С.В. Позняк // Психология, социология и педагогика. - 2012. - № 11. - URL: <http://psychology.snauka.ru/2012/11/1220> (дата обращения: 12.11.2015).
4. Коцюбинский А.П. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома // Социальная и клиническая психология. - 1999. - № 3. - С. 9-14.
5. Адорно Т. Исследование авторитарной личности / Т. Адорно, Н. Сэнфорд, Э. Френкель-Брюнсвик, Д. Левинсон. - М.: Акад. исслед. культуры, 2001. - 412с.
6. Nazar A. Classical and modern prejudice: attitudes toward people with intellectual disabilities / A. Nazar, B. Ekehammar, M. Claesson, K. Sonnander // Research in Developmental Disabilities. - 2006. - Vol. 27, № 6. - P. 605-617.
7. Stephen L. Stigmatization of psychiatric disorder / L. Stephen // Psychiatric Bulletin. - 1999. -Vol. 23, № 1. - P.129-131.
8. Hargrave S. Changing attitudes about stereotyped groups and critical thinking ability: dis. ... doctor of philosophy / Hargrave S. - Wichita, 2006. - 120p.
9. Hinshaw P. Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure and social policy / P. Hinshaw, D. Cicchetti. - Cambridge University Press. - 2000. - 630p.
10. Кабанов М.М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2000. - Т. 1. - С. 3-8.
11. Мешкова Н.В., Ениколопов С.Н. Предубежденность в контексте свойств личности / Н.В. Мешкова, С.Н. Ениколопов // Психологический журнал. - 2010. - № 4. - С. 35-46.
12. Johnstone M. Stigma, social justice and mental illness / M. Johnstone // Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing. - 2001. - Vol. 35, №10. - P. 200-209.
13. Михайлова И.О. Самостигматизация психически больных: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.18: 09.00.04 / Михайлова И.О. // Научный центр психического здоровья РАМН. - М., 2005. - 25с.
14. Серебрянская А.А. Социально-психологические факторы стигматизации: дис...канд. психол. наук: 09.00.04 / Серебрянская А.А. // Научный центр психического здоровья РАМН. - М., 2005. - 177с.
15. Lai Y.M. Stigma of mental illness / Y.M. Lai, C.P. Hone, C.Y. Chee // Singapore Medical Journal. - 2000. - Vol. 42, № 3. - P. 111-114.
16. Lawrie S. Stigmatization of psychiatric disorder / S. Lawrie // Psychiatric Bulletin. - 1999. - № 23. - P. 129-131.
17. Angermeyer M.C. Mental illness made public: ending the stigma / M.C. Angermeyer, H. Matschinger // British Journal of Psychiatry. - 2001. - Vol. 178, № 9. - P. 3-15.
18. Uhlmann E.L. The motives underlying stereotype-based discrimination against members of stigmatized groups / E.L. Uhlmann, V.L. Brescoll, E. Machery // Social Justice Research. - 2010. -Vol. 23, № 5. -P. 1-16.
19. Дубицкая Е.А. Стигматизация больных эпилепсией: дис... канд. мед. наук: 14.00.18 / Дубицкая Е.А.: Самарский государственный медицинский университет. - М., 2009. - 234с.
20. Олпорт Г. Природа предубеждения / Г. Олпорт // Век толерантности. - 2003. - № 5. - С. 13-20.
21. Бодалев А.А. Личность и общение / А.А. Бодалев. - М., 1983. - 271с.
22. Gainess S.O. Prejudice: From Allport to DuBeis / S.O. Gainess, E.S. Reed // Am Psychologist. - 1995. - Vol. 50. - P. 96-103.
23. Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства / В.А. Абрамов. - Донецк, 2000. - 129с.
24. Карлинг Пол. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психической инвалидностью / П.Д. Карлинг. - Киев: Сфера, 2001. - 442с.
25. Ставицкий О.О. Психология гандикапизма: монография / О.О. Ставицкий. - Рівне: Принт Хаус, 2011. - 376с.

Поступила в редакцию 25.08.2016

УДК 616-001:355.01:159.96

*Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Роговая Ю.В.***СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС У ЛИЦ,
ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
СОБЫТИЙ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: симптоматический психологический дистресс, экстремальные травматические события военного времени

Актуальность проблемы психологического дистресса в настоящее время обусловлена рядом как общечеловеческих, так и специфических только для нашего региона факторов. К первым можно отнести резкое увеличение во всем мире количества антропогенных катастроф и «горячих точек», политическую нестабильность в мире с мощным информационным натиском в СМИ и Internet. Ко вторым – недавнее коренное изменение уклада жизни в регионе, а соответственно, и всего комплекса социально-психологических условий существования людей в условиях боевых действий 2014-2015 г.г. и угрозы их возобновления. Политическое, экономическое, социальное неблагополучие, нестабильность, потеря стереотипных ценностей – все это вызывает массовое увеличение напряжения. Отсюда повышение уровня общей тревожности, возрастание переживаний одиночества, ощущения своей ненужности, страха за будущее и пр. Население региона оказалось в экстремальной ситуации, причем во время активных боевых действий она имела характер непосредственной угрозы для жизни, а в дальнейшем, по мере ослабления боевых действий, но в условиях экономической блокады и информационной войны, приобрела длительный характер. В экстремальных условиях жизнедеятельности потребовалась адаптационная перестройка функциональных систем человека, иногда субъективно крайне неприятная, а подчас и неблагоприятная для его здоровья. Наиболее характерным психическим состоянием, развившимся под влиянием экстремальных условий жизнедеятельности, являлся стресс [1 - 5].

Первоначально понятие стресса возникло в физиологии для обозначения неспецифической реакции организма («общего адаптационного синдрома») в ответ на любое неблагоприятное воздействие [6, 7]. Речь идет о совокупности стереотипных, филогенетически запрограммиро-

ванных реакций организма, вызываемых воздействием различных интенсивных стимулов окружающей среды или трудными жизненными ситуациями. По своей начальной сути возникающие реакции организма имеют адаптационный характер. И в этом качестве стресс — неотъемлемое проявление жизни. Позднее понятие стресса стало использоваться для описания состояний индивида в экстремальных условиях на физиологическом, биохимическом, психологическом, поведенческом уровнях.

Часто термином «стресс» подменяется понятие «дистресса», который характеризуется появлением признаков дезорганизации целенаправленного поведения, и за которым следует этап биологического и психологического истощения организма. Но уже в работах Г. Селье (1979) выделены стадии динамики развития стресса, на которых происходит развитие дистресса [6].

Г. Селье выделены два вида стресса — эустресс и дистресс. Дистресс всегда неприятен, он связан с вредоносным воздействием. Эустресс имеет положительный эффект, т. к. активизируются психические процессы, эмоции носят стенический характер. Понятие дистресс отражает такие психические состояния и процессы, при которых, по крайней мере, на какое-то время, соотношение между требуемыми усилиями и имеющимися ресурсами оказывается нарушенным, причем не в пользу ресурсов [6].

Дистресс (от англ. distress — «горе», «страдание», «сильное недомогание», «истощение») — неблагоприятный стресс, в результате которого истощаются защитные силы организма, что приводит к срыву механизмов адаптации и развитию различных заболеваний, вплоть до смертельного исхода. Другими словами, дистресс — это состояние человека, потерявшего способность приспособливаться к миру, в котором он живет.

Острый дистресс — дезорганизация поведения человека при неожиданном, «катастрофичес-

ком» (обычно представляющем угрозу жизни или ее основным ценностям) события (например, при землетрясении, неожиданном нападении, утрате близких).

Хронический дистресс — длительное воздействие на человека неблагоприятных стресс-факторов (особенно психологических, социальных или экологических). Это, к примеру, может быть конфликтная, безвыходная ситуация, приносящая эмоционально негативные переживания [6, 8, 9].

Психологический стресс как особое психическое состояние является своеобразной формой отражения субъектом сложной, экстремальной ситуации, в которой он находится. Специфика психического отражения обуславливается процессами деятельности, особенности которых (их субъективная значимость, интенсивность, длительность протекания и т. д.) в значительной степени определяются выбранными или принятыми целями, достижение которых побуждается содержанием мотивов деятельности [10].

Р. Лазарус (1970) характеризует психологический стресс как обусловленное «угрозой» эмоциональное переживание, которое оказывает влияние на способность человека достаточно эффективно осуществлять свою деятельность [9]. В таком контексте между эмоцией (отрицательной по своей модальности) и эмоциональным стрессом нет существенного различия, так как в качестве определяющего фактора рассматривается влияние эмоционального напряжения на деятельность индивида.

Ю.В. Щербатых (2006) разделяет понятия «психологического» и «эмоционального» стресса, указывая, что эмоциональный стресс сопровождается выраженными эмоциональными реакциями, а в развитии психологического стресса преобладает когнитивная составляющая (анализ ситуации, оценка имеющихся ресурсов, построение прогноза дальнейших событий и т. д.) [11]. В то же время оба вида стресса имеют общую схему развития (тревога-адаптация-истощение), описанную еще Г. Селье.

По мнению автора теории информационного стресса В. А. Бодрова (2000), любой психологический стресс носит информационный характер, так как содержит информацию о каких-либо неблагоприятных событиях [12]. Он определяет психологический стресс «как функциональное состояние организма и психики, которое характеризуется существенными нарушениями биохимического, физиологического, психического статуса человека и его поведения в результате воздействия экстремальных факторов психоген-

ной природы (угроза, опасность, сложность или вредность условий жизни и деятельности)» [13].

Большинство авторов склонно рассматривать психологический стресс как транзактный процесс, отражающий взаимодействие человека с окружающим миром [14]. Определение психологического стресса как состояния и как процесса правомерно и обоснованно, однако при этом остаются вопросы, которые прежде всего относятся к необходимости разработки дифференцирующих критериев последствий воздействия стрессоров, весьма различных как по своей интенсивности, так и по феноменологии.

В настоящее время выделяется также социальный стресс [11, 12, 15, 16], связанный с переживанием критических жизненных ситуаций, многие из которых по-настоящему драматичны (потеря близких, социальные кризисы, отделение от семьи и друзей и др.), и является наиболее опасным, так как представляет угрозу физическому, психологическому и психическому здоровью. При исключительности стрессорного фактора (например, военные действия) используется понятие травматического стресса [17].

Понятие «стресс» в современной психологии и медицине, базирующееся на классических исследованиях Г. Селье, включает в себя представления о связи стресса с нагрузкой на сложные системы (биологические, психологические, социально-психологические) и с сопротивлением этой нагрузке. В соответствии с этими представлениями стресс рассматривается как психологический синдром, слагающийся из совокупности неспецифически вызванных изменений, как неспецифическая реакция организма на предъявляемые к нему требования [18].

Клиническими проявлениями, обусловленными психологическим стрессом, являются: острые стрессовые реакции, которые возникают после сильного травматического переживания исключительно угрожающего характера и завершаются в течение дней, а иногда и часов; посттравматические стрессовые расстройства, которые представляют собой затяжную, непосредственную или отставленную реакцию на подобного рода переживание; реакции адаптации, при которых прослеживается четкая связь (в том числе и временная) со стрессовым событием, влекущим за собой более или менее выраженное жизненное изменение; невротические состояния и личностные декомпенсации, при которых обычно обнаруживается зависимость от повторного или хронического воздействия стрессоров

(«жизненных событий»), трудно разрешимых эмоциональных проблем, интрапсихических конфликтов, длительного нарастания фрустрации и психического напряжения. Значение эмоционального стресса при этих состояниях очевидно, поскольку стресс не связан с одной конкретной и явной ситуацией, а реализуется в более широком жизненном контексте [17, 19].

Наибольшее количество эмпирических исследований направлены на исследование ПТСР у ветеранов боевых действий [20 - 25], после катастроф [26], у жертв сексуального насилия [26, 33, 34], у онкологических больных [27], при стрессе радиационной угрозы и его последствий, которые представлены, в основном, результатами изучения медико-психологических последствий участия в ликвидационных работах на Чернобыльской АЭС [28,29], у жертв радиационного облучения во время аварии на американской АЭС «Three Mile Island» [30], в Гайане [31], у американских ветеранов второй мировой войны, которые были свидетелями испытаний ядерного оружия [32], при террористической угрозе и

ее последствиях [35 - 37]. Их анализ показал, что большая часть работ посвящены эпидемиологии, этиологии, динамике, диагностике и терапии ПТСР.

Таким образом, несмотря на большое количество исследований, посвященных стрессу, описание симптоматики сводится в основном к изучению посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Однако представляется очевидным, что многие аспекты этой проблемы далеки от своего разрешения. Особенно актуальным это становится в ситуации затяжного военного-политического и экономического кризиса в Донбассе.

Целью настоящего исследования была оценка влияния отдельных внешних и внутренних факторов (пола, продолжительности пребывания в зоне военного конфликта, субъективной оценки состояния психического и физического здоровья) на формирование симптоматического психологического дистресса у лиц, подвергшихся воздействию экстремальных травматических событий военного времени.

Материал и методы исследования

С целью исследования особенностей симптоматического психологического дистресса в условиях военного конфликта в Донбассе было обследовано 100 студентов медицинского вуза (средний возраст $22,7 \pm 1,67$ года). Среди обследованного контингента преобладали женщины (78 чел. – 78,0%) в сравнении с мужчинами (22 чел. – 22,0%). При субъективной оценке физического здоровья 21 респондент (21,0%) отметил ухудшение соматического благополучия, у 79 чел. (79,0%) физическое здоровье не изменилось. Ухудшение психического здоровья отмечали у себя 59 респондентов (59,0%), 41 чел. (41,0%) считали себя психически здоровыми. Обследованные лица находились в зоне военного конфликта различные промежутки времени: 14 чел. (14,0%) находились в зоне конфликта в общей сложности до 6 мес.; 31 чел. (31,0%) выезжали из города, но общее время пребывания в зоне конфликта было более 6 мес.; наиболее многочисленная группа – 55 респондентов

(55,0%) не покидали зоны конфликта на всем его протяжении.

Исследование особенностей симптоматического психологического дистресса проводилось с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom checklist-90-revised) [38], адаптированного Н.В. Тарабриной (2001) [39]. Опросник оценивает состояние респондентов по шкалам соматизации (SOM), межличностной чувствительности (INT), обсессивно-компульсивных расстройств (O-C), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), шкалу паранойяльной симптоматики (PAR) и психотизма (PSY), а также содержит два индекса, отражающих степень выраженности симптоматики (PSI) и наличие симптоматического дистресса (PSDI).

Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлен анализ выраженности симптоматического психологического дистресса в зависимости от пола респондентов.

Выраженность симптомов дистресса и по отдельным шкалам, и по индексу GSI у мужчин

находились в пределах популяционной нормы. У женщин по ряду шкал показатели статистически достоверно ($p < 0,05$) превышали верхнюю границу популяционной нормы (соматизация $0,75 \pm 0,07$ в сравнении с $0,44 \pm 0,03$, межличност-

ная тревожность $0,99 \pm 0,09$ в сравнении с $0,66 \pm 0,03$, тревожность $0,70 \pm 0,08$ в сравнении с $0,47 \pm 0,03$, фобии $0,44 \pm 0,05$ в сравнении с $0,18 \pm 0,02$, индекс GSI $0,71 \pm 0,06$ в сравнении с $0,51 \pm 0,02$). При этом у женщин симптомы психологического дистресса были статистически

достоверно ($p < 0,05$) более выраженными в сравнении с аналогичными показателями у представителей мужского пола, о чем свидетельствуют показатели индекса общей выраженности симптомов GSI ($0,71 \pm 0,06$ у женщин и $0,45 \pm 0,07$ у мужчин).

Таблица 1

Гендерные различия выраженности симптомов психологического дистресса у обследованных лиц

Шкалы SCL-90	Мужчины (n=22 чел.) $\bar{X} \pm m$	Женщины (n=78 чел.) $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Соматизация (SOM)	$0,33 \pm 0,06$	$0,75 \pm 0,07$	0,003*
Обсессивность, компульсивность (O-C)	$0,56 \pm 0,09$	$0,83 \pm 0,07$	0,069
Межличностная сенситивность (INT)	$0,69 \pm 0,12$	$0,99 \pm 0,09$	0,120
Депрессивность (DEP)	$0,48 \pm 0,10$	$0,74 \pm 0,07$	0,067
Тревожность (ANX)	$0,45 \pm 0,09$	$0,70 \pm 0,08$	0,131
Враждебность (HOS)	$0,59 \pm 0,11$	$0,78 \pm 0,08$	0,307
Фобии (PHOB)	$0,22 \pm 0,06$	$0,44 \pm 0,05$	0,066
Паранойяльность (PAR)	$0,61 \pm 0,11$	$0,68 \pm 0,07$	0,978
Психотизм (PSY)	$0,35 \pm 0,08$	$0,38 \pm 0,05$	0,873
Дополнительные пункты	$0,38 \pm 0,09$	$0,56 \pm 0,06$	0,083
Индекс GSI	$0,45 \pm 0,07$	$0,71 \pm 0,06$	0,024*
Индекс PDSI	$1,43 \pm 0,06$	$1,49 \pm 0,05$	0,739

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

Наиболее значимые различия в выраженности симптоматики дистресса у женщин в сравнении с мужчинами касались уровня соматизации ($0,75 \pm 0,07$ у женщин и $0,33 \pm 0,06$ у мужчин, различия статистически достоверны, $p < 0,05$). У 65 женщин (83,3%) отмечались разнообразные жалобы, отражающие телесную дисфункцию и связанный с ними дистресс, что и обуславливало достаточно высокий показатель по шкале «соматизации». У 44,9% респондентов (35 чел.) отмечались разнообразные болевые ощущения (головные боли, боли в спине, общий мышечный дискомфорт). У 26 чел. (33,3%) отмечался дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта в виде снижения аппетита, тошноты, ощущения тяжести в подложечной области. Неприятные ощущения в области сердца в виде покалывания или сжатия, сердцебиение, тахикардия, лабильность артериального давления отмечались у 37 чел. (48,7%). Необходимо отметить, что выше перечисленные патологические ощущения не были выраженными и не нарушали работоспособность испытуемых. Никто из обследованных не наблюдался по поводу соматической патологии. В основном респонденты связывали ухудшение физического самочувствия с переживаемой стрессовой ситуацией, что позволяло думать о формировании феномена сомати-

зации в условиях хронического стресса. Индекс симптоматического дистресса PDSI у обследованных мужчин и женщин находился примерно на одном уровне ($1,43 \pm 0,06$ и $1,49 \pm 0,05$ соответственно, различия между группами статистически недостоверны, $p > 0,05$), однако существенно превышал верхнюю границу популяционной нормы ($1,17 \pm 0,05$) (различия достоверны, $p < 0,05$). Данная ситуация у женщин подтверждает значительный уровень дистресса вследствие переживаемой симптоматики и отражает значительную роль травматического стресса в появлении, содержательной окраске и выраженности симптомов психического неблагополучия. Отсутствие клинически выраженных симптомов дистресса в сочетании с повышением индекса выраженности дистресса у мужчин отражает специфический «стиль» выражения дистресса у представителей мужского пола с тенденцией к преуменьшению наличия и выраженности симптомов.

В зависимости от субъективной оценки физического здоровья все обследованные были разделены на группы: I группа (21 чел.) отмечали ухудшение физического здоровья, II группа (79 чел.) не отмечали изменений в физическом самочувствии. Результаты обследования респондентов этих групп опросником SCL-90-R пред-

ставлены в таблице 2.

В I группе респондентов субъективное ухудшение физического здоровья сопровождалось, в сравнении с популяционной нормой, повышением показателей практически по всем шкалам опросника (соматизация, обсессивность-компульсив-

ность, межличностная сенситивность, депрессивность, тревожность, фобии, враждебность, паранойальность) и, соответственно повышением индекса выраженности симптоматики GSI ($0,88 \pm 0,13$ в сравнении с $0,51 \pm 0,02$ в норме), различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 2

Выраженность симптоматики психологического дистресса в зависимости от субъективной оценки физического здоровья

Шкалы SCL-90	I группа $\bar{X} \pm m$	II группа $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Соматизация (SOM)	$0,92 \pm 0,16$	$0,59 \pm 0,06$	0,009*
Обсессивность, компульсивность (O-C)	$1,05 \pm 0,17$	$0,70 \pm 0,06$	0,049*
Межличностная сенситивность (INT)	$1,02 \pm 0,17$	$0,90 \pm 0,08$	0,709
Депрессивность (DEP)	$0,95 \pm 0,16$	$0,61 \pm 0,06$	0,043*
Тревожность (ANX)	$0,77 \pm 0,15$	$0,61 \pm 0,07$	0,331
Враждебность (HOS)	$0,99 \pm 0,18$	$0,67 \pm 0,07$	0,154
Фобии (PHOB)	$0,44 \pm 0,1$	$0,38 \pm 0,05$	0,532
Паранойальность (PAR)	$0,79 \pm 0,17$	$0,63 \pm 0,07$	0,593
Психотизм (PSY)	$0,46 \pm 0,09$	$0,35 \pm 0,05$	0,162
Дополнительные пункты	$0,69 \pm 0,13$	$0,48 \pm 0,05$	0,121
Индекс GSI	$0,88 \pm 0,13$	$0,60 \pm 0,05$	0,031*
Индекс PDSI	$1,73 \pm 0,11$	$1,41 \pm 0,04$	0,012*

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

В то же время, в сравнении с респондентами II группы, имели место статистически достоверно ($p < 0,05$) более высокие показатели соматизации ($0,92 \pm 0,16$ в сравнении с $0,59 \pm 0,06$), обсессивности-компульсивности ($1,05 \pm 0,17$ в сравнении с $0,70 \pm 0,06$), депрессивности ($0,95 \pm 0,16$ в сравнении с $0,61 \pm 0,06$) и, соответственно, индекса общей выраженности симптомов GSI ($0,88 \pm 0,13$ в сравнении с $0,60 \pm 0,05$). Все обследованные данной группы предъявляли жалобы как общесоматического характера (общее недомогание, головные боли, утомляемость, мышечные боли), так и специфические (сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные), не оформленные при этом в какую-либо патологию, не влекущие за собой необходимость обращения к врачам-интернистам и связанные со стрессовой ситуацией военного времени. Несмотря на это, плохое самочувствие способствовало снижению настроения и периодически сопровождалось навязчивыми размышлениями о состоянии здоровья и роли стресса в его ухудшении. Данная динамика и звучание в переживаниях ситуации военного времени отражались на показателе индекса выраженности дистресса PDSI ($1,73 \pm 0,11$), который статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал аналогичный показатель в группе II ($1,41 \pm 0,04$).

Несмотря на отсутствие субъективных из-

менений в физическом самочувствии, у респондентов II группы имело место статистически достоверное ($p < 0,05$) превышение нормативных популяционных показателей по шкалам межличностной сенситивности и фобий ($0,90 \pm 0,08$ и $0,38 \pm 0,05$ в сравнении с $0,66 \pm 0,03$ и $0,18 \pm 0,02$ соответственно), что, вероятно, может быть связано с информационной составляющей хронического стресса военного времени и, безусловно, отразилось на показателях индекса выраженности дистресса (PDSI), который также статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал верхнюю границу нормы в популяции ($1,41 \pm 0,04$ в сравнении с $1,17 \pm 0,05$).

В зависимости от субъективной оценки психического здоровья все обследованные были разделены на две группы: I группа (59 чел.) отмечали ухудшение психического здоровья, II группа (41 чел.) не отмечали изменений в психическом здоровье и функционировании. Результаты обследования респондентов этих групп опросником SCL-90-R представлены в таблице 3.

Показатели шкал и индексов методики SCL-90-R в группе респондентов, не отмечавших изменений в состоянии своего психического здоровья, соответствовали нормативным популяционным показателям.

Субъективное ухудшение психического здоровья в I группе респондентов сопровождалось

статистически достоверным ($p < 0,05$) увеличением значений показателей по всем шкалам опросника, за исключением враждебности и паранойяльности. То есть, на обилие соматизированных симптомов, сопровождавшихся подавленно-

стью, тревожностью, разнообразными страхами, обследованные отвечали повышением межличностной сенситивности или излишней ипохондрической фиксацией, но не враждебностью и подозрительностью.

Таблица 3

Выраженность симптоматики психологического дистресса в зависимости субъективной оценки психического здоровья

Шкалы SCL-90	I группа $\bar{X} \pm m$	II группа $\bar{X} \pm m$	Статистическая значимость различия, p
Соматизация (SOM)	0,79±0,09	0,46±0,07	0,003*
Обсессивность, компульсивность (O-C)	0,88±0,08	0,62±0,09	0,008*
Межличностная сенситивность (INT)	1,07±0,11	0,72±0,09	0,007*
Депрессивность (DEP)	0,83±0,08	0,47±0,08	<0,001*
Тревожность (ANX)	0,76±0,08	0,47±0,1	0,002*
Враждебность (HOS)	0,83±0,09	0,60±0,08	0,133
Фобии (PHOB)	0,48±0,06	0,26±0,06	0,002*
Паранойяльность (PAR)	0,71±0,08	0,60±0,10	0,250
Психотизм (PSY)	0,46±0,06	0,26±0,06	0,006*
Дополнительные пункты	0,64±0,07	0,36±0,06	0,008*
Индекс GSI	0,77±0,07	0,49±0,07	0,002*
Индекс PDSI	1,55±0,06	1,39±0,06	0,060

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны.

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий в значениях индекса симптоматического дистресса в данных группах обследованных, показатели индекса значительно превышали популяционную норму (1,55±0,06 и 1,39±0,06 в сравнении с 1,17±0,05) (различия статистически достоверны, $p < 0,05$). Это может быть связано с различными способами осознания стресса военного времени и совладания с ним: через симптомы и переживания к ухудшению состояния психического здоровья и через принятие факта и поиска способов адаптации к хронической стрессовой ситуации.

В зависимости от продолжительности пребывания в зоне военного конфликта все обследованные были разделены на три группы: I группа (14 чел.) - с общей продолжительностью пребывания в зоне конфликта до 6 мес., II группа (31 чел.) – находившиеся в зоне конфликта в общей сложности более 6 мес., III группа (55 чел.) – не покидавшие зоны военного конфликта на всем его протяжении. Результаты исследования особенностей симптоматического психологического дистресса респондентов этих групп представлены в таблице 4.

Таблица 4

Выраженность симптоматики психологического дистресса в зависимости от продолжительности пребывания в зоне военного конфликта

Шкалы SCL-90-R	I группа $\bar{X} \pm m$	II группа $\bar{X} \pm m$	III группа $\bar{X} \pm m$
Соматизация (SOM)	0,83±0,19	0,58±0,09	0,66±0,09
Обсессивность, компульсивность (O-C)	1,01±0,18	0,75±0,09	0,72±0,08
Межличностная сенситивность (INT)	1,18±0,18	0,84±0,1	0,91±0,12
Депрессивность (DEP)	0,80±0,18	0,68±0,08	0,66±0,09
Тревожность (ANX)	0,81±0,17	0,64±0,11	0,60±0,09
Враждебность (HOS)	0,85±0,19	0,81±0,1	0,67±0,09
Фобии (PHOB)	0,66±0,17	0,43±0,09	0,30±0,05*
Паранойяльность (PAR)	0,68±0,13	0,69±0,1	0,64±0,1
Психотизм (PSY)	0,51±0,13	0,43±0,07	0,32±0,06
Дополнительные пункты	0,67±0,15	0,55±0,09	0,47±0,07
Индекс GSI	0,84±0,15	0,65±0,08	0,61±0,07
Индекс PDSI	1,52±0,11	1,48±0,06	1,47±0,06

Примечание: * - значения, для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия относительно предыдущего исследования (Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок)

У респондентов с продолжительностью пребывания в зоне военного конфликта менее 6 месяцев имело место статистически достоверное ($p < 0,05$) превышение показателей ряда шкал в сравнении с нормой в популяции. Так, в структуре симптоматического дистресса у них преобладали соматизация ($0,83 \pm 0,19$ в сравнении с $0,44 \pm 0,03$), обсессивность-компульсивность ($1,01 \pm 0,18$ в сравнении с $0,75 \pm 0,04$), тревожность ($0,81 \pm 0,17$ в сравнении с $0,47 \pm 0,03$), фобии ($0,66 \pm 0,17$ в сравнении с $0,18 \pm 0,02$). Стиль взаимодействия с окружающими характеризовался повышенной межличностной сенситивностью ($1,18 \pm 0,18$ в сравнении с $0,66 \pm 0,03$). У большинства респондентов данной группы прослеживался отчетливый страх смерти (показатель по шкале фобии статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у лиц III группы). Для обследованных лиц не были характерны агрессия, раздражительность, враждебность, паранойяльность. Психотизм, указывающий, наряду с психотической симптоматикой, на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, не был свойственен лицам данной группы. Глобальный показатель тяжести симптоматики (GSI), который является индикатором текущего состояния и глубины расстройства, заметно превысил популяционную норму ($0,84 \pm 0,15$ в сравнении с $0,51 \pm 0,02$). Помимо этого, отмечалась тенденция к превышению нормативного показателя наличия симптоматического дистресса (PSDI), который дает количественную оценку интенсивности дистресса и, кроме того, отражает степень достоверности полученных результатов, – наличие в данном случае тенденции к преувеличению имеющихся расстройств.

Показатели симптоматических шкал методики SCL-90-R у респондентов II и III групп или соответствовали нормативным популяционным показателям, или несколько их превышали (различия статистически недостоверны, $p > 0,05$). Это свидетельствует об активном использовании личностных ресурсов для адаптации к ситуации в условиях военного времени респондентами, находившимися в зоне конфликта в течение 6 месяцев или не покидавшими города весь период военных действий. Однако статистически достоверно ($p < 0,05$) превышающий верхнюю границу популяционной нормы показатель индекса PDSI во всех трех группах обследованных лиц ($1,52 \pm 0,11$ в I группе, $1,48 \pm 0,06$ во II группе, $1,47 \pm 0,06$ в III группе в сравнении с $1,17 \pm 0,05$ в популяционной норме) свидетельствует о переживании всеми респондентами психологическо-

го дистресса. Однако с увеличением продолжительности пребывания в ситуации военного конфликта дистресс хронифицируется, переживается, но теряет симптоматическую окраску или же «замалчивается» при проведении исследования, что является, по-видимому, результатом и отражением особенностей совладания респондентами со стрессовой ситуацией военного времени.

Выводы.

1. Изучение симптоматического психологического дистресса в экстремальной ситуации военного конфликта в Донбассе является актуальным как в силу неоднозначности теоретических трактовок понятия «стресс», так и с позиций необходимости разработки адекватных реабилитационных технологий в отношении лиц, проживающих в зоне боевых действий и ставших жертвами военной, социально-экономической и информационной составляющих данного конфликта.

2. У женщин симптомы психологического дистресса были статистически достоверно ($p < 0,05$) более выраженными в сравнении с аналогичными показателями у представителей мужского пола. Отсутствие клинически выраженных симптомов дистресса в сочетании с повышением индекса выраженности дистресса у мужчин отражает специфический «стиль» выражения дистресса у представителей мужского пола с тенденцией к преуменьшению наличия и выраженности симптомов.

3. Субъективное ухудшение состояния физического здоровья сопровождалось развитием симптомов дистресса, в первую очередь соматизации и сопряженных с ней депрессивности и навязчивых размышлений о состоянии здоровья и роли стресса в его ухудшении.

4. Симптомы психологического дистресса военного времени отчетливо переживались респондентами как субъективное ухудшение психического здоровья. В то же время, вне зависимости от степени осознания проблем с психическим здоровьем, показатели индекса симптоматического дистресса статистически достоверно ($p < 0,05$) превышали популяционную норму, что может быть связано с различными способами совладания со стрессовой ситуацией в условиях военных действий.

5. Установлено, что вне зависимости от продолжительности пребывания в зоне военного конфликта респонденты переживали психологический дистресс (индекс PDSI во всех трех группах обследованных превышал верхнюю границу популяционной нормы). Однако, если лица,

находившиеся в зоне конфликта менее 6 мес., обнаруживали целый ряд симптомов дистресса (соматизация, тревожность, депрессивность, фобии, межличностная чувствительность), то у респондентов, не покидавших зоны конф-

ликта в течение более 6 мес. или весь исследуемый период, дистресс утрачивал симптоматическую окраску, что связано, возможно, со способами преодоления стрессовой ситуации военного времени.

Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Роговая Ю.В.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: симптоматический психологический дистресс, экстремальные травматические события военного времени

В статье представлены результаты исследования симптоматического психологического дистресса у 100 респондентов, подвергшихся воздействию экстремальных травматических событий военного времени. У женщин симптомы психологического дистресса были статистически достоверно ($p < 0,05$) более выраженными в сравнении с аналогичными показателями у представителей мужского пола. Отсутствие клинически выраженных симптомов дистресса в сочетании с повышением индекса выраженности дистресса у мужчин отражал специфический «стиль» выражения дистресса у представителей мужского пола с тенденцией к преуменьшению наличия и выраженности симптомов. Субъективное ухудшение состояния физического здоровья сопровождалось развитием симптомов дистресса, в первую очередь соматизации, депрессивности и навязчивых размышлений о состоянии здоровья и роли стресса в его ухудшении. Симптомы психологического дистресса военного времени отчетливо переживались респондентами как субъективное ухудшение психического здоровья. В то же время, вне зависимости от степени осознания проблем с психическим здоровьем, показатели индекса симптоматического дистресса статистически достоверно ($p < 0,05$) превышали популяционную норму, что может быть связано с различными способами совладания со стрессовой ситуацией в условиях военных действий. Лица, находившиеся в зоне конфликта менее 6 мес., обнаруживали целый ряд симптомов дистресса (соматизация, тревожность, депрессивность, фобии, межличностная чувствительность), у респондентов, не покидавших зоны конфликта в течение более 6 мес. или весь исследуемый период, дистресс утрачивал симптоматическую окраску, что связано, возможно, со способами преодоления стрессовой ситуации военного времени. Полученные данные могут быть положены в основу адекватных реабилитационных технологий в отношении лиц, проживающих в зоне боевых действий и ставших жертвами военной, социально-экономической и информационной составляющих данного конфликта. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 12-20).

Ryapolova T.L., Abramov A.V., Rogovaya Yu.V.

SYMPTOMATIC PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN PERSONS EXPOSED TO THE IMPACT OF EXTREME TRAUMATIC WARTIME EVENTS

Donetsk National Medical University named after M. Gorkiy

Key words: symptomatic psychological distress, extreme traumatic wartime events

The article presents the results of a study of symptomatic psychological distress among 100 respondents exposed to extreme traumatic wartime events. In women, symptoms of psychological distress were statistically significant ($p < 0,05$) more explicit in comparison with those in males. The absence of clinically significant distress symptoms, combined with an increase in the index of distress in men reflect a specific "style" of expression of distress in males with a tendency to downplay the presence and severity of symptoms. Subjective deterioration of physical health was accompanied by the development of distress symptoms, especially somatization, depression and obsessive thoughts about the state of health and the role of stress in its deterioration. Symptoms of psychological wartime distress were clearly experienced by respondents as a subjective deterioration of mental health. At the same time, regardless of the degree of awareness of mental health problems, indicators of index of symptomatic distress were statistically higher ($p < 0,05$) than population norms, which may be associated with different ways of coping with a stressful situation in war. Those who were in the zone of conflict for at least 6 months were found a number of symptoms of distress (somatization, anxiety, depression, phobias, interpersonal sensitivity). For the respondents who have not left the conflict zone for more than 6 months or the entire study period distress lost its symptomatic color, which is due perhaps to the methods of overcoming the stress of war. The data obtained can be used as a basis of adequate rehabilitative technologies for persons living in a combat zone and who are victims of war, socio-economic and informational components of the conflict. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 12-20).

Литература

1. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. - М.: Наука, 1983. - 370с.
2. Медведев В.И. Психологические реакции человека в экстремальных условиях / В.И. Медведев // Экологическая физиология человека. Адаптация человека к экстремальным условиям среды. - М.: Наука, 1979. - С. 625-672.
3. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов / А.Б. Леонова, А.С. Кузнецова. - М.: Изд-во МГУ, 1993. - 286с.
4. Aldwin C.M. Stress, coping and development / C.M. Aldwin. - New York; London: The Guilford Press, 1994. - 449p.
5. Greenberg J.S. Compressive stress management. 4th ed. / J.S. Greenberg. - New York: Brown and Benchmark, 1993. - 394p.
6. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. - М.: Прогресс, 1979. - 123с.
7. Селье Г. Когда стресс не приносит горя / Г. Селье. - М.: Прогресс, 1992. - 212с.
8. Гринберг Д. Управление стрессом / Д. Гринберг. - СПб.: Питер, 2002. - 494с.
9. Лазарус Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р.С. Лазарус // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. - Л.: Медицина, 1970. - 230с.
10. Тимошенко Т.В. Проблема стресса (дистресса) и когнитивные теории / Т.В. Тимошенко // Инженерный вестник Дона, 2011 - Т. 18, № 4. - С. 25-28.
11. Щербатых Ю.В. Психология стресса и его коррекция / Ю.В. Щербатых. - СПб.: Питер, 2006. - 256с.
12. Бодров В.А. Информационный стресс / В.А. Бодров. - М.: ПЕР СЭ, 2000. - 352с.
13. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. - Москва: ПЕР СЭ, 2006. - 528с.
14. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории,

- диагностики, терапии / В.А. Абабков. - М. Пеппе. - СПб: Речь, 2004. - 83с.
15. Никифоров Г.С. Психология здоровья / Г.С. Никифоров. - СПб., 2002. - 256с.
16. Лазарус Р.С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу / Р.С. Лазарус // Психологические факторы на работе и охрана здоровья. - М.-Женева, 1989. - С. 121-126.
17. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход : автореф. дис. на соиск. ученой степ. доктора психол. наук : 19.00.04 «Мед. психология» / Тарабрина Н.В. - СПб., 2008. - 35с.
18. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. - Медгиз, М., 1960. - 254с.
19. Davidson J. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV / J. Davidson, E.B. Foa. // J. Abnormal Psychol. - 1991. - Vol. 100. - P.346-355.
20. Соколова Е.Д. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, психотерапия / Е.Д. Соколова, Ф.Б. Березин, Т.В. Барлас // *MateriaMedica*. - 1996. - № 1(9). - С. 5-25.
21. Tennen H. Personality and daily experience: The promise and the challenge / H. Tennen, J. Swis, G. Affeck // *J. Pers.*, 1991. - Vol. 59. - P. 313 - 337.
22. Lazarus R.S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlook / R.S. Lazarus // *Ann. Rev. Psychol.*, 1993. - Vol. 44. - P. 1-21.
23. Egendorf A.N. The postwar healing of Vietnam Veterans. Recent research / A.N. Egendorf // *Hospital and Community Psychiatry*. - 1982. - Vol. 33. - P. 901-908.
24. National Vietnam Veterans Readjustment Study Advance Report: Preliminary Findings from the National Survey of the Vietnam Generation / R. Kulka, W. Schlenger, J.A. Fairbank [et al.]. - V. A. - Washington, D. C., 1988. - 710p.
25. Lee E. Assessment and treatment of Asian-American survivors of mass violence / E. Lee, F. Lu // *Journal of Traumatic Stress*. - 1989. - Vol. 2. - P. 93-120.
26. Маклаков А.Г. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин, Е.Б. Шустов // *Психологический журнал*. - 1998. - Т. 19, №2. - С. 15-26.
27. Литвинцев С.В. Боевая психическая травма / С.В. Литвинцев, А.М. Снедков, Е.В. Резник. - М.: Медицина, 2005. - 432с.
28. Знаков В.В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане / В.В. Знаков // *Вопросы психологии*. - 1990. - № 4. - С. 108-116.
29. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic co-morbidity in a disaster sample / B.L. Green, J.D. Lindy, M.C. Grace [et al.]. // *J. Nerv. Mental Disorder*. - 1992. - Vol. 180. - P. 760 - 766.
30. Kilpatrick D.G. Mental health correlates of criminal victimization/ D.G. Kilpatrick, C.L. Best, L.J. Veronen // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. - 1985. - Vol. 53. - P. 866-873.
31. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак [и др.]. - М.: Медицина, 1991. - 144с.
32. Краснов В.П. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные комментарии / В.П. Краснов // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2005. - № 2. - С. 5-11.
33. Dew M.S. Predictors of temporal patters of psychiatric distress during 10 years following the nuclear accident at Three Mile Island / M.S. Dew, E.J. Bromet // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. - 1993. - Vol. 28. - P. 49-55.
34. Collins D.L. Chronic Stress from the Goiania 137Cs radiation accident / D.L. Collins, A.B. de Carvalho // *Behavioral Medicine*. - 1993. - Vol. 18. - P. 149-157.
35. Horowitz M.J. Stress-response syndromes / M.J. Horowitz. - 2nd ed. - Northvalc, NJ: Aronson N.J., 1986. - 154p.
36. The comorbidity of post-traumatic stress disorder and suicidally in Vietnam veterans / T.L. Kramer, J.D. Lindy, B.L. Green [et al.]. // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. - 1994. - № 24. - P. 58-67.
37. McFarlane A.C. Abnormal stimulus processing in posttraumatic stress disorder / A.C. McFarlane, D.L. Weber, C.R. Clark // *Biological Psychiatry*. - 1993. - Vol. 34. - P. 311-320.
38. Тарабрина Н.В. Психологические последствия террористических актов / Н.В. Тарабрина // *Материалы 2-ой Международной конференции «Мировое сообщество против глобализации, преступности и терроризма»*. - М., 2004. - С. 212-215.
39. Стресс и его последствия у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, Г.П. Гене, Л.И. Коробкова [и др.]. // *Вестник РФФИ*. - 2005. - №6. - С. 10-20.
40. Ястребов В.С. Терроризм и психическое здоровье (масштаб проблемы, толерантность населения, организация помощи) / В.С. Ястребов // *Журнал неврологии и психиатрии*. - 2004. - № 6. - С. 4-8.
41. Derogatis L.R. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi // *Psychopharmacology Bulletin*. - 1973. - Vol. 9 (1). - P. 13-27.
42. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. - СПб: Питер, 2001. - 272с.

Поступила в редакцию 18.09.2016

УДК 616.89:614.8

*Титиевский С.В.¹, Бабюк И.А.¹, Воеводина В.С.², Волобуев В.В.², Побережная Н.В.¹***СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ**¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, госпитализация, психиатрия военного времени, война в Донбассе

Имеющиеся в настоящее время многочисленные данные о “психиатрических последствиях” современных войн в значительной мере подтверждают динамику формирования у военнослужащих основных патологических проявлений посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [2]. Однако, к числу этих последствий относится не менее значимая проблема психического здоровья мирного населения территорий, на которых длительное время ведутся военные действия, приводящие к большому числу человеческих жертв не только среди непосредственных участников войны, но и среди лиц, проживающих на указанных территориях [1, 3, 4]. По данным UNICEF (1986), если в период Первой мировой войны 5% всех жертв составили гражданские лица, то уже во Второй мировой войне на долю гражданского населения приходилось 50% всех жертв войны. В период Вьетнамской войны гражданские лица составили 80% всех жертв, а в последующих войнах – уже свыше 90% [3]. При этом, множественные психогенные факторы, воздействующие на людей, проживающих в зоне военных действий, Ю.А. Александровский [1] характеризует следующим образом: «Бомбежки, массированные обстрелы из современных видов оружия, разрушения, потери близких и всего нажитого, жизнь в подвалах, голод. А за всем этим – многомесячный страх, невозможность защититься, непонимание жестокости и собственной вины, за которую приговорили к жизненной катастрофе. Психическая травма, психологический шок и их последствия – вот, что будет определять до конца дней жизненный настрой десятков тысяч мирных граждан, выживших в Чечне, так же как и мирного населения Афганистана, районов военных действий

Таджикистана и других современных “горячих точек”». Исследования, проведенные в Боснии и Герцеговине, Хорватии, показывают, что в период войны около 700 000 человек пострадало от серьезных психотравмирующих событий и нуждались в срочной психолого-психиатрической помощи, в то время как местные специалисты могли оказать помощь только 1% из них [3]. Сходные данные получены и при обследовании населения в других регионах, где проходили боевые действия [2, 5-11].

Возникновение непсихотических психических расстройств в указанной связи представляет собой серьезную проблему. Так, в 2002 г. распространенность непсихотических психических расстройств в Чеченской республике (ЧР) составила 86,3%, через шесть лет после окончания активных военных действий частота данных расстройств уменьшилась до 56,9%, однако оставалась достоверно выше, чем у населения, проживающего в районах, не вовлеченных в войну – 43,1% [3]. В то же время, низкий уровень материально-технической базы, слабая обеспеченность населения врачами-психиатрами и психиатрическими койками существенно снижают возможности психиатрической службы ЧР в оказании помощи населению. Основной акцент делается на больных с тяжелыми формами психической патологии, а больные с непсихотическими психическими расстройствами остаются без необходимой помощи. Так, показатель числа больных, получающих в ЧР лечебно-консультативную помощь, в 6 раз меньше, чем в Российской Федерации (РФ) в целом. При этом, доля больных с непсихотическими психическими расстройствами среди получающих данную помощь составила 38%, что существенно ниже, чем в целом по РФ (71%). Показатель же числа госпитализированных психических больных в ЧР в

четыре раза меньше, чем в целом по РФ, при низкой доле госпитализаций больных с непсихотическими психическими расстройствами (ЧР – 4%, РФ – 37%). Предложенное решение данной проблемы видится в создании кабинета психотерапии на базе территориальной поликлиники как центрального звена в системе оказания помощи больным с непсихотическими психическими расстройствами [3].

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический

центр г. Донецка (РКПБ-МПЦ) функционирует в течение всего периода военных действий, продолжая непрерывно оказывать специализированную стационарную помощь больным, страдающим непсихотическими психическими расстройствами. Данное исследование проведено с целью статистической оценки показателей, характеризующих госпитализации в РКПБ-МПЦ больных с наличием непсихотических психических расстройств в период ведения боевых действий в Донбассе.

Материал и методы исследований

В марте 2016 г. случайным методом были отобраны 50 медицинских карт стационарных больных с наличием непсихотических психических расстройств, находившихся на лечении в одном из отделений РКПБ-МПЦ в декабре 2015 г. – феврале 2016 г. Данный подход был избран в связи с тем, что он обеспечивал оптимальную ретроспективную оценку изучаемых показателей, поскольку предоставлял воз-

можность отбора необходимого количества случаев госпитализаций, получения достаточно полных лонгитюдных объективно-анамнестических данных и минимизировал вероятность встречаемости повторных поступлений одних и тех же больных. Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA.

Результаты исследования и их обсуждение

Из числа обследованных 26 чел. (52,0%) составили мужчины, 24 чел. (48,0%) – женщины, проживающие в ДНР (42 чел., 84,0%) и на территории Донбасса вне ДНР (8 чел., 16,0%); постоянную работу имели 3 чел. (6,0%), 47 чел. (94,0%) не работали; 23 чел. (46,0%) были участниками ликвидации последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС). Инвалидами являлись 29 (58,0%) обследованных (2-й группы – 17 чел. (34,0%), 3-й группы – 12 чел. (24,0%)), в том числе, – в связи с ЛПА на ЧАЭС – 22 чел. (44,0%) (2-й группы – 11 чел. (22,0%), 3-й группы – 11 чел. (22,0%)).

В 6 случаях (12,0%) в медицинских картах отчетливо подчеркивалась указываемая больными связь возникновения их заболевания (ухудшения состояния) с проведением военных действий.

В соответствии с психиатрическими диагнозами обследованные распределились следующим образом: органическое расстройство личности (F07.0) – 14 чел. (28,0%), хроническое изменение личности (F62.8) – 11 чел. (22,0%), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) – 6 чел. (12,0%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 5 чел. (10,0%), депрессивное расстройство органической природы (F06.32) – 4 чел. (8,0%), расстройство адаптации (F43.2) – 4 чел.

(8,0%), тревожное расстройство органической природы (F06.4) – 2 чел. (4,0%), умеренный депрессивный эпизод (F32.1) – 2 чел. (4,0%), церебральный синдром (F06.8) – 1 чел. (2,0%), ипохондрическое расстройство (F45.2) – 1 чел. (2,0%).

Таким образом, можно констатировать преобладание непсихотических психических расстройств личностного регистра (которые по времени, в связи с длительностью нынешних военных действий, не могли развиваться как посттравматические, – половина всех случаев) и органического характера (более половины всех случаев), при наличии инвалидизации более чем в половине случаев. Это, вероятно, объясняет отсутствие у основной части данного контингента больных отчетливо указанной значимости психогенных факторов, связанных с ведением боевых действий. В пользу вышеуказанного свидетельствует также то, что невротические расстройства и расстройства адаптации отмечены лишь у пятой части всех обследованных. Обращает на себя внимание то, что ПТСР не было диагностировано ни у одного из обследованных. В то же время, иногда случаи ПТСР в практике госпитализаций в РКПБ-МПЦ в период боевых действий встречались. Можно привести следующий соответствующий клинический пример.

Больная П., 55 л., образование среднее, про-

давец. Поступает в РКПБ-МПЦ впервые в жизни. Предъявляет жалобы на навязчивые воспоминания, периодические подергивания лицевой мускулатуры, заикание, частую головную боль давящего характера, плаксивость, сниженный фон настроения, нежелание что-либо делать, с кем-либо общаться, страх громких звуков, чувство тревоги, ухудшение памяти, преимущественно на текущие события, снижение массы тела на 53 кг за 19 дней, отсутствие аппетита, выраженную общую слабость, быструю утомляемость, нарушение ночного сна (трудности засыпания, ранние пробуждения и кошмарные сновидения, возвращающие больную к моменту психотравмирующей ситуации).

Впервые указанные жалобы появились на фоне психотравмирующей ситуации (полтора года назад в течение 19 дней подвергалась пыткам: со слов пациентки, ей давали пить воду с наркотическими веществами, её не кормили, били, она неоднократно теряла сознание). Со слов дочери, сразу же после этого больная «то плакала, то смеялась», в целом, состояние было угнетенным, температура тела – значительно повышенной. П. нечего не ела, при употреблении пищи начиналась рвота. Спала плохо, во сне часто кричала, стонала, что-то бормотала о наркотиках («Хватит, не надо, я больше не могу!»), просыпалась и сразу же начинала читать молитву и креститься. По утрам дочь «слушала один и тот же рассказ про плен, как руки и ноги связаны, как душили, били, пинали». В первое время П. не могла вспомнить всех подробностей, а «как вспоминала – начиналось истерика, её трясло». Избегала разговоров с посторонними людьми, сохранялись постоянная бдительность, «ожидание угрозы». При повышении на неё голоса закрывала лицо руками, начинала плакать и кричать: «Прекратите, пожалуйста!». Боялась оставаться дома одна, думая, что за ней кто-то придет, и «начнется опять этот ад». Сразу же приступила к работе в Донецке, проживала в общежитии. Со слов соседки по комнате, у П. наблюдались «нервозность, стрессовое состояние, последствия голодовки, слабость организма, замкнутость, боязнь оставаться одной, отсутствие сна: если засыпала, то разговаривала во сне о плене, а, проснувшись, рассказывала о плене со всеми его кошмарами; вздрагивала при любом шуме, боялась повышенного голоса». Согласно производственной характеристике, у П. «наблюдалось психоэмоциональное напряжение», она была очень ранимой, по любому поводу плакала; отмечалось неустойчивое эмоцио-

нальное состояние, при любом шуме больная вздрагивала; при повышении на неё голоса «впадала в ступор», присутствовали повышенная нервозность, закрытость, недоверие к окружающим, замкнутость; была истощена эмоционально и физически. В дальнейшем, согласно данной характеристике, П. показала себя уравновешенным, внимательным, отзывчивым работником.

Ухудшение самочувствия отмечено приблизительно за 3 недели до госпитализации в РКПБ-МПЦ, когда после психотравмирующей ситуации на работе («сотрудница потеряла сознание, ударилась головой, и, когда потекла кровь, у меня возникли яркие воспоминания о пытках, я потеряла сознание, а, когда очнулась, появились заикание и тики») стала жаловаться на заикание, периодические подергивания лицевой мускулатуры,росло чувство тревоги, нарушился сон, снова появились навязчивые воспоминания, снизился фон настроения, стала беспокоить частая головная боль давящего характера, появились шум в ушах и головокружение.

В беседе вступает охотно. В ходе разговора количество жалоб увеличивается. Склонна к детализации переживаний. Акцентирует внимание врача на навязчивых воспоминаниях. Ищет помощи и поддержки. Эмоционально лабильна, напряжена, тревожна. В ходе разговора быстро астенизируется. Фон настроения снижен. Выражены вегетативные проявления в виде гиперемии лица, тахикардии. Мышление в обычном темпе, последовательное, логичное, целенаправленное. Память несколько снижена, преимущественно на текущие события. Внимание привлекается легко, однако, неустойчивое, рассеянное. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Критика к своему состоянию сохранена.

В отделении у П. наблюдались флешбэки. Так, на сеансе ароматерапии больная побледнела, стала часто дышать, отмечалась однократная рвота. Объяснила, что от данного запаха ей плохо, так как он напоминает трупный запах. На обеде, после того, как принесли рыбные консервы, П. стало плохо, возникла однократная рвота. Со слов, вспомнила о том, что, когда находилась в плену, её кормили этой рыбой, обваленной в песке, и говорили, что это – «украинский борщ».

При экспериментально-психологическом исследовании выявлены лабильность, с тенденцией к истощению, процесса запоминания, неустойчивость, некоторое снижение концентрации внимания, высокий уровень реактивной и личност-

ной тревожности, наличие эмоционального стресса, субдепрессивное состояние (шкала Зунга), тенденция к преувеличению тяжести состояния (тест СМИЛ).

СКТ: умеренное расширение подбололочных пространств головного мозга в лобных областях с двух сторон.

При осмотре невропатолога констатировано наличие ХСМН 1-2 ст. с упорной цефалгией на фоне церебрального атеросклероза 1 ст., вертеброгенной компрессии позвоночных артерий, повторных черепно-мозговых травм.

При осмотре ЛОР-врача констатировано наличие сросшегося перелома скуловой кости справа со смещением, сросшегося перелома в области угла нижней челюсти слева, сросшегося перелома костей носа, посттравматического артроза височно-нижнечелюстного сустава слева.

Поскольку клинические проявления ПТСР у данной больной возникли сразу после перенесенного катастрофического события (однако, не были тогда диагностированы, так как П. не обращалась к психиатрам), а в период настоящей госпитализации психическое состояние характеризуется наличием тревожно-фобической симптоматики, эпизодов повторных переживаний травмы с острыми состояниями паники и страха, эмоциональной притупленности, стремления к отгороженности, избеганию ситуаций, напоминающих о пережитой травме, диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1). Дисциркуляторная энцефалопатия расценена как сопутствующее заболевание.

В соответствии с неврологическими диагнозами обследованные распределились следующим образом: вегето-сосудистая дистония – 2 чел. (4,0%), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) – 34 чел. (68,0%) (в т.ч., ДЭП 1 ст. – 13 чел. (26,0%), ДЭП 1-2 ст. – 7 чел. (14,0%), ДЭП 2 ст. – 13 чел. (26,0%), ДЭП 3 ст. – 1 чел. (2,0%)), резидуальная энцефалопатия – 3 чел. (6,0%), энцефалопатия сложного генеза – 2 чел. (4,0%), остеохондроз – 19 чел. (38,0%); у 7 чел. (14,0%)

какая-либо неврологическая патология выявлена не была.

При терапевтическом осмотре у обследованных было установлено наличие следующих заболеваний: вегето-сосудистая дистония – 2 чел. (4,0%), гипертоническая болезнь (ГБ) – 22 чел. (44,0%) (в т.ч., ГБ 1 ст. – 2 чел. (4,0%), ГБ 2 ст. – 15 чел. (30,0%), ГБ 3 ст. – 5 чел. (10,0%)), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 28 чел. (56,0%), хронический тиреоидит – 4 чел. (8,0%), гиперфункция щитовидной железы – 1 чел. (2,0%), диффузная и узловая формы зоба – 6 чел. (12,0%), сахарный диабет – 5 чел. (10,0%), хронический бронхит – 2 чел. (4,0%), бронхиальная астма – 1 чел. (2,0%), хронический гепатит – 10 чел. (20,0%), хронический холецистит – 13 чел. (26,0%), хронический панкреатит – 3 чел. (6,0%), язвенная болезнь 12-перстной кишки – 5 чел. (10,0%), хронический гастродуоденит – 8 чел. (16,0%), хронический гастрит – 2 чел. (4,0%), хронический колит – 1 чел. (2,0%); у 12 чел. (24,0%) при терапевтическом осмотре какая-либо патология выявлена не была.

Таким образом, у 78,0% обследованных была диагностирована энцефалопатия, почти у половины – ГБ, более чем у половины – ИБС, что подтверждает наличие «органического фона», соматогений как факторов, влияющих на тяжесть психического состояния большинства данных лиц и, вероятно, – на показатели, связанные с их госпитализациями в РКПБ-МПЦ.

Статистически оценивались следующие количественные показатели, связанные с госпитализациями в РКПБ-МПЦ: длительность заболевания, стационарного лечения в РКПБ-МПЦ, установленной инвалидности, существующей в настоящее время группы инвалидности; общее количество (кратность) и среднее ежегодное количество (частота) госпитализаций в РКПБ-МПЦ до и после начала боевых действий в Донбассе. Количественные показатели, характеризующие обследованных, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Количественные показатели, характеризующие обследованных

Показатель	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Возраст (полных лет)	53,0	41,0	64,0	6,6	1,3
Длительность заболевания (полных лет)	7,0	0,0	33,0	8,4	1,3
Кратность поступления в РКПБ-МПЦ г. Донецка после начала боевых действий в Донбассе	2,0	1,0	4,0	1,0	0,2

Как следует из табл. 1, количественные показатели, характеризующие обследованных, варьируют в широком диапазоне. Это относится как к возрасту больных, так и к характеристикам их госпитализаций. Тем не менее, установлено, что частота поступлений была достоверно ($p=0,000028$) выше после начала боевых действий в Донбассе (различия в кратности поступлений не оценивались из-за индивидуальности показателя длительности заболевания). Данная закономерность может, вероятно, быть расценена как подтверждение влияния нынешних военных событий на возникновение и течение непсихотических

психических расстройств у исследованного нами контингента больных с преобладанием длительно протекающей, хронической патологии, в том числе, – церебрально-органического генеза.

Для уточнения связи тяжести инвалидности (от её отсутствия до 2-й группы), кратности и частоты госпитализаций до и после начала боевых действий в Донбассе с другими показателями, характеризующими исследованных, проведен корреляционный анализ (определены значения коэффициента корреляции рангов Спирмена s). Все достоверные ($p<0,05$) результаты данного анализа приведены в табл.2.

Таблица 2

Значения коэффициентов корреляции рангов Спирмена с исследованных случаев госпитализаций

Показатель (симптом)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Стандартная ошибка
Сниженное настроение	0,769	0,430	0,084
Тревога	0,769	0,430	0,084
Нарушение сна	0,769	0,430	0,084
Рассеянность (неустойчивость) внимания	0,731	0,452	0,089
Истощаемость (утомляемость)	0,654	0,485	0,095
Раздражительность	0,615	0,496	0,097
Слабость	0,538	0,508	0,100
Замедленность (торпидность, снижение темпа) мышления	0,500	0,510	0,100
Апатия	0,423	0,504	0,099
Страх	0,423	0,504	0,099
Снижение аппетита	0,346	0,485	0,095
Снижение памяти	0,308	0,471	0,092
Плаксивость	0,269	0,452	0,088
Вспыльчивость (конфликтность)	0,231	0,430	0,084
Ипохондричность	0,231	0,430	0,084
Двигательная заторможенность (снижение активности)	0,192	0,402	0,079
«Ком» в горле	0,192	0,430	0,079
Демонстративность	0,154	0,368	0,072
Ангедония	0,115	0,326	0,064
Паника (в структуре панических атак)	0,038	0,196	0,038

Из табл. 2 следует, что частота госпитализаций после начала боевых действий коррелирует с их кратностью до (умеренная связь) и после (сильная связь) данных событий, а частота до их начала вообще с кратностью достоверно не связана, находясь в обратной зависимости от длительности стацлечения, инвалидности, текущей группы инвалидности (средняя связь). Вероятно, это объясняется большей корреляцией тяжести инвалидности с кратностью до войны (средняя связь), чем с кратностью после войны (слабая связь), а также корреляцией данного показателя с длительностью заболевания (средняя связь) и стацлечения (умеренная связь) – общей (противоположной) зависимостью с частотой госпитализаций до войны, отсутствующей после неё. Обращает на себя внимание средняя связь кратности поступлений до и после начала

боевых действий. Следовательно, госпитализации в большей степени могли быть связаны с решением экспертных вопросов до начала войны, а после него – нет.

Таким образом, в Республиканскую клиническую психоневрологическую больницу – медико-психологический центр г. Донецка как базовое лечебно-профилактическое учреждение системы оказания специализированной помощи при непсихотических психических расстройствах в течение всего периода военных действий в Донбассе госпитализируются больные, проживающие как в ДНР, так и на остальной территории Донбасса, в том числе, инвалиды, участники ЛПА на ЧАЭС. Изученные на материале данной выборки госпитализации демонстрируют их связь с решением экспертных вопросов до начала войны. Указанная связь отсутствует пос-

ле начала боевых действий. Полученные данные, вероятно, отличаются от того, что характеризует ситуацию в ЧР, где существует высокая заинтересованность населения в получении инвалидности по психическому заболеванию, сопутствующих ей выплат и социальных льгот, на фоне низкого качества лечебной помощи и отсутствия реабилитационных процессов [3]. Поскольку необходимая специализированная помощь предоставлялась РКПБ-МПЦ без ограничений, вышеуказанное также отличается от данных, полученных при обследовании населения в других регионах, где проходили военные действия.

Выводы.

1. Изученные случаи госпитализаций в РКПБ-МПЦ характеризует преобладание непсихотических психических расстройств личностного регистра и органического характера. Невротические расстройства и расстройства адаптации отмечены лишь у пятой части всех обследованных. Посттравматическое стрессовое расстройство у обследованных отсутствовало.

2. Более половины госпитализированных обследованных с наличием непсихотических психических расстройств являлись инвалидами, в основном, – в связи с ЛПА на ЧАЭС.

3. В 12,0% случаев отмечена связь возникновения заболевания (ухудшения состояния) с проведением боевых действий в Донбассе, что может свидетельствовать об отсутствии у ос-

новной части данного контингента больных субъективно осознаваемой значимости психогенных факторов, связанных с ведением боевых действий, для динамики их психического расстройства.

4. У большинства обследованных была диагностирована энцефалопатия, у значительной их части – ГБ и ИБС, что подтверждает наличие «органического фона», соматогений как факторов, влияющих на тяжесть психического состояния большинства данных лиц и, вероятно, – на показатели, связанные с их госпитализациями в РКПБ-МПЦ.

5. Частота госпитализаций обследованных была достоверно ($p < 0,001$) выше после начала боевых действий, чем до них, что может быть расценено как объективное подтверждение роли психогенных факторов войны в Донбассе.

6. Госпитализации обследованных до начала войны могли в большей степени быть связанными с решением экспертных вопросов. Частота госпитализаций после начала указанных событий с показателями инвалидизации достоверно не связана.

7. Полученные данные о госпитализациях в РКПБ-МПЦ контрастируют с высокой заинтересованностью в получении инвалидности по психическому заболеванию, сопутствующих ей выплат и социальных льгот в ЧР, низким качеством лечебной помощи, оказывавшейся там и в других регионах, где проходили военные действия.

Титиевский С.В.¹, Бабюк И.А.¹, Воеводина В.С.², Волобуев В.В.², Побережная Н.В.¹

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ПЕРИОД ВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНБАССЕ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, госпитализация, психиатрия военного времени, война в Донбассе

С целью статистической оценки госпитализаций в период ведения боевых действий в Донбассе изучены 50 медицинских карт стационарных больных с наличием непсихотических психических расстройств, находившихся на лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре г. Донецка в декабре 2015 г. – феврале 2016 г. Отмечено преобладание непсихотических психических расстройств личностного регистра и органического характера, соматогений, с наличием инвалидизации. Частота госпитализаций была достоверно ($p = 0,000028$) выше после начала боевых действий. Госпитализации до начала войны могли быть в большей степени связанными с решением экспертных вопросов. Частота госпитализаций после начала указанных событий с показателями инвалидизации достоверно не связана. Полученные данные контрастируют с высокой заинтересованностью в получении инвалидности по психическому заболеванию, сопутствующих ей выплат и социальных льгот в Чеченской республике, низким качеством лечебной помощи, оказываемой там и в других регионах, где проходили военные действия. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 21-27).

STATISTICAL EVALUATION OF HOSPITALIZATIONS IN NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS DURING FIGHTING IN DONBASS

¹Donetsk National Medical University named after M. Gorky, ²Republic Clinical Psychoneurological Hospital – Medico-Psychological Centre, Donetsk

Keywords: non-psychotic mental disorders, hospitalization, psychiatry of wartime, the war in Donbass

With the purpose of statistical evaluation of hospitalizations during the conduct of hostilities in the Donbass the medical records of 50 hospitalized patients with the presence of non-psychotic mental disorders who were treated in December 2015 – February 2016 at the Republican Clinical Psychoneurological Hospital – Medico-Psychological Centre in Donetsk have studied. It was noted the predominance of non-psychotic mental disorders which refer to personality register and have organic nature, of somatogenic factors, with the presence of disability. Hospitalization rates were significantly ($p = 0.000028$) higher after the outbreak of hostilities. Hospitalizations before the war could be more related to resolving of expert questions. The hospitalization rates after the start of the events were not significantly correlated with the disability indicators. The findings contrast with the high interest in obtaining disability group for mental illness, its attendant payments and social benefits in the Chechen Republic, the poor quality of medical care provided there and in other regions where military actions took place. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 21-27).

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496с.
2. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство / В.М. Волошин. – М.: Анахарсис, 2005. – 200с.
3. Идрисов К.А. Психическое здоровье населения и организация помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях длительной чрезвычайной ситуации (клинико-эпидемиологическое исследование на материале последствий военных действий в Чеченской Республике) : автореф. дис... д-ра мед.наук: 14.01.16 / Идрисов К.А. – Москва: ФГУ МНИИП, 2010. – 45с.
4. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448с.
5. Цыганков Б.Д. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: руководство для врачей / Б.Д. Цыганков, А.И. Былим. – Кисловодск, 1998. – 135с.
6. Cardozo B.L. Mental health, social functioning, and feeling of revenge of Kosovar Albanian soldiers after the war in Kosovo / B.L. Cardozo, R. Kaiser, C.A. Gotway, F. Agani // J. Trauma Stress. – 2003. – Vol. 16. – P. 351-360.
7. Cardozo B.L., Shaikh I., Wolfe M.I., Gerber M.L., Anderson M. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan / B.L. Cardozo, O.O. Bilukha, C.A. Crawford [et al.] // J. Am. Medical Assoc. – 2004. – Vol. 292. – P. 575-584.
8. deJong K. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings / K. deJong, I.H. Komproe, M. van Ommeren [et al.] // J. Am. Medical Assoc. – 2001. – Vol. 286. – P. 555-562.
9. deJong K. Psychological trauma of the civil war in Sri Lanka / K. deJong, M. Mulhern, N. Ford [et al.] // The Lancet. – 2002. – Vol. 359. – P. 1517-1518.
10. deJong K. The trauma of war in Sierra Leone / K. deJong, M. Mulhern, N. Ford [et al.] // The Lancet. – 2000. – Vol. 355. – P. 2067-2068.
11. Scholte W.F., Olf M., Ventevogel P., deVries G.J., Jansveld E., Cardozo B.L., Crawford C.A. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan / W.F. Scholte, M. Olf, P. Ventevogel [et al.] // J. Am. Medical Assoc. – 2004. – Vol. 292. – P. 585-593.

Поступила в редакцию 5.09.2016

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 соотносить 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 самости-гмы 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 лично 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 (34 чел. -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 изменить 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. Бибихина. 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. степениконд. 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 / ЕЛЮсии. 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

УДК 159.96:159.923.2

*Ряполова Т.Л., Тахташева Д.Р.***КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ (ЧАСТЬ I)**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экстремальные жизненные ситуации, копинг-стратегии, личностный потенциал

По мнению S. Folkman, R.S. Lazarus (1991), копинг выполняет две основные функции: регуляция эмоций (копинг, нацеленный на эмоции); управление проблемами, вызывающими дистресс (копинг, нацеленный на проблему). Обе эти функции могут реализоваться в стрессовых ситуациях. Соотношение этих двух функций зависит от того, как оцениваются стрессовые ситуации. Соответственно, оценка происходящего играет важную роль в данном процессе, от нее во многом зависит интенсивность и характер эмоций, которые испытывает человек, встречаясь с проблемами [1].

D. Gallagher (1996) считает, что оценка события зависит от объема имеющихся у личности ресурсов, позволяющих справиться с этим событием [2]. Если человек оценивает ресурсы как недостаточные, неадекватные, то событие воспринимается как угроза. Устойчивые к стрессу люди адекватно оценивают свои ресурсы и воспринимают стрессогенные события как изменения.

Процесс преодоления стресса следует рассматривать с учетом нескольких положений. Во-первых, этот процесс зависит от проявления специфических когнитивных поведенческих стратегий, которые использует человек для управления стрессовыми условиями и своими эмоциональными реакциями. Во-вторых, существуют индивидуально-своеобразные способы преодоления стресса – адекватные и постоянные для данного человека приемы поведения в определенной стрессовой ситуации или при воздействии разных стрессоров. В-третьих, его течение определяется особенностями личных и социальных ресурсов конкретного человека, которыми тот располагает для преодоления стрессовых условий. Роль этих ресурсов преодоления стресса является существенной при выборе стратегий и стиле поведения стрессогенной ситуации [3].

Имеющиеся теоретические положения указывают на необходимость изучения личностных

и ситуационных особенностей процесса преодоления стресса, механизмов психической регуляции этого процесса и адаптивных возможностей субъекта, роли его личных (психологических, физиологических, социальных и др.) ресурсов и особенностей их мобилизации в стрессовых условиях, развития и проявления различных стратегий и стилей поведения в трудных ситуациях и закономерностей их личностной детерминации.

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы позволяет предположить, что выбор копинг-стратегий поведения в конфликте может быть рассмотрен в связи с такой личностной особенностью или «ресурсом» человека как самооффективность [4 - 13].

Необходимо отметить, что в психологической литературе нет однозначного понимания эффективности совладающего поведения. Например, E. Neim (1988) утверждает, что адаптивные копинг-стратегии приводят к успешному преодолению, а неадаптивные определяют неуспешное совладание [14]. Тем не менее, исследователями по-разному трактуется конструктивность использования той или иной стратегии в зависимости от самой ситуации, прошлого опыта человека, его «совладающего репертуара», по-разному понимается эффективность применения проблемно-ориентированных, эмоциональных или поведенческих стратегий. В нашем исследовании мы попытались ответить на этот вопрос, используя конструкт самооффективности.

Самооффективность - это убежденность человека в том, что он может управлять своим поведением так, чтобы оно являлось результативным, понимание того, что он может достигнуть своих целей. Это понятие было введено в психологию A. Bandura (1989) в рамках разработанной им социально-когнитивной теории [6]. Данная концепция сформировала свой подход к изучению мотивации. Продолжая связывать мотивацию с атрибутивными процессами, социаль-

но-когнитивная теория акцентировала внимание на представлениях человека о будущем, а не на размышлениях о прошлом [15]. Представления человека о своем будущем обладают большой мотивационной силой [16].

По мнению А. Bandura (1989), самоэффективность может приобретаться любым из четырех путей - из способности выстроить свое поведение, косвенного опыта, вербального убеждения и эмоционального подъема [6]. Согласно теории общей самоэффективности, она может быть рассмотрена как важнейший ресурс совладания со стрессом [17].

Представления человека о собственной самоэффективности определяют степень усилий, предпринимаемых им для решения своих проблем [6, 11]. Люди с высоким уровнем самоэффективности будут проявлять большую активность в совладании с трудными ситуациями, продолжать бороться, даже сталкиваясь с неудачами, а личность с низкими показателями самоэффективности будет стараться минимизировать свои усилия и уйти от проблемы. При этом высокая самоэффективность, связанная с ожиданием успеха, чаще приводит к хорошим результатам. Таким образом, человек с высоким уровнем самоэффективности чаще справляется с трудными задачами, чем тот, кто старается этих задач избежать. Предпочтение активных стратегий совладающего поведения у людей, имеющих высокий уровень самоэффективности, подтверждено и в некоторых других исследованиях [7].

Р. Е. Smith (1989), проводя исследования в академических группах американских колледжей, отмечает, что активное и успешное совладающее поведение, в свою очередь, повышает самоэффективность личности, что позволяет ей с новой для себя трудной ситуацией справляться более успешно [13].

В исследованиях R. Lowe et al. (2008) показано, что высокий уровень самоэффективности связан с выбором когнитивных копинг-стратегий совладания с трудными ситуациями [8]. Этот вывод подтверждается работами В. D. McNatt, Т. А. Judge (2008), в которые было доказано, что высокая самоэффективность чаще предполагает выбор проблемно-ориентированных, нежели эмоциональных, копинг-стратегий [9]. Человек, сомневающийся в своих способностях контролировать внешние события и обстоятельства, склонен использовать эмоционально-ориентированные стратегии.

А. R. Nicholls et al. (2010) установили, что вера личности в собственные способности преодо-

леть трудную для себя ситуацию значимо связана с выбором наиболее эффективных копинг-стратегий. Выбор проблемно-ориентированных стратегий превалировал у самоэффективных людей над стратегией ухода от проблем. Авторы отмечают, что когнитивные стратегии являются наиболее адаптивными с точки зрения уменьшения стрессового воздействия на человека [10].

Как отмечает Т. О. Гордеева (2002), люди, которые верят в свою самоэффективность, быстрее отказываются от неверных стратегий, проявляют большую настойчивость в решении проблем, и в целом, достигают больших успехов, чем люди, имеющие равные с ними способности, но не верующие в свою эффективность [4].

Е. А. Шепелева (2008) в исследовании, посвященном особенностям учебной и социальной самоэффективности школьников, показала, что подростки с высоким уровнем академической самоэффективности чаще используют эффективные стратегии совладания с трудными ситуациями в сфере учебы, такие как активное преодоление трудностей и отсутствие фиксации на проблеме. При этом использование более эффективных копинг-стратегий позитивно связано с академической успеваемостью, в то время как применение менее эффективных копинг-стратегий имеет с ней негативную связь [18].

Т. Л. Крюкова (2005) отмечает, что самоэффективность выступает в качестве черты личности, являющейся предиктором проблемно-ориентированных стратегий совладания с трудными ситуациями. При этом высокий уровень самоэффективности предполагает отказ от выбора стратегии избегания проблемы, а низкий уровень связан с выбором эмоциональных стратегий [5].

Тем не менее, в современной отечественной психологии можно отметить недостаток исследований, посвященных связи самоэффективности с совладающим поведением человека в ситуации межличностного конфликта.

Рефлексия - обращение внимания субъекта на самого себя и на своё сознание, в частности, на продукты собственной активности, на содержание и функции собственного сознания, в состав которых входят личностные структуры (ценности, интересы, мотивы), мышление, механизмы восприятия, принятия решений, эмоционального реагирования, поведенческие шаблоны и т.д., а также какое-либо их переосмысление. По определению S. Nolen Hoeksem et al. (2008), рефлексивные размышления являются

«способом реагирования на дистресс, заключающимся в повторяющемся и пассивном сосредоточении на симптомах дистресса, возможных причинах и последствиях этих симптомов». Как отмечается в их обзоре, за последние два десятилетия получены многочисленные эмпирические подтверждения связи выраженной рефлексии с депрессией, дезадаптивными стилями совладания, пессимизмом, нейротизмом и др. и отрицательные ее связи с успешным решением проблем и социальной поддержкой [19].

Исследованиями М.А. Хачатуровой (2011) было показано, что низкий уровень рефлексии предполагает наличие ограниченных ригидных поведенческих схем, имеющих тенденцию к повторению без учета специфики изменяющейся ситуации. Развитая рефлексивность, напротив, позволяет вырабатывать гибкие, адаптивные копинг-стратегии, позволяющие эффективно справляться со стрессом [20].

Разновидностью рефлексивности является самомониторинг, который рассматривается как тенденция и способность саморефлексии в коммуникативных ситуациях [21]. В исследованиях Е.А. Полежаевой (2006, 2009) обнаружена связь самомониторинга с локусом контроля (интернальностью), волевым самоконтролем, копинг-стратегиями, контролем за действием, параметрами сознательной саморегуляции поведения, самоэффективностью, а также осмысленностью жизни [22, 23].

Из приведенных результатов эмпирических

исследований видно, что рефлексивность как индивидуальная характеристика личности тесно связана с личностным потенциалом. Вместе с тем, эта связь носит нелинейный и очень сложный характер; из всех составляющих личностного потенциала рефлексивность включена в него наиболее непрямым путем; кроме того, необходима дифференциация понятия рефлексивности и выделение различных ее видов не только по объектной направленности [24, 25], но и по качественным особенностям рефлексивного отношения.

Контроль за действием как еще одна составляющая личностного потенциала, выполняет важные регуляторные функции в ситуации неудачи, что позволяет предположить его участие в процессах выбора копинг-стратегий [26]. Недавние исследования показали, что контроль за действием не является одномерным конструктом, т.к. ориентация на действие и ориентация на состояние (согласно методике Куля) не противоположны содержательно и могут оказывать разностороннее влияние на поведение человека в стрессовой ситуации [27, 28].

Целью исследования являлось изучение особенностей копинг-поведения в ситуации травматического стресса вследствие военного конфликта в Донбассе, а также анализ взаимосвязей между такими составляющими личностного потенциала как самоэффективность, рефлексия и контроль за действием и стратегиями совладающего поведения.

Материал и методы исследования

С целью исследования копинг-стратегий и особенностей личностного потенциала в экстремальной жизненной ситуации было обследовано 96 респондентов (студентов медицинского вуза (84 чел., средний возраст $22,5 \pm 2,12$ года) и сотрудников психиатрической больницы (12 чел., средний возраст $33,6 \pm 2,81$ года). Распределение обследованных по полу: мужчин – 15 чел. (15,6%), женщин – 81 чел. (84,4%). Респонденты находились в зоне военного конфликта различные промежутки времени: до 6 мес. – 11 чел. (11,5%), больше 6 мес. – 31 чел. (32,3%), весь период – 54 чел. (56,2%). Большая часть обследованных лиц оценивали свое физическое здоровье как не изменившееся (69 чел. – 71,9%), остальные (27 чел. – 28,1%) отмечали ухудшение физического здоровья. При субъективной оценке психического здоровья большая часть испытуемых отмечала его ухудшение (63 чел. –

65,6%), 33 чел. (34,4%) считали, что их психическое состояние не изменилось за время военного конфликта.

На рисунке 1 представлено распределение респондентов в зависимости от используемых видов копинг-стратегий.

Как показано на рисунке 1, наиболее часто используемыми копинг-стратегиями было планирование решения проблемы (31 чел. – 32,3%), принятие ответственности (21 чел. – 21,9%) и поиск социальной поддержки (20 чел. – 20,8%). Стратегии положительной переоценки и самоконтроля использовали 16 (16,7%) и 13 (13,5%) респондентов соответственно. С наименьшей частотой использовались стратегии бегства-избегания (8 чел. – 8,3%), дистанцирования (7 чел. – 7,3%) и конфронтации (5 чел. – 5,2%). Т.е., наиболее часто в обследованной группе отдавалось предпочтение конструктивным и условно конструктивным стратегиям планирования решения

проблемы и поиска социальной поддержки, а неконструктивные стратегии бегства-избегания,

дистанцирования и конфронтации использовались достаточно редко.

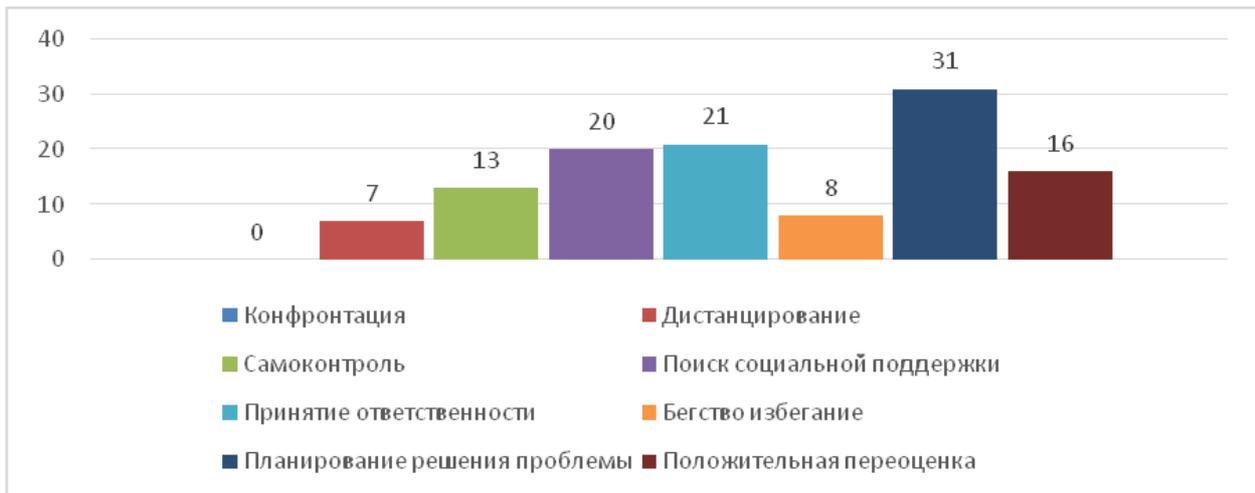


Рис. 1. Распределение респондентов в зависимости от используемых копинг-стратегий (общее количество респондентов – 96)

*суммарное количество величин на диаграмме превышает количество респондентов, поскольку у некоторых опрошенных наблюдались максимальные показатели по нескольким копинг-стратегиям

Для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий использовался опросник «Способы совладающего поведения», разработанный Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году, дополнительно стандартизированный в НИПНИ им. Бехетерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифионовой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой (2009). Для

исследования самооффективности использовалась методика диагностики самооффективности Маддукса и Шеера (модификация Л. Бояринцевой под руководством Р. Кричевского), рефлексивности - методика диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова (2003), контроля за действием - методика контроля за действием Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина (1997).

Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты исследования и их обсуждение

В соответствии с целью исследования был проведен корреляционный анализ взаимосвязей стратегий совладания со стрессовой ситуацией и такими компонентами личностного потенциала как самооффективность, рефлексия и контроль за действием.

В данном исследовании мы попытались оценить взаимное влияние уровня самооффективности и выбора копинг-стратегии при преодолении стрессовой ситуации (табл. 1).

Без учета оценки потенциала самооффективности в той или иной сфере жизнедеятельности были установлены достоверные (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) положительные корреляционные связи между уровнем самооффективности в сфере предметной деятельности и копингом, ориентированным на планирование решения проблемы ($r = 0,284$) и копингом, ориентированным на положительное

переоценивание стрессовой ситуации ($r = 0,326$).

В сфере межличностных отношений показатель самооффективности достоверно (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) положительно коррелировал с выраженностью предпочтения стратегии конфронтации.

Представления респондентов о своих возможностях и способности быть продуктивным в деятельности, уверенность в своем потенциале могли быть одним из оснований для планирования собственных действий с учетом сложившихся объективных тягостных и, подчас, опасных для жизни условий военного времени, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Иными словами, самооффективность как вера человека в свою способность справиться с конкретной деятельностью способствовала конструктивному разрешению трудностей, связанных с экстремальной

Влияние самооффективности, рефлексии и контроля за действием (соответствующие шкалы) на формирование того или иного вида копинг-стратегии (корреляции Спирмена)

	Кон-фронтация	Дистанцирование	Самоконтроль	Поиск соц. поддержки	Принятие ответственности	Бегство избегание	Планирование решения проблемы	Положительная переоценка
Самооффективность								
В сфере предметной деятельности	0,137	-0,076	0,031	-0,065	-0,144	-0,063	0,284*	0,326*
В сфере межличностного общения	0,299*	0,097	-0,050	0,060	-0,153	0,061	0,023	0,120
Рефлексивность								
Балл	-0,190	-0,093	0,060	-0,076	0,074	-0,146	0,145	0,083
Стен	-0,170	-0,091	0,078	-0,056	0,080	-0,135	0,146	0,072
Контроль за действием								
При планировании	-0,140	0,239*	0,078	-0,107	-0,288*	0,102	-0,046	0,007
При реализации	0,003	0,014	-0,048	-0,157	-0,216*	-0,087	0,119	0,205*
При неудаче	-0,107	0,017	0,074	-0,228*	-0,050	-0,197	0,041	-0,039

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$.

Также самооффективность как убежденность в собственных способностях по усилению мотивации, активизации интеллектуальных ресурсов, изменению поведения способствовала успешной реализации попыток преодоления негативных переживаний в связи с ситуацией военного конфликта за счет ее положительного переосмысления, принятия ее как стимула для личностного роста. Однако завышенная оценка своего потенциала в предметной сфере могла быть причиной недооценки возможностей действительного разрешения стрессовой ситуации, когда респонденты брали на себя ответственность в ситуациях, им неподвластных, требующих дополнительных внешних ресурсов или не подлежащих прогнозированию.

В сфере межличностных отношений завышенная оценка потенциала самооффективности могла способствовать импульсивности в поведении, иногда с элементами враждебности и конфликтности, что затрудняло планирование действий, прогнозирование их результата и приводило к метаниям, недостаточно целенаправленной поведенческой активности, не столько ответственной, сколько являющейся результатом разрядки эмоционального напряжения. Однако, стратегия конфронтации находилась на умерен-

ном уровне выраженности, т.е. оставалась достаточно конструктивной и не препятствовала в большинстве случаев способности личности к сопротивлению трудностям.

У каждого человека существуют свои стратегии совладающего поведения в конфликтной ситуации, которые являются для него адаптивными и эффективными. Адекватно оценивая свою самооффективность в разрешении стрессовых ситуаций, человек будет выбирать наиболее успешные для себя стратегии совладания. Однако завышенная оценка своего потенциала в предметной и межличностной сферах самооффективности могла трансформировать условно конструктивную стратегию положительной переоценки в неконструктивную, а также усугублять неконструктивный характер стратегии конфронтации. Полученные данные о возможном дезорганизующем влиянии самооффективности в сфере межличностного общения должны быть учтены при составлении программы реабилитации лиц, перенесших травматический стресс военного времени.

На следующем этапе исследования проведен корреляционный анализ выбора стратегий совладания с такой составляющей личностного потенциала как рефлексия. Однако достоверных кор-

реляционных связей между рефлексивностью и выраженностью предпочтения тех или иных копинг-стратегий (табл. 1) выявлено не было. Помимо этого, респонденты в целом не обнаруживали склонности к рефлексивным руминациям, что, вероятно, связано как с культуральными особенностями и молодым возрастом испытуемых, так и с интенсивностью стрессовой ситуации военного времени.

Корреляционный анализ взаимосвязи контроля за действием и копинг-стратегиями в стрессовой ситуации позволил выявить следующие закономерности (табл. 1). Контроль за действием при планировании достоверно (показатель корреляции статистически значимо отличался от 0, $p < 0,05$) положительно коррелировал с выраженностью предпочтения стратегии дистанцирования ($r = 0,239$) и отрицательно ($r = -0,288$) с выраженностью стратегии принятия ответственности. Ориентация на действие с отсутствием на уровне переживаний каких-либо мыслей и эмоций, которые могли бы помешать подготовке к осуществлению намерения, могла лежать в основе снижения степени эмоциональной вовлеченности в ситуацию травматического стресса военного времени. Несмотря на то, что использование стратегии дистанцирования способствовало предотвращению интенсивных эмоциональных реакций на фрустрацию, отсутствие полноценного контроля со стороны сознания при ориентации на действие могло приводить к недооценке значимости и возможностей действительно преодоления трудностей военного времени. При ориентации на состояние возрастала выраженность предпочтительного использования стратегии принятия ответственности через активизацию мыслительных процессов с возможными негативными последствиями в виде депрессивных состояний в случае признания себя несостоятельным в решении существующих проблем.

В сфере реализации контроль за действием обнаруживал достоверно (показатель корреляции статистически значимо отличался от 0, $p < 0,05$) отрицательные корреляции с выраженностью стратегии принятия ответственности ($r = -0,216$) и положительно ($r = 0,205$) – стратегии положительной переоценки. Снижение показателей по шкале контроля за действием в сфере реализации, свидетельствующее об ориентации субъекта на состояние с активизацией самоконтроля и большей подверженностью интерферирующему влиянию конкурирующих намерений способствовало самоанализу, самокритике, не-

редко с чувством вины и неудовлетворенности собой, что, в свою очередь ограничивало возможность произвольно индуцировать, изменять, направлять действия и усугубляло отчуждение и чувство внутренней несвободы. При умеренном использовании стратегии принятия ответственности готовность анализировать свое поведение, напротив, облегчала действенность в сфере реализации намерений. В то же время, ориентация на действие с погруженностью субъекта в процесс реализации намерений способствовало преодолению негативных переживаний за счет рассмотрения экстремальной ситуации военного конфликта как стимула для личностного роста с учетом большей эффективности функционирования стратегий волевого контроля.

Показатели контроля за действием при неудаче достоверно (показатель корреляции статистически значимо отличался от 0, $p < 0,05$) отрицательно ($r = -0,226$) коррелировали с выраженностью копинг-стратегии, ориентированной на поиск социальной поддержки. Ориентация на состояние при неудаче усугубляло алиенацию субъектов, способствовало появлению в сознании персеверирующих мыслей о прошлом, настоящем и будущем с ослаблением волевой регуляции деятельности и способствовало формированию зависимой позиции от ресурсов информационной, эмоциональной и действенной поддержки. И, напротив, ориентация на действие в ситуации неудачи с меньшей подверженностью влиянию конкурирующих намерений, предполагало большую эффективность и действенность при меньшей выраженности предпочтительности стратегии поиска социальной поддержки.

Подводя итог полученным данным, следует отметить, что копинг-поведение личности в ситуации хронического стресса военного времени является сложным системным образованием, в значительной степени детерминированным личностными (индивидуально-психологическими) характеристиками, свойствами и качествами.

Наиболее часто в обследованной группе отдавалось предпочтение конструктивным и условно конструктивным стратегиям планирования решения проблемы и поиска социальной поддержки, а неконструктивные стратегии бегства-избегания, дистанцирования и конфронтации использовались достаточно редко.

В проведенном исследовании не было выявлено большого количества корреляционных связей между представленными в настоящей работе составляющими личностного потенциала и

копинг-стратегиями в ситуации хронического стресса военного времени. В то же время были установлены следующие взаимозависимости:

- высокий уровень самоэффективности в предметной и межличностной сферах уменьшает выраженность предпочтения стратегий положительной переоценки и конфронтации;

- контроль за действием с ориентацией на действие способствует использованию страте-

гии дистанцирования, а преобладание ориентации на состояние приводит к предпочтению стратегий принятия ответственности и поиска социальной поддержки.

Полученные данные могут быть использованы при разработке эффективных стратегий и методов реабилитации лиц, пострадавших вследствие ситуации травматического стресса военного времени.

Ряполова Т.Л., Тахташева Д.Р.

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ (ЧАСТЬ I)

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экстремальные жизненные ситуации, копинг-стратегии, личностный потенциал

В первой части исследования, посвященного проблеме изучения копинг-стратегий и личностного потенциала у лиц, пострадавших в результате травматического стресса военного времени, представлены результаты корреляционного анализа стратегий совладания и таких параметров личностного потенциала как самоэффективность, рефлексия и контроль за действием. Наиболее часто в обследованной группе отдавалось предпочтение конструктивным и условно конструктивным стратегиям планирования решения проблемы и поиска социальной поддержки, а неконструктивные стратегии бегства-избегания, дистанцирования и конфронтации использовались достаточно редко. Установлено, что высокий уровень самоэффективности в предметной и межличностной сферах уменьшает выраженность предпочтения стратегий положительной переоценки и конфронтации, ориентация на действие способствует использованию стратегии дистанцирования, а преобладание ориентации на состояние приводит к предпочтению стратегий принятия ответственности и поиска социальной поддержки. Полученные данные могут быть использованы при разработке эффективных стратегий и методов реабилитации лиц, пострадавших вследствие ситуации травматического стресса военного времени. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 40-47).

Ryapolova T.L., Takhtashova D.R.

COPING STRATEGIES AND PERSONALITY POTENTIAL IN EXTREME LIFE SITUATIONS (PART I)

Donetsk National Medical University named after M. Gorkiy

Keywords: extreme life situations, coping strategies, personality potential

In the first part of a study on the problem of the study of coping strategies and personal potential in individuals affected by the traumatic stress of war, the results of correlation analysis of coping strategies and parameters such as the personal capacity of self-efficacy, reflection and control of the action. The most frequently studied group favored a constructive and conditional planning design strategies address the problem and find social support, and non-constructive strategies of escape-avoidance, distancing of confrontation and used infrequently. It was found that high levels of self-efficacy in the subject areas and reduces the severity of interpersonal preferences and strategies of positive reevaluation of confrontation, focus on action promotes the use of distancing strategies, and focus on the prevalence of the condition leads to a preference for taking responsibility strategies and find social support. The data obtained can be used to develop effective strategies and methods of rehabilitation of persons affected by the situation of traumatic stress of war. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 40-47).

Литература

1. Folkman S. Coping and Emotion / S. Folkman, R.S. Lazarus // Stress and Coping: an anthology. - N.Y.: Columbia University Press, 1991. - 598p.
2. Gallagher D. Personality, coping and objective outcomes: extraversion, neuroticism, coping styles and academic performance / D. Gallagher // Personality and Individual Differences, 1996. - № 21. - P. 421-429.
3. Баскакова С.А. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами / С.А. Баскакова / Социальная и клиническая психиатрия. - 2010. - Т. 20, № 2. - 2010. - С. 88-97.
4. Гордеева Т. О. Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы / Т.О. Гордеева; под ред. Д.А. Леонтьева // Современная психология мотивации. - М.: Смысл, 2002. - С. 47-102.
5. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: автореф. дис... на соиск. ученой степ. доктора психол. наук: спец. 19.00.13 «Психология развития, акмеология» / Крюкова Т.Л. - М, 2005. - 50с.
6. Bandura A. Regulation of Cognitive Processes through Perceived Self-Efficacy / A. Bandura // Developmental Psychology. - 1989. - Vol. 25. - P. 729-735.
7. Jex S.M. The Impact of Self-Efficacy on Stressor-Strain Relations: Coping Style as an Explanatory Mechanism / S.M. Jex, P.D. Bliese, S. Buzzell, J. Primeau // Journal of Applied Psychology. - 2001. - Vol. 86, № 3. - P. 401-409.
8. Self-Efficacy as an Appraisal that Moderates the Coping-Emotion Relationship / R. Lowe, Z. Cockshott, R. Greenwood [et al.] // Psychology and Health. - 2008. - Vol. 23, № 2. - P. 155-174.
9. McNatt B.D. Self-Efficacy Intervention, Job Attitudes and Turnover: a Field Experiment with Employees in Role Transition / B.D. McNatt, T.A. Judge // Human Relationship. - 2008. - Vol. 61. - P. 783-810.
10. Nicholls A.R. The Mediating Role of Coping: a Cross-Sectional Analysis of the Relationship between Coping Self-Efficacy and Coping Effectiveness among Athletes / A.R. Nicholls, R.C. Polman, A.R. Levy, E. Borkoles // International Journal of Stress Management. - 2010. - Vol. 17, № 3. - P. 181-192.
11. Schunk D. Self-Efficacy and Academic Motivation / D. Schunk // Educational Psychologist. - 1991. - Vol. 26. - P. 207-231.
12. Schwarzer R., Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy Scale / R. Schwarzer, M. Jerusalem. - Windsor: Nfer-Nelson, 1995. - P. 35-37.
13. Smith R.E. Effects of Coping Skills Training on

- Generalized Self-Efficacy and Locus of Control / R.E. Smith // *Journal of Personality and Social Psychology*. - 1989. - Vol. 56, № 2. - P. 228-233.
14. Heim E. Coping and Psychosocial Adaptation / E. Heim // *Journal of Mental Health Counseling*. - 1988. - Vol. 10. - P. 136-144.
15. Капрара Д., Сервон Д. Психология личности / Д. Капрара, Д. Сервон. - СПб.: Питер, 2003. - 638с.
16. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / Ж. Нюттен. - М.: Смысл, 2004. - 607с.
17. Epel E.S. Escaping Homelessness: the Influences of Self-Efficacy and Time Perspective on Coping with Homelessness / E.S. Epel, A. Bandura, P.G. Zimbardo // *Journal of Applied Social Psychology*. - 1999. - Vol. 29. - P. 575-596.
18. Шепелева Е.А. Особенности учебной и социальной самоэффективности школьников: автореф. дис. на соиск. ученой степ. канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «Педагогическая психология» / Шепелева Е.А. - М., 2008. - 24с.
19. Nolen Hoeksem S. Rethinking Rumination / S. Nolen Hoeksem, B.E. Wisco, S. Lyubomirsky // *Perspectives on Psychological Science*. - 2008. - Vol. 3, № 5. - P. 400-424.
20. Хачатурова М.А. Самоэффективность личности и ее связь с выбором копинг-стратегий поведения в межличностном конфликте / М.А. Хачатурова // *Альманах современной науки и образования*. - 2011. - Т. 52, № 9. - С. 92-96.
21. Snyder M. Self-monitoring of expressive behavior / M. Snyder // *Journal of Personality and Social Psychology*. - 1974. - № 30. - P. 526-537.
22. Полежаева Е.А. Шкала самомониторинга и ее применение в отечественных исследованиях / Е.А. Полежаева // *Психол. диагностика*. - 2006. - № 1. - С. 3-32.
23. Полежаева Е.А. Место самомониторинга в структуре личностных характеристик: автореф. дис. на соиск. ученой степ. канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Общая психология» / Полежаева Е.А. - М., 2009. - 29с.
24. Леонтьев Д.А. Психология смысла. / Д.А. Леонтьев - М.: Смысл, 1999. - 488с.
25. Карпов А.В. Психология рефлексивных процессов управления / А.В. Карпов, В.В. Пономарева - М.: Ярославль: ДИА пресс, 2000. - 284с.
26. Kuhl J. Action and state orientation: Psychometric properties of the action control scales (ACS-90) / eds. J. Beckmann // *Volition and personality: Action versus state orientation*. - Göttingen, Germany: Hogrefe, 1994. - P. 47-59.
27. Rasskazova E. Beyond the action and state orientation: reflective orientation in self-regulation and self-control / E. Rasskazova, O. Mitina // *6th European Conference on Positive Psychology*, 26-29 June 2012: papers. contents. - Moscow, 2012. - P. 235.
28. Рассказова Е.И. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE / Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин // *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. - 2013. - Т. 10, №1. - С. 82-118.

Поступила в редакцию 14.09.2016

УДК 616.89-008:159.942(1-071)

*Соловьева М.А.***ИССЛЕДОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ЛИЦ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: лица, пребывающие в зоне военного конфликта, субъективное благополучие, субъективное счастье, удовлетворенность жизнью, мотивация на достижение успеха и избегание неудач, социальная желательность

Ситуация локального военного конфликта, сопровождающаяся состоянием социальной и правовой нестабильности, потерей практически всеми слоями населения привычных, стереотипных ценностей и установок, понижением уровня жизни, на субъективном уровне приводит к росту напряжения, проявляющегося в повышении уровня общей тревожности, беспокойства, неуверенности, беспомощности, чувства одиночества, страха за будущее. Преодоление негативного воздействия во многом происходит за счет активизации позитивных черт личности, являющихся составляющими личностного потенциала. Их использование позволяет трансформировать негативное воздействие социаль-

ного неблагополучия и нестабильности в стимул к поиску новых возможностей, увеличению социальной активности, повышению качества межличностного общения [1, 2, 3, 7, 10]. Способность противостоять неблагоприятным воздействиям в условиях военного конфликта способствует повышению самооценки, уверенности в себе и ответственности за происходящее в непосредственном окружении и в масштабах всего региона.

Целью настоящего исследования являлся анализ позитивных черт личности у лиц, находящихся в зоне военного конфликта, исследование их влияния на сохранение психического благополучия данного контингента.

Материалы и методы исследования

С целью исследования уровня субъективного благополучия у жителей молодого возраста (20-30 лет) длительное время пребывающих в условиях военного конфликта было проведено психодиагностическое обследование 77 студентов 4 курса Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Среди респондентов было 55 женщин (71,4%) и 22 мужчины (28,6%). Длительность пребывания в зоне военного конфликта у 33 (42,9%) обследуемых составляла до 6 месяцев, у 44 (57,1%) – 6 месяцев и выше. Из всех респондентов ухудшение физического состояния отмечали 16 (20,8%) человек, психического состояния – 46 (59,7%).

При проведении обследования учитывалась оценка субъективного благополучия и его комплексных составляющих, таких как удовлетворенность жизнью, субъективное восприятие счастья, уровень мотивации к достижению успеха и избеганию неудач, стремление к социальной желательности. Были использованы сле-

дующие психодиагностические методики: «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (МУН) А.А.Реана, шкала социальной желательности Кроуна-Марлоу (Crowne-Marlowe Social Desirability Scale в адаптации Ю. Л. Ханина, 1976), шкала субъективного счастья Любомирски (Subjective Happiness Scale, SHS, 1999, в адаптации Д.А. Леонтьева, 2003), шкала удовлетворенности жизнью Диенера (E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen и S. Griffin, 1985, в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.Н. Осина, 2003), шкала субъективного благополучия (Perrudent-Badox, Mendelsohn и Chiche, 1988 в адаптации НПЦ «Психодиагностика» Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова) [8, 9, 11].

Исследование уровня субъективного благополучия проводилось у 77 студентов 4 курса Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького, относящихся к возрастной группе от 20 до 30 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе результатов, полученных в результате исследования по шкале субъективного благополучия Perrudent-Badox, средний балл показателя субъективного благополучия составил $54,43 \pm 2,47$ баллов. При этом у 12 респондентов ($15,6 \pm 4,1\%$) показатели отклонялись в сторону благополучия и соответствовали 1-3 стенам в стандартных оценках, что свидетельствовало о достаточном эмоциональном комфорте, удовлетворенности жизнью, отсутствии серьезных эмоциональных проблем и переживаний, адекватности во взаимодействии с окружающими, достаточной социальной адаптации, уверенности в себе, активном управлении поведением и постановкой целей.

У наибольшего числа обследованных (61 чел. - $79,2 \pm 2,5\%$) показатель субъективного благополучия находился в пределах умеренных значений, соответствующих 4-7 стенам стандартных оценок, что свидетельствовало о наличии умеренного эмоционального и когнитивного дискомфорта при отсутствии серьезных психологических проблем. Данный дискомфорт обуславливал снижение качества жизни и, в тоже время, мог служить катализатором для личностного роста, совершенствования механизмов адаптации, формирования системы приоритетов более высокого уровня, развития возможностей, не реализованных ранее.

У 4 респондентов ($5,2 \pm 2,5\%$) показатели отклонялись в сторону субъективного неблагополучия и соотносились с 8-9 стенами в стандартных оценках, что проявлялось в выраженном эмоциональном дискомфорте, отсутствии удовлетворения от своего положения, деятельности и собственной личности в сочетании с недоверчивостью, подозрительностью, отсутствием четких перспектив и планов на будущее. Респонденты испытывали трудности при контроле эмоций и поведения, достижении поставленных целей. Часто наблюдались ригидность эмоций и установок, тревога, подавленность.

В процессе дальнейшего изучения субъективного благополучия была исследована их зависимость от гендерной принадлежности респондентов, длительности их пребывания в зоне военного конфликта и самооценки состояния психического здоровья.

По длительности пребывания в зоне военного конфликта весь контингент обследуемых включал лиц, находившихся в зоне военного конфликта ограниченный период времени - до 6 месяцев и весь период времени - 6 месяцев и выше.

Из 44 респондентов, находившихся весь период времени в зоне военного конфликта, у 7 обследуемых ($15,9 \pm 5,5\%$) определялся высокий уровень субъективного благополучия, у 34 обследуемых ($77,3 \pm 5,5\%$) – определялось его умеренное снижение, у 3 респондентов ($6,8 \pm 3,8\%$) показатель субъективного благополучия значительно отклонялся в сторону неблагополучия.

У 33 респондентов, пребывавших в зоне боевого конфликта ограниченный период времени, результаты были следующими: у 5 обследованных ($15,2 \pm 6,2\%$) был выявлен высокий уровень субъективной удовлетворенности жизнью, у 27 студентов ($81,8 \pm 6,7\%$) – умеренно сниженный уровень и у 1 человека ($3 \pm 3\%$) – определялось выраженное снижение субъективной удовлетворенности.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у большинства обследованных показатели субъективного благополучия за время пребывания в зоне военного конфликта продолжали оставаться достаточно стабильными и обнаруживали лишь умеренное снижение. На основании этих данных можно говорить о наличии у респондентов достаточного личностного резерва, а также положительной оценки ряда внешних и внутренних факторов.

При анализе влияния гендерных различий на субъективное благополучие было выявлено, что среднее значение данного показателя практически не менялось на протяжении всего пребывания в зоне военного конфликта у женщин и повысилось у мужчин, что свидетельствовало о росте у них субъективного ощущения благополучия, сопровождающегося ощущением дискомфорта, неудовлетворенности жизненной ситуацией. Одной из причин данного различия могло быть то, что мужчины испытывают больший дискомфорт в ситуации неопределенности, экономической и социальной нестабильности, более ориентированы на профессиональный и карьерный рост. Среднее значение показателя ($53 \pm 5,1$ баллов) у мужчин, находившихся в зоне военного конфликта менее 6 месяцев, соответствовало умеренному снижению субъективного благополучия, при нахождении в зоне военного конфликта весь промежуток времени средний показатель достигал значения $64,7 \pm 8,48$ баллов и свидетельствовал о нарастающем неблагополучии.

Также представлял интерес аспект взаимосвязи уровня субъективного благополучия и самооценки состояния психического здоровья респондентов. Среди лиц, находившихся в зоне во-

енного конфликта ограниченный промежуток времени, и не отмечавших изменений в состоянии своего психического здоровья 2 участника исследования ($6,1 \pm 4,2\%$) обнаруживали полное субъективное благополучие, у остальных ($93,9 \pm 4,2\%$) определялось его умеренное снижение. У респондентов, отмечавших ухудшение психического самочувствия, у 3 ($9,1 \pm 5\%$) лиц показатели уровня субъективного благополучия соответствовали положительным оценкам, у 14 ($42,4 \pm 8,6\%$) – были умеренно снижены.

Среди тех обследуемых, которые находились в зоне военного конфликта весь промежуток времени и не отмечали изменений в состоянии психического здоровья, у 3 ($6,8 \pm 3,8\%$) человек определялся высокий уровень благополучия, у 12 ($27,3 \pm 6,7\%$) – показатель был снижен. Среди респондентов с ухудшением психического самочувствия у 4 человек ($9,1 \pm 4,3\%$) уровень субъективного благополучия был высоким, у 2 ($4,5 \pm 3,1\%$) – существенно сниженным, у остальных определялось незначительное снижение данного показателя.

Также в результате исследования была выявлена его существенная отрицательная динамика у мужчин с ухудшением психического здоровья – среднее значение показателя у лиц, находившихся в зоне конфликта ограниченный период времени, составило $53 \pm 5,1$ баллов, на протяжении всего периода времени – $64,75 \pm 8,48$ баллов.

Одним из важных аспектов в изучении субъективного благополучия является анализ его составляющих. Нами было проведено изучение субъективного счастья, являющегося важным показателем эмоционального состояния респондентов. Была использована шкала субъективного счастья, как отражающая одну из составляющих субъективного благополучия, и дающая возможность измерения эмоционального переживания индивидом собственной жизни как целого [4]. Анализ полученных в ходе исследования данных показал, что средний показатель восприятия счастья респондентами составил $19,1 \pm 0,8$ баллов. При учете того, что максимальный показатель по данной шкале составляет 28 баллов, а минимальный – 7 баллов, данное значение соответствует средним значениям и свидетельствует об умеренном снижении переживания счастья респондентами.

У мужчин, находившихся в зоне военного конфликта на протяжении всего периода времени, среднее значение показателя снизилось на 2,35 балла, у женщин практически не изменилось

($+0,8$ балла). Подобная динамика может быть обусловлена преобладанием у мужчин ценностных составляющих счастья в виде удачи, победы в борьбе с неблагоприятными обстоятельствами, успеха и реализации конкретно поставленных целей. При их отсутствии снижается субъективное переживание счастья, жизненная ситуация воспринимается как неблагоприятная, преобладает тактика выжидания, реже происходит пересмотр ценностно-смысловых ориентаций, меньше используются социальные контакты и жизненный опыт знакомых людей. В то же время, величина показателя не снижалась ниже средних значений и находилась в диапазоне значений от $20,15 \pm 0,79$ до $17,7 \pm 0,97$ баллов (максимальное значение 28 баллов). Этому может способствовать компенсация снижения возможности самореализации в привычной системе ценностей и приоритетов за счет личностного роста и развития, проявления альтруизма, эмпатии, взаимопомощи, усиления социальных связей.

В процессе изучения взаимосвязи между состоянием психического здоровья и переживанием субъективного счастья было выявлено, что среди лиц, не отмечавших ухудшение психического самочувствия, среднее значение данного показателя было $20 \pm 0,42$ балла. Среди них количество респондентов со значением показателя до 20 баллов составило $18,2 \pm 4,4\%$ от общего числа обследованных, со значением 20-25 баллов – $26 \pm 5\%$ соответственно. Среди обследованных лиц, отмечавших у себя ухудшение психического самочувствия, среднее значение показателя было $18,5 \pm 0,46$ балла. Из них $33,8 \pm 5,4\%$ от общего числа респондентов имели показатель субъективного счастья от 7 до 20 баллов, $26 \pm 5\%$ – от 20 до 25 баллов. Таким образом, можно сделать вывод, что у лиц с субъективным ухудшением психического здоровья показатель субъективного счастья снижен чаще, чем у лиц без изменений в самооценке своего состояния.

Согласно полученным данным, показатель субъективного счастья наиболее существенно снижался во время пребывания в зоне военного конфликта у мужчин, отмечавших ухудшение состояния психического здоровья. У лиц с периодом пребывания в зоне конфликта до 6 месяцев оно составило 4,15 балла, у респондентов, находившейся в зоне конфликта свыше 6 месяцев – 3 балла. Минимальное среднее значение – 16 баллов было определено у мужчин, находившихся в зоне конфликта на протяжении всего промежутка времени и субъективно отмечавших ухудшение психического состояния.

Одной из значимых составляющих субъективного благополучия является уровень удовлетворенности жизнью. Согласно результатам других исследований [4,5], можно также рассматривать уровень удовлетворенности жизнью как предиктор отношения к экономической и политической стабильности. Среднее значение показателя удовлетворенности жизнью у всего контингента обследуемых составило $24,1 \pm 0,17$ баллов, что свидетельствует о средней удовлетворенности жизнью. Из них у 19 человек ($24,7 \pm 4,9\%$) отмечались низкие показатели от 7 до 20 баллов, что говорит о снижении уровня удовлетворенности, у такого же количества респондентов (19 чел. - $24,7 \pm 4,9\%$) они свидетельствовали о высоком уровне удовлетворенности жизнью (30-35 баллов), у остальных ($49,4 \pm 5,7\%$) показатели находились на уровне средних значений (20-30 баллов). У лиц со средними значениями показателя наблюдалось умеренное снижение состояния удовлетворенности, что свидетельствует об умеренном росте внутреннего рассогласования между оценкой существующего положения и субъективными ожиданиями, уровнем притязаний, между данностью и идеалом, желаемым и возможным, сопровождающемся ростом напряжения, неопределенности и дискомфорта. Снижение удовлетворенности жизнью у обследуемых может быть обусловлено неопределенностью социальных перспектив, ограничением возможности строить долгосрочные планы, разобщением семей, нарушением внутрисемейных и дружеских отношений.

При анализе гендерных различий было выявлено, что у мужчин данный показатель составляет $22,7 \pm 0,47$ баллов, а у женщин – $24,7 \pm 0,2$ балла. Таким образом, существенных различий по данному признаку выявлено не было.

При изучении зависимости удовлетворенности жизнью от длительности пребывания в зоне военного конфликта были получены следующие результаты: среди респондентов, находившихся в зоне военного конфликта до 6 месяцев у 9 человек ($11,7 \pm 3,7\%$ от общего числа участников исследования) определялись низкие показатели удовлетворенности жизнью (от 7 до 20 баллов), у 16 обследованных ($20,8 \pm 4,6\%$) они были незначительно снижены, у 8 респондентов ($10,4 \pm 3,5\%$) удовлетворенность жизнью была высокой. Среди лиц, находившихся в зоне конфликта на протяжении всего времени низкие показатели удовлетворенности были у 10 участников ($13 \pm 3,8\%$), незначительно сниженные - у 13 обследованных ($16,9 \pm 4,3\%$), у 11 ($14,3 \pm 4\%$) –

показатели удовлетворенности жизнью были высокими (от 30 до 35 баллов). Полученные результаты свидетельствуют о том, что показатели удовлетворенности распределялись среди участников исследования с разным периодом пребывания достаточно сходным образом. Вне зависимости от длительности пребывания, преобладали лица с умеренно сниженным показателем, что свидетельствует об умеренной депривации и достаточной сохранности компенсаторных механизмов личности.

При анализе связи между удовлетворенностью жизнью и самооценкой психического здоровья определялось более низкое значение данного показателя у лиц, отмечавших ухудшение психического самочувствия, вне зависимости от гендерной принадлежности. Наиболее низкие значения были выявлены в группе мужчин, находившихся в зоне военного конфликта весь период времени и отмечавших у себя ухудшение психического самочувствия. Показатель удовлетворенности жизнью в данной группе составил $16 \pm 5,1$ баллов, что соответствовало самому низкому уровню субъективного благополучия (64 балла).

Важным фактором субъективного благополучия является сохранность установок на достижение успеха. При проведении данного фрагмента исследования использовалась методика определения «Мотивации успеха и боязни неудачи» (МУН) А.А.Реана. Среднее значение показателя мотивации успеха у лиц, принимавших участие в исследовании, составило $13,96 \pm 0,83$ балла, что свидетельствует о наличии общей тенденции к достижению успеха. При этом мотивация на избегание неудачи была выявлена у одного человека ($1,3 \pm 1,3\%$), у 28 ($26,4 \pm 5,5\%$) респондентов, мотивационный полюс был нечетко выражен, наряду с мотивацией на достижение успеха могла проявляться тенденция избегания неудач и у 48 лиц ($62,3 \pm 5,5\%$) доминировала мотивация на достижение успеха. Среди лиц, находившихся в зоне военного конфликта весь период времени у 10 человек ($13 \pm 3,8\%$) мотивация на достижение успеха была незначительно выражена и у 34 ($44,2 \pm 5,7\%$) мотивация на достижение успеха была четко определена. У лиц, находившихся в зоне военного конфликта до 6 месяцев, мотивация на достижение успеха была незначительно выражена также у 10 респондентов, у 23 ($29,9 \pm 5,2\%$) определялась мотивация на достижение успеха. Таким образом, зависимости выраженности показателя от длительности пребывания в зоне военного конфлик-

та выявлено не было.

У всех обследуемых определялись установки на достижение успеха, без четких гендерных различий (мужчины - 15,1 - 13,1 баллов; женщины - 13,5 - 14 баллов). Можно предположить, что у данного контингента сохранены мотивация к поиску оптимальной жизненной стратегии, определению приоритетов, способствующих адаптации в данной ситуации.

При анализе результатов не было выявлено существенного расхождения результатов в зависимости от психологического самочувствия. У респондентов, отмечавших ухудшение психического здоровья, сохранялась мотивация на достижение успеха, но выраженность ее была снижена. Отсутствие у респондентов четко определенной мотивации на достижение успеха по методике МУН А. Реана могло быть обусловлено тем, что в условиях военного конфликта нарастает неопределенность, отсутствуют четкие ориентиры целей, происходит экзистенциальная переоценка ценностей и приоритетов в жизни. Также могло иметь значение то, что новые цели, более высокого уровня у данного контингента еще до конца не сформированы, нет четких представлений о способах и путях их достижения. Сохранность стремления к адекватной оценке и использованию ситуативных факторов способствует формированию поведения, обеспечивающего достижение положительного результата в решении поставленных целей и задач. Снижать выраженность установок на достижение успеха у респондентов могут как жесткая ситуативная детерминированность, так и сложность формирования четкого представления о результатах, воспринимаемых как «выполнение», «достижение» цели в условиях нестабильности и неопределенности.

Средний показатель мотивации к одобрению со стороны окружающих по шкале социальной желательности Кроуна-Марлоу составил $10,1 \pm 0,72$ балла без четкой зависимости от гендерных признаков и длительности пребывания в зоне военного конфликта, что в целом свидетельствует о желании респондентов выглядеть в глазах окружающих такими, какими они являются на самом деле, что свойственно большинству людей.

Из всего контингента обследованных 14 человек ($18,2 \pm 4,4\%$) имели низкий показатель социальной желательности, 50 респондентов ($64,9 \pm 5,4\%$) средний, 12 обследованных ($15,6 \pm 4,1\%$) – высокий показатель.

У большинства обследованных лиц степень зависимости субъективного благополучия от

благоприятных оценок со стороны других людей выражена умеренно, что обуславливает достаточный уровень внутренней свободы, стремление к независимости суждений, самовыражению. Чувствительность к средовым и межличностным влияниям соответствует границам нормы, не оказывает решающего влияния на мотивационную сферу. При этом, чем выше были показатели мотивации к достижению успеха по методике А. Реана, тем ниже показатели социальной желательности.

При исследовании зависимости выраженности социальной желательности при разной самооценке состояния психического здоровья, как мужчин, так и женщин, уровень мотивации к одобрению был ниже у лиц, отмечавших субъективное ухудшение психического самочувствия, вне зависимости от длительности пребывания в зоне военного конфликта. Данный результат может говорить о снижении интереса к социальному взаимодействию, понижению значения для данных респондентов их социального имиджа и потребности в социальном одобрении, большей направленности вектора внимания и интереса на внутренние проблемы респондентов, их самовосприятие. Средние значения показателя социальной желательности, свидетельствуют о сохраняющейся тенденции к поведению, адекватному контексту социальных ситуаций, самостоятельности суждений. Таким образом, можно было говорить о достаточно сохраненных механизмах адаптации и наличии положительного прогноза для личностного развития, особенно при наличии психокоррекционной и психотерапевтической поддержки.

Таким образом, в результате проведенного исследования был определен уровень субъективного благополучия и его составляющих у лиц, находившихся в зоне военного конфликта на протяжении длительного периода времени. Его среднее значение составило $54,43 \pm 2,47$ баллов, что свидетельствовало о наличии умеренного снижения в виде эмоционального и когнитивного дискомфорта при отсутствии серьезных психологических проблем и сохранности компенсаторных и адаптационных механизмов личности. При дальнейшем изучении показателя субъективного благополучия была выявлена его существенная отрицательная динамика у мужчин с ухудшением психического здоровья - среднее значение показателя у лиц, находившихся в зоне конфликта ограниченный период времени, составило $53 \pm 5,1$ баллов, на протяжении всего периода времени $64,75 \pm 8,48$ баллов.

Умеренное снижение показателя субъективного благополучия тесно связано со снижением показателей его составляющих. Так, показатель субъективного счастья у обследуемых лиц составил $19,1 \pm 0,8$ баллов, удовлетворенности жизнью $24,1 \pm 0,17$ балла. О сохранности компенсаторных механизмов свидетельствовали достаточно высокий показатель мотивации достижения успеха и наличие среднего значения показателя социальной желательности.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что эффективному функционированию

респондентов способствовало наличие в структуре личности позитивных черт, являющихся внутренним ресурсом личности, составляющей и в тоже время результатом адаптации личности в условиях локального военного конфликта, успешного преодоления негативного воздействия стрессовых факторов. Позитивные черты личности, являясь составляющими субъективного благополучия, оказывают влияние на формирование у респондентов саногенного мышления, оптимизма, способствуют личностному росту и развитию.

Соловьёва М.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЦ ПРЕБЫВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: лица, пребывающие в зоне военного конфликта, субъективное благополучие, субъективное счастье, удовлетворенность жизнью, мотивация на достижение успеха и избегание неудач, социальная желательность

В статье представлены результаты исследования субъективного благополучия личности и его составляющих у лиц, находящихся в зоне военного конфликта.

У наибольшего числа обследованных – 61 чел. ($79,2 \pm 2,5\%$) показатель субъективного благополучия находился в пределах умеренных значений, что свидетельствовало о наличии умеренного эмоционального и когнитивного дискомфорта при отсутствии серьезных психологических проблем. У мужчин с ухудшением психического здоровья вне зависимости от продолжительности пребывания в зоне военного конфликта показатель субъективного благополучия имел отрицательную динамику. Показатель восприятия счастья составил $19,1 \pm 0,8$ баллов, что свидетельствует об умеренном снижении переживания счастья респондентами. У лиц с субъективным ухудшением психического здоровья показатель субъективного счастья снижен чаще, чем у лиц без изменений в самооценке своего состояния. Средний уровень удовлетворенности жизнью ($24,1 \pm 0,17$ балла) может быть обусловлен неопределенностью социальных перспектив, ограничением возможности строить долгосрочные планы, разобщением семей, нарушением внутрисемейных и дружеских отношений. Среднее значение мотивации успеха у лиц, принимавших участие в исследовании, составило $13,96 \pm 0,83$ балла, что свидетельствует о наличии общей тенденции к достижению успеха, при этом у 28 ($26,4 \pm 5,5\%$) респондентов, мотивационный полюс был нечетко выражен, наряду с мотивацией на достижение успеха могла проявляться тенденция избегания неудач. Эффективному функционированию респондентов способствовало наличие в структуре личности позитивных черт, являющихся внутренним ресурсом личности, составляющей и в тоже время результатом адаптации личности в условиях локального военного конфликта, успешного преодоления негативного воздействия стрессовых факторов. Позитивные черты личности, являясь составляющими субъективного благополучия, оказывают влияние на формирование у респондентов саногенного мышления, оптимизма, способствуют личностному росту и развитию. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 48-54).

Solovyova M.A.

STUDY OF SUBJECTIVE WELLBEING PERSONS DWELLS IN A WAR ZONE

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: persons who are in the zone of military conflict, subjective well-being, subjective happiness, life satisfaction, motivation for success and avoiding failur, sociirability.

The article presents the results of a study of subjective well-being of the individual and its components in patients who are in the zone of military conflict.

In the largest number of examinees - 61 people. ($79,2 \pm 2,5\%$) index of subjective well-being is within the moderate values, indicating the presence of mild cognitive and emotional discomfort in the absence of serious psychological problems. Men with poor mental health, regardless of the length of stay in the zone of military conflict measure subjective well-being has a negative trend. Index of perception of happiness has made $19,1 \pm 0,8$ points, which indicates a moderate decrease in feelings of happiness respondents. In individuals with subjective deterioration in subjective happiness often reduced mental health than those without changes in the self-assessment of their condition. The average level of life satisfaction ($24,1 \pm 0,17$ points) may be due to the uncertainty of social prospects, limiting the opportunity to build long-term plans, disconnection families, violation of intra and friendly relations. The average value of success motivation in individuals who participated in the study was $13,96 \pm 0,83$ points, suggesting that there is a general trend to succeed, while in 28 ($26,4 \pm 5,5\%$) of respondents, motivational pole was not clearly expressed, along with motivation to achieve success can manifest a tendency of avoiding failure. Effective functioning of the respondents contributed to the presence in the structure of the individual positive features, is an internal resource person, component and at the same time the result of adaptation of the person in the conditions of the local military conflict, success in overcoming the negative effects of stress factors. Positive personality traits, as components of subjective well-being, influence the formation of the respondents sanogennykh thinking, optimism, promote personal growth and development. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 48-54).

Литература

1. Бодров В.А. Психологический стресс. Развитие и преодоление / В.А. Бодров // М.: ПЕР СЭ, 2006. - 528с.
2. Бонивелл, И. Ключи к благополучию. Что может позитивная психология / И. Бонивелл, пер. с англ. М. Бабичевой. – М.: Время, 2009. – 192с.
3. Гончар С.Н. Субъективное благополучие как условие формирования позитивного подхода к разрешению проблем современной молодежи / С.Н. Гончар // Психологические науки: теория и практика: материалы междунар. науч. конф. (г. Москва, февраль 2012 г.). - М.: Буки-Веди, 2012. - С. 5-7.
4. Джидарьян, И.А. Представление о счастье в российском менталитете / И.А. Джидарьян. – СПб.: Алетейя, 2001. – 242с.
5. Дейнека О.С., Вартанова И.А. Удовлетворенность жизнью как предиктор отношения к экономической и политической стабильности студенческой молодежи / О.С. Дейнека, И.А. Вартанова // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6.
6. Король, Н.В. Жизненные представления женщин о счастье / Н.В. Король // Роль личности в истории: реальность и проблемы изучения: науч. сб. (по материалам 1-й Международной научно-практической Интернет-конференции). – Минск : БГУ, 2011. – С. 92–97.
7. Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. - 680с.
8. Медицинская психология / под ред. Н.Д. Лакошиной, Г.К. Ушакова. - М.: Медицина, 1976. - 320с.
9. Петруня О.Э. Юридическая психология: учебное пособие. / О.Э. Петруня – М.: Изд. центр ЕАОИ, 2007. – 171с.
10. Пучкова Г.Л. Субъективное благополучие как фактор самоактуализации личности: автореф. дис.... канд. психол. наук / Г.Л. Пучкова. - Хабаровск, 2003. – 17с.
11. Реан А.А. Социальная педагогическая психология: учебное пособие / А.А. Реан, Я.Л. Коломинский. – Санкт-Петербург : Питер, 1999. – 416с.

Поступила в редакцию 16.09.2016

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 616.89-008.441.45:159.923:32.019.5

*Абрамов В.А.¹, Студзинский О.Г.², Абрамов А.В.¹, Грачев Р.А.³***ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ КАК ПРЕДПОСЫЛКА СТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психиатрическая больница, ³Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: общественное мнение, психические расстройства, стигматизация

Отношение к проблемам психического здоровья – неотъемлемый компонент формирования гражданского (правового) общества. Это отношение, с одной стороны, отражает уровень гуманистических традиций населения и понимание сущности психических расстройств, с другой стороны, может являться мощной предпосылкой для формирования негативных тенденций на различных этапах помощи этому контингенту больных [1,2].

В современных условиях приоритетным направлением психиатрической помощи, ее правового регулирования являются личностно-ориентированные и ценностно-гуманистические подходы, направленные на удовлетворение законных интересов и потребностей больных, и создание условий для их полноценного участия в жизни общества [3,4]. Конкретизация и возможность реализации этих подходов, а также насыщение их соответствующим содержанием непосредственно связаны с отношением к психически больным в обществе. Важной предпосылкой для разработки конкретных (системных) мер, направленных на преодоление сложившихся негативных представлений (стереотипов, предубеждений) об этом наиболее социально незащищенном и уязвимом контингенте больных и стигматизационно-дискриминационных моделей оказания психиатрической помощи [5-7] является изучение общественного мнения, уточнение социально-психологических механизмов его формирования.

Общественное мнение – это оценочные суждения группы людей относительно проблем и событий действительности. Существование общественного мнения подразумевает наличие проблемной ситуации, относительно которой возможна дискуссия, и коллективного субъекта (социальной группы), способной осознавать соб-

ственные интересы и высказывать мнения об их реализации.

В основе формирования общественного мнения в отношении больных с психическими расстройствами лежат коммуникативные механизмы [8-9], структура и содержание которых обеспечивают взаимодействие этих лиц с остальными людьми. Негативный образ этой социальной группы является следствием негативного (отрицательного) опыта взаимодействия (клеймения) в процессе коммуникации.

Согласно данным социологов [10], процесс коммуникации можно рассматривать в роли особого механизма, работу которого обеспечивает понимание содержания стереотипов и того, что конкретно они обозначают. Это происходит только при наличии негативной информации о представителях данной социальной группы. Благодаря существованию такой информации осуществляется процесс коммуникации.

Значительное влияние на этот процесс оказывают как условия, в которых формировались субъекты социального действия (пациенты и здоровые лица), нормы, ценности, носителями которых они являются («габитус»), так и система, в которой они взаимодействуют, и которая навязывает определенное поведение и взаимодействие.

В данном контексте габитус как система прочных приоритетных предрасположенностей (диспозиций) или как принцип разделения на категории используется индивидами как исходные установки, порождающие конкретные социальные практики и общественные модели поведения. Габитус – это способность свободно осуществлять на практике усвоенные схемы восприятия, мысли, коммуникации, действия, это результат интерпретации социальных отношений

или система диспозиций восприятия, оценивания и действия. Однако габитус воспроизводит в любой момент времени именно ту систему социальных отношений, результатом которой он является, поэтому отношения и практики, порожденные габитусом, а *prigiu* адаптированы к социальным условиям лишь в той мере, в которой они остались похожими на те условия, где габитус сформировался [11]. Поскольку диспозиции габитуса устойчивы и могут быть более устойчивы, чем общественные отношения и мнения их собственного производства, постольку габитус генерирует дезадаптивные практики (стигматизация, дискриминация) даже, когда условия его функционирования слишком удаляются от породивших их условий. Это обеспечивает стабильность и ригидность сформировавшихся негативных стереотипов по отношению к психически больным при любых декларативных попытках (призывах) изменения общественного мнения.

Таким образом, формирование общественного мнения о больных с психическими расстройствами непосредственно зависит от содержания коммуникативных механизмов (универсальных смысловых [12] механизмов социального взаимодействия), обеспечивающих интеграцию этой категории лиц с другими людьми. Коммуникативный процесс, связывающий отдельные части социальных систем друг с другом, в данном случае, выступает не как интеграционный механизм, а как механизм выделения, обособления и отчуждения конкретной социальной группы.

Массовая коммуникация оказывает формирующее и закрепляющее воздействие на социальные стереотипы, т. е. схематические и упрощенные представления о категории психически больных людей как социальном объекте. Восприятие этой категории через стереотип сопровождается наполнением стереотипа негативными характеристиками, что приводит к формированию межгрупповой враждебности.

В транскультуральных исследованиях подчеркивается различное отношение к психически больным в разных культурах [13]. Однако, несмотря на то, что стигма «произрастает» всегда в очень конкретном (определенном) социокультуральном пространстве [14-15], дистанцирование от психически больных как носителей социально неприемлемых особенностей в разных культурах сохраняется.

На всех этапах развития государственности существовал институт общественного призрения душевнобольных. Характер его законодательно-

го регулирования был обусловлен отношением к ним государства, общества, степенью понимания причин возникновения и форм проявления психических расстройств. При этом государство отделило призрение душевнобольных (в памятниках права, начиная с римского, таких лиц называли «в уме лишенные», «безумные», «умалишенные», «сумасбродные», «действующие в припадке болезни, приводящей в умоисступление или совершенное беспамятство», «душевнобольные и слабоумные» и даже «одержимые бесом», «беснующиеся», «скудоумные», «юродивые», «под видом изумления бываемые», «сонноходцы») от призрения других категорий граждан, например, лиц с физическими дефектами. Это было связано с необходимостью совмещать процесс лечения и социальное врачебное наблюдение с целью охраны как самого пациента, так и общества от опасных проявлений болезни. Поэтому отношение общества к психиатрии и психически больным во все времена ассоциировалось с ограничением свободы, репрессивными и дискриминационными мерами, которые обосновывались необходимостью защищать общество от проявлений насилия со стороны психически больных [16-17]. На этой дегуманизирующей основе создавались и распространялись предрассудки и предубеждения относительно психиатрии и психически больных, которые явились предпосылками для формирования стигмы психически больного и недоверия к психиатрии.

Стигматизация может отличаться по уровню враждебности и степени отвержения, которую вызывают представители стигматизированных категорий в своем социальном окружении. Наиболее полно анализ таких различий представлен в исследованиях предубеждений и дискриминации [18]. Как отмечал И. Гофман, окружающие конструируют «теорию стигмы» («stigma theory») - идеологию, систему убеждений, объясняющую более низкий статус стигматизированных, указывающую на опасность, которую они представляют для общества, рационализирующую враждебное отношение к ним [19]. Роль такой «теории стигмы» и выполняют предубеждения, оправдывая необоснованно негативное отношение и поведение в адрес стигматизированных групп. Предубеждения различаются по содержанию, уровню, формам проявления.

При любом типе стигмы ее обладатели проходят сходный опыт - опыт человека, не такого, как остальные «нормальные» люди [20]. Однако стигматизированные не являются однородной группой. Необходимо учитывать различия,

имеющиеся в отношении их. По каким признакам в обыденном сознании осуществляется подобная дифференциация? Какие типы установок в отношении стигматизированных людей распространены в современном обществе? Различаются ли они по своему содержанию и степени выраженности? Попытка ответить на эти вопросы предпринималась в психологических исследованиях неоднократно.

Ряд исследователей [21,22] отмечают, что большинство людей приемлют в целом психически больных как членов общества, но склонны избегать более близких взаимоотношений, например, работать или жить вместе с ними. Исследование, проведенное в Польше [23] выявило доброжелательное в большинстве случаев отношение к психически больным в широких кругах населения при крайней поверхности представлений о них.

Результаты анкетного опроса, проведенного Ю.С. Смирновой [24], показали, что по отношению к психически больным доминируют положительные установки. Последние не содержат предубеждений в явной форме, что свидетельствует либо о непредвзятости респондентов в отношении представителей данных категорий, либо об отрицании ими собственной предвзятости. В последнем случае предубеждения носят скрытый, завуалированный характер, проявляют себя в «тонкой», «благосклонной» форме. Так, наряду с позитивным отношением к «психически больным», была выделена тенденция к их отчуждению: наиболее частым является выбор респондентами максимальной социальной дистанции. Возможно, предубеждения в данном случае принимают форму предрассудков «длинной руки», подразумевающих позитивное отношение в ситуации общения, которое носит случайный, формальный, поверхностный характер, и негативное в ситуации более близкого контакта [25]. Позитивные установки могут также иметь пессимистический оттенок, что является признаком амбивалентных предубеждений. Например, положительное отношение к представителям названной категории сочетается с приписыванием им таких характеристик, как «слабые», «несчастные», «страдающие», «неблагополучные», «обречены», «бесперспективные». Подобные характеристики, с одной стороны, вызывают сочувствие и желание помочь, с другой стороны, подчеркивают слабость и «неполноценность» стигматизированных, усугубляя тем самым их положение. Положительное отношение при этом может сопровождаться «чрез-

мерной сердечностью и сверхпокровительством, несмешными шутками», неловкостью и дискомфортом во взаимодействии со стигматизированными субъектами, стремлением избежать с ними контактов либо уменьшить их продолжительность, моторной скованностью, большей дистанцией в общении, отсутствием зрительного контакта и т.д. [26]. Все эти проявления в настоящее время рассматриваются в качестве признаков наличия «тонких», скрытых форм предубеждений.

Среди выделенных Ю.С. Смирновой [27] шести типов, стигматизирующих установок, наиболее характерной для больных с психическими расстройствами является экстернальная атрибуция их страданий, сопряженная с положительной конвенциональной оценкой. Они не по своей воле оказались в таком положении, страдают не по своей воле. Им приписывают неадекватность восприятия реальности, непонимание своих действий, отсутствие самоконтроля, зависимость, неполноценность. В то же время стигма «психически больного» вызывает жалость и сочувствие к человеку, может стать источником снисходительности и предубеждений о его неполноценности и неадекватности. Положительное отношение к этому контингенту сопровождается установлением протяженной социальной дистанции, что является признаком предрассудков [25].

Однако в большинстве работ, посвященных изучению различных аспектов отношения общества к психически больным [28-35], было установлено преобладание негативных эмоциональных реакций на них [36-38]. Лонгитюдные исследования позволили выявить стойкость негативных предубеждений, которые остаются практически неизменными на протяжении десятилетий [39]. Часто психическое заболевание воспринимается как что-то пугающее, постыдное, нереальное, надуманное и неизлечимое; психически больные характеризуются как опасные, непредсказуемые, ненадежные, нестабильные, ленивые, слабые, никчемные и беспомощные [40-41]. Психические расстройства часто приписывают когнитивной или нравственной несостоятельности, или наследственным факторам, для которых не существует адекватного лечения [21,28]. В работе R. Hayward и J.A. Bright [42] был проведен литературный обзор по стигматизации людей с психическими заболеваниями, в котором авторы выделили следующие темы основных, наиболее распространенных, предубеждений против психически больных: «они опасны»,

«они непредсказуемы», «с ними трудно говорить», «они сами виноваты в своем заболевании», «они не могут просто взять себя в руки», «они плохо поддаются лечению».

Одним из центральных вопросов проблемы стигматизации является вопрос о том, в чем причины возникновения этого явления, какие механизмы лежат в его основе. Теоретическая разработка понятия стигматизации, как и само введение термина «стигма» принадлежит Е. Goffman [19]. Он подчеркнул тот факт, что стигматизирующий признак сам по себе может быть не хорошим, не плохим, стигма - результат социального приписывания носителю этого признака определенных качеств. В связи с этим во многих исследованиях, посвященных стигматизации, акцент ставится на когнитивные представления, социальные стереотипы о психически больных [43-45].

Большинство исследований проблемы стигматизации в психиатрии сосредоточены в основном на ее проявлениях при шизофрении. Это достаточно убедительно подчеркивается не только специально проведенными исследованиями [46-48], но и историческими данными и описаниями в художественной литературе. Шизофрения под разными названиями («безумие», «неистовство», «бесноватость», «мания», «паранойя», «раннее слабоумие» и др.) во все времена служила моделью сумасшествия, поэтому большая часть мифов о психических заболеваниях связана именно с ней. Однако есть и работы, рассматривающие стигматизацию и в отношении больных другими психическими заболеваниями. Так, в Великобритании было проведено исследование [30], посвященное вопросу дифференцированного отношения населения к 7 наиболее распространенным психическим расстройствам. Результаты исследования показали, что наиболее подвержены стигматизации лица, страдающие шизофренией, алкогольной и наркотической зависимостями, которые оцениваются как непредсказуемые и опасные.

Ступенчатый (прогрессирующий) характер формирования стигмы в динамике шизофренического процесса предполагает необходимость ее выявления и коррекции уже на ранних этапах заболевания. С этой целью выделяют несколько составляющих стигматизирующего влияния на пациентов впервые установленного диагноза шизофрении, которые рассматриваются как:

1) часть общих предрассудков, присущих обществу и разделяемых лицами, оказывающими психиатрическую помощь;

2) реальный процесс многоуровневого стигматизирующего вмешательства микросоциального окружения;

3) предубежденное (иррациональное) отношение пациента к своему состоянию (аутостигма).

Стигма является отдельным и важным показателем, существенно влияющим как на динамику болезни, так и на реабилитационный потенциал больного, и, как правило, препятствующим улучшению его социального функционирования. При выявлении стигмы у больных шизофренией учитываются не только субъективные ощущения и переживания пациента, но и объективная информация о роли болезни в его жизни (включая первый негативный опыт), особенностях его социальных контактов, фактах дискриминации, изменившихся представлениях о себе, качестве поддержки ближайшим окружением и т.д. Использование такой тактики позволяет определить внешние и внутренние факторы стигматизации. К внешним (социально-психологическим) факторам относятся: 1) общественные стереотипы (предрассудки) предубежденно-негативного (ироничного, неприязненного, психофобия) отношения к человеку с психическим расстройством; 2) проявления дискриминации в различных аспектах социальной и экономической жизни пациента; 3) неприоритетность в общественном сознании вопросов охраны психического здоровья и психиатрической помощи, негативно влияющих на социальную политику государства и распределение средств, направляемых на нужды этих сфер; 4) широкое использование в обиходе иронично-враждебной, иррациональной терминологии (некорректных литературных выражений) применительно к пациентам с психическими расстройствами. Среди внутренних факторов стигматизации (аутостигматизации) выделяют низкую самооценку пациента; социальное дистанцирование; низкий уровень мобилизации психологических ресурсов личности и копинг-стратегий; недостаточный уровень социальной (в т.ч., семейной) поддержки.

Формирование стигматизирующих представлений во многом объясняется с помощью явления стереотипизации, разработанного в социальной психологии. Стереотипы рассматриваются как совокупность знаний, которые известны большинству членов одной социальной группы о людях из других групп [49]. Целостную теорию социальных стереотипов разработал психолог А.А. Бодалев [50]. В основе ее лежит тот факт, что процесс формирования у индивида знания о

другом человеке как о личности, как и вообще человеческом мышлении, опирается на образование обобщений. Случай, когда из-за узости сферы общения и ограниченности впечатлений о познаваемой личности в мышлении оказывается отраженной лишь какая-то часть присущих ей качеств, и не находят отражения остальные качества, в практике взаимодействия людей является скорее правилом, чем исключением. Поэтому познающий индивид понимает эту личность очень часто более или менее схематично и упрощенно. Вынося оценку особенностям личности нового человека, индивид опирается на обобщения постоянно, хотя они и не всегда могут быть верными. Приписывая отмечаемые у ограниченного числа людей признаки личности всем остальным представителям группы, к которой относятся эти люди, человек никогда не застрахован от ошибки поспешного обобщения. Экспериментальные исследования, проведенные школой А.А. Бодалева, свидетельствуют о том, что в очень многих случаях познание человеком другой личности сводится к отнесению ее на основании оценки ее поведения и действий лишь к определенной категории людей.

Помимо эталонов, выполняющих при познании человека человеком роль мерок, которые дают возможность отнести познаваемого к какому-то классу в имеющейся системе типов познающего индивида, всегда могут быть выявлены и наборы качеств, которые последний имеет тенденцию приписывать этому классу [50]. Приписывание познаваемой личности целых наборов определенных качеств на основе отнесения ее по увиденным в ней отдельным качествам к какому-то классу лиц было хорошо изучено Н.Н. Kelley [51] и S.E. Asch [52], которые экспериментально показали, что за этим явлением стоит факт так называемого безотчетного структурирования личности.

Результаты факторного анализа позволили [24] выделить измерения, структурирующие восприятие и репрезентацию стигматизированных групп в сознании респондентов: 1) «конвенциональная оценка» (характеризует общепринятые стандарты поведения, нормы морали и права, а также возможности причинения ущерба обществу); 2) «неблагополучие» (характеризует социальное положение объекта и отражает его психическое состояние); 3) «отклонение» (характеризует наличие или отсутствие психических нарушений); 4) «невозможность улучшений» (отражает бесперспективность и обреченность, отсутствие надежды на лучшее и возможности положительной

динамики); 5) «пассивность» (характеризует степень выраженности таких характеристик, как бездействие, лень, безответственность); 6) «локализация контроля» (определяет вину и ответственность за обладание стигмой, за возникновение и сохранение неблагоприятного положения); 7) «оценка потребности в помощи» (определяет, насколько стигматизированные субъекты нуждаются в помощи и вызывают желание им ее оказать); 8) «иждивенчество» (отражает стремление к легкой жизни за счет других).

Е. Goffman [19] высказал мнение о том, что различие между нормальным и стигматизированным человеком является вопросом взглядов, а не реальности. Стигма определяется лишь с точки зрения наблюдателя, а объективные данные подтверждают концепцию стереотипов психического заболевания [36, 53-54]. Стереотипы - это результаты избирательного восприятия, в соответствии с которыми люди распределяются по категориям, при этом различия между группами («мы и они») преувеличиваются с целью нивелирования различий внутри этих групп [53]. Как и в случае с расовыми предрассудками, стереотипы упрощают отторжение индивидов, и тем самым стигматизирующий сохраняет социальную дистанцию.

Большинство исследователей основным источником стигматизации в современном обществе считают средства массовой информации, которые способствуют формированию и закреплению стереотипных представлений о психически больных. R. Haghghat [55] подчеркивает, что в эпоху Интернета и киберпространства, когда из-за наплыва информации нагрузка на человеческий мозг значительно возрастает, стереотип «безумной» личности становится гораздо более жестким, конкретным и непосредственным, чем существовавший ранее семантический стереотип. J.C. Philo [54] установил, что в 66% телевизионных передач, в которых речь идет о психических болезнях, жестокость преподносится как основной элемент. В работе R. Вурне [56] выделены и другие стереотипные роли, в которых обычно выступают люди, страдающие психическими расстройствами на телевидении: «психубийца», «маньяк», «трогательный грустный персонаж», «объект для насмешек», «нечестный способ оправданий: прятанье за бормотаньем сумасшедшего или за врачами». Анализ содержания детских телепередач [57] показал, что они формируют стигматизирующее представление о психически больных и поведенческих установок по отношению к ним у юных зрителей. Осо-

бо негативное влияние на формирование стигматизации душевнобольных оказывает распространённость статей, в которых связываются психические заболевания и насилие, что закрепляет стереотип опасности психически больных. Стигматизирующее влияние СМИ проявляется также в использовании значительного числа оскорбительных наименований для обозначения психически больных и психиатрических лечебных учреждений в публикациях [1,2].

Стереотипы восприятия «безумия», вероятно, вырабатываются в детстве и постепенно закрепляются, зачастую неумышленно, в процессе обычных социальных взаимодействий. Часто психическое заболевание воспринимается как что-то пугающее, постыдное, нереальное, надуманное и неизлечимое; психически больные характеризуются как опасные, некомпетентные, непредсказуемые, ненадежные, нестабильные, ленивые, слабые, никчемные и/или беспомощные [28, 31, 58]. В общественном сознании стигма обычно ассоциируется с теми болезнями, в которых считаются повинными сами люди.

В ряде исследований осуществлялись попытки выделения различных составляющих негативного отношения к психически больным. Эта задача обычно решалась с применением факторного анализа. Так, было проведено несколько исследований с использованием опросника «Общественное отношение к психически больным (Community Attitudes to the Mentally ill)» [51], в результате которых были получены лишь несколько отличающиеся у разных исследователей факторные модели. M.S. Taylor, M. Dear [59] выдвинули модель с такими шкалами, как «Авторитаризм», «Благожелательность», «Социаль-

ное сдерживание» и «Идеология общественно-психического здоровья». I.F. Brockington, P.H. Hall и J. Levings [60] предложили сходную модель, исключив из нее фактор «Социального сдерживания». G. Wolff [60, 62] выделил факторы «Страха и отвержения», «Социального контроля» и «Доброжелательности», которые сопоставимы с вышеперечисленными.

Анализируя процесс стигматизации, некоторые авторы [63] выделяют в качестве атрибута процесс формирования негативных стереотипных представлений о психически больных людях и процесс отнесения человека к данному классу («его маркировки», «приклеивания ярлыка») с последующим приписыванием ему всех качеств, относящихся к стереотипным представлениям о данном классе. При этом как бы не определялась стигма, она, так или иначе, приводит к негативным переживаниям [56], среди которых выделяются такие признаки как: чувство стыда, чувство вины, скрытность, роль «паршивой овцы» в семье, уединение, социальное отторжение, стереотипы, дискриминация.

Как видно, теория социальных стереотипов чрезвычайно ценна для понимания процесса формирования стигмы и причин ее возникновения. Она показывает, что, хотя стереотипные представления и возникающие из-за них заблуждения являются в какой-то степени результатом недостатка знаний, информации, дефицит знаний при восприятии человека - скорее правило, а не исключение. Неполнота восприятия — его постоянное свойство, поэтому формирование стереотипов, хотя и играет в случае стигматизации чрезвычайно негативную роль, - не недостаток, а естественное свойство человеческого мышления.

Абрамов В.А.¹, Студзинский О.Г.², Абрамов А.В.¹, Грачев Р.А.³

ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ КАК ПРЕДПОСЫЛКА СТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ²Республиканская клиническая психиатрическая больница, ³Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Ключевые слова: общественное мнение, психические расстройства, стигматизация

В статье обсуждаются основы формирования общественного мнения о больных с психическими расстройствами, в том числе, с точки зрения коммуникативных процессов, которые выступают как механизм выделения, обособления и отчуждения конкретной социальной группы (психически больных). Высказывается мнение, что сложившаяся на протяжении многих веков стереотипизация больных с психическими расстройствами является дегуманизирующей основой для создания и распространения предрассудков и предубеждений относительно психиатрии и психически больных, которые явились предпосылками для формирования стигмы психически больного и недоверия к психиатрии. Рассматриваются типы установок в отношении стигматизированных людей, распространенные в современном обществе. Теория социальных стереотипов представляется чрезвычайно ценной для понимания процесса формирования стигмы и причин ее возникновения. Авторами обосновывается идея о том, что отношение к проблемам психического здоровья, с одной стороны, отражает уровень гуманистических традиций населения и понимание сущности психических расстройств, с другой стороны, может являться мощной предпосылкой для формирования негативных тенденций на различных этапах помощи этому контингенту больных. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 55-62).

PUBLIC OPINION AS BACKGROUND STIGMA OF MENTAL PATIENTS

¹Donetsk National University named after M. Gorky, ²Republic Clinical Psychiatric Hospital,

³Donetsk Regional Clinical Territorial Medical Corporation

Keywords: public opinion, mental disorders, stigma

The article discusses the basics of the formation of public opinion about the patients with mental disorders, including the communication processes, which act as a selection mechanism, isolation and alienation of a particular social group (people with mental disorder). It has been suggested that established for current centuries stereotyping of patients with mental disorders is dehumanizing the basis for the creation and distribution of bias and prejudice toward psychiatry and psychiatric patients, which were prerequisites for the formation of a mentally ill stigma and distrust of psychiatry. The types of installations in relation to stigmatized people, common in contemporary society are examined. The theory of social stereotypes is extremely valuable for understanding the process of formation of stigma and its causes. The author proves the idea that the treatment of mental health problems, on the one hand, reflects the level of humanistic traditions of the population and understanding of the nature of mental disorders, on the other hand, can be a powerful prerequisite for the formation of the negative trends in the various stages of assistance this group of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 55-62).

Литература

1. Серебрянская Л.Я. Социальные представления о психически больных в контексте проблемы стигматизации / Л.Я. Серебрянская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2005. - № 3. - С. 47 - 54.
2. Серебрянская Л.Я. Образ психически больного в общественном сознании / Л.Я. Серебрянская // Клинические и медико-социальные вопросы современной психиатрии. Сборник работ молодых ученых. - М., 2003. - С. 169 - 172.
3. Меззич Х. Личностно-ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма / Х. Меззич // Независимый психиатрический журнал. - 2007, № 3. - С. 17-20.
4. Тихоненко В.А. К пониманию личностного подхода в психиатрии: этико-психологический аспект / В.А. Тихоненко // Социальная и клиническая психиатрия. - 1991, № 1. - С. 32-37.
5. Link B.G. Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior / B.G. Link, A. Stueve // Epidemiologic Reviews. - 1995. - № 17. - С. 172-181.
6. Таньковська Ю. Морально-етичний та правовий аспекти проблеми психічного здоров'я у сучасному українському суспільстві / Ю. Таньковська, І. Коростишевський // Вісник Асоціації психіатрів України. - 1998. - № 1. - С. 36-42.
7. Воротинцев Т.В. Громадська думка щодо психічного здоров'я та нездоров'я / Т.В. Воротинцев. - Київ: Факт, 1999. - 48с.
8. Назаров М.М. Массовая коммуникация в современном мире: методология анализа и практика исследований / М.М. Назаров // М.: Едиториал УРСС, 2008. - 240с.
9. Почепцев Г.Г. Теория и практика коммуникации / Г.Г. Почепцев // М., Центр, 1998.- 349с.
10. Бурдые П. Социология политики / П. Бурдые // М.: Socio-Logos, 1993. - 336с.
11. Бурдые П. Структура, габитус, практика / П. Бурдые // Журнал социологии и социальной антропологии. - 1998. -Т. 1, № 2. - С. 44-59.
12. Гавра Д.П. Основы теории коммуникации / Д.П. Гавра. - 1-е изд. - СПб.: Питер, 2011.- 288с.
13. Михайлова И.И. Клинико-психологические факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп / И.И. Михайлова, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002. - № 7. - С. 58-65.
14. Бабосов Е.М. Социальный статус и социальные роли личности / Е.М. Бабосов // Социальные личности, стратификации и управления. - Минск: Бел.наука, 2006.- С. 145-160.
15. Кудрявцев В.Н. Социальные деформации (причины, механизмы и пути преодоления) / В.Н. Кудрявцев. - М.: РАН ИГ и П, 1992. - 134с.
16. Воротинцев Т.В. Громадська думка щодо психічного здоров'я та нездоров'я / Т.В. Воротинцев. - Київ: Факт, 1999. - 48с.
17. Angermeyer M.C. Образ психиатрии в обществе / М.С. Angermeyer // Обзор современной психиатрии. - 2001. - Т. 9. - С. 1-7.
18. Нельсон Т. Психология предубеждений. Секреты шаблонов мышления, восприятия и поведения / Т. Нельсон. - СПб., 2003.
19. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity / E. Goffman. - 1968. - Reprinted ed. - London, 1990.
20. Финзен А. Психоз и стигма / А. Финзен. - М., 2001.
21. Rabkin J. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature / J. Rabkin // Schizophrenia Bulletin. - № 10. - P. 9-33.
22. Bhugra D. Attitudes towards mental illness / D. Bhugra // Acta Psychiatrica Scandinavica. - 1989. - Vol. 180. - P. 1-12.
23. Susulowska M., Kubaska-Sztompka D. Postawy wobec choroby psychicznej w szerszej grupie a wrodzonym rodzinny chorego / M. Susulowska, D. Kubaska-Sztompka // Psychiatria Polska. - 1970. - Т. 4, № 3.- С. 321-328.
24. Смирнова Ю.С. Современные формы предубеждений / Ю.С. Смирнова // Философия и социальные науки. - 2008. - № 4. - С. 72-75.
25. Попков В.Д. Стереотипы и предрассудки: их влияние на процессы межкультурной коммуникации / В.Д. Попков // Журнал социологии и социальной антропологии. - 2002. - № 3.
26. Ворд К.О. Невербальное опосредование самореализующихся прогнозов в межрасовых взаимодействиях / К.О. Ворд, М.П. Занна, Д. Купер; под ред. Э. Аронсона // Общественное животное. Исследования. - СПб., 2003.
27. Смирнова Ю.С. Типы стигматизирующих установок / С.Ю. Смирнова // Социальная психология. - 2002. - С. 41-49.
28. Bhugra D. Attitudes towards mental illness / D. Bhugra // Acta Psychiatrica Scandinavica. - 1989. - № 80. - P. 1-12.
29. Angermeyer M.C. Образ психиатрии в обществе / М.С. Angermeyer // Обзор современной психиатрии. - 2001. - Т. 9. - С. 1-7.
30. Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S. Stigmatisation of people with mental illnesses / H. Crisp, M.G. Gelder, S. Rix // British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol. 177. - P. 4-7.
31. Rabkin J. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature / J. Rabkin // Schizophrenia Bulletin. - 1974. - Vol. 10. - P. 9-33.
32. Аведисова В.И., Бородин В.И., Чахава В.О. Психические расстройства с точки зрения психически больных и здоровых / В.И. Аведисова, В.И. Бородин, В.О. Чахава // Российский психиатрический журнал. - 2000. - Т. 6, № 6. - С. 8-11.
33. Либерман М.Н. Проблема выявляемости психически больных и толерантность населения к ним / М.Н. Либерман // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1983. - Вып. 4. - С. 577-584.
34. Менделевич В.Д., Овруцкий Л.М. Психиатрия в зеркале общественного мнения / В.Д. Менделевич, Л.М. Овруцкий. - Синапс. - 1993. - № 3. - С. 35-39.
35. Семин И.П. Психиатрическая просвещенность и отношение общества к психически больным / И.П. Семин // В кн.: Руководство по социальной психиатрии. - М., 2001.- С. 73-93.
36. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come / P. Byrne // Journal of the Royal Society of Medicine. - 1997. - Vol. 90. - P. 618-621.
37. Link B.G. Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior / B.G. Link, A. Stueve // Epidemiologic Reviews. - 1995. - № 17.- P. 172-181.
38. Struening E., Perlick D., Link B. et al. The extent to which caregivers believe most people do consumers and their families / E. Struening, D. Perlick, B. Link // Psychiatric Services. - 2001. - № 52. - P. 1633-1638.
39. Green D.E., McCormic I.A., Walkey F.H., et al. Community attitudes to mental illness in new Zealand twenty-two years on / D.E. Green, I.A. McCormic, F.H. Walkey // Social Science

Medicine. - 2000. - Vol. 23.- P. 417-422.

40. Ястребов В.С., Балабанова В.В., Серебрянская Л.Я., Михайлова И.И., Степанова А.Ф. Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы / В.С. Ястребов, В.В. Балабанова, Л.Я. Серебрянская, И.И. Михайлова, А.Ф. Степанова.- М.: НЦПЗ РАМН, - 2004. - 28с.

41. Ястребов В.С., Балабанова В.В., Серебрянская Л.Я., Михайлова И.И., Степанова А.Ф. Психиатрическая тематика в материалах российской прессы / В.С. Ястребов, В.В. Балабанова, Л.Я. Серебрянская, И.И. Михайлова, А.Ф. Степанова // Психиатрия. - 2004. - № 2 (08). - С. 63-71.

42. Hayward P., Bright J.A. Stigma and mental illness: a review and critique / P. Hayward, J.A. Bright // Journal of Mental Health. - 1997. - Vol. 6. - P. 345-354.

43. Byrne P. Stigma of mental illness ways of diminishing it / P. Byrne // Advances in Psychiatric Treatment. - 2000. - Vol. 6. - P. 65-72.

44. Jones A.H. Психическое заболевание, ставшее достоянием общности: конец стигме? / А.Н. Jones // Обзор современной психиатрии. - 2001. - № 5. - С. 6.

45. Link B.G., Struening E.L., Rahav M. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. / B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahav // Journal of Health and Social Behavior. - 1997. - Vol. 38. - P. 177-190.

46. Семин И.Р. Психически больной в обществе (отношение к душевнобольным в социуме, в семье, на производстве, оптимизация психиатрической помощи): автореф. дис...д-ра. мед. наук / Семин И.Р. - М., 1995.

47. Семин И.Р. Психиатрическая просвещенность и отношение общества к психически больным / И.Р. Семин // В кн.: Руководство по социальной психиатрии. - М., 2001. - С. 73-93.

48. Ertugrul A.,Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia / A. Ertugrul, B. Ulug // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. - 2004. - № 39. - P. 73-77.

49. Major B., OrBrein L.T. The social psychology of stigma / B. Major, L.T. OrBrein // Ann Rev Psychol. - 2005. - № 56. - P. 393-421.

50. Kelley H.H., Kelley H.H. The Warm-Cold Variable in First Impressions of Personality / H.H. Kelley, H.H. Kelley // Journal of Abnormal and Social Psychology. - 1950. - Vol. 18. - P.431-439.

51. Asch S.E. Forming Impressions of Personalities / S.E. Asch // Journal of Abnormal and Social Psychology. - 1946. - Vol. 258. - P.4-10.

52. Townsend J.M. Stereotypes of mental illness: a comparison with ethnic stereotypes / J.M. Townsend // Culture, medicine and psychiatry. - 1979. - Vol. 3(3). - P. 205-229.

53. Philo J.C. Media and mental Distress / J.C. Philo. - New York, 1996.

54. Haghghat R. & Littlewood R. What should we call patients with schizophrenia? A sociolinguistic analysis / R. Haghghat, R. Littlewood // Psychiatric Bulletin. - № 19. - P. 407-410.

55. Wilson C., Nairn R., Coverdale J. How mental illness is portrayed in children's television / C. Wilson, R. Nairn, J. Coverdale // British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol. 176. - P. 440-443.

56. Fabrega H. Psychiatric stigma in the classical and medieval period: a review of the literature / H. Fabrega // Comprehensive Psychiatry. - 1990. - № 31. - P. 289-306.

57. Taylor M.S., Dear M.J. Scaling community attitudes toward the mentally ill / M.S. Taylor, M.J. Dear //Schizophrenia Bulletin. - 1981. - Vol. 7. - P. 225-240.

58. Brockington L.F., Hail P.H., Levings J. The community's tolerance of the mentally ill British / L.F. Brockington, P.H. Hail, J. Levings // Journal of Psychiatry. - 1993. - Vol. 162. - P. 93-99.

59. Wolff G. Community Knowledge of mental illness and Reaction to Mentally ill People / G. Wolf // British Journal of Psychiatry. -1996. - P. 191-198.

60. Wolff G. Public education for community care: a new approach / G. Wolff, S. Pathare, T. Craig et al. // British Journal of Psychiatry. - 1996.-Vol. 168.- P. 441-447.

61. Link B.G. Rahav M. Phelan J.C. et al. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with diagnosis of mental illness and substance abuse / B.G. Link, M. Rahav, J.C. Phelan // Journal of Health and Social Behavior. - 1997. - № 38. - P. 177-190.

Поступила в редакцию 17.09.2016

УДК: 616.895.8-008.441.45:159.923]:614.21

*Абрамов В.Ал.***ФЕНОМЕН САМОСТИГМАТИЗАЦИИ (ЛИЧНОЙ СТИГМЫ, САМО-СТИГМЫ) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, стигматизация, самостигматизация

Важно разграничивать термины общественная стигма (то есть, “проявление обществом предрассудков и дискриминации по отношению к психически больным людям” [1]) и личная стигма (состоящая из стигмы воспринимаемой, испытываемой стигмы и самостигматизации). Восприятие или ожидание стигмы относится к убеждениям пациентов об отношении общества к ним самим и к их болезненному состоянию [2]. Испытываемая стигматизация обозначает дискриминацию или ограничения, с которыми сталкиваются пациенты в повседневной жизни. Наконец, принятие самим пациентом стереотипов и согласие со стигматизирующими убеждениями (то есть с общественной стигмой), обозначается как самостигматизация или внутренняя стигма [3]. Самостигматизация рассматривается как изменение идентичности, приводящее к потере прежних (позитивных) убеждений относительно самого себя, что в свою очередь приводит к таким негативным для личности последствиям, как сниженная самооценка и сниженная самооэффективность [4].

Группой авторов [5] по электронным базам данных PubMed, Medline и WebofScience был проведен поиск на предмет распространенности, соотношений и неблагоприятных последствий личностной стигмы (то есть, воспринимаемой и испытываемой стигматизации и самостигматизации) у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Из 54 исследований, опубликованных за период с 1994 по 2011, в 23 (42,6%) приводились данные о распространенности и в 44 (81,5%) по соотношению и/или последствиям воспринимаемой или испытываемой стигматизации или самостигматизации. В среднем, у 64,5% пациентов отмечалась воспринимаемая стигма, включавшая такие показатели как межличностное взаимодействие, образ психически больного в общественном сознании, доступ к социальным ролям, дискриминацию со стороны официальных структур. Частота воспринимае-

мой стигмы колебалась от 33,7% при дискриминации со стороны страховых организаций до 80% в рамках межличностных отношений. Взвешенный показатель действительно испытываемой стигмы составил 55,9% от всех пациентов со стигмой. Частота этого показателя варьировала от 6% при дискриминации со стороны официальных структур, до 87% пациентов, испытавших отвержение в межличностных отношениях [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Усредненный показатель распространенности самостигматизации (внутренней стигмы) составил 41,7% при частоте различных ее составляющих: отвержение (стыд) - 49,2%, принятие стереотипов (согласие со стереотипами) - 26,8%, снижение самооценки - 20,9%, сопротивляемость стигматизации - 52,6% больных [13, 16, 17, 18, 19, 20].

Изучение феномена самостигматизации и ее влияния на уровень социального функционирования и качество жизни психически больных является одной из приоритетных задач социальной психиатрии и ее личностно-ориентированного направления. Со времен E. Goffman, описавшего переживание инвалидом собственной инаковости среди окружающих, и до настоящего времени самостигматизация понимается как реакция на стигматизацию обществом, а также как результат применения к самому себе соответствующих стереотипов общественного сознания [21, 22, 23].

Понятие самостигматизации как реакции на стигматизацию было предложено B. Link [24]. Процесс принятия стигмы имеет определенный механизм развития, включает ряд последовательных этапов, приводит к деидентификации с категорией здоровых, к отнесению себя к психически больным, что проявляется дистанцированием от общества, чувством вины и стыда [23]. Самостигматизация формируется на основе психиатрического диагноза, стереотипных общественных представлений о психических болезнях применительно к себе, опасений диск-

риминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации [25, 26]. Однако в дальнейшем было установлено, что этот феномен представляет собой не просто реакцию на болезнь и не только комплекс негативных эмоций по поводу болезни, а отражает сложный процесс формирования новой (девиантной, маргинальной) идентичности [27, 28, 29, 30].

Результаты научных исследований психологов, психиатров и социологов позволили сделать полноценный вывод о том, что причиной стигматизации являются не только психологические, но и социально-культурные факторы, а стигматизация относится не столько к психическим феноменам, сколько - к социальным [31], поскольку формируется внешней социальной средой.

Из этого следует, что самостигматизация относится преимущественно к понятиям, которые рассматриваются не в клиническом контексте, а социально-психологическом категориальном поле. Это нашло отражение в многочисленных определениях понятия «самостигматизация», предложенных различными исследователями:

- интернализация при принятии пациентом негативных представлений о психически больных, существующих в обществе [32];

- совокупность реакций пациента на свое заболевание и статус «психически больного» в обществе [26, 33];

- реакция на стигматизацию обществом, результат применения к себе соответствующих стереотипов общественного сознания [22,23];

- деидентификация со здоровыми и формирование готовности категории «психически больной» в социальной и личностной сферах [34];

- реакция дефицитарной личности на заболевание и изменение своей роли в обществе, патогенетически связанная с проявлениями заболевания [35];

- процесс, складывающийся из наличия психиатрического диагноза, усвоенных мифов о психических болезнях и применения их к себе, опасений дискриминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации [25, 26, 27, 32].

- серия запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь, с чувством

неполноценности и социальной несостоятельности [32, 36].

Таким образом, существует большое количество факторов (клинических, социальных, психологических), которые участвуют в формировании стигматизации и ее социальных последствий для пациента. Описано даже стигматизирующее (негативное) влияние на уровень социального функционирования больного самого факта наличия психического заболевания [37]. Следует, однако, отметить, что и в определениях и при описании структурно-содержательных характеристик анализируемого феномена отсутствует глубокий анализ процессов распада идентичности на личностном и социальном уровнях при переходе от стигматизации к самостигме и создании больным образа себя и окружающего мира. Лишь немногие исследования посвящены поиску причин и механизмов, формирующих восприимчивость к стигме, и относящихся только к особенностям его психического статуса или жизненной ситуации [38]. В то же время, при проведении анализа структуры самостигматизации больных шизофренией наиболее ярким примером того, как происходит негативная, стигматизирующая атрибуция личности, демонстрирующая непреодолимую дистанцию между больным и обществом, является то, как в определенный момент у психически больного человека происходит формирование восприятия здоровых людей как «чужих» и на личностном уровне возникает готовность связать какое-либо явление с наличием психиатрического диагноза, чем проявляются самонесдерживающиеся деструктивные изменения идентичности личности и личностных ресурсов.

В единичных исследованиях приведены сравнительные данные об уровне стигматизации пациентов, находящихся на разных стадиях заболевания (то есть, в продромальной стадии, первом эпизоде, повторных эпизодах шизофрении). Только в двух работах сообщалось о связях с личной стигмой в первом эпизоде психоза [39, 40]. Также как и у хронически больных, у пациентов первого эпизода при наличии социальной тревожности отмечалась повышенная воспринимаемая стигма [40]. Это не отличается от данных о взаимосвязи самостигматизации и социальной тревожности среди пациентов пожилого возраста с повторными приступами болезни [41].

Данные другой выборки пациентов с первым эпизодом, касательно распространенности и связи между позитивной симптоматикой и воспринимаемой стигмой [39], не отличались от резуль-

татов обследования пациентов с более поздними стадиями заболевания [42, 43].

В ряде исследований изучались факторы риска формирования само-стигмы. В частности, была установлена положительная связь само-стигматизации с такими факторами как: избегание вреда [43], позитивные симптомы [44, 45], социальная тревожность [41], социальное избегание, самоизоляция как способ совладания [3], понимание действия терапии [46], переживание дискриминации [47], эмоциональный дискомфорт [48]. В качестве защитных факторов (отрицательной связи) рассматривались такие факторы как качество жизни [49, 50, 51], целенаправленность и настойчивость [43], социальная интеграция и поддержка [48, 50], комплаенс [52, 53, 54], надежда, расширение прав и возможностей [48, 54], самооценка [55, 56], социальное и профессиональное функционирование [47, 51].

При исследовании личной стигмы как прогностического фактора было обнаружено, что воспринимаемая/испытываемая стигма является предиктором для большей выраженности депрессии [49], социальной тревожности [40], самоизоляции как когнитивной стратегии [12], предиктором более низкого качества жизни, более низкой самооценки и самооценки [12], социального функционирования [47], меньшей поддержки и меньшего контроля над заболеванием. Самостигматизация выступала предиктором, связанным с ухудшением таких показателей как депрессия [49], социальная тревожность [40], качество жизни [50], самооценка [3], социальное функционирование [47], надежда [57], профессиональная деятельность [51], восстановление (recovery) [58], поддержка [50] и терапевтический комплаенс [46, 53].

В категориальном поле социологии медицины феномен самостигматизации больных шизофренией как рефлексии социального статуса и как саморефлексии клинического статуса представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые накладываются больными на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности [37]. Выявлено пять структурных элементов самостигматизации, два из которых - фрустрирующие (готовность к принятию категории психически больных как маргиналов, самоутверждение в личностной сфере и в сфере глубоких эмоций), а другие три - защитные (самоидентификация с категорией душевнобольных в социальной сфере, оправдание отказа от активности наличием болезни, самоидентификация с

категорией душевнобольных в профессиональной сфере [37]). При обобщении этих данных было установлено, что процесс самостигматизации включает три основных вариации: социопатическую, отражающую изменение личной идентичности больного, амбисоциальную, представляющую собой коррекцию личностной идентичности путем категоризации окружающих по признаку наличия психического заболевания и социоперсекutoryную, отражающую изменение социальной идентичности [37].

P.W. Corrigan [59] в качестве социально-психологической модели самостигматизации рассматривает эффект «зачем пытаться», который, по его мнению, является всеобъемлющим явлением, охватывающим само-стигму, промежуточные процессы и их воздействие на целенаправленное поведение. Этот эффект включает в себя три компонента: само-стигма в результате стереотипов; медиаторы (связующее звено): самоуважение и самоэффективность; достижение жизненной цели или отсутствие таковой. Само-стигма состоит из трех этапов: осознание стереотипов, согласие с ними и применение их к самому себе. Люди, усвоившие стереотипы психического заболевания, испытывают потерю самоуважения и самоэффективности [60, 61, 62, 63, 64], усваивают отношения, которые отражают обесценивание и дискриминацию (как доказал E. Goffman [65], стигма есть сигнал, который выявляет предубеждения и дискриминацию).

Самостигма, снижение самоуважения и самоэффективности не могут способствовать достижению пациентами их личных целей. Низкие показатели самоуважения оказывают негативное влияние на такие специфические сферы качества жизни как удовлетворенность работой, жильем, здоровьем, финансовым положением [66, 67, 68, 69]. Низкая самоэффективность как когнитивный конструкт, который отражает неуверенность пациента в успешной деятельности в конкретных ситуациях [70], связана с неспособностью самостоятельной жизни, управления различными обстоятельствами, реализации жизненных целей [71, 72, 73, 74].

Вызываемое этими феноменами обесценивание пациента отражает сознание того, что общество не воспринимает человека с психическими заболеваниями. Поведенческие последствия обесценивания рассматриваются исследователями в контексте модифицированной теории маркировки [59, 71, 75], согласно которой человек может избегать ситуаций, в которых будет чувствовать себя публично презируемым

и неуважаемым из-за самостигмы и низкого самоуважения. Соглашаясь со стигмой и применяя ее к самим себе, пациенты могут чувствовать себя недостойными, ничего не стоящими или неспособными достичь конкретных жизненных целей. На фоне таких пренебрежительных стереотипов к самому себе формируются эффекты «зачем пытаться».

По данным О.А. Блохиной [76], в структуре проявлений самостигматизации наиболее осознаваемыми и деструктивными изменениями являются сложности в социальной сфере, а также стремление оправдания несостоятельности болезнью. Для восстановления упорядоченного образа мира больной нуждается в новой идентификации. На начальном этапе процесса он может выбрать группу, способствующую его самореализации. Если такой группы нет или высока субъективная значимость диагноза, человек идентифицируется с группой «душевнобольных» и наделяет ее характеристиками соответственно ранее усвоенным мифам. В этом случае окружающие больного здоровые люди воспринимаются как «чужие» [77, 78], что является свидетельством перехода стигматизации в самостигматизацию. На личностном уровне, как и при формировании стигматизирующего отношения, возникает «готовность» связать какое-либо явление с наличием психиатрического диагноза. Информацию для создания нового образа самого себя и окружающего мира больной получает, переживая симптомы заболевания, общаясь с психиатрическими службами и с другими больными, сталкиваясь с соответствующими социальными ограничениями и т.п. [79]. Количество и субъективная значимость этой информации повышают «готовность категории» и определяют ожидания. В соответствии с теорией Дж. Брунера [80], в течение определенного времени создаются представления больного о группах «здоровых» и «больных» и об их отношениях. По окончании этого процесса больной перестает воспринимать получаемую информацию как новую, интерпретируя все последующие события согласно сформированным ожиданиям. Личностная идентификация больного запрещается. При этом новое качество является самоподдерживающимся.

Для своевременного принятия дестигмационных мер представляется важным вопрос о скорости формирования «готовности категории» после установления диагноза. Согласно данным психологов и социологов, время, необходимое человеку для идентификации с группой «душев-

нобольных», зависит от исходной готовности данной категории. М.М. Кабанов [81] считает, что значимость собственного психологического здоровья создает у человека предварительную готовность категорий с характеристикой как «здоровых», так и «душевнобольных». Заболев, человек может отождествить себя со сформированной и перманентно подкрепляемой им ранее категорией «больных», не проходя описанный здесь этап полностью. Другой важный вопрос связан с тем, что новая идентификация является внутренней потребностью больного, поэтому процесс стигматизации можно оценить только с учетом характеристик конкретного пациента.

На следующем этапе самостигматизации происходит приспособление к новым требованиям среды и подкрепление идентификации реакцией окружающих. Меняется система отношений человека к самому себе и обществу. Характерной чертой данного этапа является перестройка социального функционирования больного. Изначально образ жизни психически больного определяется многими клиническими и социально-психологическими факторами. Он может представлять собой жизнь среди здоровых людей с новым отношением к себе и к окружающим, «экологическую нишу» в обществе психически больных в неформальном коллективе, в условиях психиатрического стационара или интерната и существование вне социума. Для понимания проблемы самостигматизации важно вторичное влияние социального положения больного на формирование и подкрепление его новой идентичности [77]. Указанные социальные факторы отличаются степенью определенности и «жесткости» внешних свидетельств принадлежности к группе и авторитарности отношений в ней. Эти ситуационные показатели со временем определяют новую личностную и социальную идентичность больного [82]. Мотивация к ее изменению исчезает. Адаптивные возможности больного стойко снижаются. Социальная уязвимость такого человека усугубляется тем, что коллективы психически больных являются по сути маргинальными [83] и лишены поддержки общества. На этом этапе самостигматизации возрастает значение профессионального, семейного, микросоциального положения больного и контакта с психиатрическими службами (в частности, частоты госпитализаций, типа стационара, стиля отношений с персоналом).

Представленная последовательность развития самостигматизации позволяет увидеть воз-

можное многообразие реализаций охарактеризованного В. Link [24] процесса самостигматизации в зависимости от клинических, психологических и социальных факторов. Это подтверждает отсутствие прямой зависимости от психиатрического диагноза как субъективной удовлетворенности жизнью, так и стратегий поведения, касающихся положения психически больного.

Описаны различные формы самостигматизации. Так, В.С. Ястребов [84] на основе кластерного анализа данных специально разработанного опросника выделили три формы самостигматизации: аутопсихическую, компенсаторную и социореверсивную.

Аутопсихическая форма самостигматизации проявляется изменением личной идентичности больного, т.е. его представлений о своих индивидуальных признаках. Он считает причиной своей предполагаемой несостоятельности в каких-то сферах жизни болезненные изменения и отказывается от прежних стандартов, снижает требования к себе.

При компенсаторной форме самостигматизации больной частично игнорирует проявления своего заболевания. Вместе с тем он формирует утрированные представления о несостоятельности психически больных как сообщества. Подчеркивание собственных отличий от «типичного» психического больного позволяет ему отождествляться с психически здоровыми людьми, несмотря на то, что формально он признает у себя наличие психического расстройства. В его поведении это проявляется в виде стигматизации психически больных, т.е. в этой ситуации сам больной выступает как стигматизатор себе подобных.

Социореверсивная форма самостигматизации выражается в изменении социальной идентичности больного, т.е. его восприятия принадлежности к определенной социальной группе. Больной перестает отождествлять себя с сообществом здоровых и трактует отношение к нему окружающих как предвзятое. Эта форма по проявлениям сходна с самостигматизацией по В. Link и J. Phelan.

Я.С. Оруджев [85, 86] описаны три типа самостигматизации при шизофрении: 1) наименьшая степень выраженности - оправдание собственной несостоятельности болезнью, предъявление к себе меньших требований; 2) средняя степень выраженности - тенденция к оправданию несостоятельности в профессиональной сфере; 3) высшая степень выраженности - актуальность факта душевного расстройства для

личности, напряженная позиция в интерперсональных отношениях, особенно в профессиональной деятельности.

Клиническая типология, разработанная И.И. Михайловой [26], О.А. Гонжал [87, 88], включает дефект-ассоциированную форму самостигматизации, характерную для периода ремиссии; личностно-обусловленную - проявляющуюся истеро-ипохондрическими реакциями у относительно сохранных пациентов; и психотическую - клинически обусловленную, характерную для этапа приступа или обострения процесса с высокой актуальностью болезненных переживаний и тенденций к бредовой интерпретации. Перечисленные формы самостигматизации рассматриваются как элементы клинического синдрома и личностной реакции на него. Различное сочетание типологических особенностей позволило [89] ранжировать больных шизофренией на диссоцированную группу, группу дистанцирования от окружающих и группу нозоцентрической идентификации, а также выделить такие качественные составляющие самостигматизации как «жертва стигмы», «деидентификация от психически здоровых», «готовность к идентификации с психически больными», «оправдание болезнью» и «генерализация стигмы» [27].

Е.Ю. Скрипкой [30] на основе контент анализа, проведенного на материале полуструктурированного интервью, выделены основные направления качественных характеристик самостигматизации больных с различными психическими расстройствами: представления о заболевании; отношение к пребыванию в стационаре; критика к своему состоянию; отношение к психически больным; представления, связанные с идентификацией себя как психически больного; ограничения в связи с заболеваниями; сокрытие фактов, подтверждающих принадлежность к психически больным; микро- и макросоциальные отношения; отношение к будущему, связанное с представлениями о болезни.

По данным О.А. Блохиной [34], к основным качественным характеристикам самостигматизации больных шизофренией относятся следующие кластеры: деидентификация со здоровыми в социальной сфере; деидентификация с категорией здоровых в личностной сфере; готовность к принятию стигмы психически больного в социальной сфере; готовность категории «психически больные как маргиналы».

Анализ наиболее характерных особенностей самостигматизации явился основанием для групповой дифференциации больных, в частности

[27], выделения диссоциированной группы (оправдание ролью больного, оправдание болезнью), группы деидентификации от окружающих (проективное дистанцирование от окружающих, принятие образа психически больного, готовность к деидентификации от окружающих) и группы нозоцентрической самоидентификации.

Уточнению и дифференциации понятия само-стигматизации способствовало введение в психиатрии категории «инсайт». Эта категория в качестве целостной системы аспектов осознания психической болезни подчеркивает важность как взаимосвязей, так и отличий между отдельными аспектами. Эти аспекты рассматриваются как эквивалентные понятиям «критика к болезни» и «критика к психопатологическим проявлениям» или как предлагающие варианты их эффективной операционализации. Понятие «само-стигматизация» не эквивалентно аспекту осознания отношения третьих лиц к психической болезни, однако этот аспект дает возможность операционализации понятия «само-стигма-

тизация» как осознания негативного отношения третьих лиц к психической болезни и его принятия. Другими словами, инсайт может служить объединяющей концептуальной и методологической основой для разностороннего изучения феномена осознания психической болезни.

Таким образом, модель само-стигмы и определяющие ее социально-психологические особенности характеризуются негативными процессами. Однако можно считать доказанным параллельное существование позитивного феномена в виде личностного расширения возможностей [90], противостоящего само-стигме. Так, установлено, что расширение возможностей связано с высокой самооценкой, качеством жизни, социальной поддержкой, высоким уровнем социального функционирования [91, 92], а также с большинством аспектов излечения от серьезного психического заболевания [92], и обратно пропорционально коррелировало с понижением самоуважения вследствие само-стигмы и социального ухода [71].

Абрамов В.Ал.

ФЕНОМЕН САМОСТИГМАТИЗАЦИИ (ЛИЧНОЙ СТИГМЫ, САМО-СТИГМЫ) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, стигматизация, само-стигматизация

Изучение феномена само-стигматизации и ее влияния на уровень социального функционирования и качество жизни психически больных является одной из приоритетных задач социальной психиатрии и ее личностно-ориентированного направления. Со времен Е. Goffman, описавшего переживание инвалидом собственной инаковости среди окружающих, и до настоящего времени само-стигматизация понимается как реакция на стигматизацию обществом, а также как результат применения к самому себе соответствующих стереотипов общественного сознания. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 63-70).

Abramov V. Al.

THE PHENOMENON OF SELF-STIGMATIZATION (PERSONAL STIGMA, SELF-STIGMA) IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AS A PSYCHOSOCIAL PROBLEM

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Key words: schizophrenia, stigma, self-stigmatization

The study of the phenomenon of self-stigmatization and its impact on the level of social functioning and quality of life of the mentally ill is one of the priorities of social psychiatry and its student-centered direction. Since E. Goffman, who described the experience of the disabled person's own otherness among others, to the present time, the self-stigmatization is understood as a reaction to the stigma society, and also as a result of applying to himself the respective stereotypes of public consciousness. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 63-70).

Литература

1. Corrigan P.A. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy / P.A. Corrigan, A.C. Watson, L. Barr // J. Soc. Clin. Psychol. - 2006. - № 25. - P. 875-84.
2. Lebel T. Perceptions of and responses to stigma / T. Lebel // Sociol Comp. - 2008. - № 2. - P. 409-432.
3. Yanos P.T. Tatfiways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders / P.T. Yanos, D. Roc, K. Markus [et al.] // PsychiatrScr. - 2008. - № 59. - P. 1437-1442.
4. Corrigan P.W. Understanding the impact of stigma on people

with mental illness / P.W. Corrigan, A.C. Watson // World Psychiatry. - 2002. - № 1. - P. 16-20.

5. Gerlinger G. Личностная стигма при расстройствах шизофренического спектра: систематический обзор распространенности, соотношений, неблагоприятных последствий и терапевтических вмешательств / G. Gerlinger, M. Hauser, M. Detheretal // World Psychiatry. - 2013. - № 12. - P. 155-164.
6. Angermeyer M.C. The stigma of mental illness: patients anticipations and experiences / M.C. Angermeyer, M. Beck,

S. Dietrich [et al.] // *Int J Soc Psychiatry*. - 2004. - № 50. - P. 153-162.

7. Berge M. Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health / M. Berge, M. Ranney // *Care Manag J*. - 2005. - № 6. - P. 139-144.

8. Cechnicki A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates / A. Cechnicki, M.C. Angermeyer, A. Bielanska // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. - 2011. - № 46. - P. 643-650.

9. Dickerson F.B. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia / F.B. Dickerson, J. Somerville, A.E. Origeni [et al.] // *Schizophr Bull*. - 2002. - № 28. - P. 143-155.

10. Ertugrul A. Perception of stigma among patients with schizophrenia / A. Ertugrul, B. Ulug // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. - 2004. - № 39. - P. 73-77.

11. Karidi M.V. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia / M.V. Karidi, C.N. Stefanis, C. Thelcritis [et al.] // *Compr Psychiatry*. - 2010. - № 51. - P.19-30.

12. Kleim B. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia / B. Kleim, R. Vauth, G. Adam [et al.] // *J Mental Health*. - 2008. - № 17. - P. 482-491.

13. Lai Y.M. Stigma of mental illness / Y.M. Lai, C.P. Hong, C.Y. Chee // *Singapore Med J*. - 2001. - № 42. - P. 111-114.

14. McCann T.V. Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications / T.V. McCann, G. Boardman, E. Clark [et al.] // *J Psychiatr Ment Health Nurs*. - 2008. - № 15. - P. 622-629.

15. Thornicroft G. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey / G. Thornicroft, J. Brohan, D. Rose [et al.] // *Lancet*. - 2009. - № 373. - P. 408-415.

16. Sibitz I. Stigma resistance in patients with schizophrenia / I. Sibitz, A. Unger, A. Woppmann [et al.] // *Schizophr Bull*. - 2009. - № 37. - P. 316-323.

17. Werner P. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia / P. Werner, A. Aviv, Y. Barak // *Int Psychoecriatr*. - 2008. - № 20. - P.174-187.

18. Botha U.A. Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness / U.A. Botha, L. Koen, D.J. Niehaus // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. - 2006. - № 41. - P. 619-623.

19. Jenkins J.H. Stigma despite recovery: strategies for living in the aftermath of psychosis / J.H. Jenkins, E.A. Carpenter-Song // *Med Anthropol Q*. - 2008. - № 22. - P. 381-409.

20. Brohan E. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN- Europe study / E. Brohan, R.T. Elgie, N. Sartorius [et al.] // *Schizophr Res*. - 2010. - № 122. - P. 232-238.

21. Ястребов В.С. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации. / В.С. Ястребов, О.А. Гонжая, Г.В. Тюменкова, И.И. Михайлова. // М., 2009. - 18с.

22. Ястребов В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С.Ястребов, С.Н. Ениколопов, И.И. Михайлова // Журн. невропатол. и психиатр.им. С.С. Корсакова. 2005. - Т.105. - №11. - С. 50-54.

23. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы - отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Финзен / Пер. И.Я. Сапожниковой. М., 2001. - 215с.

24. Link В. G. Теория "ярлыков" применительно к психическим расстройствам: последствия прикрепления "ярлыка" / В.Г. Link, J.C. Phelan // Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях. Киев, 2002. - С. 427-437.

25. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: описание и типология / И.И. Михайлова // Научно-практический журнал "Психиатрия". - 2004. - №2 (08). - С.23-30.

26. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата мед.наук / И.И. Михайлова. - Москва 2005.— 18 с.

27. Михайлова И.И. Применение кластерного анализа для описания феномена самостигматизации психически больных / И.И. Михайлова, С.А.Судаков, С.Н.Ениколопов, С.Н.Мисоедов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2004. - Т.7. - №104. - С. 61-65.

28. Ястребов В.С. Социальные образы психиатрии / В.С. Ястребов, С.А. Трушенков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2009. - № 6. - С. 65-68.

29. Антохин Е.Ю. Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания / Е.Ю. Антохин, М.В. Горбунова, Е.М. Крюкова, Д.С. Долматова // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2008. - вып. 3. - С. 55-64.

30. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами / Е.Ю. Скрипка // Молодой ученый. - 2012. - № 7. - С. 232-237.

31. Rosenbaum S. Stigma and multiple social comparisons in

people with schizophrenia / S. Rosenbaum // *European Journal of Social Psychology*. - 2001. - Vol. 31. - P. 579-592.

32. Link B.G. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse / B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahav // *Journal of Health and Social Behavior*. - 1997. - V. 38. - P. 177-190.

33. Голенков А.В. Роль медицинского персонала в коррекции самостигматизации психически больных / А.В. Голенков, В.В. Матюшкин, А.В. Аверин // Журнал "Главная медицинская сестра". 2009. - №8. - С. 99-108.

34. Блохина О.А. Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией / О.А. Блохина, С.М. Ениколопов, С.А. Судаков, Я.С. Оруджев // Психиатрия. - 2005. - №1. - С. 26-30.

35. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / Дис. канд. мед.наук / О.А. Гонжал. - М., 2006. - 158с.

36. Anthony W.A. Relationships psychiatric symptomatology, work skills and future vocational performance / W.A. Anthony, E.S. Rogers, M. Cohen [et al.] // *Psychiatric Services*. - 1995. - № 46. - P. 353-357.

37. Тараканова Е.А. Корреляции вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией / Е.А.Тараканова, Н.Я. Оруджев // Вестник РАМН. - 2010. - № 6. - 0,8 п.л.

38. Link B.G. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses / B.G. Link, E.L. Struening, Neeae-Todd [et al.] // *Psychiatr. Scriv*. - 2001. - № 52. - P. 1621-1626.

39. Tarrier N. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behavior / N. Tarrier, S. Khan, J. Cater [et al.] // *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*. - 2007. - № 42. - P. 29-35.

40. Birchwood M. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis / M. Birchwood, E. Trower, K. Brunet [et al.] // *Behav. Res. Ther*. - 2007. - № 45. - P. 1025-1037.

41. Lysaker P.H. Association of stigma self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia / P.H. Lysaker, P.T. Yanos [et al.] // *ClinSchizophrRelat Psychoses*. - 2010. - № 4. - P. 41-48.

42. Switaj P. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia / P. Switaj, J. Wciorka, J. Smolarska-Switaj [et al.] // *Eur Psychiatry*. - 2009. - № 24. - P. 513-520.

43. Margetic B.A. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia / B.A. Margetic, M. Jakovljevic, D. Ivanec [et al.] // *Compr Psychiatry*. - 2010. - №51. - P. 603-606.

44. Mechanic D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness / D. Mechanic, D. McAlpinc, S. Rosenicld [et al.] // *SocSci Med*. - 1994. - № 39. - P. 155-164.

45. Lysaker P.H. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders / P.H. Lysaker, D. Roe, P.T. Yanos // *Schizophr Bull*. - 2007. - № 33. - P. 192-199.

46. Fung K.M. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis / K.M. Fung, H.W. Tsang, F. Chan // *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*. - 2010. - № 45. - P. 561-568.

47. Munoz M. Proposal of a socio7 cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness / M. Munoz, M. Sanz, E. Perez-Santos [et al.] // *Psychiatry Res*. - 2010. - № 186. - P. 402-408.

48. Lysaker P.H. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months / P.H. Lysaker, L.W. Davis, D.M. Warman [et al.] // *Psychiatry Res*. - 2007. - № 149. - P. 89-95.

49. Sibitz I. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. / I. Sibitz, M. Amcring, A. Linger [et al.] // *Eur Psychiatry*. - 2011. - № 26. - P. 28- 33.

50. Ho W.W. Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis / W.W. Ho, M.Y. Chiu, W.T. Lo [et al.] // *Aust N Z J Psychiatry*. - 2010. - № 44. - P. 71-84.

51. Yanos P.T. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders / P.T. Yanos, P.H. Lysaker, D. Roe // *Psychiatry Res*. - 2010. - № 178. - P.211-213.

52. Fung K.M. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment / K.M. Fung, H.W. Tsang, P.W. Corrigan P.W. // *Psychiatr Rehabil J*. - 2008. - № 32. - P.95-104.

53. Tsang H.W. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia / H.W. Tsang, K.M. Fung, R.C. Chung // *Psychiatry Res*. - 2010. - № 180. - P. 10-15.

54. Tsang H.W. Psychosocial treatment compliance scale for people with psychotic disorders / H.W. Tsang, K.M. Fung, P.W. Corrigan // *Aust N Z J Psychiatry*. – 2006. – № 40. – P. 561-569.
55. Cannon T.D. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America / T.D. Cannon, K. Cadenhead, B. Comblatt [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 2008. – № 65. – P. 28-37.
56. Ruhrmann S. Pharmacological intervention in the initial prodromal phase of psychosis / S. Ruhrmann, F. Sultze-Lutter, W. Maier [et al.] // *Eur Psychiatry*. – 2005. – № 20. – P. 1-6.
57. Lysaker P.H. Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia / P.H. Lysaker, M.P. Salvers, J. Tsai [et al.] // *J Rehabil Res Dev*. – 2008. – № 45. – P. 911-919.
58. Lysaker P.H. Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia / P.H. Lysaker, K.D. Buck, A.C. Taylor [et al.] // *Psychiatry Res*. – 2008. – № 157. – P. 31-38.
59. Corrigan P.W. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy / P.W. Corrigan, A.C. Watson, L. Barr // *J Soc Clin Psychol*. – 2006. – № 25. – P. 875-884.
60. 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. – № 52. – P.96-112.
61. Markowitz F.E. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness / F.E. Markowitz // *J Health Soc Behav*. – 1998. – № 39. – P. 335-347.
62. Ritsher J.B. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure / J.B. Ritsher, P.G. Otilingam, M. Grajales // *Psychiatry Res*. – 2003. – № 121. – P. 31-49.
63. Ritsher J.B. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients / J.B. Ritsher, J.C. Phelan // *Psychiatry Res*. – 2004. – № 129. – P.257-265.
64. Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction / S. Rosenfield // *Am Soc Rev*. – 1997. – № 62. – P. 660-672.
65. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity / E. Goffman // Englewood Cliffs. – 1963.
66. Markowitz F.E. Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept / F.E. Markowitz // *J Health Soc Behav*. – 2001. – № 42. – P. 64-79.
67. Owens T.J. Two dimensions of self-esteem: reciprocal effects of positive self-worth and self-deprecation on adolescent problems / T.J. Owens // *Am Soc Rev*. – 1994. – № 59. – P. 391-407.
68. Rosenfield S. Why model programs work: factors predicting the subjective quality of life of the chronic mentally ill / S. Rosenfield, S. Neese-Todd // *Hosp Commun Psychiatry*. – 1993. – № 44. – P. 76-78.
69. Vogel D.L. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help / D.L. Vogel, N.G. Wade, S. Haake // *J Couns Psychol*. – 2006. – № 53. – P. 325-337.
70. Bandura A. The anatomy of stages of change / A. Bandura // *Am J Health Prom*. – 1997. – № 12. – P. 8-10.
71. Rusch N. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia / N. Rusch, A. Holzer, C. Hermann [et al.] // *J Nerv Ment Dis*. – 2006. – № 194. – P. 766-773.
72. Gecas V. The social psychology of self-efficacy / V. Gecas // *Ann Rev Soc*. – 1989. – № 15. – P. 291-316.
73. Vauth R. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia / R. Vauth, B. Kleim, M. Wirtz [et al.] // *Psychiatry Res*. – 2007. – №150. – P. 71-80.
74. Carpinello S.E. The development of the Mental Health Confidence Scale: a measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorders / S.E. Carpinello, E. Knight, F.E. Markowitz [et al.] // *Psychiatr Rehab J*. – 2000. – №23. – P. 236-243.
75. Watson A.C. Self-stigma in people with mental illness / A.C. Watson, P.W. Corrigan, J.E. Larson [et al.] // *Schizophr Bull*. – 2007. – № 33. – P. 1312-1318.
76. Блохина О.А. Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией / О.А. Блохина, С.Н. Ениколопов, С.А. Судаков, Я.С. Оруджев // *Психиатрия*. – 2005. – №1. – С.26-30.
77. Белинская Е.П. Социальная психология / Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая // М.: Аспект Пресс. – 2003. – 475с.
78. Ядов В.А. Психология самосознания / В.А. Ядов // Хрестоматия. – М., Изд. Дом “Бахрах”, 2003. – С.589-601.
79. Аведисова А.С. От некомплаенса к отказу от психотерапии / А.С. Аведисова, В.И. Бородин // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2005. – Т.07. – №6. – С.5-15.
80. Брунер Дж. Хрестоматия по ощущению и восприятию / Дж. Брунер // М. – 1975. – С. 134-151.
81. Кабанов М.М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский // *Обзорные психиатрии и мед. психологии*. – 2000. – № 1.- С. 3-8.
82. Столин В.В. Самосознание личности / В.В. Столин // М.: Изд-во Моск. ун-та. – 1983. – 284с.
83. Ярская - Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности / Е.Р. Ярская - Смирнова // *Социологические исследования*. – 1999. – №4. – С.38-43.
84. Ястребов В.С., Михайлова И.И. 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.
85. Оруджев Я.С. Типы самостигматизации при шизофрении. Клинико-социальный аспект. / Я.С. Оруджев, С.Н. Ениколопов, О.А. Блежна // *Материалы Российской конференции “Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты.”* – М. – 2004. – С. 83-85.
86. Оруджев Н.Я. Шизофрения: самостигматизация, качество жизни и проблемы реабилитации больных / Н.Я. Оруджев, Е.А. Тараканова // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – 2010ю - №1. – С. 62-67.
87. Гонжал, О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / О.А. Гонжал // *Психиатрия :Научно-практический журнал / Ред. А.С. Тиганов, Н.М. Михайлова*. – 2006. – №3 2006. – С. 39- 46.
88. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / Дис. канд. мед.наук / О.А. Гонжал. – М., 2006. –158с.
89. 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.
90. Corrigan P.W. Examining the factor structure of the recovery assessment scale / P.W. Corrigan, M. Salzer, R.O. Ralph [et al.] // *Schizophr Bull*. – 2004. – № 30. – P. 1035-1041.
91. Rogers E.S. A consumer- constructed scale to measure empowerment among users of mental health services/E.S. Rogers, J. Chamberlin, M.L. Ellison [et al.] // *Psychiatr Serv*. – 1997. – № 48. – P. 1042-1047.
92. Corrigan P.W. Recovery as a psychological construct / P.W. Corrigan, D. Giffort, F. Rashid [et al.] // *CommunMent Health J*. – 1999. – № 35. – P. 231-239.

Поступила в редакцию 18.06.2016

УДК: 616-008:612.017.1

*Голоденко О.Н.***САМОРЕГУЛЯЦИЯ КАК ВАЖНЕЙШИЙ МЕХАНИЗМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО АДАПТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: адаптация, саморегуляция, личностный потенциал, экстремальная ситуация, посттравматический стресс

В ряду травматических факторов воздействие военного конфликта относится к числу наиболее тяжелых. Психологический ущерб, полученный в результате такого конфликта, приводит к дезадаптации в окружающей среде, нарушению осмысления жизни, снижению волевых процессов, процессов стремления. Из чего вытекает: снижение самоуважения и чувства уверенности, утрата целостности Я, выбор неадекватных целей и способов поведения, развитие психической патологии.

Термин «стресс» с полным правом можно считать одним из символов нашего времени. И это отражение насущной потребности понять, что же движет развитием человека, какова его связь с миром и как он выживает в меняющейся среде, от чего зависит его здоровье и благополучие.

Человеческий организм является саморегулирующейся системой, зависящей от окружающей среды. В связи с постоянно меняющимися условиями среды в результате продолжительной эволюции у человека выработались механизмы, позволяющие приспособиться к данным изменениям. Эти механизмы называют адаптационными. Адаптация – это динамический процесс, благодаря которому подвижные системы живых организмов, несмотря на изменчивость условий, поддерживают устойчивость, необходимую для существования, развития и продолжения рода.

Благодаря процессу адаптации достигается сохранение гомеостаза при взаимодействии организма с внешним миром. В этой связи процессы адаптации включают в себя не только оптимизацию функционирования организма, но и поддержание сбалансированности в системе «организм – среда». Процесс адаптации реализуется всякий раз, когда в системе «организм – среда» возникают значимые изменения, которые обеспечивает формирование нового гомеостатического состояния, что позволяет достигать максимальной эффективности физиологических

функций и поведенческих реакций. Поскольку организм и среда находятся не в статическом, а в динамическом равновесии, их соотношения меняются постоянно, а, следовательно, постоянно должен осуществляться процесс адаптации [1].

Адаптация – это итог процесса изменений социальных, социально-психологических, морально-психологических, психических, экономических и демографических отношений между людьми, приспособление к социальной среде [2].

В процессе адаптации активно изменяется как личность, так и среда, в результате чего между ними устанавливаются отношения адаптивности [3].

Первой составляющей в структуре личности, обеспечивающей адаптивность, являются инстинкты. Инстинктивное поведение индивида можно охарактеризовать как поведение с опорой на естественные потребности организма. Но существуют потребности, адаптивные в данной социальной среде, и потребности, приводящие к дезадаптации. Адаптивность или дезадаптивность потребности зависят от личностных ценностей и объекта-цели, куда они направлены [4].

Дезадаптивность личности выражается в неспособности ее адаптации к собственным потребностям и притязаниям. Дезадаптивная личность не в состоянии отвечать требованиям, предъявляемым социумом, выполнять свою социальную роль. Признаком возникающей дезадаптации становится переживание личностью длительных внутренних и внешних конфликтов. Причем, пусковой механизм для адаптивного процесса – не наличие конфликтов, а факт того, что ситуация приобретает значение проблемной [5].

Для понимания особенностей адаптивного процесса следует знать тот уровень дезадаптивности, отталкиваясь от которого личность начинает свою адаптивную активность.

Адаптивная активность осуществляется дву-

мя видами [6]:

I. Адаптацией путем преобразования и устранения проблемной ситуации;

II. Адаптацией с сохранением ситуации – приспособлением.

Согласно Л. Филипу адаптивное поведение характеризуется [7]: успешным принятием решений и проявлением инициативы и ясным представлением своего будущего.

Налчаджян А.А. [8] выделил два основных признака эффективной адаптации:

- в сфере социальной активности – приобретение индивидом знаний, умений и навыков, компетентности и мастерства;

- в сфере личностных отношений – установление интимных, эмоционально насыщенных связей с желаемым человеком.

Чтобы адаптация была возможной, человеку требуется саморегуляция. Адаптация – это приспособление к внешней среде, а саморегуляция – это настройка человеком самого себя, своего внутреннего мира с целью адаптации [9].

Понятие саморегуляции применительно к любой динамической системе или процессу означают управление их параметрами в соответствии с заданными критериями; это управление осуществляется на основе регулярно поступающей в реальном времени информации о текущих параметрах как самой системы, так и окружения, с которым система взаимодействует [10]. Таким образом, именно в понятии саморегуляции такие функции, как поддержание стабильности, самосохранение системы, с одной стороны, и адаптация системы к внешним условиям – с другой, оказываются объединены, выступают как две тесно взаимосвязанные стороны единого процесса. О саморегуляции речь идет тогда, когда система регулирует сама себя, реагируя на отклонение процесса от заданных параметров [11].

Анализ научной литературы по исследуемой проблеме показал, что, несмотря на достаточно большое количество публикаций, многие исследователи не дают четкого определения понятия «саморегуляция».

В Большой советской энциклопедии термин «саморегуляция» раскрывается следующим образом: «Саморегулирование (самовыравнивание) – способность восстанавливать устойчивость после нарушения ее со стороны внешних или внутренних факторов».

В словаре под редакцией А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского [12] термин «саморегуляция» трактуется так: «Саморегуляция (от лат.

regulare - приводить в порядок, налаживать) - целесообразное функционирование живых систем разных уровней организации и сложности. Саморегуляция представляет собой замкнутый контур регулирования и является информационным процессом, носителем которого выступают различные психические формы отражения действительности. Общие закономерности саморегуляции реализуются в индивидуальной форме, зависящей от конкретных условий, а также от характеристик нервной деятельности, от личностных качеств субъекта и его привычек в организации своих действий, что формируется в процессе воспитания».

Краткий словарь психологических терминов дает следующее определение понятия «саморегуляция»: (лат. regulare - приводить в порядок, налаживать) - процесс управления человеком собственными психологическими и физиологическими состояниями, а также поступками.

Оксфордский толковый словарь по психологии [13]: саморегуляция - приблизительный синоним саморегулирования, но используемый более «нейтрально». То есть, этот термин не предполагает теоретических дискуссий, которые лежат в основе коннотаций его приблизительного синонима.

С.Ю. Головин [14] термин саморегуляция определяет как целесообразное функционирование живых систем разных уровней организации и сложности. Саморегуляция психическая - один из уровней регуляции активности этих систем, выражающим специфику реализующих ее психических средств отражения и моделирования действительности, в том числе рефлексии. Она реализуется в единстве своих энергетических, динамических и содержательно-смысловых аспектов.

Таким образом, большинство авторов понимают под саморегуляцией процесс, который призван управлять, налаживать, приводить в порядок собственные психические и физиологические процессы.

Отдельные исследователи отождествляют понятие «саморегуляция» с другими терминами: «саморегуляция = рефлексорная деятельность» [15, 16], «саморегуляция = адаптация» [17], «саморегуляция = самоуправление» [18]. Многие согласны с Ю.А. Миславским [19, 20], который под саморегуляцией понимает «процесс поддержания в человеке такой продуктивной активности, которая требует от него определенной работы над собой, а тем самым в высших своих проявлениях захватывает момент развития его

как личности».

Многие исследователи использовали термин «регуляция» при рассмотрении такого понятия, как «воля», из чего следует предположение о том, что эти процессы достаточно близки. Ещё Сеченов И.М. неоднократно подчеркивал в качестве главной особенности воли регулирование поведением. «Воля, как регулятор поведения, - писал он, - вопреки мнению идеалистов, не есть какая-то духовная сила, посредством мозгового механизма управляющая поведением человека. Регулятором поведения является сам сложный механизм коркового аппарата, закономерно реагирующий на раздражения внешнего мира». Сеченова И.М. можно считать первым ученым, который ввел понимание воли как особой формы психической регуляции. Его слова о том, что воля является деятельностью стороны разума и морального чувства, являются отражением именно такого понимания. Регулирующую роль воли отмечали также В.А. Иванников, В.К. Калинин, П.А. Рудик, В.И. Селиванов и др. Еще в 1927 году П.А. Рудик [21] определял волю как «способность человека сознательно регулировать свою деятельность и управлять поведением». Один из наиболее крупных исследователей воли В.И. Селиванов [22] связывает понятия «воля» и «саморегуляция». Он пишет: «Воля - это характеристика сознания по формам регулирования самой деятельности человека во внешнем мире. Одним из важнейших признаков воли человека является сознательное регулирование поведения. Воля является одним из средств саморегуляции, сложившимся в ходе овладения человеком различными видами деятельности. Это выработанное в процессе личного опыта умение осуществлять задачи целеполагания, привлекать для их решения внутренние ресурсы и арсенал активных средств по преодолению неопределенных ситуаций». Безволие при таком понимании можно определить как уклонение от решения поставленных задач, пассивно-оборонительное поведение, своеобразную реакцию избегания. Объективно воля выражается в осуществлении преобразований, преодолении препятствий и затруднений; субъективно для самого человека - в самопринуждении. Ильин Е.П. пишет, что волевые проявления человека осуществляются в подчинении прилагаемых им усилий и средств системы саморегуляции делу, может быть, менее интересному в настоящий момент, но более значимому с личностных позиций. Большое количество поступков человек совершает в своей жизни незаметно для себя

и для окружающих, когда навыки саморегуляции доводятся почти до автоматизма [23].

Процессы осознанной саморегуляции, осуществляемые субъектом активности, доводятся в процессе упражнений, в процессе решения сходных или одних и тех же задач до автоматизма, чтобы в случае стрессовой ситуации сохранить возможность немедленного возвращения автоматизированных способов и навыков под контроль сознания и поставить их на службу достижения важных для личности целей – преодоление стресса.

Необходимость волевой регуляции, подчеркивает Иванников В.А. [24], возникает тогда, когда «субъект не располагает средствами для достижения стоящей перед ним цели и должен осуществить активный сознательный поиск возможностей для ее достижения или компенсировать недостаток этих средств дополнительным побуждением к действию».

Калин В.К. [25] видит специфику воли в регуляции человеком собственных психических процессов (перестройке их организации для создания оптимального режима психической активности) и перенесении цели волевых действий с объекта на состояние самого субъекта. Исследователь главную задачу воли видит в том, чтобы обеспечить человеку овладение собственным поведением и психическими функциями.

Ильин Е.П. [23] считает, что для человека неизменными компонентами саморегуляции своим поведением и деятельностью являются эмоции и воля. Традиционно эмоционально-волевая регуляция является объектом рассмотрения общей психологии. В процессе саморегуляции поведения и деятельности эти компоненты могут выступать в различных соотношениях. В одних случаях, на фоне посттравматического стресса, возникающие эмоции могут оказывать на поведение и деятельность дезорганизующее и демобилизующее влияние, и тогда воля выступает в роли регулятора, компенсируя отрицательные последствия возникшей эмоции. Это отчетливо проявляется в развитии у человека патологических психофизиологических состояний. Например, состояние тревожности и сомнений в ходе кризисной ситуации преодолеваются с помощью волевого качества решительности. В других случаях эмоции, наоборот, стимулируют деятельность, и тогда проявления волевого усилия не требуются. В этом случае высокая работоспособность достигается за счет гиперкомпенсаторной мобилизации энергетических ресурсов. Однако такая регуляция неэкономич-

на, расточительна, всегда заключает в себе опасность длительного эмоционального переутомления, что в свою очередь также ведет к развитию психофизиологических нарушений. Но и волевая регуляция имеет свою «ахиллесову пяту» - чрезмерное волевое напряжение может привести к срыву высшей нервной деятельности. Поэтому Ильин Е.П. считает, что личность должна оптимально сочетать сильную волю с определенным уровнем эмоциональности, для более продуктивного совладания с посттравматическим стрессом.

Саморегуляцию следует считать одним из ключевых системообразующих признаков личности. Саморегуляция – это системная характеристика, отражающая субъективную природу личности, ее способность к устойчивому функционированию в различных условиях жизнедеятельности, к произвольной регуляции личностью параметров своего функционирования даже в экстремальных ситуациях (состояния, поведения, деятельности, взаимодействием с окружением); настройка человеком самого себя, своего внутреннего мира с целью адаптации [26].

Саморегуляция – это заранее осознанное и системно организованное воздействие индивида на свою психику. Процесс саморегуляции в стрессовой ситуации не может полноценно осуществляться без активации эмоционально-волевой сферы. Активация и использование всех адаптивных механизмов изменяет и психическое состояние. По завершении адаптационного процесса оно имеет качественные отличия от состояния психики до адаптации.

Саморегуляция рассматривается как психологический ресурс адаптационного процесса посттравматического стресса.

Одно из современных направлений в развитии теории психологического стресса связано с понятием психологического ресурса. Ресурсы являются теми физическими и духовными возможностями человека, мобилизация которых обеспечивает выполнение его программы и стратегий поведения для предотвращения или купирования стресса. Процесс совладания с психической травмой требует сложной системы взаимосвязанных ресурсов: личностных, социальных, психологических, профессиональных, физических и материальных.

Известно, что восприятие того или иного психологического воздействия как стрессового, непосредственная или отдаленная реакция на это воздействие, механизмы совладания с психической травмой во многом зависят от индивидуаль-

но-личностных особенностей человека [27]. В частности, Айзенк в своей модели обусловливания неврозов показал, что у людей с высоким нейротизмом и низкой экстраверсией существует большая предрасположенность к неврозам, так как они сильнее реагируют на эмоционально возбуждающие стимулы и дольше сопротивляются угасанию этих реакций [28]. Ряд исследователей, изучая возможность прогнозирования посттравматического стрессового расстройства на основе личностных черт, пришли к выводу, что менее подвержены влиянию травмы активные, энергичные, устойчивые и выносливые люди. А те, кто имеет высокие показатели по нейротизму и интроверсии, сильнее реагируют на травму [29].

Посттравматический стресс – многоаспектный и многоуровневый феномен [27], и в его формировании принимают участие не только эмоционально-волевые, но и когнитивные и ценностные характеристики. Говоря о соотношении мышления и эмоций, С.Л.Рубинштейн утверждал, что эмоциональное самочувствие мыслящего субъекта связано с динамикой мыслительного процесса. Эмоции человека представляют собой единство эмоционального и интеллектуального, так же как познавательные процессы обычно образуют единство интеллектуального и эмоционального. С.Л.Рубинштейн отмечал, что в норме сознательная познавательная интеллектуальная деятельность тормозит эмоциональное возбуждение, придавая ему направленность и избирательность; при аффектах, то есть при сверхинтенсивном эмоциональном возбуждении, избирательная направленность действий нарушается и возможна импульсивная непредсказуемость поведения, что влечет за собой возможное развитие психофизиологических расстройств [30]. Таким образом, процесс саморегуляции включает в себя эмоционально-волевые, когнитивные и ценностные ресурсы, и становится одним из основных механизмов совладания с травматическими стрессом.

В своих публикациях Ч. Карвер и М. Шейер [31] предложили новый общетеоретический взгляд на формирование механизмов стрессоустойчивости. Прежде всего, авторы обращаются к понятию человеческой силы, определяя ее как способность выдерживать какие бы то ни было невзгоды кризисных ситуаций. Это одновременно и гибкость, позволяющая гнуться, но не ломаться под сильными ветрами, и способность сохранять равновесие и оставаться на поверхности, не погружаясь в зыбучие пески

психического расстройства. Сила – это не просто упорство, не просто стремление к достижению цели любой ценой, но и возможность отказа. «Сила относится не только к ситуации победы, она также имеет прямое отношение к поражению и к тому, что из него следует». Это не только то, что позволяет нам «держаться», но и то, что позволяет нам, наоборот, «отпустить» и искать альтернативную опору. Она связана и с определенными изменениями в самом себе в ситуации посттравматического стресса.

М. Чиксентмихайи и Дж. Накамура [32] справедливо отмечают, что Карвер и Шейер не задаются вопросом, откуда берутся цели для активации процессов совладания с посттравматическим стрессом. Цели в модели саморегуляции Карвера и Шейера появляются без каких-либо объяснений. Чиксентмихайи и Накамура предлагают в качестве альтернативы другой, более, с их точки зрения, адекватный критерий – субъективные переживания. Они отмечают, что в раннем онтогенезе очевидна ориентация действий на достижение именно позитивных переживаний, а не целей. С их точки зрения, высшим критериальным параметром выступает прошлый опыт переживаний, а обратная связь касается переживаний текущих; если текущие эмоциональные переживания позитивнее прошлых, то целью становится сохранение нынешнего состояния, если они, с учетом прошлого опыта, оцениваются как неудовлетворительные, то целью становится изменение. Карвер и Шейер обходят вопрос о поиске и постановке целей для активации процессов саморегуляции, вообще об их источнике, что также имеет прямое отношение к «межцелевому пространству» – в их модели цели просто есть или порождаются уже на выходе работающих процессов саморегуляции. Эта критика в адрес теории Карвера и Шейера приложима и к одной из наиболее разработанных отечественных теорий и линий исследований саморегуляции деятельности [33, 34, 35]. В этой линии исследований под руководством В.И. Моросановой речь идет о саморегуляции осознанной произвольной активности, системообразующую роль в которой также выполняет принятая субъектом цель. В отличие, однако, от теории Карвера и Шрайера, в этом подходе основной акцент делается не на обратной связи, а на планировании действий и на индивидуально-стилевых характеристиках саморегуляции. В число переменных, охватываемых опросником стиливых особенностей саморегуляции поведения В.И. Моросановой, входят планирование целей, моделирование значимых условий их

достижения, программирование действий, оценивание и коррекция результатов, гибкость, самостоятельность и общий уровень саморегуляции.

Саморегуляция подразделяется на психическую и личностную [36].

Психическая саморегуляция представляет собой совокупность приемов и методов коррекции психофизиологического состояния, благодаря которым достигается оптимизация психических и соматических функций. Одновременно снижается уровень эмоциональной напряженности, повышается работоспособность и степень психологического комфорта. Психическая саморегуляция способствует поддержанию оптимальной психической активности, необходимой для деятельности человека в экстремальных ситуациях.

В структуре личностной саморегуляции выделяют мотивы, чувства, волю, рассматривая их как детерминанты регуляции поведения и деятельности человека. Личностная регуляция, преодолевая внешние и внутренние препятствия посттравматического стресса, выступает как волевая линия деятельности. На этом уровне регуляция осуществляется не как действие одного мотива, а как сложное личностное решение, в котором учитываются желательное и нежелательное и их конкретно изменяющееся отношение по ходу деятельности.

Личностная саморегуляция условно может подразделяться на регуляцию деятельности, личностную волевую регуляцию, личностно-смысловую саморегуляцию.

Регуляция деятельности включает в себя: принятую субъектом цель деятельности; субъективную модель значимых условий; программу исполнительских действий; систему субъективных критериев достижения цели; контроль и оценку реальных результатов; решения о коррекции системы саморегулирования в экстремальных ситуациях.

Личностно-волевая регуляция характеризуется управлением следующими волевыми качествами: целеустремленность, терпеливость, упорство, настойчивость, выдержка, смелость, решительность, самостоятельность и инициативность, дисциплинированность и организованность, старательность (усердие) и энергичность, героизм и мужество, самоотверженность, принципиальность и др.

Личностно-смысловая саморегуляция обеспечивает осознание мотивов собственной деятельности, управление мотивационно-потребностной сферой на основе процессов смыслообра-

зования [37].

Благодаря функционированию смыслового уровня саморегуляции раскрываются внутренние резервы человека, дающие ему свободу от обстоятельств, обеспечивающие даже в самых трудных стрессовых условиях возможность самоактуализации. Имеются попытки дифференциации этого рода саморегуляции и волевого поведения. Волевое поведение возникает в условиях мотивационного конфликта возникающего вследствие посттравматического стресса, и не ориентировано на гармонизацию мотивационной сферы, а направлено только на устранение этого конфликта. Эффективная саморегуляция обеспечивает достижение гармонии в сфере побуждений. Выделяется волевая регуляция как целенаправленная, осознанная и личностно контролируемая форма регуляции. В качестве механизмов личностно-смыслового уровня саморегуляции рассматриваются смысловое связывание и рефлексия.

Смысловое связывание – это процесс формирования нового смысла в ходе особой внутренней сознательной работы содержания, путем связывания некоторого изначально нейтрального содержания с мотивационно-смысловой сферой личности.

Рефлексия является универсальным механизмом процесса личностной саморегуляции. Она фиксирует, останавливает процесс деятельности, отчуждает и объективирует его и способствует осознанному воздействию на этот процесс [38]. Рефлексия дает человеку возможность взгляда на себя «со стороны», она направлена на осознание смысла собственной жизни и деятельности. Она позволяет человеку охватить собственную жизнь в широкой временной перспективе, создавая тем самым «целостность, непрерывность жизни», позволяя субъекту необходимым образом перестроить свой внутренний мир и не оказаться всецело во власти психогенной ситуации. Рефлексия, как механизм личностно-смыслового уровня саморегуляции, представляет собою мощный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности. Специально выделяется рефлексивный уровень регуляции.

Процессы личностно-смысловой саморегуляции могут протекать как на сознательном, так и на неосознаваемом уровнях [39]. Осознанная саморегуляция является механизмом овладения собственным поведением и собственными психическими процессами. На основе осознания человек получает возможность произвольно менять смысловую направленность своей дея-

тельности, изменять соотношение между мотивами, вводить дополнительные побудители поведения, т.е. в максимальной степени использовать свои возможности к саморегуляции. На неосознаваемом уровне личностно-смысловая регуляция осуществляется за счет функционирования различных психологических защитных механизмов.

Действие защитных механизмов проявляется в расхождении между непосредственно переживаемыми смыслами, определяющими реальное поведение, и осознаваемыми смыслами. Механизмы психологической защиты тормозят процесс рефлексии и приводят к искаженному, неадекватному осознанию реально действующих смысловых образований, в результате чего происходит нарушение психического и соматического здоровья. Защитные процессы направлены на устранение из сознания внутриспсихических конфликтов, однако конфликты тем самым отнюдь не разрешаются: устраненные из сознания смыслы продолжают оказывать патогенное влияние на организм, в то время как только их осознание открывает путь к конструктивной саморегуляции и перестройке смыслов в ситуации посттравматического стресса [40, 41].

Ценностные ориентации значимо коррелируют со смысложизненными. Исходя из этого, можно предположить, что влияние ценностных ориентаций индивида на совладание с последствиями пережитого стресса опосредуется смысложизненными ориентациями. По всей видимости, не имеет значения, какая ценность является ресурсом, но если она переживается и осознается индивидом как ценность, то становится смыслом. Важна не специфика ценности, а ее осмысленное переживание; такие ценности могут преобразоваться в смыслы и тем самым стать ресурсами для совладания с травматическим опытом.

Саморегуляция позволяет человеку меняться в соответствии с изменением обстоятельств внешнего мира и условий его жизни, поддерживает необходимую для деятельности человека психическую активность, обеспечивает сознательную организацию и коррекцию его действий в экстремальных ситуациях.

Саморегуляция – это раскрытие резервных возможностей человека, а, следовательно, развитие потенциала личности. Развитая сфера саморегуляции синтезирует все остальные процессы, протекающие в других сферах, она управляет, координирует все психологические состояния, поэтому она способствует сохранению и укреп-

лению собственного психического здоровья и, как следствие, является условием формирования сильной, ответственной, ценностно-ориентированной личности, которая способна оптимизировать адаптационные процессы и качественно совладать с посттравматическим стрессом.

Саморегуляция – важнейшее направление развития стресс-толерантности. Фактически способность к саморегуляции можно развивать не только с помощью техник эмоционального уровня; но также с помощью технологий когнитивной (изменение установок и представлений), экзистенциальной (развитие способностей к распознаванию смысловых планов реальности) и поведенческой психологии (развитие опыта оптимальных стратегий преодоления). Каждая сфера психики может делать свой вклад в преодоление стресса, и каждая развивает способности к саморегуляции. Ресурсы когнитивной заключаются в понимании причин трудностей, осмыслении, построении, уточнении образа ситуации и включении его в целостные представления субъекта о себе, окружении и взаимосвязях с окружением. Способность к когнитивному переструктурированию жизненной ситуации позволяет чувствовать себя в большей ответственности за свои поступки и решения, полнее ощущать осмысленность жизни и быть более удовлетворенным ею. К ресурсам эмоциональной сферы относится осознание и принятие своих чувств и эмоций, потребностей и желаний, овладение социально приемлимыми формами проявления чувств, снятие эмоционального напряжения, контроль динамики переживания – устранение застреваний, неполного отреагирования, заикливания. Ресурсы поведенческой (и дея-

тельностью) сферы гармонизации настроения заключаются в перестройке поведения, в изменении целей, задач, стратегий, планов, режимов деятельности.

Данные, полученные при изучении особенностей саморегуляции у лиц, пострадавших во время военного конфликта в Донбассе, положены в основу индивидуально направленных комплексов упражнений и программ саморегуляции. Для оптимизации психического состояния предлагаются такие методы саморегуляции как гимнастика, самомассаж, нервно-мышечная релаксация, аутотренинг, дыхательная гимнастика, медитация, ароматерапия, арт-терапия, цветотерапия и другие.

Каждый здоровый человек располагает предпосылками к овладению методами саморегуляции, но при этом необходимо учитывать, что существует ряд факторов, которые могут снижать эффективность и результативность использования приемов эмоционально-волевой саморегуляции. Среди них можно выделить следующие: отношение лиц к выполнению данных упражнений; успех, достигнутый на ранних стадиях тренировки, может дезориентировать тренирующегося в его отношении к занятиям; плохие условия самотренировки; неправильный выбор метода саморегуляции, не соответствующий индивидуальным предпочтениям; особенности внушаемости и способности к воображению.

Таким образом, развитая сфера саморегуляции координирует все психологические состояния и способствует сохранению и укреплению психического здоровья и, как следствие этого, адаптации, в том числе, к ситуации травматического стресса.

Голоденко О.Н.

САМОРЕГУЛЯЦИЯ КАК ВАЖНЕЙШИЙ МЕХАНИЗМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО АДАПТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: адаптация, саморегуляция, личностный потенциал, экстремальная ситуация, посттравматический стресс

В ряду травматических факторов воздействие военного конфликта относится к числу наиболее тяжелых. Психологический ущерб, полученный в результате посттравматического стресса, приводит к дезадаптации в окружающей среде, нарушению осмысления жизни, снижению волевых процессов, процессов стремления со снижением самоуважения и чувства уверенности, утратой целостности Я, выбором неадекватных целей и способов поведения, возможным развитием психической патологии.

Адаптация – это приспособление к внешней среде, а саморегуляция – это настройка человеком самого себя, своего внутреннего мира с целью адаптации. Саморегуляция – это системная характеристика, отражающая субъективную природу личности, ее способность к устойчивому функционированию в различных условиях жизнедеятельности, к произвольной регуляции личностно параметров своего функционирования даже в экстремальных ситуациях (состояния, поведения, деятельности, взаимодействием с окружением).

Данные, полученные при изучении особенностей саморегуляции у лиц, пострадавших во время военного конфликта в Донбассе, положены в основу индивидуально направленных комплексов упражнений и программ саморегуляции. Для оптимизации психического состояния предлагаются такие методы саморегуляции как гимнастика, самомассаж, нервно-мышечная релаксация, аутотренинг, дыхательная гимнастика, медитация, ароматерапия, арт-терапия, цветотерапия и другие.

Развитая сфера саморегуляции координирует все психологические состояния и способствует сохранению и укреплению психического здоровья и, как следствие этого, адаптации, в том числе, к ситуации травматического стресса. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 71-79).

SELF-REGULATION AS THE MOST IMPORTANT MECHANISM OF POSTTRAUMATIC ADAPTATION PROCESS

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: adaptation, self-control, personal potential, extreme situation, post-traumatic stress

Among the traumatic factors influence of military conflict is considered to be one of the most severe. The psychological damage as a result of post-traumatic stress, leads to maladjustment to the environment, violation of thinking about life, reduce volitional processes, processes with reduced desire to self-esteem and sense of confidence, loss of self-integrity, inadequate choice of goals and modes of behavior, the possible development of mental pathology.

Adaptation is an accommodation to the environment, self-regulation - is setting the man and his inner world by himself to adapt. Self-regulation - is a system characteristic that reflects the subjective nature of the personality, its ability to ensure stable functioning under different conditions of life, to the voluntary regulation of the performance parameters by the personality even in extreme situations (status, behavior, activity, interaction with the environment).

The data obtained in the study of the features of self-control in those who suffered during the military conflict in the Donbass, are set to the basis for individually designed complexes of exercises and self-regulation programs. To optimize the mental state of self-control are offered methods such as gymnastics, self-massage, neuromuscular relaxation, auditory training, breathing exercises, meditation, aromatherapy, art therapy, color therapy and others.

Developed scope of self-regulation is coordinating all psychological states and contributes to the preservation and promotion of mental health and, as a consequence, to adapt, including the situation of traumatic stress. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 71-79).

Литература

- Сукиасян С.Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий / С.Г. Сукиасян // Соц. и клин. психиатр. – 2009. – № 1. – С. 12-18.
- Налчаджян А.А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии / А.А. Налчаджян. -2-е изд., перераб. и доп. - М.: Эксмо, 2010. - 368с.
- Величко М.А. Социально-психологическая адаптация / М.А. Величко. - 2009. - <http://rina-mikrjukova.livejournal.com/20583.html>
- Забегаяева Н.В. Адаптационные возможности человека / Н.В. Забегаяева. - 2013. - <http://www.studfiles.ru/preview/3108724/>
- Ковержнева И.А. Психология активности и поведения / И.А. Ковержнева. – Минск: изд-во МИУ, 2010. – 316с.
- Евсеева С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник в 2 т. / С.П. Евсеева; под общей ред. проф. С.П. Евсеева. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Советский спорт, 2005. - 296с.
- Пушкарев Ю.И. Личность как субъект адаптации и субъект интерпретации: системно-герменевтический подход к изучению личности: Монография. / Ю.И. Пушкарев. – Белгород: ИД «Белгород», 2012. – 209с.
- Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности: (формы, механизмы и стратегии): монография. / А.А. Налчаджян. – АН Армянской ССР, 1988. – 263с.
- Бабич О.М. Саморегуляция. Часть 1. Эмоциональная саморегуляция / О.М. Бабич. - 2011. - <http://becmology.ru/blog/general/self-regulate02.htm>
- Кулоткин Ю.Н. Эвристические методы в структуре решений / Ю.Н. Кулоткин. - М.: Педагогика, 1970. – 229с.
- Леонтьев Д.А. О системном характере смысловой регуляции деятельности / Д.А. Леонтьев // Структура и динамика познавательной и исполнительной деятельности. (Труды ВНИИТЭ. Сер. Эргономика). - М.: ВНИИТЭ ГКНТ СССР, 1987. – Вып. 33. - С. 106-115.
- Краткий психологический словарь. / сост. Л.А. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М., 1985. – 431с.
- Оксфордский толковый словарь по психологии; под ред. А. Ребера, 2002.
- Головин С.Ю. Словарь практического психолога, 1998 // http://royallib.com/book/golovin_s/slovar_prakticheskogo_psihologa.html
- Осницкий А.К. Развитие саморегуляции на разных этапах профессионального становления / А.К. Осницкий, Н.В. Бякова, С.В. Истомина. // Вопросы психологии. - 2009. - № 1. - С. 3-12.
- Симонов П.В. Мотивированный мозг: монография. / П.В. Симонов. - М.: «Наука», 1987. – 272 с.
- Ершов А.А. Время: монография / А.А. Ершов. - СПб.: ГУАП, 2000. – 134с.
- Ксенофонтова Е.Г. Исследование локализации контроля личности – новая версия методики «Уровень субъективного контроля» / Е.Г. Ксенофонтова // Психологический журнал, 1999. – Т. 20. - № 2. - С. 103-114.
- Миславский Ю.А. Саморегуляция и активность личности в юношеском возрасте / Ю.А. Миславский. - Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР - М.: Педагогика, 1991. – 207с.
- Миславский Ю.А. Саморегуляция и творческая активность личности / Ю.А. Миславский // Вопр. психологии, 1988. - №3. – С. 27.
- Рудик П.А. Умственная одаренность и ее измерение / П.А. Рудик. - М., 1967. – 141с.
- Селиванов В.И. Основные подходы к психологическому исследованию волевой активности личности / В.И. Селиванов // Экспериментальные исследования волевой активности. - Рязань, 1986. – 138с.
- Ильин Е.П. Психология воли / Е.П. Ильин. - СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 288с.
- Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции: учебное пособие / В.А. Иванников. - М., 1998. – 142с.
- Калин В.К. Актуальные аспекты теории воли / В.К. Калин // Эмоционально-волевая регуляция поведения и деятельности. Тезисы Всесоюзной конференции. - Симферополь, 1986. – 159с.
- Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 16-24.
- Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика / Н.В. Тарабрина; отв. ред. А.Л. Журавлев. - 2009. - <http://fictionbook.ru/static/trials/09/41/39/09413963.html>
- Айзенк Г.Ю. Структура личности. / Г.Ю. Айзенк. - СПб.: Ювента, 1999. – 332 с.
- Pitman R.K. Posttraumatic stress disorder: emotion, conditioning and memory / R.K. Pitman, A.Y. Shalev, S.P. Orr; ed. Gazzaniga M. - 2nd ed. - The new cognitive neurosciences. - Cambridge, Mass.: MIT Press, 1999. - P. 1133-1147.
- Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. - СПб.: Питер, 2006. – 216с.
- Carver C., Scheier M. Three human strengths / C. Carver, M. Scheier; ed: L.G. Aspinwall, U.M. Staudinger // A psychology of human strengths: perspectives of an emerging field. - Washington (DC): APA, 2003. - P. 87-102.
- Csikszentmihalyi M., Nakamura J. Emerging goals and the self-regulation of behavior / M. Csikszentmihalyi, J. Nakamura; ed: R.S. Wyer // Advances in social cognition. Perspectives on behavioral self-regulation. - Mahwah (NJ): Erlbaum, 1999. - Vol. 12. - P. 107-118.
- Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции / В.И. Моросанова. - М.: Наука, 2001. – 176с.
- Моросанова В.И. Субъект и личность в исследованиях осознанной саморегуляции произвольной активности человека / под ред. В.И. Моросановой. // Личностные и когнитивные аспекты саморегуляции деятельности человека. - М.: Психол. ин-т РАО, 2006. - С. 7-16.
- Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности / О.А. Конопкин. - М.: Наука, 1980. – С. 19-30.
- Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности / А.О. Прохоров. - М.: ПЕР СЭ, 2005. – 197с.
- Осницкий А.К., Бякова Н.В., Истомина С.В. Развитие саморегуляции на разных этапах профессионального становления / А.К. Осницкий, Н.В. Бякова, С.В. Истомина //

Вопросы психологии, 2009. - № 1. - С. 3–12.

38. Карпов А.В. Психология сознания: Метасистемный подход / А.В. Карпов. - М.: РАО, 2011. - 203с.

39. Дикая Л.Г. Психология саморегуляции функционального состояния субъекта в экстремальных условиях деятельности: автореф. дис... д-ра психол. наук / Дикая

Л.Г. -. М., 2002. - 234с.

40. Абульханова-Славская К.А. Личностные механизмы регуляции деятельности / К.А. Абульханова-Славская // Проблемы психологии личности. - М., 1982. - 173с.

41. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. - М.: ПЕР СЭ, 2006. - 304с.

Поступила в редакцию 23.09.2016

Порядок направления, рецензирования и опубликования статей

Направляемые для публикации материалы должны полностью отражать современное состояние разработки исследуемой проблемы, содержать новые результаты на основании проведенного исследования. В печать принимаются оригинальные статьи на русском или английском языке, посвященные собственным исследованиям авторов по актуальным проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин, лекции для врачей и студентов, научные обзоры, наблюдения из практики, дискуссионные статьи, рецензии на новые издания, которые ранее не публиковались.

Материалы, публикуемые в издании должны соответствовать базовым издательским стандартам по оформлению статей по ГОСТ 7.5-98 «Журналы, сборники, информационные издания. Издательское оформление публикуемых материалов», ГОСТ Р 7.0.7-2003 «Система стандартов по информации, библиотечно-му и издательскому делу. Статьи в журналах и сборниках. Издательское оформление», пристатейных библиографических списков по ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления».

Редакция осуществляет закрытое рецензирование статей (срок рецензирования – три-четыре недели), а также оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей. Рукопись, получившая отрицательную оценку, специально рассматривается редколлегией и, в случае ее согласия с мнением рецензента, отклоняется как не соответствующая уровню или профилю публикаций журнала. Отклонив рукопись, редакция оставляет один ее экземпляр в своем архиве.

Статья, принятая к публикации, но нуждающаяся в доработке, направляется авторам с замечаниями рецензента и редактора. Авторы должны внести все необходимые исправления в окончательный вариант рукописи и вернуть в редакцию исправленный текст, а также его идентичный электронный вариант вместе с первоначальным вариантом и сопроводительным письмом-ответом рецензенту. Статьи, отосланные авторам для исправления, должны быть возвращены в редакцию не позднее, чем через 2 недели после получения. Возвращение статьи в более поздние сроки соответственно меняет и дату ее поступления в редакцию.

Один автор может опубликовать в одном и том же номере «Журнала» не более двух статей (в т.ч., в соавторстве).

Требования к оформлению статей:

1. Рукопись статьи должна быть представлена в двух экземплярах на русском или английском языках. Объем статей должен составлять 8-12 страниц машинописно-

го текста через 1,5 интервала. Рукописи статей большего размера согласовываются с редакцией. Отдельно прилагаются список литературы, таблицы, иллюстрации, подписи к ним. Текст должен быть набран в текстовом редакторе Word 95 и выше; шрифт Times New Roman, размер шрифта 14, межстрочный интервал – 1,5, абзацный отступ – 1,25 см, выравнивание текста – по ширине; поля: правое – 10 мм, левое, нижнее и верхнее – по 20 мм; напечатан на листах формата А4.

2. Обязательно приложить к рукописи электронный вариант статьи в формате Word 95 (и выше) на CD-ROM диске или посредством e-mail (по согласованию с редакцией). Графические объекты следует сохранять в формате «TIF» с разрешением 300 точек на дюйм (пикселей на дюйм) в 256 градациях серого для фотографий и 600 точек на дюйм (пикселей на дюйм) для рисунков (2 цвета) и архивировать стандартными архиваторами WinRAR или WinZIP.

3. Статья должна иметь визу руководителя кафедры или института (на 2 экземпляре), официальное направление от руководства учреждения, в котором проведены исследования, и экспертное заключение (Приказ ДонНМУ №80 от 12.05.2016г.).

4. На первой странице в левом верхнем углу размещают шифр УДК, далее – фамилии и инициалы авторов (количество авторов одной статьи не должно быть более пяти), ниже – название статьи прописными буквами, наименование учреждения, в котором выполнена работа. В названии статьи нельзя применять сокращения (аббревиатуры). Далее размещают ключевые слова (число ключевых слов, в том числе входящих в краткие словосочетания, – не более 10).

5. Оригинальные статьи должны состоять из четких подразделов, каждый из которых отвечает определенной цели и содержит лишь соответствующий материал. Эти подразделы: введение (постановка проблемы в общем виде и ее связь с важными научными или практическими задачами, анализ последних (за последние 5-7 лет) исследований и публикаций, в которых начато решение данной проблемы и на которые опирается автор, с выделением нерешенных ранее частей общей проблемы, которым посвящается данная статья), формулирование цели исследования, материал и методы исследования (с обозначением методов статистической обработки результатов), результаты исследования и их обсуждение (изложение основного материала исследования с полным обоснованием полученных научных результатов), выводы из данного исследования с перспективами дальнейших разработок в данном направлении. Внутри статьи на отдельных строках озаглавливают только два раздела: материал и методы исследования; результаты исследования и их обсуждение.

6. Допустимое количество иллюстраций в статье – 5 (включая таблицы и рисунки). Графики, таблицы и

рисунки черно-белые, без цветной заливки, допускается штриховка. Фотографии прямоугольные, контрастные, должны быть напечатаны на глянцевой бумаге; рисунки выполнены на белой бумаге размером не более 1/2 стандартной страницы. Рисунки нумеруют последовательно, в порядке их первого упоминания в тексте (рис.1). Если рисунок в единственном числе, его не нумеруют и в тексте делают ссылку (см. рис.).

7. Таблицы должны быть наглядными, заголовки граф – соответствовать их содержанию, цифры в таблицах – тщательно проверены автором и соответствовать цифрам в тексте. Все графы в таблицах должны иметь названия, сокращения слов в таблицах не допускаются. Аббревиатуры возможны, если они предварительно расшифровывались в тексте. Достоверность различий следует подтверждать статистическим анализом. Каждую таблицу печатают на отдельной странице. Авторы должны убедиться, что все таблицы упомянуты в тексте. Таблицы нумеруют последовательно, в порядке их первого упоминания в тексте (табл.1). Если таблица в единственном числе, она не нумеруется и в тексте делается ссылка (см. табл.).

8. Библиографические ссылки в тексте должны быть приведены с номерами в квадратных скобках в соответствии с прилагаемым списком литературы. Библиография должна содержать работы, главным образом, за последние 7 лет, в том числе публикации авторов статьи. Лишь в случае необходимости допустимы ссылки на отдельные более ранние публикации. В оригинальных статьях цитируют не более 20, а в научных обзорах – 40 источников (большее количество ссылок согласовывается с редакцией). В список литературы не включают неопубликованные работы. Список литературы должен быть озаглавлен “ЛИТЕРАТУРА” и напечатан через 1,5 интервала на отдельном листе. Авторы должны убедиться, что все литературные источники упомянуты в тексте. Литературные источники необходимо располагать по мере использования. Список литературы должен быть оформлен в соответствии с требованиями государственного стандарта - ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления» ([http://](http://diss.rsl.ru/datadocs/doc_291wu.pdf)

diss.rsl.ru/datadocs/doc_291wu.pdf).

9. В конце статьи должны быть подписи всех авторов и анкета, в которой указываются полные фамилия, имя и отчество каждого автора, ученые степени и звания, должности и место работы, служебные (обязательно) адреса и номера телефонов, факс, e-mail.

10. Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена авторами. Все обозначения буквами и аббревиатуры в тексте должны быть пояснены.

11. К статье должны быть приложены рефераты, отражающие основные положения работы, на английском и русском языках (не менее 850 печатных знаков). Рефераты должны содержать фамилии и инициалы всех авторов, название статьи, учреждение, где выполнена работа, ключевые слова и следующие обязательные составляющие основного текста: вступление с описанием актуальности, цель работы, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы (Summary, Research purpose, Materials and methods, Results and discussion, Conclusions). Реферат должен быть структурированным (содержать все указанные рубрики), информативным (быть источником информации о содержании и результатах исследования, не содержать общих фраз, описания общеизвестных фактов, литературных отступлений и т.д.), содержательным (с четким изложением материала, в котором приводятся основные положения и результаты работы, фактические данные, выводы). В реферате не допускается наличие таблиц, рисунков, диаграмм, фотографий, аббревиатур (кроме общепринятых), сокращений. Реферат на английском языке будет размещаться на сайте журнала. Статьи с рефератами, переведенными с помощью компьютерного переводчика или имеющими некорректный перевод на английский язык, печататься не будут.

12. Рукописи, оформление которых не соответствует указанным правилам, не регистрируются и возвращаются авторам без рассмотрения. Дата поступления рукописи регистрируется при получении полного комплекта материалов.

13. Рукописи, не принятые к публикации в журнал, авторам не возвращаются.

Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редколлегия разделяет положения, излагаемые авторами. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказывать свои взгляды на проблему в виде комментария.

Адрес редакции: г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Республиканская клиническая психиатрическая больница. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ им. М. Горького.
тел./факс: (062) 277-14-54, (062) 304-00-94.
e-mail: psychea@mail.ru dongournal@mail.ru