

УДК: 616.895.8-008.445:159.923

В. А. Абрамов, Г. Г. Путятин
**ДЕЗИНТЕГРАЦІЯ ІДЕНТИЧНОСТІ ЛИЧНОСТІ В ПРОЦЕСЕ ФОРМУВАННЯ СТИГМИ
 У БОЛЬНИХ ШИЗОФРЕНІЕЙ**

В. А. Абрамов, Г. Г. Путятин
**ДЕЗИНТЕГРАЦІЯ ІДЕНТИЧНОСТІ ОСОБИСТОСТІ В ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ СТИГМИ
 У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

V. A. Abramov, G. G. Putyatin
**DISINTEGRATION OF PERSONALITY IDENTITY IN THE PROCESS OF STIGMA FORMATION
 IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

Проведено обстеження 80 больних параноїдною шизофренією з різною давністю захворювання: 1-я група (25 человек) — перенесли первый эпизод психоза, 2-я группа (20 человек) — с длительностью заболевания от 2-х до 5-х лет, 3-я группа (35 человек) — более 5 лет.

Исследование проводилось при помощи оригинальной шкалы для оценки уровня самостигматизации и опросника для определения уровня интеграции и профиля идентичности. Выявлена зависимость уровня стигматизации от длительности заболевания у больных параноидной шизофренией. Выделены три уровня интеграции идентичности: 1) целостный уровень; 2) диффузно-фрагментарный уровень; 3) кризис идентичности. Определена зависимость уровня интеграции идентичности личности от длительности заболевания. Выделены уровни кризиса идентичности и описаны механизмы формирования самостигматизации. Установлена зависимость уровня интеграции идентичности личности на различных этапах формирования стигмы.

Ключевые слова: шизофрения, стигма, идентичность, дезинтеграция.

Проведено обстеження 80 хворих на параноїдну шизофренію з різною давністю захворювання: 1-ша група (25 осіб) — перенесли перший епізод психозу, 2-га група (20 осіб) — з тривалістю захворювання від 2-х до 5-ти років, 3-тя група (35 осіб) — більш 5 років.

Дослідження проводилось за допомогою оригінальної шкали для оцінки рівня самостигматизації та опитувальника для визначення рівня інтеграції та профілю ідентичності. Виявлена залежність рівня стигматизації від тривалості захворювання у хворих на параноїдну шизофренію. Виокремлені три рівні інтеграції ідентичності: 1) цілісний рівень; 2) дифузно-фрагментарний рівень; 3) криза ідентичності. Визначена залежність рівня інтеграції ідентичності особистості від тривалості захворювання. Виокремлені рівні кризи ідентичності й описані механізми формування самостигматизації. Встановлено залежність рівня інтеграції ідентичності особистості на різних етапах формування стигми.

Ключові слова: шизофренія, стигма, ідентичність, дезінтеграція.

There was an examination of 80 patients suffering from paranoid schizophrenia with different duration of the disease: Group 1 (25 people) — had the first episode of psychosis, Group 2 (20 people) — duration of the disease of 2-5 years, Group 3 (35 people) — over 5 years.

The research was conducted by means of an original level scale of self-stigmatization and an inventory for identity integration and profile level test. It was discovered that a stigmatization level depends on the duration of the disease in patients suffering from paranoid schizophrenia. Three levels of identity integration are distinguished: 1) a holistic level; 2) a diffuse and fragmentary level; 3) an identity crisis. There is a dependence of personality identity integration level on the duration of the disease detected. There are identity crisis levels distinguished and stigmatization formation mechanism described. There is a dependence of personality identity integration level at the different stages of stigma formation established.

Keywords: schizophrenia, stigma, identity, disintegration

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 [1—6]. 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 [7]. Этот феномен представляет собой сложный процесс формирования новой (девиантной, маргинальной) идентичности [8—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 [11]. В то же время, наиболее ярким примером того, как происходит негативная стигматизирующая атрибуция личности, демонстрирующая непреодолимую дистанцию между больным и обществом, 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, являются самонесдерживающиеся деструктивные изменения идентичности личности и личностных ресурсов [2,12].

Исходя из этого, цель настоящего исследования заключалась в изучении интегративных свойств идентичности личности у больных шизофренией на различных этапах формирования стигмы и в зависимости от длительности заболевания.

Обследовано 80 больными параноидной шизофренией с различной давностью заболевания: 1-я группа (25 человек) — перенесли первый эпизод психоза, 2-я группа (20 человек) — с длительностью заболевания от 2-х

до 5 лет, 3-я группа (35 человек) — с длительностью заболевания более 5 лет.

Исследование проводилось при помощи оригинальной шкалы для оценки уровня самостигматизации и опросника для определения уровня интеграции и профиля идентичности [13].

Шкала оценки уровня самостигматизации предназначена для оценки отношения пациента к своему статусу — психиатрического пациента, — с учетом отношения к самому себе, возможности участия в различных сферах жизнедеятельности, реальных взаимоотношений с окружающими, жизненных планов и возможности их осуществления.

Шкала состоит из 84 утверждений, затрагивающих 12 сфер жизнедеятельности человека [14]. Ответы пациента («правильно», «сомневаюсь», «неправильно») оценивали от 0 до 2 баллов. Ранжирование ответов проводили следующим образом:

1—56 баллов — низкий уровень (1—2 стадии) самостигматизации;

57—111 баллов — средний уровень (3—4 стадии) самостигматизации;

112—168 баллов — высокий уровень (5—6 стадии) самостигматизации.

Опросник для определения уровня интеграции и профиля идентичности состоит из 46 утверждений. Анализ результатов позволяет выделить три уровня интеграции

идентичности: 1) целостный уровень; 2) диффузно-фрагментарный уровень; 3) уровень спутанности или кризис идентичности личности.

При статистической обработке результатов использовались параметрические критерии (коэффициент линейной корреляции Пирсона и *t*-критерий Стьюдента).

На первом этапе анализа результатов проведенного исследования 80 больных шизофренией осуществлялась оценка выраженности уровня самостигматизации (субъективных представлений о возможности реализации жизненных планов) в различных сферах жизнедеятельности. В таблице 1 представлены средние значения показателей стигматизации больных с различной длительностью заболевания.

Анализ общего (суммарного) показателя стигматизации больных шизофренией свидетельствует о низком уровне стигматизации у больных с первым эпизодом психоза ($55,1 \pm 3,68$ балла). В группе больных с длительностью заболевания от 2 до 5 лет общий показатель стигматизации ($93,6 \pm 5,34$ балла) соответствует среднему уровню, а у больных с длительностью заболевания свыше 5 лет ($133,2 \pm 7,7$ балла) — высокому уровню стигматизации. Аналогичная тенденция выявлена и практически по каждой сфере жизнедеятельности человека. К наиболее стигма-уязвимым сферам относятся сферы семейной жизни ($9,0 \pm 0,85$ балла), трудовой деятельности ($9,6 \pm 0,78$ балла) и материальной обеспеченности ($8,6 \pm 0,84$ балла).

Таблица 1

Средние значения показателей стигматизации больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания (в баллах)

Сфера	Средние значения показателей стигматизации (max — 14 баллов)			
	1-й эпизод психоза	2—5 лет	более 5 лет	Общий показатель
Активная жизнь	$4,5 \pm 0,26$	$7,8 \pm 0,65$	$12,9 \pm 0,81$	$8,4 \pm 0,71$
Здоровье	$3,7 \pm 0,21$	$6,7 \pm 0,58$	$9,4 \pm 0,64$	$6,6 \pm 0,56$
Интересная работа	$6,5 \pm 0,43$	$9,2 \pm 0,64$	$13,1 \pm 0,89$	$9,6 \pm 0,78$
Красота природы и искусства	$4,0 \pm 0,23$	$5,9 \pm 0,5$	$7,4 \pm 0,56$	$5,7 \pm 0,54$
Любовь и дружеские чувства	$4,7 \pm 0,28$	$8,1 \pm 0,62$	$11,0 \pm 0,74$	$7,9 \pm 0,81$
Материально обеспеченная жизнь	$4,2 \pm 0,19$	$9,3 \pm 0,69$	$12,3 \pm 0,79$	$8,6 \pm 0,84$
Наличие хороших и верных друзей	$5,0 \pm 0,35$	$8,7 \pm 0,61$	$11,4 \pm 0,71$	$8,3 \pm 0,89$
Уверенность в себе	$3,9 \pm 0,22$	$7,21 \pm 0,54$	$9,6 \pm 0,63$	$6,9 \pm 0,61$
Познание	$4,3 \pm 0,21$	$6,3 \pm 0,49$	$10,4 \pm 0,71$	$7,0 \pm 0,7$
Независимость в поступках и делах	$4,9 \pm 0,26$	$8,4 \pm 0,61$	$11,2 \pm 0,75$	$8,2 \pm 0,54$
Счастливая семейная жизнь	$5,0 \pm 0,29$	$9,3 \pm 0,72$	$12,8 \pm 0,84$	$9,0 \pm 0,85$
Творческая деятельность	$4,4 \pm 0,26$	$7,0 \pm 0,58$	$11,7 \pm 0,72$	$7,7 \pm 0,67$
Общий показатель	$55,1 \pm 3,68$	$93,6 \pm 5,34$	$133,2 \pm 7,7$	$101,7 \pm 5,71$

Выделенные уровни формирования самостигмы в настоящем исследовании ассоциировались со стадией 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 (стадиям) стигматизации при различной длительности заболевания (табл. 2) свидетельствует о наличии достоверных различий ($P < 0,05$) между уровнем

стигматизации больных шизофренией и длительностью заболевания. У больных с первым эпизодом психоза в 72,0 % случаев наблюдается низкий уровень стигматизации и только у 8,0 % больных в силу ряда объективных (недобровольная госпитализация, длительная изоляция) и субъективных (низкий уровень жизнестойкости) причин стигматизационный комплекс завершал свое формирование.

Таблиця 2

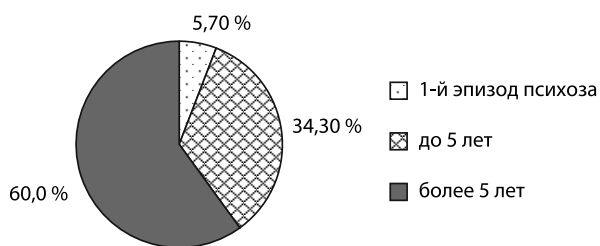
Распределение больных шизофренией в зависимости от выраженности стигматизации и длительности заболевания

Уровень стигматизации	Количество больных, абс. (%)			
	1-й эпизод психоза	От 2-х до 5 лет	Более 5 лет	Всего
Низкий (1—2 стадии)	18 (72,0)	7 (22,6)	—	25
Средний (3—4 стадии)	5 (20,0)*	12 (38,7)*	3 (12,5)*	20
Высокий (5—6 стадии)	2 (8,0)	12 (38,7)	21 (87,5)*	35
Всего	25	31	24	80

* — результат достоверен по сравнению с предыдущим показателем при $P < 0,05$

В группе больных с длительностью заболевания от 2-х до 5 лет в три раза меньше число больных с низким уровнем стигматизации и значительно выше удельный вес высокостигматизированных больных. Наконец, при длительности заболевания более 5 лет количество больных с высоким уровнем стигматизации достигает 87,5 % при полном отсутствии лиц с низкими показателями стигматизации.

При анализе распределения больных шизофренией с высоким уровнем стигматизации в зависимости от длительности заболевания (рис.) установлено, что эту группу составили в основном больные шизофренией с более или менее длительными сроками заболевания (94,3 %), в то время как доля больных с первым эпизодом психоза не превысила 5,7 %. Это свидетельствует о том, что совокупность факторов, связанных с продолжительностью болезни, психиатрического вмешательства и «жизни с болезнью», принимает существенное и, возможно, определяющее участие в формировании стигмы.



Распределение больных шизофренией с высоким уровнем стигматизации в зависимости от длительности болезни

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 [15, 16]. 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 [17].

Эти изменения Я-концепции или идентичности личности являются универсальным признаком, лежащим в основе разнообразных нарушений психосоциальной адаптации больных, их способности к адекватному функционированию, снижения качества жизни [18, 19]. Эти авторы показали, что при кризисе идентичности разрушается способность к самореализации, как необходимого условия активного участия пациента в реабилитационном процессе.

Все категории идентичности отличаются 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 [20].

Полученные нами данные об особенностях интеграции идентичности личности у больных шизофренией (табл. 3) свидетельствуют, что 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.

Таблиця 3

Уровень интеграции идентичности у больных шизофренией в зависимости от длительности болезни

Уровень интеграции идентичности	Первичный психотический эпизод (n = 25)		Длительность заболевания до 3-х лет (n = 20)		Длительность болезни свыше 3-х лет (n = 35)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Целостно-дифференцированный	20	80,0	5	16,1	—	—
Диффузно-фрагментарный (диссоциированный)	5	20,0	9	29,0	6	25,0
Спутанный (отчуждение, кризис идентичности)	—	—	17	54,8	18	75,0

При рецидивній динаміці хвороби з відносно неперодовжительною її тривалістю, але з достатньо інтенсивними формами традиційного психіатричного втручання, значно скорочується кількість хворих з цілісно-диференційованим рівнем інтеграції ідентичності і суттєво зростає кількість пацієнтів з дезінтегрованими формами ідентичності. У хворих з більш тривалою тривалістю хвороби (більше 5 років) і вираженою залежністю від психіатричних служб в 100 % випадків спостерігається розпад Я-концепції з втратою цілісно-диференційованих властивостей ідентичності. В цій групі у 25,0 % хворих встановлено дифузний-фрагментарний (дисоційований) рівень інтеграції ідентичності, а у 75,0 % — спутаний рівень, або криза ідентичності.

Для теоретичної інтерпретації результатів дослідження феномена самоістигматизації і стадій її розвитку нами використовувалися наступні фундаментальні положення: концепція «позитивного психічного здоров'я» (К. Роджерс, А. Маслоу, Дж. Бьюдженталь, В. Франкл), концепція ідентичності як умови психічного здоров'я (Э. Еріксон), теорія навішування ярликів (Т. Беккер), унітарна теорія стигматизації (R. Haghigat), статусна модель ідентичності (Дж. Марсія), теорія «готовності категорії» (Дж. Брунер). На цій теоретичній основі були уточнені змістові характеристики виділених нами стадій стигматизаційної самоідентифікації, що відображають рівень дезінтеграції ідентичності особистості.

Початкові стадії (1—2) формування самоістигми характеризуються усвідомленням і прийняттям негативної ідентифікації хворих з психічними розладами на фоні цілісно-диференційованого рівня інтеграції особистої ідентичності. Цей рівень інтеграції ідентичності передбачає наявність балансу динамічності/статичності, а також високий рівень диференційованості і цілісності. Висока ступінь диференційованості передбачає усвідомлення і виділення особистих сторін і якостей свого Я. Цілісність означає переживання внутрішнього єдності, незважаючи на зовнішню різноманітність якостей Я. Цілісність образу Я залежить від особливостей усвідомлення рефлексії себе: чим вище рівень рефлексії себе, чим ширше і багатше її зміст, з позицій якого людина здійснює рефлексію себе, тим стійкіше його Я, тим збереженіше цілісність особистості. Таким чином, «цілісно-рефлексивне Я», як переживання людинкою своєї унікальності і нескінченності, свого тождества з світом представляє собою стержень цілісності особистості [21].

На цій основі в свідомості пацієнта актуалізуються стереотипні уявлення про існування в макро- і мікросоціальному середовищі феномена виділення і «маркування» людини з психіатричним діагнозом і присвоєння їй негативних якостей відповідно до передубежденнями і стереотипами обезцінювання і дискримінації осіб з психічними розладами. При цьому підкріплюються особисті відмінності від «типичного» психічно хворого, що дозволяє пацієнту отождествляти себе з здоровими (нормальними) людьми, незважаючи на формальне визнання наявності у нього психічного розладу (1-я стадія).

Во другій стадії самоістигми формується внутрішнє погодження і прийняття негативного контексту стереотипів по відношенню до психічно хворих (недостойний, нічого не стоячий, неспроможний досягти конкретних життєвих цілей), переконання в їх правдивості і реалістичності. Освідомлення опозиційної настроєності суспільства по відношенню до цієї групи хворих сприяє формуванню готовності до категоріальної ідентифікації на «здорових» і «хворих», приховуванню фактів, підтверджуючих належність до «групи хворих», тривожних очікувань, відношення до себе і своєї подальшої життєдіяльності. При наявності високої самооцінки, високого рівня життя, соціальної підтримки і високого рівня соціального функціонування не виключається включення механізмів розширення особистих можливостей протидієванню подальшому формуванню самоістигми.

Наступні дві стадії формування самоістигми відображають особливості дисоціативно-фрагментарного рівня дезінтеграції ідентичності. 3-я стадія характеризується емоційно-мотиваційним напруженням з переживаннями високої суб'єктивної значимості психіатричного діагнозу і численних ризиків для подальшої власної життєдіяльності, загрози суттєвого зниження якості життя і дискримінації. Виникає обезцінювання Я з точки зору можливостей, досягнення особистих цілей і оволодіння з хворобою, переосмислення основних (прежніх) цінностей своєї життя з почуттям їх безнадійної втрати, обмеження мотивації до соціальним контактам.

При здійсненні невольних форм психіатричної допомоги або використанні механізмів вимушеного погодження до психіатричного втручання і різних форм примусу у хворого спостерігаються ознаки когнітивного диссонансу [22] у вигляді вираженого дискомфорту в зв'язі з загрозою Я-концепції (представлення пацієнта про себе). Стан когнітивного диссонансу як один з механізмів самоістигматизації робить хворого більш вразливим по відношенню до фруструючих зовнішніх впливів. Подальша динаміка формування самоістигми і образу життя пацієнта визначається зайнятою їм соціальною нішею: чи це життя серед здорових людей з позитивним відношенням до себе, чи це життя в суспільстві психічно хворих в неформальному колективі психіатричного стаціонару, чи це існування поза активних контактів з суспільством.

4-я стадія стигматизаційної самоідентифікації характеризується готовністю до категоріальної ідентифікації на «хворих» і «здорових», до деідентифікації від психічно здорових людей в особистій і соціальній сферах, початковою готовністю категорії «Я — психічно хворий». Відзначається слабка структурованість образу Я і його меж з заниженою і неадекватною самооцінкою, виражена озбоченість своїм положенням в суспільстві і перспективою подальшої «життя з хворобою», зниження соціальної активності.

Висхідні стадії самоістигматизації характеризуються різною ступенем вираженості кризи ідентичності особистості. На 5-й стадії виникає формування деструктивних статусів особистості

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 связанного 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 самопрятия, 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 самоэффективности.

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 не способными 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 самостигмы 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.

Деструктивный 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 ощущение растерянности, «размытости» личностных границ, потери контроля над собой, неуверенности в себе, уход от реального мира; общей дезинтеграцией личности [17]. Базовой предпосылкой формирования кризиса индивидуальной идентичности является невозможность индивида соотносить внутренний мир с внешним [20].

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.

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 неполноценности, трудности в адекватной оценке реальности, хроническим чувством покинутости, пустоты и скуки. Ценностно-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, применении неадаптивных стратегий поведения.

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 времени 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 «вперед ничего нет», «будущего не видно», «вперед 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 самости, 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, с постоянным ощущением бессмысленности групповых норм и отсутствия 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.

Наиболее типичной особенностью процесса маргинализации пациента, как конечной стадии стигматизационной самоидентификации (самоопределения), является ретретическое поведение (от англ. *retreat* — бегство, уход в себя, бегство от реальной жизни). 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 направлении девиантной субкультуры сопровождается отчуждением и социальным исключением больного, разрушением привычных устоев жизни.

Таким образом, трансформация идентичности личности или кризисное изменение идентичности у больных шизофренией характеризуются 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.

Анализ соотношения частоты тех или иных уровней (стадий) стигматизации и уровней интеграции идентичности личности показал (табл. 4), что при низком уровне стигматизации (1—2 стадии) у подавляющего большинства больных сохраняется целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности. 3—4 стадиям стигматизации в основном соответствует диффузно-фрагментарный (50,0 % больных) и спутанный (30,0 % больных) варианты дезинтеграции идентичности. Заключительные стадии стигматизации характеризуются преобладанием больных с проявлениями кризиса идентичности при полном отсутствии целостно-дифференцированного ее варианта. Установленная зависимость свидетельствует о патогенетической сопряженности стигматизационных процессов с деструктивными изменениями идентичности личности.

Таблица 4

Распределение больных шизофренией по уровням интеграции (деинтеграции) 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)	21	84,0	4	16,0	—	—
Средний уровень (3—4 стадии)	4	20,0	10	50,0	6	30,0
Высокий уровень (5—6 стадии)	—	—	6	17,1	29	82,9

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.

Список литературы

1. Тараканова Е. А. Корреляция вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией / Е. А. Тараканова, Н. Я. Оруджев // Вестник РАМН. — 2010. — № 6. — С. 16—20.
2. 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. — N 52. — P. 96—112.
3. 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.
4. Михайлова И. И. Самостигматизация психически больных : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : И. И. Михайлова. — М., 2005. — 18 с.
5. Гонжал О. А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / О. А. Гонжал // Психиатрия : научно-практический журнал / [ред. А. С. Тиганов, Н. М. Михайлова]. — 2006. — № 3. — С. 39—46.
6. Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией / [О. А. Блохина, С. Н. Ениколопов, С. А. Судаков, Я. С. Оруджев] // Там же. — 2005. — № 1. — С. 26—30.
7. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы — отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Финзен. — М., 2001. — 215 с.
8. 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.
9. 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-Петербург. ун-та. — 2008. — Вып. 3. — С. 55—64.
10. Скрипка Е. Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами / Е. Ю. Скрипка // Молодой ученый. — 2012. — № 7. — С. 232—237.
11. Ertugrul A. Reception of stigma among patients with schizophrenia / A. Ertugrul, B. Ulug // Soc. Psychiatry Epidemiology. 2004. — 39. — P. 73—77.
12. 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.

13. Методический комплекс для оценки стигматизирующих эффектов психиатрической помощи / [Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Абрамов А. В. и др.]. — Донецк : Каштан, 2011. — 25 с.

14. Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта / Е. Б. Фанталова. — Самара : Издательский дом Бахрах-М, 2001. — 128 с.

15. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. — Л., 1978. — 233 с.

16. 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.

17. Гунгер Н. Н. Психологические средства становления идентичности личности в период нормативного кризиса взрослости : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.01 Общая психология, психология личности, история психологии / Н. Н. Гунгер. — Новосибирск, 2007. — 23 с.

18. Кадыров И. М. Динамика идентичности пациента с параноидной шизофренией в ходе психоаналитического интервью / И. М. Кадыров, И. А. Толпина // Вопросы психологии. — 2008. — № 4. — С. 55—70.

19. Толпина И. А. Динамика идентичности при психотических расстройствах : дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук / Толпина Инна Абрамовна ; Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова. — М., 2009. — 281 с.

20. Bosma H. A. Identity development in adolescence: Coping with commitments / H. A. Bosma. — Proefschu Groningen: Rijksuniv the Groningen, 1985. — 156 p.

21. Непомнящая Н. И. Человек — целостный / Н. И. Непомнящая. — М., 2002.

22. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса / Л. Фестингер. — СПб.: Ювента, 1999. — С. 15—52.

Надійшла до редакції 08.02.2014 р.

АБРАМОВ Владимир Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, г. Донецк; e-mail: volodymyr_abramov@yahoo.com

ПУТЯТИН Геннадий Геннадиевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДонНМУ им. М. Горького, г. Донецк; e-mail: dondom1@yandex.ua

ABRAMOV Volodymyr Andriiovych, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the Donets'k National medical University named after M. Gor'ky, Donets'k; e-mail: volodymyr_abramov@yahoo.com

PUTYATIN Gennadiy Gennadiiovych, MD, PhD, Associate Professor of Department of psychiatry and medical psychology of the DonNMU, named after M. Gor'ky, Donets'k; e-mail: dondom1@yandex.ua