

Оглавление

| | |
|---|----|
| Введение..... | 4 |
| Стигма..... | 5 |
| Стигматизация..... | 13 |
| Самостигматизация..... | 16 |
| Изменение отношения к психически больным в обществе..... | 28 |
| Взаимодействие с властными структурами..... | 30 |
| Взаимодействие со средствами массовой информации..... | 31 |
| Дестигматизация..... | 33 |
| Участие психологических служб..... | 41 |
| Участие психиатрических служб..... | 42 |
| Роль общественных организаций..... | 44 |
| Заключение..... | 46 |
| Список литературы..... | 46 |

Введение

Последние десятилетия в психиатрии оказались революционными. Современные лекарства и реабилитационные программы дали возможность большинству лиц с психическими расстройствами вести привычный образ жизни. Казалось бы, ушли в прошлое времена, когда клеймо «сумасшедший» отражало тяжелое состояние больного и драматизм его существования: многолетнее содержание в больнице, мучительные способы лечения, страх и агрессия окружающих. Однако именно сейчас психиатрический диагноз для многих является проблемой, нередко более актуальной, чем само заболевание. Древнее клеймо превратилось в символ инакости и приобрело более скрытый, но масштабный характер воздействия. Такие слова, как «психически больной», «сумасшествие», «шизофрения» современный обыватель свободно применяет к тому человеку, контексту или ситуации, которые хочет отвергнуть, наполняя их любым удобным для него смыслом. Это приводит к спекуляции психиатрическими понятиями на социальном и государственном уровнях и формирует представление о психически больных как о чуждых «нормальному» миру. Заболевшие люди воспринимают начало психического расстройства как знак неведомого перерождения их сущности. Они лишаются возможности жить в гармоничном единстве с окружающими и оказываются перед выбором: оставаться собой, отвергая мир, или достигать согласия с миром, игнорируя свои проявления.

Стигма

«По городу гуляют сумасшедшие...»

(заголовок статьи в газете

«Комсомольская правда», 09.04.01)

Выражение «психически больной» у каждого из нас вызывает определенные представления и ассоциации. Узнав, что у конкретного человека есть психиатрический диагноз, мы невольно начинаем находить в нем черты, которые, как нам кажется, свойственны психически больным. Наши представления о психически больных создают своего рода «фильтр», который мешает нам воспринимать человека непосредственно. Наше отношение к нему становится предвзятым. Фантазии о том, что характерно для психически больных, у разных людей могут сильно различаться между собой. Основное значение имеют представления, наиболее распространенные в том или ином обществе. Они являются частью менталитета этого общества и формируют стигму в психиатрии.

Поскольку важным индикатором распространенности тех или иных представлений среди населения являются СМИ, мы посвятили первый этап нашего исследования анализу публикаций на психиатрические темы в газетах за 1995–2002 гг. В результате нам удалось выявить наиболее типичные для россиян представления о психических заболеваниях, психически больных и психиатрии.

Газетные публикации создают яркие, подчас пугающие картины психиатрических будней, имеющие в большинстве случаев весьма отдаленное отношение к реальности. Например, складывается мнение, что в связи с недостаточным финансированием психиатрическая служба не обеспечивает ни должного лечения, ни даже достойного содержания больных. Часто описываются психиатрические больницы, размещенные в непригодных, требующих ремонта помещениях. Их персонал контактирует с полуголодными, нередко агрессивными людьми. Еще одной эпатажной темой является побег пациентов из психиатрической больницы, о котором пишут по аналогии с побегом преступника из тюрьмы. Поскольку в боль-

шинстве подобных публикаций не делается различия между психическими больными, проходящими принудительное лечение, и остальными пациентами, у читателя создается впечатление, что все люди с психическими расстройствами представляют опасность и содержатся в психиатрической больнице принудительно. От внимания читателя ускользает тот факт, что психиатрическое лечение, как и любое другое, согласно современному законодательству, является добровольным.

В отдельных статьях журналисты «разоблачают истинное положение» внутренней жизни психиатрической больницы с «тюремными» порядками в ней и произволом персонала. На этом фоне особенно удручающее впечатление производят рассказы о таких преступлениях медиков, как перепродажа лекарств, поборы, взяточничество, злоупотребления в экспертных вопросах, попустительство в юридических делах об имуществе пациентов.

Публикации с положительной оценкой работы психиатрических служб ограничены темой помощи людям, попавшим в экстремальные ситуации. Это медико-психологические центры и консультации, своевременная помощь пострадавшим от террористических актов, разработка методов профилактики серийных убийств и др. Вместе с тем, важнейшие на сегодняшний день вопросы организации медико-социальной помощи психически больным, проживающим в обществе, на страницах газет практически не освещены.

Образ психиатра по материалам публикаций вызывает целую гамму эмоций. Это всемогущая фигура, повелитель безумия, знаток человеческих душ, вершитель судеб. Обладая такой, почти неограниченной властью, психиатр представляет большую опасность: может объявить человека недееспособным, превратить его с помощью лекарств в «овощ» и многое другое. Страх перед этим «зловещим персонажем» смягчается его обесцениванием в анекдотах и саркастических замечаниях. Публикации, отражающие гуманизм медиков, единичны... В качестве экспертов психиатры привлекаются к обсуждению широкого круга вопросов, в том числе и прямо не относящихся к проблеме психических расстройств. Например, в статьях о чрезвычайных ситуациях и террористических актах пси-

хиатры комментируют мотивы преступников и дают советы потенциальным жертвам. Именно в этом контексте психиатры представлены положительно, как приходящие на помощь в самые трагические моменты. Но и здесь не обходится без скрытой иронии. Показательна цитата из в целом позитивной по отношению к психиатрам статьи: «Когда происходит катастрофа и гибнут люди, то психиатры знают — это их время» («Человек без родных и близких...», «Новые известия», 16.01.02). Фигура психиатра столь публична, что его недостатки и пороки вызывают особое негодование на страницах газет. Публикуются сведения об участии психиатров в ущемлении имущественных прав больных, о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар здоровых лиц по корыстным мотивам. Психиатров обвиняют в укрывании подследственных от уголовной ответственности, помощи в стремлении «откосить» от армии, неспособности оградить общество от призыва психически больных в армию. Появляются материалы о некомпетентных, «доморощенных» психиатрах, а также о врачах «на службе» у психофармакологических фирм.

Как уже отмечалось, психиатры привлекаются для освещения вопросов, непосредственно с психиатрией не связанных — этика, искусство, отношения между людьми. Например, высказывается мнение о том, что психиатры могут выступать в качестве цензоров СМИ, определяя, какая информация не может быть предоставлена широкой аудитории, как нарушающая ее психическое здоровье. Это создает представление о психиатре как всезнающей, всемогущей и, вместе с тем, устанавливающей запреты фигуре.

Теперь посмотрим, как отражен на страницах СМИ образ психически больного. Прослеживается несколько вариантов. Чаще всего встречается персонаж, достойный триллера — убийца, насильник, маньяк, извращенец и канныбал. Он жесток, изворотлив и упорен в достижении цели. Его поведение нелогично и непредсказуемо. Это преимущественно герой криминальных статей, публикаций об Институте судебной психиатрии им. Сербского и, изредка, обитатель провинциальных психиатрических больниц. Создается впечатление, что такой больной представляет постоянную угрозу в

повседневной жизни и «задает тон» психиатрической больнице, в которой находится. Ряд публикаций посвящен описанию нападений больных на работников психиатрических стационаров и их убийств, что только укрепляет обывателя во мнении о жестокости психически больных и необходимости изоляции их от общества.

Иное впечатление производит герой многих эпатажных статей — человек, нуждающийся в психиатрической экспертизе, или пациент психиатра. Он непонятный, нелепый, иногда забавный, но в целом безобидный. Как правило, попыток понять, объяснить его поведение не делается, поэтому сочувствия у читателя он не вызывает.

Персонажем криминальных статей о злоупотреблениях психиатров или родственников психически больного предстает больной-жертва. Он вызывает жалость своей подчеркнутой беспомощностью, поскольку страдает слабоумием или иным тяжелым психическим расстройством.

Единственный вариант, когда пациент психиатра принципиально не отличается от обычного человека, описан в публикациях о пограничных психических расстройствах. Их герой понятным читателю образом страдает, нуждается в понимании и поддержке и вызывает сочувствие. Его переживания обычно комментируются психологами и психотерапевтами.

В редких работах отмечается, что страдать психическим расстройством могут гении, талантливые или хорошо известные люди.

Статьи о больных так называемыми пограничными расстройствами резко отличаются по стилю от публикаций о людях с тяжелыми психическими заболеваниями. При освещении патологии невротического уровня преобладают информационная направленность, уважительный, доброжелательный тон. Читатель может найти в них конкретные рекомендации по совладанию с болезнью. О более выраженных, так называемых эндогенных психозах (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) подобных работ практически нет. Обнаруженные нами публикации на эту тему носят преимущественно эпатажирующий характер. Они не дают никакого представления ни о сути психотических состояний, ни о том, как

они переживаются людьми, ни о мерах помощи. Больной показан лишь носителем агрессии и опасности или беспомощной жертвой.

В материалах прессы часто приводятся данные о распространности психических расстройств. Психиатры, привлекаемые для освещения этого вопроса, располагают достоверными сведениями и оперируют ими для привлечения внимания к насущным потребностям населения в психиатрической помощи. Этот вопрос в изложении журналистов выявляет недостаточную информированность последних. К сожалению, акцент часто ставится не на реальном положении вещей, а на громких, пугающих цифрах. Сами по себе заголовки статей «У трети россиян — отклонения в психике» («Новые известия», 07.04.01), «Почти миллион российских детей психически больны» (там же, 06.06.01), «Мрачные сведения Минздрава» («Российская газета») создают впечатление, что общество буквально «сходит с ума». Кроме того, рост числа психических расстройств среди населения подается СМИ, как признак социального неблагополучия.

На самом деле, столь пугающий эффект подобных работ достигается вследствие неполноты и неточности преподносимых в них сведений. Так, приводимые в разных статьях цифры о распространности психических заболеваний значительно расходятся. При этом не уточняется, какие именно заболевания имеются в виду. Не всегда читатель может понять, идет ли речь о возрастании психогенно обусловленных, то есть вызванных психологическими причинами, расстройств, действительно связанных с социальными проблемами, или о хронических психических заболеваниях, число которых остается практически неизменным. Еще одна причина увеличения показателя распространности психических расстройств — возросшая квалификация психиатров-диагностов, их способность выявить то или иное заболевание. А в связи с изменением установок населения по отношению к психиатрическим службам к психиатрам и психотерапевтам стали обращаться люди с так называемыми пограничными и легкими эмоциональными расстройствами. Описанные нюансы, как правило, игнорируются СМИ.

Несомненно, в демократическом обществе открытость психиатрической статистики необходима. Но было бы желательно сопровождать публикуемые данные разъяснениями специалистов.

Приведенный материал позволяет констатировать тот печальный факт, что российские СМИ создают и распространяют разнообразные негативные представления о пациентах и сотрудниках психиатрических служб. Психиатрия дискредитируется как наука и как отрасль практической медицины.

Анализ газетных публикаций показал, что составляющие стигму в психиатрии представления связаны между собой определенной логикой. Например, опасный больной ассоциируется с беспомощностью психиатрии как отрасли практической медицины, а персонал психиатрических учреждений предстает в виде жертв больных. Напротив, беспомощный больной чаще связывается с непорядочностью и злоупотреблениями персонала. Мы сочли нужным более подробно исследовать наиболее типичные для представителей разных возрастных и профессиональных групп представления на психиатрические темы и связь между ними. Работа только со СМИ не давала нам такой возможности. Поэтому на следующем этапе работы мы провели опрос населения об их представлениях о психически больных, психических расстройствах, психиатрах и психиатрии. Как и следовало ожидать, результаты этого опроса в целом соответствуют настроениям СМИ. Так, выявилось стремление людей дистанцироваться от психически больных. Примерно половина опрошенных сомневаются в том, что общение с психически больным может быть полезным или приятным, а 15% респондентов признаются, что прекратят общаться с человеком, узнав, что он имеет психиатрический диагноз. Около трети опрошенных приемлют психически больного лишь в качестве коллеги по работе, соседа по лестничной клетке или члена дружеской компании.

Многие считают необходимым ограничить права и свободы психически больных, например иметь детей, учиться в вузе. 61% опрошенных полагают, что человеку с психическим расстройством нельзя доверить ответственное дело, 43% находят целесообразным

изолировать психически больных, а 6% — физически уничтожать, как обузу для общества.

Вместе с тем, как ни странно, наиболее распространенными оказались мнения о психически больных как опасных и непредсказуемых, но умных и интересных людях.

Характер отношения населения к психиатрии и психиатрам противоречив. Вера в эффективность психиатрического лечения и компетентность психиатров сочетается со страхом перед ними: многие полагают, что психотропные препараты очень вредны и вызывают зависимость, психиатры сознательно причиняют вред своим пациентам и могут признать больным здорового человека. Даже такой нелепый предрассудок, как возможность заразиться психическим заболеванием, находит поддержку среди 22% опрошенных.

Оказались популярными взгляды, отрицающие биологический характер психического заболевания, например, представления о нем, как о наказании за грехи (19%) или о следствии ворожбы, порчи (38%). Треть опрошенных полагают, что за психически больных порой принимают людей, которые действительно контактируют с инопланетянами.

Обращает на себя внимание то, что нередко один и тот же респондент соглашается с утверждениями, имеющими противоположный смысл. Это свидетельствует об отсутствии у опрошенных четкой системы взглядов на данную проблему. Они готовы положительно отвечать на утверждение, которое лишь выглядит логичным и правдоподобным.

Итак, мы описали наиболее распространенные мнения населения о психически больных и психиатрии. Для того чтобы выявить связи между ними, в нашем научном отделе был проведен факторный анализ утверждений опросника. В результате утверждения, ответы на которые были связаны между собой, объединились в группы (факторы). Их оказалось четыре.

Первый, наиболее значимый, фактор «*Контроль и отвержение*» отражает стремление ограничить права психически больных и дистанцироваться от них. Лицам с психическими заболеваниями приписывается социальная опасность, непредсказуемость, бесполез-

ность и ненадежность. Отрицается приоритет личной свободы и ответственности людей с психическими заболеваниями, считается, что общество вправе принимать решения за психически больных. Безопасность общества ставится выше личной свободы больного.

Второй фактор «*Негативное отношение к психиатрии*» характеризует отношение к психиатрии, психиатрам и психиатрическому лечению. Сюда входят утверждения как о компетентности психиатров и эффективности психиатрического лечения, так и о страхе перед психиатрией, и о возможности и намерениях психиатров причинить вред даже здоровым людям.

Третий фактор «*Агрессивное неприятие*» выражает негативное отношение к лицам с психическими заболеваниями. Больной воспринимается как «плохой человек» и наделяется низким интеллектом. По отношению к нему допустимы репрессивные действия, вплоть до уничтожения.

Четвертый фактор «*Небиологические представления о психическом заболевании*» отрицает или ставит под сомнение объективный характер психопатологии (учение о природе психических заболеваний и закономерностях их течения), медицинскую модель психического заболевания. Предполагается, что психическое заболевание — это результат безволия, слабого характера, признак таланта, пробуждение особых способностей, наказание за грехи. Сторонники небиологических представлений о психических заболеваниях приписывают вину и ответственность за болезнь самим больным. Они считают, что психическое расстройство — отчасти выбор больного, связанный с его желанием пользоваться преимуществами заболевания, например игнорировать общественные нормы. Таким образом, наиболее сильно влияет на отношение общества к больным такой элемент стигмы, как оценка способности больных к нравственному, морально-этическому контролю над своим поведением.

А теперь сравним описанные взгляды населения с представлениями самих психически больных о себе и об отношении к ним окружающих. Об этих представлениях мы узнали, опросив людей с шизофренией, депрессивными и невротическими расстройствами.

Оказалось, что больные склонны объяснять свои проблемы с личной жизнью и дружескими отношениями предвзятым отношением окружающих. Между тем способность поддерживать длительные, эмоционально значимые отношения, а также творческие способности и эстетическое чувство они, как правило, считают неподвластными влиянию болезни. Для лиц с психическими расстройствами понятие «психически больной» в первую очередь означает человека со сниженной активностью и трудоспособностью. В целом, образ психически больного у лиц с психическим расстройством более напоминает их представление о себе, чем представление о них общества.

Люди с психическими расстройствами изменяют стереотипы общества о психически больных в соответствии с личным опытом.

Стигматизация

Один из авторов данной брошюры — гардеробщице при выходе из ПНД:

А.: Извините, можно от вас позвонить?

Г., хмуро: Не положено!

А.: Я врач, устраиваюсь сюда на работу, мне очень нужно...

Г., подозрительно осматривая автора с головы до ног: Вы устраиваетесь на работу В ДАННОЕ ... Э-Э-Э... ЗАВЕДЕНИЕ?!

Застывает в напряженном ожидании...

После длительных уговоров допускает до телефона.

Во время разговора стоит рядом, не спуская глаз.

Услышанное убеждает ее в правдивости слов автора.

Стиль поведения резко меняется — услужливо подает пальто, заискивающе улыбаясь, желает удачи.

Понятно, что гардеробщица, многие годы изо дня в день обслуживая пациентов ПНД, была готова в очередной посетительнице также увидеть пациентку и повела себя с ней сообразно своим представлениям о психически больных — как с человеком, которому нельзя доверять. «Наложила» на ту же персону «маску» врача —

другое отношение, другое поведение. А персона-то та же самая, более того, гардеробщице по-прежнему неизвестная...

Итак, стигматизацией называется восприятие человеком людей с психиатрическим диагнозом в соответствии со своим представлением о «типичных» психически больных (т.е. в соответствии с содержанием стигмы). Человек, применяющий свои представления о психически больных в целом к конкретному лицу, является стигматизатором. Стигматизатор не может воспринимать человека во всей уникальности и полноте, поскольку замечает в его поведении лишь то, что соответствует его фантазиям о психически больных. В результате стигматизации отношение к больному является предвзятым.

На представления человека о психически больных и его отношение к ним влияют очень многие факторы: возраст, образование, культурный уровень и религиозность, профессия и опыт общения с психически больными, характер и состояние здоровья и, наконец, его оценка всего перечисленного, образующая самооценку. Например, описанный в предыдущем разделе фактор «Контроль и отвержение» предполагает стихийность, неуправляемость поведения психически больного, невозможность его контроля над собой, «поглощенность» его личности болезнью. Фактор отражает страх перед больными и потребность ограничить их личную свободу. Указанное отношение характерно для людей старшего возраста, озабоченных собственной безопасностью, которая зависит от стабильности окружающей их среды. Оно менее свойственно представителям таких профессий, как врачи-психиатры, социальные работники и журналисты, поскольку общение с самыми разными людьми — их стихия, опасной не воспринимаемая.

Сторонники «Агрессивного неприятия», напротив, преувеличивают возможность больных контролировать себя. В результате, проявления болезни трактуются ими как негативные личностные качества больного и оказываются поводом для агрессии в его адрес. Такое отношение чаще встречается у мужчин и лиц молодого возраста, а из профессиональных групп — у работников правоохранительных органов, что в комментариях не нуждается.

«Негативное отношение к психиатрии» не зависит от пола, возраста и образования респондентов. Более позитивно к психиатрии относятся сотрудники психиатрических учреждений и работники правоохранительных органов. Действительно, в определенных ситуациях психиатры — союзники и единомышленники последних.

Как ни странно, негативное отношение к психиатрии не связано с негативным отношением к психически больным. Лояльность к пациентам психиатра обусловлена влиянием фактора «Небиологические представления о психическом заболевании». В соответствии с его содержанием всякое заболевание рассматривается как результат воздействия внешних сил. Такая модель предполагает нравственную сохранность больного, в то же время снимая с него ответственность за болезненные проявления. Чаще всего так мыслят люди с более низким образовательным уровнем.

Углубленное изучение представлений о психически больных проводилось методом личностного семантического дифференциала. Этот метод позволяет на основании отдельных представлений о больном сконструировать его целостный образ, характерный для определенной группы людей, и выяснить, с кем из важных для них лиц (родитель, ребенок и т. п.) этот образ ассоциируется.

Оказалось, что психически больной человек воспринимается как непредсказуемый, непонятный, агрессивный, ненадежный и в то же время слабый, жалкий, зависимый, неуверенный, беспомощный, неприспособленный и замкнутый.

Как абстрактное понятие «психически больной человек», так и лица с конкретными психическими отклонениями чаще всего ассоциируются у опрошенных со слабыми людьми. В то же время абстрактный психически больной воспринимается как необычный, в отличие от лиц с невротической и депрессивной симптоматикой. Для людей немедицинских профессий и медицинских сестер психически больной представляется в первую очередь человеком с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, во вторую — с депрессивными проявлениями. У данной группы опрошенных его образ ассоциируется с представлением о трудном ребенке. Лица с признаками невроза они не считают психически больными.

Данные этого этапа исследования позволяют понять, что на потребность человека в стигматизации психически больных и на способ, которым он ее осуществляет, сильно влияют его собственные психологические проблемы.

В подтверждение сказанного приведем следующий пример:

Мужчина преклонных лет сделал блестящую профессиональную карьеру. Вместе с тем, его отношения с дочерью складывались сложно, не позволяя реализоваться в родительском качестве. Рождение внучки подарило ему еще один шанс, но превратило дочь в конкурентку. Поскольку у дочери изредка возникали приступы психического расстройства, отец стал отслеживать «симптомы болезни», за которые нередко принимал проявления самостоятельности дочери, взгляды на жизнь, отличные от его собственных. Подбирал для нее психиатров, расположенных «играть в его игру»...

И, наконец, возбудил судебное дело об ограничении ее родительских прав в связи с психическим заболеванием.

Самостигматизация

На врачебном приеме — молодой, явно обвинительный пациент.

П.: ...а еще я хочу с девушкой познакомиться, но не могу.

В.: Почему?

П.: А как я ей скажу, что у психиатра на учете? Подумает — придурок.

В данном случае «маску» собственного изготовления пациент накладывает на себя сам.

Самостигматизацией пациента психиатрических служб называется его реакция на заболевание и статус психически больного в обществе. Эта реакция связана с глубокими изменениями внутреннего мира больного. Что же происходит с человеком, у которого началось психическое заболевание?

Проявления болезни, как правило, создают разнообразные проблемы для страдающего ею человека. Эти проблемы могут касаться как внутренней жизни больного — его мыслей, эмоций, физическо-

го самочувствия, так и его активности в окружающем мире: работа, общение. Человек замечает, что его возможности снижаются. Меняется его самооценка: он чувствует себя в каком-то отношении «хуже» окружающих. Перед больным возникает вопрос: болезнь снизила его компетентность лишь по сравнению с конкретными людьми (или относительно его самого до болезни) или он перестал соответствовать нормам общества в целом? От ответа на этот вопрос зависит, будет ли больной по-прежнему считать себя представителем «нормального», «здорового» общества, пусть и в другой роли, или встанет на позицию изгоя. Но любой изгой продолжает нуждаться в человеческой поддержке. Больному важно иметь общество, нормам которого он соответствует и к которому по праву может себя отнести. Таким сообществом в представлении больного становится сообщество психически больных с более лояльным, по определению, отношением к нестандартности. Таким образом, представление об обществе у больного также оказывается измененным: окружающие люди теперь делятся для него на психически больных и здоровых. Как правило, эти сообщества в представлении больного оказываются антагонистичными в связи с распространенностью негативных предрассудков о психически больных и чувством несостоятельности и вины у самого больного.

Описанные выше изменения самосознания составляют основу самостигматизации. Они, как правило, являются травматичными для больного. Поэтому самостигматизация всегда включает в себя защитные психологические механизмы. В нашей работе выявились три основных их формы.

1. Аутопсихическая форма. Переживание вины в связи с собственной несостоятельностью больной может переработать следующим образом. Он неосознанно преувеличивает свою несостоятельность и снижает требования к себе: *«я тяжело болен и должен себя беречь, целью моей жизни является самосохранение (вариант — борьба с болезнью)»*. Больной без веских оснований оставляет учебу или работу, меняет род занятий, довольствуясь деятельностью, которая не требует от него особых трудозатрат и ответственности. Иногда он старается облегчить себе даже процесс общения, что не-

гативно сказывается на его социальных и семейных отношениях. В выраженных случаях круг общения больного составляют лишь помогающие ему лица. Свою деятельность такой человек направляет на оздоровление различными способами, и нередко прежним интересам уже не остается места в его жизни. Описанный механизм помогает больному избавиться от вины и придает смысл его несостоятельности: из индикатора того, что больной «хуже других», несостоятельность превращается в переживание, которое определяет новый смысл и направление его жизни. При этом больной по-прежнему чувствует себя и собой и представителем «нормального» общества.

2. Компенсаторная форма. Когда больной озабочен несоответствием своих возможностей возможностям здорового человека, он может поддерживать в себе представление о принадлежности к обществу здоровых, подчеркивая свое отличие от больных. Для этого он преуменьшает тяжесть своего состояния, игнорируя проявления болезни. «Типичного» же психически больного, напротив, он представляет преувеличенно несостоятельным, непохожим на него самого. Это позволяет ему считать себя скорее здоровым, чем больным: *«Да, по сравнению с этими сумасшедшими я совершенно здоров!»* Такие лица склонны к стигматизации других психически больных. В мягком варианте этот компонент обнаруживается у многих пациентов психиатра. Он выражается в нежелании без крайней необходимости посещать психиатрические учреждения, принимать участие в работе общественных организаций психически больных. Пациенты не хотят видеть себя членами сообщества психически больных.

3. Социореверсивная форма. Если больной убежден, что среди здоровых ему нет места, он может отнести себя к сообществу психически больных — такому, каким он его себе представляет. А представляет он больных похожими на него самого, имеющими сходные проблемы и переживания. По сравнению с такими людьми больной уже не чувствует себя несостоятельным или «плохим»: *«Мне не удастся найти работу (деньги, жену, смысл жизни и т.д.) — это обычное дело для психически больных людей»*. Находясь в

такой позиции, человек все хуже осознает свою реальную несостоятельность в каких-либо сферах жизни. Он все более охотно объясняет свои неудачи предвзятым отношением к нему окружающих: «*Ко мне, как и к остальным психически больным, люди недоброжелательны*».

Больной перестает доверять окружающим. Боясь быть непонятым, он не делится с близкими своими мыслями и переживаниями, что делает общение более формальным, избегает новых знакомств. Нередко, опасаясь привлечь к себе чье-то внимание и вызвать негативные чувства, такие люди вообще ограничивают свою активность.

Три описанных варианта психологической защиты, как правило, по-разному сочетаются друг с другом, образуя сложные психологические стратегии. К сожалению, эти стратегии основаны на неосознанном самообмане. Они служат лишь снижению психологического дискомфорта больного, не делая его сильнее. Воздействие описанных механизмов становится еще более деструктивным, когда с их помощью больной уходит от решения проблем, с болезнью не связанных.

Молодой человек, окончив институт, стал младшим научным сотрудником в НИИ.

Будучи легкомысленным и не имея навыка преодоления трудностей, работу он выполнял кое-как. Недовольство руководителя находил несправедливым. Считал, что тот низко оценивает его достижения, поскольку знает, что он наблюдается у психиатра. Важно отметить, что психическое заболевание молодого человека в описываемый период практически не проявлялось.

Описанные стратегии самостигматизации универсальны, но их глубина и масштаб зависят от заболевания.

Так, больные неврозами и расстройствами эмоциональной сферы обычно сохраняют чувство непрерывности существования своего «Я». Они воспринимают себя как неизменную личность, определенные способности которой снизились из-за болезни. Такие люди обычно четко осознают, какие их свойства изменила болезнь

и представляют себе, какими бы они были, если бы были здоровы. Важно отметить, что представления о Я-больном и Я-здоровом олицетворяют для больного одну и ту же личность в разных состояниях.

При шизофрении в легких, непсихотических состояниях люди нередко вполне компетентны в повседневной жизни, и сторонний наблюдатель не увидит в них больных. Однако они сами замечают в себе значительные изменения. В связи с клиническими особенностями данных состояний больные нередко принимают проявления болезни за свойства своей личности. Замечая в себе определенные изменения, например восприятия собственного тела, эмоциональной реакции на окружающее, больные необоснованно опасаются, что болезнь пагубно влияет на их морально-этические, нравственные качества. Нередко они начинают бояться самих себя: им кажется, что, потеряв контроль над собой, они могут сделать что-то плохое, никак для них неприемлемое. Они оказываются перед выбором «Я» и как бы постоянно ищут ответ на вопрос: *кто я теперь, какой я?* Это лишает их уверенности в себе и инициативы, фиксирует на болезни, не позволяет жить полной жизнью.

Больные шизофренией в более тяжелой форме при длительных состояниях с бредом, галлюцинациями или выраженными эмоциональными и волевыми изменениями, как правило, испытывают значительные трудности в повседневной жизни. Кроме того, в силу своеобразия психической деятельности они часто сталкиваются с непониманием окружающих, да и сами затрудняются других понять. Такие люди привыкают, что они — чужие для «нормального» мира, в котором им нет места. И нет смысла пытаться осуществить в нем что-то свое, вообще чего-то желать... Со временем сама возможность проявлять себя вытесняется из сознания, перестают осознаваться желания и побуждения. Больные в значительной мере перестают осознавать себя как отдельную личность со своими, свойственными только им чертами. Осознание себя, измененного болезнью, у них замещается представлением о психически больных в целом, для которых подобная несостоятельность является нормой. «Я» «растворяется» в воображаемом социуме психически боль-

ных... Жизнь личности уходит внутрь, в фантазии, бред и постепенно угасает. Восприятие себя как индивидуальности существует лишь в представлении о себе — здоровом, которое в данном случае уже не восстанавливает единство «Я», не является продолжением Я-до-болезни. Это — другая личность, некий Я-идеал, который больной не отождествляет с собой... Человек ведет жизнь иностранца без знания языка, инопланетянина, позабывшего родную планету...

Молодой человек на приеме впервые. Без стука входит в кабинет, без приглашения садится. Поза, выражение лица исполнены достоинства, на врача смотрит свысока. Молчит.

В.: Здравствуйте, Вы кто?

П.: Я — больной шизофренией, и, зная это, Вы можете понять мои проблемы (далее минут 20 цитирует по памяти классиков психиатрии).

В.: А сейчас на что жалуетесь?

П.: На маму...

Сочетания определенных черт характера и проявлений болезни формируют особые комбинации описанных компонентов, создавая типы самостигматизации. В каждом из них можно обнаружить в явном или скрытом виде обвинение и оправдание, которые могут быть направлены как на себя, так и на других людей. Всего выявилось 9 типов.

У лиц, **заболевание которых протекало в виде отчетливых обострений**, перемежавшихся значительным улучшением состояния, чаще всего наблюдались два противоположных типа самостигматизации.

Замкнутые, неуверенные в себе люди в состоянии обострения заболевания оправдывали свою несостоятельность болезнью. В ремиссии они считали себя «типичными» психически больными. На этом основании больные необоснованно снижали требования к себе, а недостаточно позитивное, по их мнению, отношение окружающих считали предвзятым и несправедливым.

Пациентка 40 лет в обострении заболевания ведет предельно пассивный образ жизни, хотя ее состояние этого вовсе не требует. В ремиссии, чувствуя себя практически здоровой, она живет «вполсилы», охраняя себя даже от обычных бытовых нагрузок. В связи с этим ее жизнь скучна и однообразна. Эта женщина страдает от одиночества и мечтает расширить круг общения.

Однако с людьми при внешней доброжелательности она замкнута и подозрительна, контролирует каждое свое действие, опасаясь «выдать себя».

Общительные и жизнерадостные люди, напротив, в обострении оказались склонны объяснять свои проблемы предвзятым отношением окружающих. В ремиссии же они оправдывают проявлениями болезни свою иждивенческую позицию.

Молодая женщина проживает с родителями, находится на их иждивении.

Время проводит в развлечениях — любит посещать увеселительные заведения, принимать гостей. Обязанностей в семье не имеет, ни за что не отвечает. Если родители не потакают ее капризам — расстраивается, чувствует себя беспомощной, жалуется на «депрессию». В редкие периоды обострений болезни конфликтует с родителями по бытовым вопросам, отказывается посвящать их в свои планы, объяснять мотивы непонятных для них поступков. Лечиться не хочет. На уговоры обратиться к врачу реагирует бурно: кричит, что родители не хотят ее понять, «делают из нее сумасшедшую».

Следующие четыре типа самостигматизации наблюдались у лиц с **длительными и выраженными проявлениями болезни**.

Больные со сниженной самооценкой и склонностью к подозрительности принимали собственные негативные чувства к окружающим за предвзятое отношение окружающих к ним как обладателям психиатрического диагноза.

Мужчина 34 лет, будучи инвалидом, считает себя неудачником, завидует более успешным знакомым. Ведет отшельнический образ жизни, ожидая насмешек от окружающих, которые, как он предполагает, могут узнать или догадаться, что он психически болен.

Больные шизофренией со сниженным настроением и ярким чувством измененности своей психики испытывали вину перед окружающими за свою болезнь и считали, что люди их обвиняют в том, что они больны. Таким же они считали отношение окружающих и к психически больным в целом.

Недавно заболевшие люди пожилого возраста были вынуждены менять представление о себе. В период разрушения существовавшей до болезни самооценки и формирования новой такие люди оказывались между двух социумов: они уже не относили себя к здоровым людям, но еще не отождествлялись с больными. Четкое представление о нормах, которым они должны соответствовать, также временно отсутствовало. Результатом такой самостигматизации являлась сосредоточенность на болезни, не обязательно тяжелой, неуверенность в себе.

Активные, жизнерадостные, уверенные в себе люди в периоды плохого самочувствия склонны обвинять окружающих в негативном отношении к себе как к психически больным.

Можно заметить, что людям с четырьмя последними типами самостигматизации свойственна оппозиция по отношению к окружающим.

Три приведенных ниже типа самостигматизации отражают противоположную позицию. Больные относят себя к определенному сообществу, воспринимая его как источник поддержки. Как правило, люди с такими типами самостигматизации отличаются от остальных **общительностью, эмоциональностью, высокой потребностью быть в центре внимания**. Их расстройства, как правило, в виде **тревоги и депрессии**, неглубоки.

Больные с длительными состояниями подавленности и вины относили себя к социуму психически больных.

Мужчина 30 лет пережил длительный период тяжелого болезненного состояния, в котором не был способен ни работать, ни общаться с людьми. Сейчас он чувствует себя хорошо, беспокоят лишь обычная после таких периодов легкая депрессия и чувство вины перед родителями за причиненные страдания. Сторонний наблюдатель не распознал бы в этом живом, остроумном и обаятельном человеке психически больного. Однако в обществе он чувствовал себя неуютно — своеобразный жизненный опыт создавал ощущение собственной инакости, ущербности. Он начал строить жизнь заново — нашел работу, друзей, познакомился с девушкой... в среде пациентов ПНД.

Люди в тревожном и длительном астеническом состоянии склонны относить себя к здоровым и дистанцироваться от психически больных.

Женщина 42 лет, врач по профессии — больная «со стажем», инвалид 2 группы.

Последние годы отмечается стойкое улучшение состояния, беспокоит лишь утомляемость. Тщательно скрывает от знакомых факт заболевания, избегает общения с пациентами ПНД. Перенесенные болезненные приступы старается объяснить психологическими причинами. Выраженная утомляемость не позволяет пациентке работать, но она поддерживает в себе самой и окружающих иллюзию того, что ищет работу, читает литературу по специальности. С лечащими ее психиатрами держится скорее как коллега, нежели пациентка, с молодыми врачами ведет себя покровительственно.

Больные, демонстративный склад характера которых достигает патологической дисгармонии, связывают с заболеванием лишь те проблемы, в решении которых они рассчитывают получить от психиатрических служб реальную помощь.

Психиатрическая больница....

Ярко одетая пациентка лет 50 открывает ногой дверь в кабинет психолога со словами:

«Где тут группа поддержки одиноких женщин?»

Опасность самостигматизации состоит в том, что она маскирует от больного его истинную проблему, направляя его усилия по ложному пути.

Женщина 28 лет страдала хроническим психическим расстройством.

Регулярный прием подобранного врачом препарата обеспечивал ей удовлетворительное самочувствие и возможность успешно работать. Основной проблемой пациентки являлась ее зависимость от родителей, сформировавшаяся задолго до начала заболевания.

Свою ситуацию больная воспринимала следующим образом: «Болезнь заставляет меня постоянно принимать лекарство. Прием лекарства свидетельствует о том, что я психически больна.

Наличие у меня психического заболевания — причина того, что родители не видят во мне взрослого, самостоятельного человека».

И — вывод: «Если я не буду принимать лекарство, родители начнут считаться со мной».

Игнорируя рекомендации врачей, пациентка неоднократно прекращала принимать препарат. Следовавшие за этим обострения болезни приводили к недобровольным госпитализациям, увольнениям с работы и лишь усиливали ее зависимость от родителей в повседневной жизни.

Решением проблемы в данном случае был бы курс психотерапии, направленный на выработку «взрослой» жизненной позиции, и, как следствие, изменение стиля отношений с родителями. Однако, пациентка отказалась от этой возможности, представляя себе психотерапию еще одним способом подавления ее свободы из-за того, что она психически больна!

Достаточно заметную роль в формировании самостигматизации играет организация медицинской помощи больным. Пациенты, в силу разных причин предпочитающие ориентироваться на мнение окружающих, оказываются особенно уязвимыми для такого влия-

ния. Из заболеваний к такой уязвимости располагают шизофрения и неврозы. Лечение в районных психиатрических больницах и психоневрологических диспансерах способствует развитию у них **компенсаторной и социореверсивной** форм самостигматизации. Этому есть две причины. Первая — эти заведения обладают полномочиями накладывать социальные ограничения, связанные с заболеванием. Именно они «легализуют» клеймо. Вторая — печально известный стиль поведения с пациентами, меняющийся от хамства до гипертрофированного патернализма. Но не стоит думать, что районное психиатрическое учреждение — аналог исправительного, а люди, которые там работают — исключительно порочны. Сотрудники, как правило, любят свою работу и болеют душой за пациентов. Однако недостаточное финансирование, избыточная нагрузка, утомление, приводящее к состоянию, обозначаемому модным ныне термином «синдром выгорания», и далее — к затяжному состоянию усталости, притуплению прежних человеческих чувств... И возникают ситуации, остающиеся в памяти народной, формирующие стигму, но уже психиатров:

Медсестра пациенту: «Ну чего, опять пришел? Ходишь и ходишь... Новую же голову не приставишь! Как был дураком, так и будешь... И не ходи тут!»

Или так:

Врач — пациентке, мягко — убеждающе: Не надо тебе рожать, даже не думай!

Конечно, аборт! И с матерью так не надо, мать тебе добра желает, а ты ее не слушаешься! Будешь упрямиться — придется в больницу положить!

А женщине за 30, и это — ее первая попытка наладить самостоятельную жизнь, обещающая стать последней ...

Или еще так:

Пациент: Доктор, что-то у меня настроения никакого, ничего не интересно, смысла в жизни не видится... Что делать?

Врач: Так это у Вас шизофренический дефект личности. Ничего не поделаешь!

И вместе с тем — ежедневный, тихий подвиг души, который совершают многие и многие «рядовые» врачи в борьбе за здоровье своих подопечных, за их юридические и человеческие права, и больничные сестры и санитарки, круглые сутки выслушивающие, утешающие, оберегающие... Для многих пациентов это остается лишь фоном.

Внимание и заботу, на которые может по праву претендовать больной, пациенты находят в стационарах пограничного профиля, коммерческих отделений и у частнопрактикующих врачей. Но здесь — свой «подводный камень». «Понимающий» доктор готов учесть все нюансы страданий пациента, подобрать ключик к каждой проблеме его души и тела. Благо, диапазон лечебных средств у таких врачей, как правило, широк и разнообразен: от всевозможных лекарств до иглоукалывания, массажа и ароматерапии. И нередко в разряд проявлений болезни (особенно, пограничной) попадает личностная реакция пациента на не удовлетворяющую его ситуацию:

Доктор, дайте мне лекарство от плохого настроения! (такой обыкновенный и, казалось бы, «психиатрический» запрос). *Эту женщину недавно оставил муж, на прощанье снизив до нуля ее самооценку. Конечно, она обратилась по адресу, и лечение депрессивного невроза облегчит ее состояние. А дальше — выбор: «работа над ошибками», честное осознание того, что в ее действиях привело к печальному финалу, трудное, но плодотворное «выстраивание» себя заново и путь вверх, к независимости и мудрости, внутренней свободе, дающей радости, ранее недоступные. Или перспектива пожизненно греться у психиатрического камина, упиваясь жалостью к себе, больной и невезучей...*

Последнее — **аутопсихическая** форма самостигматизации, соблазн пациентов «комфортных» учреждений.

Лечение в клиниках научных институтов и центров, как правило, не способствует развитию самостигматизации. Пациент там — своего рода сотрудник лечащего врача, помогающий ему решить научную проблему, равноправная и равноответственная в лечебном процессе личность.

Изменение отношения к психически больным в обществе

*«Пришла весна, проснулись гении»
(заголовок статьи из газеты «АиФ», 10.04.02)*

Одной из причин устойчивости негативного отношения в обществе к абстрактному обладателю психиатрического диагноза является восприятие людьми словосочетания «психически больной» как знака, выделяющего таких лиц в отдельную по причине инакости категорию. Тем самым поддерживается иллюзия, что лица, объединенные понятием «психически больной», похожи друг на друга в своей чуждости «здоровому» обществу. Изменить это отношение можно, лишь восстановив право каждого больного на индивидуальность. Узнав больше о психических болезнях, можно, во-первых, перестать их бояться как чего-то неизвестного и, во-вторых, усвоить простую истину, что больной — личность, болезнью не исчерпываемая. Она открывает свободу восприятия, позволяет разглядеть за избитым ярлыком множество возможных смыслов, далеко не всегда негативных. В нашей культуре тому много примеров. Хрестоматийное «безумству храбрых поем мы песню...». Князь Мышкин, которому болезнь, оградив от суеты житейской, открыла доступ к высшей мудрости. Необычные состояния героя рассказа А.П. Чехова «Черный монах» имели духовный смысл, отражая соблазн тщеславия... Черда сказочных Иванушек, дурачков по определению, по факту — внутренне свободных и цельных, что неизменно приводит их к успеху. Русские блаженные, юродивые... Нам до конца не известно, как у них переплетались реальная болезнь и роль «сумасшедшего» — провокация неприятия

окружающих с целью воспитать в себе смирение. Сознательная самостигматизация, возможно, способствовавшая сочувственному отношению к психически больным в православной России. И общее к ним применялось слово — «убогий», означавшее — «у Бога».

Возвращаясь в наше время, можно вспомнить строки поэта В. Захарова:

*...«Безумен тот, кто с нами не поет,
Кто думает, что все он лучше знает,
А сам душой, как пропастью, зияет
И Господа в лицо не узнает».*

Обратная сторона того же смысла, близкая Чехову...

Описанное — капля в море, отражающая глубоко заложенный в нашем менталитете контекст взаимодействия психической болезни и личности. Взаимодействия, а не отождествления.

Болезнь — лишь некое условие или обстоятельство развития личности. В наши дни описанная трактовка вопроса могла бы послужить важной опорой на пути дестигматизации, конечно, с учетом сугубо медицинской его стороны.

Другим путем к той же цели идут профессионалы западных стран. Они достигли того, что психические болезни воспринимаются подавляющей частью общества как обыденное явление. Отношение людей к психиатрическим проблемам стало более спокойным. Обращение к психиатру или психотерапевту рассматривается большинством из них как конструктивный путь решения определенных проблем. Более того, в состоятельных кругах стало модным иметь «своего» психотерапевта, что рассматривается как показатель высокого материального уровня пациента. Таким образом, факт психического расстройства перестал выделяться из ряда разнообразных жизненных сложностей. Он не заслоняет собой личность больного в глазах окружающих и не препятствует его самореализации. Это не означает, что проблема психиатрической стигмы в западных странах решена, но описанная тенденция уже дает ощутимые результаты. Отдельные шаги в этом направлении делаются и в нашей стране.

Поскольку многие люди стигматизируют психически больных для удовлетворения собственных потребностей, разрушить негативные стереотипы об обладателях психиатрического диагноза крайне сложно. Однако на основе традиционных для нашего менталитета представлений можно создать в общественном сознании иной, позитивно окрашенный образ человека, который лечится у психиатра. Его основа может быть следующей: пациент психиатрических служб — человек, который при содействии профессионалов решает свои проблемы, осуществляет личностный рост.

Еще одной важной стороной проблемы является тот очевидный факт, что наличие у человека ярлыка «психически больного» в сфере медицины создает ему условия для получения врачебной и социальной помощи. Ее реализации могут способствовать поднятие авторитета психиатрии в обществе, улучшение условий оказания психиатрической помощи и изменение стиля взаимодействия ее сотрудников с пациентами. Проводящееся сейчас в России реформирование психиатрических служб в значительной степени направлено на решение этих задач.

Взаимодействие с властными структурами

Занимающиеся дестигматизацией профессионалы признают необходимость решения проблемы на уровне государства. Важным направлением работы представляется обеспечение пациентов психиатрических служб юридической и социальной поддержкой. При создании соответствующих программ дестигматизации, направленных на больных как категорию людей, важно учитывать ее специфику. Она состоит в том, что общество воспринимает психически больных как представителей одной группы — группы изгоев, а ведь на самом деле больных ничего не объединяет между собой, кроме наличия болезненных переживаний, у каждого — своих. Люди с психическими расстройствами не чувствуют себя защищенными группой, как представители каких-либо реальных групп, будь то профсоюз или компания друзей. Поэтому наиболее значимым мотивом для объединения больных в реальный коллектив может стать лишь противостояние обществу, что усиливает эффект стигматиза-

ции. Более конструктивным объединяющим началом для психически больных представляется наличие общей структуры, оказывающей этим больным необходимую, например, юридическую и социальную поддержку. Это могут быть социально-юридические и иные центры для пациентов психиатрических служб, персонал которых имеет специальную подготовку в области психиатрии и свободен от стигматизирующего восприятия психически больных. И, конечно же, способствовать тому, чтобы психиатрия, как наука и отрасль практической медицины, имела условия для достойного существования.

Взаимодействие со средствами массовой информации

«Как вернуть поехавшую крышу»
(заголовок статьи из газеты «АиФ», 20.03.02)

Существует мнение, что просвещение населения в области психиатрии обречено на провал перед лицом чрезвычайно негативных данных, подаваемых в средствах массовой информации. Однако те же средства массовой информации могут служить цели преодоления стигмы. По этой причине многие авторы подчеркивают важность использования СМИ в антистигматизационных целях, привлечения на свою сторону журналистов, проведения различных телевизионных ток-шоу, на которых психиатры могли бы высказывать свое мнение.

В работе со СМИ полезно учитывать опыт стран, в которых профессиональные сообщества принимали определенные меры по борьбе со стигмой путем работы с населением и средствами массовой информации. Так, в Королевском обществе психиатров (Англия) около 17 лет назад был образован специальный комитет по работе с масс-медиа, были организованы кампании по пропаганде знаний о тех или иных психических расстройствах (депрессии, фобии), по формированию у школьников нестигматизирующего отношения к людям с психическими расстройствами. Разрабатываются образовательные программы для различных групп населения. Названный выше комитет объединяет более сотни профессионалов,

специализирующихся на работе с журналистами. Проводятся совместные с представителями масс-медиа форумы (например, по проблеме шизофрении). Журналисты также не остаются пассивными: при Национальном союзе журналистов работает этический комитет, деятельность которого направлена на смещение фокуса освещения отдельных случаев насилия к более полной картине психических расстройств с целью уменьшения бытующих предрассудков.

Крайне актуальна выработка этических принципов работы с представителями прессы и других СМИ. Эти принципы могли бы обеспечивать большую ответственность профессионалов за преподносимую информацию, понимание того, какие цели они ставят перед собой, соглашаясь на взаимодействие с журналистом. Так, необходима тщательная подготовка психиатра к предстоящему интервью с ориентацией на дестигматизацию психически больных. Основные принципы освещения психиатрической тематики в СМИ можно было бы сформулировать следующим образом:

1. Сообщая информацию о психических расстройствах, профессионалу следует избегать акцента на броских, часто пугающих, а потому подстегивающих внимание, аспектах обсуждаемой проблемы. Примером неверного преподнесения информации можно считать углубление в содержание психотических переживаний, таких, как императивное содержание обманов восприятия, перечисление бредовых фабул. Такое освещение психической патологии приводит к отождествлению в общественном сознании психически больного с наиболее опасным, непредсказуемым и кровожадным преступником. Необходимо предъявлять целостную картину психической болезни, выдерживая пропорцию негативных и позитивных сторон, информируя как о возможном возникновении опасности, так и еще более широких возможностях адаптации психически больного в жизни.

2. Комментируя конкретные случаи, особый акцент следует делать на личности больного, а не на самой болезни с тем, чтобы показать, что психически больной, как и остальные люди, имеет свои чувства, потребности, комплекс моральных и этических норм. Не-

обходимо пропагандировать через СМИ права и льготы психически больных, сообщать об организационных формах помощи людям с психическими расстройствами.

3. Для профессионала совершенно недопустимо употребление вошедших в обиход уничижительных производных от слов, связанных с темой психиатрии, или профессиональных терминов (дурдом, психушка, глюки и т.п.).

4. В комментариях специалиста по конкретным случаям избегать диагностических выкладок, нарушающих конфиденциальность информации о конкретном лице. В этих случаях возможно предъявление обобщенных сведений о роли психопатологии в поступках или правонарушениях. Принять международную практику отказа от психиатрических комментариев по поводу публичных фигур (политиков, видных деятелей науки, культуры и др.).

5. Признать, что для профессионала является значимым пропаганда через СМИ прав и льгот психически больных, организационных форм помощи людям, имеющим проблемы с психическим здоровьем.

Дестигматизация больных

«Снимите смиренную рубашку и полюбите себя!»
(заголовок статьи в газете «Комсомольская правда», 14.01.02.)

Основная цель больного в дестигматизационном процессе — осознать себя как личность, от болезни не зависящую. Да, психическая болезнь является серьезной проблемой, она может причинять много тягостных переживаний и нередко диктует свои условия жизни. Но — условия, а не цели и ценности, личность характеризующие. Не ее смысловое наполнение. Никакая болезнь не может сделать благородного человека подлецом, духовного — мелким и пошлым...

Воображаемый диалог с пациентом, идущим по пути дестигматизации, выглядит примерно так:

- Кто Вы, зачем Вы? Именно Вы, на других не похожий?

- Я — больной, живу для того, чтобы лечиться...

Начальный этап — осознание того, что и при наличии болезни личность человека продолжает существовать. Нередкой ошибкой пациентов является установка-ожидание: *вот вылечусь — заживу...* А как и чем? *Пока не знаю, вот вылечусь...* Важно понять: живу уже сейчас, каждый день, каждую минуту. Лечение — не цель, а условие, облегчающее состояние, дающее возможность жить, наполняя жизнь своим, желаемым содержанием.

- Так чего же Вы желаете?

- Какой смысл желать, все равно ничего не выйдет... Что я могу сделать, если у меня депрессия (страхи, «голоса» и т.д.)... Не бередите душу...

- А если бы были здоровы?

На этот вопрос многие пациенты дают ответы «от противного»:

- Ну, у меня не было бы депрессии (или другого симптома)...

Они привыкли жить «болезнью» вместо того, чтобы просто жить. Болезнь — та печка, от которой они, как правило, танцуют.

Так если бы не было симптомов болезни, ЧТО БЫЛО БЫ ВМЕСТО ЭТОГО?

Следующий этап — осознание пациентом того, какая он личность, принятие своей системы ценностей. Это определяет направление будущих изменений.

Но, как правило, от больных можно услышать лишь самые общие ответы:

- Тогда я был бы счастлив... все было бы хорошо...

Ответ, по сути, тоже «от противного», отражающий лишь дискомфорт больного... Человеку требуется особая внутренняя работа, чтобы осознать, что именно ДЛЯ НЕГО хорошо:

- Ну, роман бы написал, диссертацию, на худой конец... друзья, девушки...

- Замуж бы вышла, детей родила...

- А зачем? Какая в этом ДЛЯ ВАС радость?

- *Интересно, ярко, что-то свое выразить, создать... любить и быть любимой... нужной кому — то...*

А поискать это же — в других областях и ситуациях, доступных уже сейчас? В своих условиях: если не по 12 часов в сутки, то хотя бы по 2, не бегом, так шагом или ползком... Главное — куда хочется... Не роман — так записки (*помните записные книжки Чехова?*) Пообщаться с кем-то? Если не лично — по переписке, в Интернете? И неужели сейчас Вы совсем никому не нужны? И совсем ничего интересного нет вокруг? Найти, заметить возможности, которые всегда есть... Нередко они на виду, но привычно игнорируются. Узнать, попробовать себя в разном, на данный момент доступном, пофантазировать, в конце концов. Осмыслить впечатления.

- *Кому я нужна, психически больная... Не поймут, не поверят, не позволят... Засмеют...*

На этом этапе больной осознает границы своей личности, иными словами, учится различать, где сфера его влияния, а где — нет.

Итак, засмеют? Может быть, к сожалению. И это мешает общению. Но может ли это быть препятствием на пути К СЕБЕ? Лишь в одном случае: если Вы смотрите на себя глазами воображаемых «других», а не своими собственными. При любом отношении окружающих всегда остается некое личное, свободное пространство для действий, мыслей. Увидеть его и полностью использовать. Да и все ли «не поймут»? Действительно, опыт болезненных переживаний делает внутренний мир больного в чем-то своеобразным, не для всех понятным. Но и среди здоровых людей не найдешь двух одинаковых, мы все друг друга до конца не понимаем... Важный выход — найти «свою стаю» по сходству мировоззрений, а не диагнозов. В этом плане обращает на себя внимание лояльность к психиатрическим проблемам у людей искусства, в научных коллективах и религиозных сообществах, где объединяющим началом являются общие ценности и интересы. А к предвзятому отношению обывателей стоит выработать собственную, устойчивую позицию дистанцирования.

Она может быть примерно такой: «Многие люди неправильно представляют себе человека с психическим расстройством. Это может помешать им объективно судить обо мне, особенно в начале знакомства. Но это их проблемы, а не мои. Люди могут представлять меня плохим и несостоятельным, но они не могут сделать меня таким. Мое «Я» не зависит от этих представлений. Но, зная о них, я могу относиться к предвзятому отношению окружающих с большим пониманием». А дальше — что Вы можете сделать, чтобы изменить это отношение? Проявить себя, дать человеку узнать, что Вы за личность. (если Вы — лишь больной, это заинтересует только психиатра). Ваши цели, ценности, интересы, желания... отношение к данному человеку — ВАШЕ отношение. Вы его творец, и оценщик — тоже Вы. Как захотите, так и сделаете, по крайней мере, то, что от Вас зависит. А что от Вас зависит?

- *Ничего от меня не зависит, абсолютно ничего... Я — ЖЕРТВА!!!*

*Жертва болезни, плохого отношения людей, обстоятельств...
Бесправное, беспомощное существо, а значит — ни в чем не виноватое!*

Пока я жертва, я — хороший!

Очень важный и трудный этап, в значительной мере определяющий будущее. Пациент может осознать, что роль беспомощной жертвы гарантирует ему в его представлении безопасность, ограждая от ответственности за самого себя. Осознав это, пациент делает выбор: принять на себя ответственность за свои проявления и жить по возможности полной жизнью или продолжать «совершенствоваться» в роли жертвы.

А как это — «принять ответственность за свои проявления на себя»?

Это означает принятие того, что в том, что с Вами происходит, что Вам вовсе не нравится, есть Ваш определенный вклад. Как Вы уже, вероятно, понимаете, от Вас зависит гораздо больше, чем Вы привыкли думать. Приложив некоторые усилия (или воспользовав-

шись помощью психотерапевта), Вы можете понять, какие Ваши действия способствовали возникновению Ваших проблем.

Так что же, я еще и виноват в своих бедах?!!

Конечно, нет, поскольку Вы сознательно не стремились приобрести свои проблемы. Однако неосознанно Вы кое-чем способствовали их появлению.

Я что, враг себе? Подсознательно...

Тоже нет. Как ни парадоксально это звучит, в Ваших действиях есть скрытая целесообразность. Они не только создают проблемы, но и помогают Вам удовлетворить какие-то чрезвычайно важные глубинные потребности, настолько важные, что поступиться ими труднее и опаснее для Вас, чем терпеть то, что Вы терпите.

И что же делать?

Поняв, в чем та самая целесообразность, можно найти способ достижения тех же целей другими, более конструктивными и приятными способами. В подобном поиске неоценимую помощь может оказать профессионал — психотерапевт или психолог. Но Вы сами также способны на многое. Работа в этом направлении свидетельствует о том, что самостигматизация уступает место самосовершенствованию.

И, наконец, финальный этап — осмысление пациентом роли и места болезни в его жизни, что открывает возможности его творческого преобразования. Можно обратиться к примеру многих писателей, художников и музыкантов, психопатологические переживания которых обогатили их творчество, придали ему особую глубину. Для известного психиатра В. Кандинского, страдавшего шизофренией, собственные болезненные переживания были материалом научных исследований. По его работам и сейчас изучают психиатрию.

Но это — особые, талантливые люди...

Здесь можно привести историю одного из «обычных» пациентов ПНД:

Этот человек заболел в юности. Десятилетия непрерывного течения заболевания. Многие месяцы, проведенные в стационаре, килограммы принятых лекарств... Профессию приобрести не смог, собственной семьей тоже не обзавелся.

К 50 годам активность болезненного процесса сошла на нет, остаточные симптомы корректируются поддерживающими дозами лекарств.

Человек обнаружил себя в этом мире совершенно одиноким, ни к чему не пригодным... Инвалид 2 группы... Случайно попал в одну из групп поддержки для психически больных. Вовлекся в ее работу, много читал, работал над собой, и, наконец, сформировал свою группу. Прошли еще годы... Сейчас в списках его группы более полусотни человек, эта группа — одна из самых популярных в городе.

Ему невозможно прозвониться — разговаривает с подопечными, решает разные вопросы, от организационных до психологических. Для членов группы сам в некоторой степени стал психотерапевтом. В рамках общественного движения потребителей психиатрической помощи неоднократно бывал за границей. Широкий круг деятельности, общения как в нашей стране, так и за рубежом. Его жизнь интересна и наполнена смыслом.

Секрет успеха этого человека, помимо активного поиска и готовности идти на риск, состоит в способности понимать и принимать товарищей по несчастью, по достоинству ценить и уважать в них личность. А способность эта развилась в значительной мере благодаря собственному опыту перенесенных болезненных переживаний, всех проблем, связанных с ролью психически больного в обществе.

А вот размышления одной из наших, тоже вроде бы «обычных», пациенток:

*Мне страданье дано, чтобы что-то понять,
Что понять не хотела сыта и богата,
Тоньше выточить профиль, болью выверить пядь,
Миллиметры пути без отца и без брата.*

*Нет, и это не то — превращенная в фарс
И в над жизнью насмешку,
Жизнь останется жизнью —
Хоть до одури жуть, хоть поруганный Спас,
Хоть весь ужас принцессы, попавшей в ночлежку.*

*Каждый день, как последний, и над бездною нить —
Только так понимают все смыслы вселенной,
Только так научают жалеть и любить
Тех, кто к плоти привязан доступной и тленной...*

*Эту чашу испить мне до капли, до дна,
Этот крест мне нести под биноклями ложки,
Под насмешками здравого, глупого зла
В белом венчике роз, без кровинки и кожи.*

Описанная здесь последовательность дестигматизации крайне упрощена. С проявлениями самостигматизации тесно сплетаются симптомы болезни, личностные реакции на разнообразные внутренние конфликты и внешние обстоятельства, проявления самих конфликтов и обстоятельств... Кроме того, самостигматизация включает в себе защиту внутреннего мира больного от определенных травмирующих переживаний. Соответственно, дестигматизация невозможна без глубокой проработки всего перечисленного. Для этого необходимо одновременное участие в данном процессе таких профессионалов, как психиатры, психотерапевты, психологи и социальные работники. Но, прежде чем перейти к описанию их роли в дестигматизации, необходимо рассмотреть проблему с точки зрения членов семей психически больных.

Родственники людей с психическими расстройствами несут тройное бремя: это переживание предвзятого отношения окружающих к ним самим, роль буфера между больным и обществом и их собственная самостигматизация. К сожалению, в нашем обществе распространены представления о негативной роли семьи в возникновении психического заболевания человека. Это и плохая наслед-

ственность, и создание неподходящих условий жизни, и неправильное воспитание, и предположения о том, что они сами психически нездоровы. Являясь невольными носителями тех же представлений, родственники оказываются уязвимыми в плане самостигматизации. Ее развитию способствует чувство вины перед больным родственником в связи с беспомощностью перед его болезнью. Затруднения в контактах с ним, нередкие с его стороны обвинения в их адрес, иногда связанные с его болезнью или самостигматизацией... При этом близкие вынуждены служить своего рода переводчиками между больным и окружающим его миром, хотя сами в общении с ним нередко нуждаются в переводчике... Эффект испорченного телефона усиливает обоюдную напряженность... Да еще необходимость обеспечивать комфортные для больного условия жизни, бытовые и психологические, необходимое лечение... Родственники нередко оказываются травмированными не меньше самого больного, а мер помощи для них практически не предусмотрено. Наиболее распространенной реакцией родственников на описанные переживания является психологическое дистанцирование от больного, которое заключается как раз в игнорировании его как личности, порождающее непонимание, неадекватное отношение к его болезни и поведению, гиперопеку или неприязнь, что, в свою очередь, усиливает чувство вины...

Основной груз дестигматизации также несут родственники больного, роль медицинских и иных служб здесь — лишь помогающая. Именно в их признании и понимании в первую очередь нуждается больной, на их реакции ориентируется в самоопределении. И первоочередная задача родственников — за болезнью видеть личность больного, его стремления и желания, признавать его право на свой жизненный путь, каким бы он ни выглядел с общепринятой точки зрения. Не требовать от него соответствия неким стандартам, но признавать реальные возможности, и, исходя из них, оставлять больному ответственность за его проявления. Это не всегда просто, но окупается сторицей. Возможности понимающей, любящей поддержки близких показаны в таких фильмах, как «Игры разума» («A Beautiful Mind», 2001; режиссер Рон Ховард), «Чело-

век дождя» («Rain Man», 1988; режиссер Бэрри Левинсон), и во многих других произведениях.

Типичной, связанной с самостигматизацией, проблемой больного хроническим психическим расстройством является чувство вины перед близкими за те неудобства, которые причиняет им его болезнь. Смягчить это чувство может уверенность больного в том, что у его родных достаточно ресурсов, чтобы справиться с этим, они продолжают жить и своей жизнью, своими интересами. Учитывая описанную специфику проблемы, задача крайне сложная. Ее решение требует значительного участия помогающих служб.

Участие психологических служб

Учитывая выявленную в нашем исследовании роль изменения самовосприятия в самостигматизации, психологическое и психотерапевтическое воздействие по восстановлению или реконструкции личности представляется ключевым и должно оказываться практически всем категориям пациентов психиатрических служб.

Целевыми группами для психологического воздействия являются больные невротическими расстройствами, с личностной незрелостью, чертами тревожности и зависимости, сниженной самооценкой, особенно в молодом возрасте, а также больные преклонного возраста с нарушенной способностью к адаптации. Важной функцией психологической службы является диагностика типа самостигматизации и планирование помощи в каждом конкретном случае.

Особым, крайне важным направлением деятельности психологов может стать работа с родственниками психически больных, направленная на разрешение их собственных проблем, а также формирование адекватного отношения к больному и улучшение психологической атмосферы в семье. Это направление представляется целесообразным сделать плановым, доступным для большинства членов семей пациентов психиатрических служб.

Участие психиатрических служб

Описанный выше процесс дестигматизации предполагает необходимость повышения психиатрической грамотности населения в целом. Особенно важным это является для самих больных и их родственников, поскольку позволяет отличать проявления болезни от личностных реакций пациента, более реалистично оценивать возможности и перспективы пациента и сделает более конструктивным сотрудничество больного и его родных с профессионалами медицинских и иных служб. Поскольку способ, объем и направление психиатрического информирования больных и их семей должны соответствовать особенностям каждого конкретного случая, представляется крайне желательной разработка программ повышения психиатрической грамотности, рассчитанных на индивидуальный подход.

Наиболее значимо участие психиатра в процессе дестигматизации в тех случаях, когда самостигматизация больного формируется преимущественно под влиянием симптомов болезни. В первую очередь, воздействие должно быть направлено на психотические состояния с идеями преследования и на депрессивный аффект, а также на состояния, которые сопровождаются дезорганизацией психической деятельности, нарушением границ «Я». Для остальных групп больных, самостигматизация которых связана как с клиническими, так и с личностными факторами, психотерапевтическая работа над внутренними конфликтами могла бы сопутствовать психиатрическому лечению и наиболее активно проводиться вне обострения. Однако в настоящее время такую помощь принято оказывать лишь пациентам с пограничными психическими расстройствами, в большинстве случаев на платных условиях. В связи с этим, возможно, имеет смысл включать в систему психиатрической помощи эндогенным больным плановую психотерапию. В западных странах такой метод показал положительные результаты.

Как было показано выше, для самостигматизации оказывается значимым имидж психиатрической службы, в данном случае в глазах больного. Этот имидж складывается из взаимодействия с лечащим врачом и организации психиатрической помощи в целом.

В этом отношении особенно важным периодом представляется начальный этап контакта с психиатрическими службами. Впечатления этого периода формируются в значительной мере под влиянием тех надежд, страхов и ожиданий, с которыми пациент обращается к врачу. Наиболее актуальным для больного в отношении самостигматизации оказывается вопрос: воспринимает ли его психиатр как равную себе личность, или он является для врача лишь воплощением диагноза, объектом применения одной из лекарственных схем. От решения этого вопроса зависит как дальнейшее отношение пациента к лечению, так и восприятие им своего положения психически больного. Активное обсуждение этих ожиданий во время одного из первых визитов, информированное согласие на лечение могут символизировать для больного уважение к нему как к личности.

Иным значимым для самостигматизации моментом начального периода лечения представляется роль психиатра в отношении больного к заболеванию. В связи с этим представляется целесообразным:

1. Вырабатывать у больного позицию «наблюдателя» по отношению к симптомам болезни, для чего учить его отличать эти симптомы от личностных проявлений, по возможности отслеживать и корректировать. Вместе с тем важно апеллировать к личности больного, проявлять уважение к его системе ценностей.

2. Вырабатывать у больного устойчивость к стигматизации с помощью установки на то, что предвзятое отношение к нему окружающих — это реакция на его «непонятность» вследствие своеобразия его переживаний. Учить его выражать связанные с болезненным состоянием чувства, желания и ожидания понятным для окружающих образом. Одновременно врач может научить родственников способам контактировать с больным в соответствии с его состоянием.

Организация лечебного процесса также играет значительную роль в дестигматизации. Так, важно обеспечить адекватность стиля отношений с больным (патернализм, партнерство) его клиническому статусу и личностным особенностям. Дополнительные возможности для этого возникают при более широком использовании ста-

ционаров пограничного профиля, кризисных стационаров, психотерапевтических кабинетов общемедицинской сети и других специализированных организационных форм психического здоровья. Кроме того, представляется целесообразным по возможности ограничить контакт больного с более тяжелыми пациентами: в стационаре группировать больных по нозологии, тяжести состояния и типу ремиссий.

Роль общественных организаций

В настоящее время интенсивно развивается общественное движение психически больных. Оно реально способствует усилению социальной и правовой защищенности пациентов психиатрических служб. Так, в его рамках создается большое количество разнообразных групп поддержки пациентов. В них многие одинокие пациенты могут найти свою социальную нишу. Поскольку все представители таких групп страдают теми или иными психическими заболеваниями, они могут чувствовать себя друг с другом свободно, не опасаясь стигматизации. Вместе с тем тенденция рассматривать группу как единственное свободное от стигмы место культивирует антагонизм к обществу, и, таким образом, утверждает представление больных о собственной маргинальности, усиливая самостигматизацию. Кроме того, результаты работы позволяют предположить актуализацию в условиях группы скрытой тенденции к стигматизации между ее членами.

По результатам нашего исследования, ослабить описанные негативные эффекты могла бы изначальная ориентация группы в первую очередь на пациентов с хроническими, выраженными проявлениями заболевания, которые создают объективные препятствия для социализации. Для таких больных польза от приобретения круга общения более значима, чем проблема самостигматизации. Кроме того, склонность к стигматизации других психически больных у этих лиц минимальна.

Для людей с более легкими формами заболеваний, которых травмирует причисление их к «душевнобольным», представляется целесообразным создание групп поддержки с ориентацией на те

сферы жизни, в которых они чувствуют себя наиболее уязвимыми. Особенно востребованной может быть помощь в трудовой адаптации и самообразовании, обучение средствам самопомощи.

В целом в контексте проблемы стигматизации представляется важным создание единой сети организаций юридической, социальной и профориентационной поддержки больных и их семей. В группах поддержки представляется целесообразной ступенчатая структура. В частности, для *сохранных* больных целью занятий в группе может стать психологическая адаптация к факту психического заболевания, содействие самореализации в обществе, профилактика развития самостигматизации. Наименьшее сопротивление больных встречало бы решение проблем с профессиональной и трудовой адаптацией, самообразование. Учитывая специфику контингента больных, целесообразным представляется контакт группы с психологом для проведения тренингов (психологической разгрузки, коммуникативных, устройства на работу и т.п.) и краткосрочной проблемно-ориентированной психотерапии.

Больные со стойкими проявлениями так называемого *эндогенного заболевания* (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) могут ставить целью своих занятий расширение круга общения, самореализацию в социуме психически больных. Группы могут проводиться в форме встреч «по интересам», культурных мероприятий, творческого самовыражения. Целесообразен постоянный контакт такой группы с психиатром-психотерапевтом для контроля состояния, осуществления коммуникативных тренингов, а также с профориентационной службой для инвалидов с целью их трудоустройства и организации трудовой деятельности.

Больные тяжелыми психическими расстройствами, например слабоумием, в группе могут найти социальную нишу, под руководством социального работника обучиться навыкам общежития. Для таких больных представляются уместными занятия в форме клубной деятельности.

Не менее важным представляется создание групп поддержки под руководством психолога для родственников психически больных, по статусу соответствующих каждой описанной ступени. Целью

занятий в таких группах должна быть выработка адекватного отношения к больному. Этому могут способствовать повышение психиатрической грамотности родственников и проработка их собственных проблем, связанных с болезнью родственника, в частности, чувств вины и агрессии по отношению к больному и обществу.

Заключение

Стигматизация и самостигматизация — механизмы повышения внутренней стабильности личности или социума при их уязвимости. Стигма, как комплекс представлений о психически больных, является в указанных механизмах вспомогательным конструктом. Смысловую основу стигмы составляет оценка способности больного к нравственному самоконтролю.

Проблема стигмы в психиатрии по своей сути отражает целый комплекс актуальных противоречий на личностном и социальном уровнях. Их причины можно обнаружить в законах развития и функционирования личности, отдельных групп населения и общества в целом. Учитывая многоаспектность связанных со стигмой проблем, дестигматизация предполагает длительное, систематическое и масштабное воздействие профессионалов различных специальностей на представителей всех слоев населения, государственные и общественные структуры. Оно должно включать мероприятия медицинского, психологического и социального характера.

Список литературы

1. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005.
2. Серебрянская Л.Я. Факторы стигматизации психически больных. Дисс... канд. психол. наук. М., 2005.
3. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении. Дисс... канд. мед. наук. М., 2006.
4. Ястребов В.С., Балабанова В.В., Серебрянская Л.Я., Михайлова И.И., Степанова А.Ф. Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы. НЦПЗ РАМН. М., 2004.