

*А. Кнуф, Л. Ю. Эпов*

## **Стигма: теория и практика**

**С**тигма — это определенное качество или признак индивидуума, который определяется индивидуумом как неприемлемый, негативный, неприятный. Это качество не соответствует собственным принципам и мировоззрению и актуальным в данный момент ценностям общества. В результате переноса этого признака на другого индивидуума или социальную группу, личность иллюзорно освобождается от наличия этого признака у себя. Создается ложное представление, что этим признаком обладает кто-то другой, а не я. Это звучит в формулировке: «Враг не я, а он!».

Стигматизированная группа. Те чувства, которые индивидуум переживал по отношению к собственной стигме, а это были ярость, ненависть, злоба, враждебность, страх, ужас, негодование, уже переживаются не по отношению к себе, а к тем людям, точнее группам людей, на которые была перенесена эта стигма. Таким образом, формируются группы с определенным репертуаром поведения, внешними

признаками и качествами, чувствами и образом мышления. Создается «химера», которую можно ненавидеть, бояться, презирать, над ней можно смеяться и унижать ее.

Итак, стигматизированная группа — это группа людей (группа-меньшинство), объединенных признаком (стигмой) неприемлемым для т. н. нормализованной группы (группа-большинство).

Чтобы стигматизированная группа сформировалась необходимо наличие трех базовых условий. Во-первых, эта группа должна быть малочисленна. Во-вторых, эта группа должна обладать определенными характеристиками, неприемлемыми для группы-большинства, то есть стигмой. И, в-третьих, группой-большинством, «нормализованной группой по Б. Вальденфельс (1997)», должны отчуждаться права у стигматизированной группы и сама стигматизированная группа должна изолироваться «нормализованной группой».

Стигматизированная группа отчуждается от большинства, этой группе присваивается

признак «чуждости», «изгоя». При этом используются такие определения как грязный, заразный, дефектный, «блаженный», недоразвитый. Страх, который переживается перед стигматизированными группами, очень часто трансформируется в агрессию и подталкивает большинство к изолированию этих групп, отчуждению, исключению из общества. Это исключение происходит обязательно с обесцениванием прав у стигматизированных групп.

Бесправные меньшинства становятся более контролируемыми и более безопасными. Всем известны эти меньшинства: ВИЧ-инфицированные, люди с ограниченными физическими возможностями, сексуальные меньшинства, «лица кавказской национальности», и, наконец, психические больные, в том числе и наркоманы.

Все те измененные чувства и мысли, а также изменение отношения к объекту, после того как он оказался в стигматизированной группе, можно определить как стигматизационное напряжение. Проще говоря, когда некто узнает, что «Иван Иванович» является, например, наркоманом, то отношения между этими людьми могут измениться. Эти изменения связаны с предрассудками и общественным мнением в отношении наркоманов. Отношения к «Ивану Ивановичу» будут отличаться от отношений к «наркоману Ивану Ивановичу». Вот эта разница в отношении и является стигматизационным напряжением.

**Психически больные.** При развитии психического расстройства спонтанно воспроизводится паттерн стигматизирования у самых близких людей — у родственников. Когда люди информируются о том, их родственник заболел психическим заболеванием, они долго не могут поверить в это, вначале отрицают полученную информацию, затем ими овладевает страх вплоть до ужаса. Родственники чувствуют себя беспомощными, через некоторое время у них начинают наблюдаться признаки депрессии. Возникает состояние двойственности, с одной стороны, это мой близкий и родной человек, тесно связан со мной, а с другой стороны, он вдруг стал принадлежать стигматизированной группе, «...стал психом, придурком...».

С одной стороны родственники переживают по отношению друг к другу любовь, доверие («..это — мой сын...», а с другой стороны, к психически больному как к представителю стигматизированной группы, должны переживаться страх, ненависть, тревога («...мой сын — наркоман, почему это произошло со мной, что я теперь скажу друзьям, коллегам...»).

Дополнительно к этому прибавляется и дефицит информации обо всем, что связано с психиатрией и психическим заболеванием, что усиливает беспомощность и ощущение неконтролируемости ситуации. Развивается стигматизационное напряжение по отношению к своему психически больному родственнику. Обратите внимание, к близкому человеку прикрепили ярлык, что он теперь «психически больной» и сразу происходит изменение отношения к этому родственнику. Ничего не было сделано больше, только прикрепили ярлык.

**Стигматизационные процессы: самостигматизирование и внешнее стигматизирование.** Психическое заболевание очень часто сопровождается двумя нагрузками: стыд и самостигматизирование заметно затрудняют лечебный процесс. Что могут сделать больные, чтобы сохранить и улучшить свою самооценку, и как могут помочь им в этом профессионалы — психологи, психотерапевты, психиатры.

Очень тяжело себя принимать как психически больного. Часто недооценивается, сколько усилий нужно приложить больному, когда он узнает, что болен психическим заболеванием и ему необходимо лечиться в психиатрической больнице. Как удастся человеку принять факт того, что он болен, зависит от многих процессов и обстоятельств: удастся ли ему найти в себе силы противопоставить себя болезни или он отрицает наличие у себя этого заболевания? Готов ли он принять помощь? Кому он готов доверять?

**Как возникает самостигматизирование?** Все мы являемся социальными существами. Ценностям и убеждениям мы обучаемся у других. Этот процесс обучения начинается в детстве, когда мы наполняем определенными символами и паттернами, будучи взрослыми, мы также ориентируем свое поведение в соот-

ветствие с ценностями нашего окружения. Извне делегируемые оценки и убеждения мы интегрируем в свое «Я», и эти ценности становятся частью нас самих. Через некоторое время мы сами себя уже начинаем воспринимать через эти искусственные очки, оцениваем себя, используя критерии общества. В нас развивается такая инстанция, которую можно охарактеризовать как «внутренний критик, оценщик». Этот критик оценивает наше поведение постоянно («Ты мог бы это сделать лучше» — «другие любят тебя не так, как ты сам себя» — «Будь строже сам к себе»). В психоанализе эта субстанция называется супер-ЭГО. Этот «критик» постоянно «включен», но особенно активен, если с нами что-то происходит. Когда, например, человек теряет работу или становится психически больным, эта инстанция получает дополнительную «пищу» для критики.

Эти убеждения мы переносим на все сферы нашего существования. Как должен я себя правильно вести? Как нужно правильно одеваться? Что я думаю об определенной социальной группе? И так далее. Часть этих размышлений связана и с психическими больными. Эти размышления универсальны, то есть каждый человек имеет похожие представления обо всем, что связано с психиатрическими больными и психиатрией вообще. «Психически больные опасны» или «один раз заболел, будешь болеть всю жизнь» — наиболее часто встречаемые из этих предубеждений.

В то же время у любого человека есть вероятность заболеть психическим заболеванием. И если он заболевает, то все негативные установки и предубеждения в отношении психических болезней волшебным образом обращаются против него самого. Если у меня, например, была установка «У всех психически больных слабый характер, и от них нечего ожидать путного», то это утверждение меняется на такое «У меня слабый характер, и я ничего не могу с этим поделать». Такое изменение представлений о самом себе в связи с заболеванием мы обозначаем как самостигматизирование. Самостигматизирование может выражаться и по другому: «Я значу и ценен меньше, чем другие», «Я представляю опасность для других»,

«Психическое заболевание — это Божья кара за прегрешения», «Психически больной сам виноват в своей болезни».

Так как эти утверждения были заложены в нас с самого раннего детства и представляют собой большую часть из себя свод определенных общественных «негласных» законов, то эти установки являются жесткими и трудно поддаются изменениям. Это означает для больного, что ему будет очень сложно освободиться от этих утверждений, даже если они не подтверждаются реальным опытом. Такой стереотип мышления «Все психически больные — лентяи» не изменится, несмотря на то, что этот больной может прилагать титанические усилия какие только можно себе представить.

Если психически больной переносит ответственность за болезнь на себя, то это может иметь для него ряд негативных последствий. Среди них повышенное внимание к себе и самоанализ. В этом случае многие элементы своего поведения они увязывают со своей болезнью («То, что я сейчас делаю — это сумасшествие, это я делаю из-за того, что я болен»). Такое повышенное внимание к себе делает больного несвободным и ограниченным, и может привести к развитию бредовых мыслей («Другие смеются надо мной, так как они знают, что я лечусь в психиатрической больнице»). Такая ошибочная оценка в поведении других людей может привести к тому, что больной будет создавать образы поведения, который должны выглядеть как «здоровое поведение». Он будет пытаться играть роль «психически здорового человека». Это часто приводит к утрате естественности и спонтанности в поведении.

Наиболее часто встречающееся последствие психического заболевания — это переживание чувства стыда. Больные находят много оснований, чтобы переживать это чувство. Уже один только факт, что человек болен, должен, по их мнению, вызывать чувство стыда. Это чувство усиливается при обострении заболевания, а также при воспоминании об агрессивном или аморальном поведении во время психотического приступа. Стыд усиливается, если пациент вынужден находится в психиатрической клинике, особенно в случае при-

нудительной или недобровольной госпитализации.

Чувство стыда нормально, особенно после возвращения из первого психотического эпизода. Это происходит в связи с тем, что человек вдруг видит себя в двух ипостасях, когда он в момент психоза и вне него. И пациент видит, что это — два разных человека. В это момент происходит осознание переживания психоза.

Когда мы переживаем чувство стыда, мы хотим спрятаться поглубже, от взглядов других людей. При стыде человек блокирует любые контакты с другими людьми, усиливая самоизоляцию. Похожее реагирование на чувство стыда встречается и у психически больных. Такой тип поведения усиливается при окончании психотического приступа и тесно связан с психотическим приступом. Частью поведения, измененное чувством стыда, напоминает некоторые элементы самого психического заболевания. Связано ли с этим ограничение контактов с внешним миром и развивающаяся при этом негативная симптоматика? Или это снижение/дефект вызван только чувством стыда? Точно ответить на эти вопросы маловероятно. Классическая психиатрия очень быстро такое поведение патологизирует и интерпретирует как компонент психического заболевания.

Если пациенту не удастся принять болезнь как таковую, то это может привести к двум последствиям.

Во-первых, при конфронтации человека с психической болезнью возникает опасность самобичевания, самообвинения развития депрессии, апатии и самоизоляции.

Во-вторых, если факт болезни отрицается, то больной перестает контролировать, все, что связано с болезнью. Он себя считает здоровым, а окружение больным. В этом случае он вряд ли потребует помощи, будет игнорировать первые признаки обострения и будет не в состоянии принимать помощь и поддержку.

Оба способа реагирования опасны и для больного, и для его окружения. Уход в депрессию или отрицание болезни являются не следствием эндогенной симптоматики, как с легкой готовностью утверждают классические психиатры.

Классическая психиатрическая наука не утруждает себя изучением того, как человек реагирует на психиатрический диагноз и как он взаимодействует с этой болезнью. С другой стороны, родственники считают главным научить больного и самим научиться принимать болезнь как таковую.

Принять свою болезнь вовсе не значит, что она есть нечто «хорошее» для больного. Наоборот, почти все больные не хотят оставаться больными, и это желание очень важно для изменения поведения. Принять болезнь, значит, не обвинять себя как причину заболевания. Это может звучать так: «Преодолеть болезнь очень сложно. Кому это удастся, тот должен быть горд сам за себя и вызывает уважение со стороны окружения».

В процессе принятия болезни большую помощь может оказать окружение, которое принимает таких больных, какие они есть. Это звучит так: «Если другие принимают меня, таким, какой я есть, то я сам могу научиться себя принимать таким, какой я есть», и наоборот, «Если другие меня не принимают, какой я есть, то и я вряд ли смогу научиться себя принимать таким, какой я есть».

**Самостигматизация и стигматизация извне (внутренняя и внешняя стигматизация).** Самостигматизирование происходит в процессе размышления личности о своем психическом заболевании. Если эти негативные установки приходят извне, то говорят о внешнем стигматизировании. Самостигматизирование является производным внешнего стигматизирования. Самостигматизирование всегда вторично по отношению к внешнему стигматизированию. Отсюда многие делают вывод, что вначале надо бороться с внешним стигматизированием. Но для отдельных больных все как раз наоборот, внешнее стигматизирование только тогда оказывает свое действие, если сам человек стигматизирует себя. В этом случае только изменением среды, вряд ли может привести к успеху. В нашем обществе есть группы людей, которые стигматизируются только извне, и никогда не стигматизируют себя сами. К ним относятся представители сект или большая часть сексуальных меньшинств.

Условия, необходимые для самостигматизирования. Будет ли человек стигматизировать себя сам, зависит, прежде всего, от двух условий<sup>1</sup>.

Во-первых, больной должен себя идентифицировать со стигматизированной группой: «Они говорят плохо о больном шизофренией. Я болен шизофренией, значит, они будут так говорить и обо мне». Во-вторых, пациент должен принять эти утверждения как правильные или истинные, то есть он должен быть убежден в их правдивости: «Да, это точно, больным шизофренией нельзя доверять». Таким образом, если пациент убежден в обоих высказываниях, то он будет стигматизировать себя. В ином случае люди будут вести себя безразлично по отношению к внешнему стигматизированию: «Мне все равно, что говорят о шизофрениках. Я не отношу себя к ним (шизофреникам)». Или человек может активно бороться против стигматизации извне: «Это неправда, что говорят о психически больных». Исследования показывают (Schoepu et al. 2004), что риск стигматизирования при общении больного с другим больным также вероятен, как при общении этого больного со студентом-медиком. Вместе с тем опасность самостигматизирования остается очень высокой.

Самостигматизирование может развиваться по варианту самопророчества. Исследования показывают, что страх перед стигматизированием сильнее, чем реально переживаемое стигматизирование<sup>2</sup>, то есть пациенты опасаются стигматизирования, еще его не пережив

и не ощутив. При этом тип пережитого стигматизирования не связан с типом «предубежденного», то есть вызванного страхом, стигматизирования никоим образом. Пациенты, таким образом, ожидают стигматизирования, которого они не разу не переживали. Чтобы избежать стигматизирования они закрываются или замалчивают свой опыт. Вместе с этим пациенты обрывают свои контакты или блокируют всеми возможными способами полноценное взаимодействие с окружением. Больные боятся быть «выкинутыми» из своего окружения и сами же исключают себя из общества, чтобы избежать самого процесса исключения. Это все приводит к резкому сужению общения и контактов с микроокружением. Пациенты трактуют свое одиночество как следствие отрицания его обществом и еще больше отдаляются от общества. Чтобы разорвать этот порочный круг, необходимо сделать осознаваемым «предубежденное и связанное со страхом» стигматизирование и разработать алгоритм поведения альтернативный «замалчиванию» и «самоизоляции».

*(Окончание следует)*

<sup>1</sup> Corrigan P. W., Watson, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness // Clinical Psychology: Science and Practice. Bd. 9. 2002. S. 35–53.

<sup>2</sup> Agermeyer M.C. Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft // Psychiatrische Praxis. 31. 2004.