

САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР ПРЕВРАЩЕНИЯ
ЛИЧНОСТИ ЗДОРОВОГО В ЛИЧНОСТЬ БОЛЬНОГО*Светлана Леонидовна Соловьева*

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра общей, медицинской психологии и педагогики. 193230, Санкт-Петербург, ул. Дыбенко, д.17,
e-mail: S-Solovieva@ya.ru

Реферат. В лекции рассматриваются проблемы стигматизации и самостигматизации. Явление самостигматизации представлено как неоднозначный феномен, который, с одной стороны, адаптирует пациента к жизни в условиях болезни, и, с другой стороны, ограничивает возможности реализации им собственного жизненного пути. В этой связи намечаются задачи психологической помощи, регламентирующие профессиональную деятельность медицинского психолога в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: стигматизация, самостигматизация, роль больного, идентичность, личность.

SELF-STIGMATIZATION AS FACTOR IN
TRANSFORMATION OF HEALTHY PERSON'S
PERSONALITY INTO PATIENT'S PERSONALITY

Svetlana L. Solovieva

I.I. Mechnikov Northwest State Medical University,
Department of General, Medical Psychology and Pedagogy,
17/1, Dybenko Str., 193230, Saint Petersburg,
e-mail: S-Solovieva@ya.ru

The article deals with problems of stigmatization and self-stigmatization. The self-stigmatization phenomenon is presented as controversial, which, on the one hand, helps the patient to adjust to the life under the conditions of a disease, and, on the other hand, limits capacities for completing his/her own life journey. In this regard, tasks in psychological counselling are outlined, which regulate professional activities of the clinical psychologist in health service practices.

Key words: stigmatization, self-stigmatization, patient's role, identity, adjustment, personality.

Стигматизацией принято считать «предвзятое или негативное отношение окружающих по факту наличия у человека того или иного признака» [22, 31, 37]. Социальные стереотипы в обществе необходимы: общественное мнение призвано и обязано поощрять определенные приемлемые модели поведения и «не подкреплять» неприемлемые. Ритуалы отвержения, провокации чувства вины у тех, чье поведение неприемлемо, призваны обеспечить безопасность общества [2]. Дискриминация по отношению к лицам, страдающим инфекционными заболева-

ниями, в прошлом, возможно, была оправданной для выживания общества, то же самое может быть верно и для психических расстройств в долечебную эпоху [14].

В медицине понятие стигматизации используется наиболее часто в психиатрии, где оно означает «негативное социальное последствие диагноза психической болезни, связанное со сложившимся в обществе стереотипом воспринимать ее как постыдную, отторгающую, дискриминирующую, которое порождает у заболевшего наряду с чувством стыда, вины, неуверенности, страха оскорбления стремление скрыть свои симптомы, отгородиться и тем самым остаться в стороне от источников возможной поддержки» [22, 31, 32]. Первым комплексным исследованием, посвященным проблеме стигматизации как формы дискриминации психически больных, стала монография американского социолога Ирвинга Гоффмана «Стигма. Об особенностях искаленной личности» (1963), в которой автор выделил и описал два принципиально различных типа стигм: «телесные уродства» и «индивидуальные недостатки характера, воспринимаемые как слабость воли», к которым автор причислил спутанность сознания, судимость, наркоманию, гомосексуализм, потерю работы, попытки самоубийства и радикальную политическую позицию [36]. Применительно к российской действительности, как отмечают современные авторы, можно было бы включить в эту группу стигм также алкоголизм и отсутствие постоянного места жительства [15, 25].

Современное определение стигматизации дано М.М. Кабановым и соавторами: «Стигматизация – негативное выделение обществом индивидуума (или социальной группы) по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума (или представителей данной социальной

группы)» [8, 9, 10]. Широко распространенным является представление о том, что «в настоящее время стигматизация при психических расстройствах препятствуют оптимальной социальной адаптации и снижают качество жизни лиц с психическими расстройствами» [40, 41].

Наряду с понятием стигматизации в медицине используется представление о самостигматизации. Понятие самостигматизации как реакции на негативное отношение социального окружения и собственного ранее сформированного представления о душевнобольных было введено в психиатрию В. Link. Согласно ему процесс формирования новой идентичности у психически больного человека имеет определенный механизм развития и включает ряд последовательных этапов, приводящих в конечном счете к «принятию роли душевнобольного». Самостигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь с чувством неполноценности и социальной несостоятельности [37]. Самостигматизация определяется как совокупность реакций пациента на проявления психической болезни и статус психически больного в обществе [18, 19]. Проявлениями самостигматизации становятся дистанцирование от общества, чувство вины, стыда [30–32]. С психологической точки зрения самостигматизация представляет неоднородный по структуре феномен, который включает в себя как фрустрирующие, так и защитные компоненты. Переживание больным несостоятельности и негативные представления о душевнобольных вообще дестабилизируют самооценку, компенсация же осуществляется за счет реакций отказа, оправдания собственной пассивности болезнью и предвзятым отношением окружающих [3, 18, 33, 34].

Проблема стигматизации и дискриминации в психиатрии считается особенно актуальной при хронических психических заболеваниях, преимущественно при шизофрении [4, 5, 10, 13, 21, 25, 33, 35, 38, 39] и нервно-психических заболеваниях, в частности, при эпилепсии [11, 17]. Что же касается психических расстройств, протекающих с эпизодическим и рецидивирующим течением, в частности аффективных нарушений, то исследования стигматизации и дискриминации при них практически отсутствуют [7, 16, 42].

Явление стигматизации и ее последствия для личности наиболее полно изучены в отношении больных шизофренией. Показано влияние стигмы на течение заболевания. Верифицировано представление о том, что «совокупность

реакций личности на обладание стигмой наслаиваются на признаки болезненного процесса, что может находить отражение в клинической картине заболевания, например, в клинической картине шизофрении как в продуктивных симптомах острого периода (аффективные и субаффективные расстройства, бредовые и сверхценные идеи преследования, отношения), так и в ремиссии, подчеркивая дефицитарные проявления и углубляя социальную дезадаптацию» [4, 21, 22, 28]. Такие психопатологические феномены, как апатия, социальная отгороженность, с точки зрения авторов, могут быть не только признаками шизофренического дефекта, но и отражать депрессивную реакцию на психотравмирующую ситуацию. Сходство проявлений негативной симптоматики и последствий самостигматизации, по мнению большинства исследователей шизофрении, определяет необходимость разделения этих состояний в клинике для адекватного прогнозирования течения заболевания и разработки лечебных и социореабилитационных мероприятий. Чаще всего именно стигма, а не сами по себе симптомы болезни, как отмечают исследователи, затрудняют для человека получение помощи и устройство в жизни; стигма становится «второй болезнью», и именно она может стать основным препятствием к выздоровлению [3, 4, 21, 29]. Страх стигмы ведет к сокрытию от окружающих и врача симптомов болезни, затягиванию обращения за помощью, неиспользованию имеющихся возможностей по выявлению и лечению, нарастанию изоляции.

Сходная роль стигмы выявляется в отношении больных эпилепсией [17]. К факторам, способствующим формированию феномена самостигматизации, относятся «тип течения, длительность заболевания и обусловленные заболеванием изменения личности. Однако фактором, определяющим степень самостигматизации, являются личностные особенности больного» [11]. Функции стигмы изучались у пациентов наркологической клиники. Показано ее неоднозначное влияние на поведение наркозависимых. «Если рассматривать девиантные группы наркозависимых, можно заметить, пишет А.В. Слободская, – что новые социальные связи, появляющиеся в результате интеграции в девиантную группу, необходимы не только для обмена информацией или дружеских отношений, но и для того, чтобы иметь больше доступа к наркотическим веществам, либо приобретать их по более выгодной цене». Таким образом, «стигма может выступать своеобразным связующим

звеном. С одной стороны, группа предоставляет индивиду новые возможности, позволяя удовлетворить как социальные (коммуникация), так и психологические (эмпатия) потребности, выступая своеобразной защитой от стигм и дискриминации. С другой стороны (если группа носит делинквентный характер) участие в подобной группе существенно упрощает процесс криминализации индивида (нарушение правовых норм совместно с другими индивидами происходит более свободно, благодаря процессу равного распределения ответственности)» [24].

Проблема стигмы ставится и в отношении других заболеваний. Показано, что стигматизация и самостигматизация существенно влияют на социальное функционирование и качество жизни лиц с избыточной массой тела и ожирением, больных ВИЧ-инфекцией, онкологическими заболеваниями, туберкулезом [1, 20, 26]. А.Ю. Барковская, Д.В. Проташик, исследуя феномен стигматизации и самостигматизации людей с излишним весом, предлагают «говорить о наличии двух групп элементов составляющих феномен самостигматизации – фрустрирующих и защитных». Первые названы авторами «фрустрирующими, поскольку отражают эмоциональное состояние, раскрывающееся в своеобразном комплексе негативных переживаний и поведенческих реакций (недовольство своим телом, неуверенность в себе, страх негативных оценок, гнев, чувство вины, стыда, безнадежности и т.д.), что формирует готовность к принятию категории полных людей как недостойных во многих смыслах, безвольных, некрасивых, ленивых, наряду с самоотчуждением в личностной сфере и в сфере глубинных эмоций. Защитными вторая группа элементов названа потому, что индивид рассматривается с позиций способности к адаптации, испытанию реальностью, это психические и практические процессы, посредством которых люди преодолевают внутренние и внешние конфликты, а именно: отрицание наличия проблемы или попытка ей противостоять, бороться с общественными стереотипами, самоидентификация с категорией полных и принятие себя в социальной сфере, согласие с социально-экономическим неравенством и профессиональными ограничениями, оправдание отказа от социальной активности наличием проблемы избыточной массы тела и т.п.» [1]. Фрустрирующие элементы самостигматизации, по мнению авторов, дестабилизируют Я-концепцию, снижают самооценку, защитные – повышают самооценку, предупреждая ситуации,

в которых может проявиться несостоятельность личности.

В последние десятилетия появились исследования, констатирующие неоднозначную функцию стигматизации по отношению к личности больного: принятие и успешное исполнение «социальной роли больного» дает определенные преимущества в притязаниях на социальную помощь и поддержку, а также является своеобразной «патологической формой адаптации» [18, 19, 24, 30]. При неврозах, как показало исследование И.И. Михайловой, «самостигматизация является одним из способов психологической защиты и используется для снижения напряженности внутреннего конфликта без его разрешения». При некоторых невротических расстройствах явление самостигматизации «снижает потребность в признании окружающими, обеспечивая чувство собственной правоты и превосходства». При шизофрении, по мнению автора, «самостигматизация способствует достижению чувства безопасности больного в симбиотических отношениях путем пассивности или создания у него иллюзии принадлежности к определенному сообществу. При эндогенной депрессии самостигматизация обеспечивает путь отреагирования подавленной агрессии» [18].

В клинике внутренних болезней исследование явления самостигматизации носит фрагментарный и эмпирический характер, между тем соматический диагноз предпочтительнее для потенциального больного как более «социально престижный»; все чаще современные будущие пациенты «выбирают» симптомы заболеваний сердечно-сосудистой системы, среди которых «предпочтительны» симптомы, имитирующие клиническую картину ишемической болезни сердца. Роль беспомощной жертвы гарантирует безопасность, ограждая от ответственности за самого себя, за неудачи в карьере, в личной жизни, в социальных достижениях. Приобретение такого социально-значимого «смысла жизни», как борьба с болезнью, помогает больному чувствовать себя нормальным членом общества.

С самого начала формирования представлений о стигматизации и самостигматизации в медицине обсуждается проблема «использования стигмы её «владельцем»»: согласно Э. Гоффману, больной может использовать свою стигму и получать от неё так называемые «вторичные выгоды», например, для оправдания своих неудач, не связанных со стигмой [36]. Представление об «условной выгоде» социальных последствий болезни имеет не менее давнюю историю, чем

указания на ее негативные последствия. Так, согласно Э. Гоффману, «нормальным (обычным) восприятием и отношением (действиями) к человеку со стигмой, являются: благожелательное социальное действие, призванное смягчить и сгладить наличие у человека стигмы» [36]. Это положение подтверждают многочисленные социально-психологические исследования. Так, например, исследования содержания понятия «инвалид» в общественном сознании показали, что благодаря стойкому стереотипу люди ассоциируют с этим словом необходимость заботиться и помогать людям, подпадающим под это понятие [2, 14].

Традиционно в литературе используется такой термин, как «Вторичная выгода болезни». Как отмечает в этой связи П.Д. Тищенко: «Болезнь характеризуется не только психосоматическим страданием. Заболевание формирует особую органическую систему индивид–общество. В ней создается особый психосоматический функциональный орган болезни, специфическая, часто более благоприятная для индивида система межличностных отношений».

Практически во всех исследованиях стигматизации и самостигматизации, проведенных в отношении пациентов различной нозологической принадлежности, ставится вопрос о соотношении адаптивных и дезадаптивных функций этих явлений. Так, например, нозоцентрическая самоидентификация (самоотождествление с сообществом психиатрических пациентов) в противоположность деидентификации рассматривается как адаптивная личностная реакция пациентов с относительно негрубыми психическими расстройствами. В качестве синонима в отечественной клинической психологии используется термин «реакция личности на болезнь», который представляется более адекватным в связи с задачами психологической реабилитации. Одна из широко обсуждаемых теорий сейчас – это «унитарная теория стигматизации» Haghigat, представляющая собой структурированную модель, пытающуюся охватить одним понятием – «личная выгода» – все аспекты, стоящие за различными видами стигматизации.

Рассматриваются возможные психологические механизмы стигматизации и ее последствия для личности больного [19, 27]. Проведенные в последнее время клинические и экспериментально-психологические исследования показали, что «лично обусловленная самостигматизация характеризуется истеро-ипохондрическими реакциями у достаточно сохранных пациентов»

[23]. Согласно некоторым данным, комплекс эмоциональных состояний, которые переживает пациент в связи с заболеванием, как правило, коррелирует с показателями самостигматизации.

Если стигма возникает, когда пациент успел уже многое узнать о жизни «нормальных» людей, так как сам всегда причислял себя к ним и, более того, вырос в атмосфере предвзятости и предубеждений в отношении «неполноценных» людей, в ситуации болезни он теряет привычные представления о самом себе, о собственной личности и оказывается перед необходимостью формирования новой психологической идентичности, соответствующей роли больного. И вот, сам став таким, т.е. приобретя какой-нибудь дефект (например, лишившись ног в результате автомобильной аварии), человек должен заново идентифицировать себя [23]. Приобретение стигмы оказывается сильной психотравмирующей ситуацией, связанной с явлением деидентификации, то есть утратой идентификации с социальной группой, с которой ранее пациент себя отождествлял, в виде фиксации на своей предполагаемой неполноценности и принятия роли изгоя общества. В этой связи утрачивается главный ресурс адаптации – социальная поддержка, способность к принятию которой основана на уверенности в принадлежности к определенной социальной группе. Если стигматизированному в этот момент не будет оказана психологическая помощь, возникает высокая степень вероятности обесценивания собственной жизни, лишенной социального контекста, что влечет за собой формирование риска суицидального поведения.

Самостигматизация представляет собой не просто реакцию на болезнь, и не только комплекс негативных эмоций по поводу этого факта, а является формированием новой идентичности [23]. Изменения идентичности под воздействием заболевания в наибольшей степени доступны наблюдению за пациентами клиники внутренних болезней. Проведенные исследования описываются врачами-интернистами в терминах «психологических реакций на заболевание» или «внутренней картины болезни». Несмотря на то, что в структуре внутренней картины заболевания выделяются ее компоненты (когнитивный, эмоциональный, мотивационно-волевой, сенситивный), этот феномен, очевидно, нельзя рассматривать как некоторое изолированное образование, которое болезнь «приплюсовывает» к структуре личности пациента. Под воздействием хронического соматического страдания меняется весь психологический мир больного, и эти изменения

нельзя рассматривать как простое увеличение интенсивности переживаний тревоги и депрессии или как добавление в картину мира когнитивной «концепции болезни».

С приобретением соматического диагноза больной получает ряд преимуществ и возможностей для манипуляций. «Возможным становится оправдание проявлений раздражительности при семейных конфликтах своим заболеванием, использование заболевания в качестве «щита» и «угрозы» одновременно. Непосредственным проявлением самостигматизации является формирование новых правил поведения, когда больной настолько ограничивает себя статусом больного, что создаёт себе особые правила... Болезнь помогает решить проблемы в семье, экономические проблемы, решить проблему социальной изоляции, а также переосмыслить взгляды на жизнь в целом» [23]. По данным Е.Ю. Скрипка, критика к состоянию имеет непосредственное отношение к самостигматизации.

Угроза, которая возникает в ситуации соматической болезни, заставляет человека пересматривать весь привычный образ жизни, основанный на значимых индивидуальных ценностях, приводя к более объективному, и, следовательно, депрессивно-окрашенному взгляду на свое существование как конечное, ограниченное в своих возможностях, имеющее условную ценность и мало чем гарантированное.

Ситуация соматического заболевания переживается неадекватно реальной опасности и сопровождается тревогой и страхом как естественной психологической реакцией на неопределенность с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом. Страх и тревога запускают широкий репертуар индивидуальных эмоциональных переживаний с более или менее выраженными компонентами депрессивной безнадежности и агрессивного протеста; эмоциональные реакции изменяют параметры и результат познавательной деятельности, внося соответствующие изменения в индивидуальную картину мира.

Снижение болезненности тревожных переживаний означает, прежде всего, поиск информации, снятие неопределенности, предполагая ориентацию будущего пациента на получение диагноза. У «наивного» пациента, без медицинского образования, имеется более или менее осознанное представление о том, что в медицине существует конечное число болезней, верифицируемых на основании определенного перечня симптомов, которые выявляются конкретными научно-обоснованными методами; он склонен предпола-

гать, что эта классификация носит окончательный характер, охватывая все возможные формы человеческой патологии. Эти представления заставляют будущего больного действовать определенным образом, перечисляя врачу, без учета его специализации, которая имеет объективную тенденцию становиться все более узкой, то, что условный пациент считает проявлениями своей «болезни»; он думает, что предъявляет объективные симптомы, которые врачу остается только проверить научно обоснованными объективными методами, но на самом деле излагает жалобы – эмоционально окрашенные, субъективно представленные психологические или психосоматические проявления физиологических процессов, которые, в зависимости от способа предъявления, могут быть отнесены врачом как к категории «нормы», так и к патологии.

Получив вместо предполагаемого, то есть вполне определенного «диагноза» предложение врача пройти более или менее длительное, травматичное и дорогостоящее обследование, будущий пациент соглашается на него только в том случае, если его «болезнь» в его субъективной психологической реальности в данный момент представляет собой с его точки зрения реальную опасность. Если же врач считает возможным сформулировать пациенту предположительный диагноз или очертить наиболее вероятную зону поиска, не отвергая вероятности наличия соматического заболевания, то условный больной превращается в реального пациента: во-первых, компетентный специалист не отверг его «симптомы» как признаки болезни, а его самого принял в качестве больного; во-вторых, «диагноз» снимает неопределенность, а также уровень напряжения и тревоги, поскольку означает для пациента назначение соответствующих лекарств, и, следовательно, излечение от соматического дискомфорта. Происходит стигматизация пациента: из просто человека он превращается в «гипертоника», который отныне должен следить за своим давлением, или в «диабетика», который должен постоянно измерять сахар в крови, или в депрессивного пациента, который должен эмоциональный дискомфорт снимать приемом антидепрессантов. Если для врача, приоритетом которого является жизнь, естественно проявлять повышенную настороженность в плане инфаркта, инсульта, суицида или диабетической комы, то подобные установки пациента интерпретируются как проявления его ипохондрии, депрессии или паранойи. Направление на консультацию к психотерапевту или психиатру воспринимается пациентом как намек на наличие у него психического

заболевания, и может, в свою очередь, выступать в качестве стигматизации, уже теперь в отношении психической болезни.

Таким образом, само явление стигматизации выглядит неизбежным, поскольку врач и пациент, имея разное образование, говорят на разных языках, вкладывая в одни и те же термины разное содержание: врач – клиническое, соответствующее полученному образованию и специализации, пациент – индивидуально-психологическое, в контексте его уникального жизненного опыта, которым он не считает необходимым делиться с врачом.

В результате при наличии минимальных проявлений соматической или психосоматической дисфункции на пациента накладываются (или он сам накладывает на себя – самостигматизация) неоправданно жесткие ограничения, существенно снижающие его способность (и его желание, мотивацию) к реализации профессиональных, социальных, индивидуально-психологических ценностей и целей, собственного жизненного пути.

Проблема дополняется фактами, указывающими на реальный рост пограничных нервно-психических и психосоматических нарушений. В докладах экспертов ВОЗ, в частности, по психическому здоровью населения различных стран мира, показано, что около 200 стран мира демонстрируют тенденцию к астенизации населения вследствие накопления соматической патологии, а также тенденцию к психопатизации, связанной с накоплением психической патологии. Эксперты ВОЗ отмечают ухудшение состояния здоровья населения этих 200 стран под негативным воздействием экологических, социально-экономических, политических факторов, в частности, в виде локальных военных конфликтов и миграции населения, которая принимает массовый характер [6].

Эти данные находят свое подтверждение в нормативных документах МЗ РФ: констатируется тот факт, что каждый россиянин к 50 годам является носителем как минимум трех хронических соматических заболеваний (в мегаполисах – пяти), к которым присоединяется пограничная нервно-психическая патология, например, в виде вторичных невротических наслоений на основное заболевание. Существуют и другие данные, открытые широкому доступу, которые заставляют «наивного пациента» проявлять настороженность в отношении формирующихся у него хронических соматических заболеваний, количество которых с возрастом должно возрастать. Тенденция дополняется усилиями СМИ и фармацевтических

фирм, рекламирующих новые лекарства от всех болезней. В результате значительная часть населения перестает воспринимать себя «практически здоровыми», подтверждая свои психологические ожидания и установки различными формами ограничительного поведения, избавляющего их от решения социальных, профессиональных, личных проблем.

Динамичные социально-психологические процессы, предъявляющие повышенные требования к личности человека, не всегда воспринимаются им как «вызов», тренирующий на преодоление трудностей, активизирующий резервы и ресурсы, адаптивные и компенсаторные возможности личности; эмоциональный стресс все реже становится точкой личностного развития и роста. Социальный стресс, особенно в среде социально уязвимых социальных групп, провоцирует психологические реакции «ухода» в виде алкоголизма, наркоманий, нарушений пищевого поведения и других форм аддиктивного поведения. Реакция «ухода в болезнь», приобретающую значение «условной желательности», становится наиболее очевидным решением в том случае, если социальные последствия соматического заболевания имеют для личности пациента большую положительную значимость, чем негативные переживания от дискомфорта вследствие незначительных или умеренных отклонений психосоматических функций в рамках пограничных состояний.

Социальная пассивность групп населения трудоспособного и репродуктивного возраста, которые рассматриваются врачами в качестве «практически здоровых», но направляют основные усилия на посещения разнообразных медицинских учреждений, прохождение разнообразных диагностических обследований, завершающиеся в конечном счете получением того или иного диагноза – своеобразной «индугенции», избавляющей от участия в решении социальных проблем, заставляет исследовать социально-психологические аспекты самостигматизации не только в психиатрии, но и в клинике внутренних болезней.

Формируются практические основания для применения новых форм психотерапии и психологической помощи «условно здоровым» лицам и пациентам с начальными проявлениями пограничной патологии; центральной категорией этой психологической помощи становятся ценности личности. Ценностные ориентации как важнейшие категории, которые служат интеграции личности, обеспечивают ее полноценное и осмысленное существование. При этом, как

отмечает Г. Олпорт, наиболее важными категориями, которые имеет человек, является его личная система ценностей: «Человек живет ими и ради них. Редко он о них думает или взвешивает их; скорее, он чувствует, утверждает и защищает их. Ценностные категории являются настолько важными, что действительность и благоразумие обычно вынуждены приспособляться к ним».

Принятие на себя «роли больного», обучение существованию в новых условиях с учетом ограничений, накладываемых болезнью, необходимо для сохранения жизни. Эту задачу успешно решают врачи, в том числе с помощью стигматизации пациентов: клиническое мышление, настороженное в плане негативных последствий болезни, рецидивов и осложнений, приучает пациентов к выполнению назначений и рекомендаций медицинских работников. Система ограничений, предписаний, запретов, накладываемых врачом, интериоризируется больным, формируя эффекты самостигматизации.

Задача психологической помощи пациентам состоит не в том, чтобы максимально нивелировать процессы стигматизации–самостигматизации, а в том, чтобы под руководством врача [13], определить необходимую степень этих процессов; клинический психолог ставит перед собой цель не столько избавить пациента от симптомов (эту задачу успешно решает врач), а в том, чтобы помочь больному сохранить свою идентичность, пройти свой собственный жизненный путь, реализуя личные ценности и добываясь своих целей в рамках единичного уникального существования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барковская А.Ю., Протащик Д.В. Социальные причины избыточной массы тела и ожирения порастающего поколения россиян. Социология медицины – реформе здравоохранения. Научные труды IV Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), 3-4 октября 2013 г., Волгоград. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. 264 с. С. 139–145.
2. Белинская Е.П., Тихомандрицкая О.А. Социальная психология личности. М., 2000. 324 с.
3. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2006.
4. Гурович И. Я., Кирьянова Е. М. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией // Соц. и клин. психиатрия. 1999. Т. 9, № 3. С. 5–8.
5. Гурович И.Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств // Рус. мед. журн. 2001. Т. 9, № 25. С. 1202.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. 2001. По заказу ВОЗ. ООО «Весь мир». 215с.
7. Дубицкая Е.А. Стигматизация больных депрессией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009.
8. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб, 1998. 256 с.
9. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Соц. Клин. Психиат. 2001. № 1. С. 22–27.
10. Кабанов М.М., Бурковский Г. В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2000. № 1. С. 3–8.
11. Кекелидзе З.И., Тюменкова Г.В. Стигматизация больных эпилепсией: методические рекомендации. М. Изд-во ЗАО Юстицин-форм, 2009. 28 с.
12. Кнуф А. Стигма: теория и практика // Знание. Понимание. Умение. 2006. № 2. С. 149–153.
13. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. № 3. С. 9–14.
14. Липай Т.П., Мамедов А.К. Стигматизация как социальный феномен (методология исследования) // Электронное научное издание «Актуальные инновационные исследования: наука и практика». 2011. № 1.
15. Менделевич В.Д. Этика современной наркологии. Казань: Медицина, 2010. 218 с.
16. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза. Казань: Медицина, 2011. 288 с.
17. Михайлов В.А. Качество жизни, стигматизация и восстановительная терапия больных эпилепсией (клинический и психосоциальный аспекты): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб, 2008.
18. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: дисс. ... канд. мед. наук: М.: Научный центр психического здоровья РАМН, 2005. 211 с.
19. Михайлова И.И., Ястребов В.С. Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. №7. С. 58–65.
20. Недзельский Н.Н. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. М.: ИНФО-ПЛЮС, 2003. 146 с.
21. Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с суицидальным поведением // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2015. № 4 (201). Выпуск 29. С. 49–56.
22. Серебрянская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. №9. С. 59–68.
23. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами // Молодой ученый. 2012. №7. С. 232–237.
24. Слободская А.В. Социальные последствия стигматизации // Научное сообщество студентов XXI столетия. Общественные науки: сб. ст. по мат. XX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 5(20). URL: [http://sibac.info/archive/social/5\(20\).pdf](http://sibac.info/archive/social/5(20).pdf) (дата обращения: 28.12.2016).
25. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы – отношение к предрешениям и обвинениям [Пер. И.Я. Сапожниковой], М., 2001. 215 с.
26. Хлызина Ю.С. Последствия стигматизации: божья вне общества // Научный общественно-политический журнал. 2008. № 3–4 (9). С. 92–94.
27. Ястребов В. С., Ениколопов С. Н., Михайлова И.И. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2005. Т. 105. № 11. С. 50–54.

28. Ястребов В.С., Гонжал О.А., Тюменкова Г.В., Михайлова И.И. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации. М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. 18 с.
29. Agermeyer M.C. Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft // *Psychiatrische Praxis*. 2004. 31.
30. Alvidrez, J., Snowden, L. R., & Kaiser, D.M. The experience of stigma among Black mental health consumers // *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2008. Vol. 19. P. 874–893.
31. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come // *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1997. Vol. 90. P. 618–621.
32. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it // *Advances in Psychiatry Treatment*. 2000. Vol. 6. P. 65–72.
33. Corrigan P.W. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices // US National Library of Mental Health [Electronic resource]. Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694098/> Date of access: 04.01.2012.
34. 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.
35. David A. Insight and Psychosis // *Brit. J Psychiatry*. 1990. 156, 6. P. 599–602.
36. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York: Prentice-Hall, 1963.
37. Link B.G., Phelan J.C. Теория «ярлыков» применительно к психическим расстройствам: последствия прикрепления «ярлыка» / Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях. Киев, 2002. С. 427–437.
38. Penn D. L., Guynan K., Daily T. et al. Dispelling the stigma of schizophrenia. What sort of information is best? // *Schizophr. Bull.* 1994. Vol. 20. P. 567–574.
39. Peters E., Lowyck B., Hert M.De., Tores K et al. Het beoep van het ziektebeeld bij patienten die een eerste episode van schizofrenie doormaken: een literatuuroverzicht // *Tydschrift voor psychiatrie*. 2001. Vol. 43, N 8. P. 567–573.
40. Read J., Baker S. Not just sticks and stones: A survey of stigma, taboos and discrimination experienced by people with mental health problems. London, 1996.
41. Sartorius N. One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental. In: *The image of madness* [eds.: J. Guimön, W. Fischer, N. Sartorius]. Basle, 1999. P. 96–105.
42. Sirey J.A. et al. Perceived Stigma as a Predictor of Treatment Discontinuation in Young and Older Outpatients With Depression // *Am J Psychiatry*. 2001. Vol. 158. P. 479–481.
6. *Doklad o sostoyanii zdavoookhraneniya v mire. Psikhicheskoe zdorov'e: novoe ponimanie, novaya nadezhda*. 2001. Po zakazu VOZ. OOO “Ves’ mir”. 215 p. (in Russian)
7. Dubitskaya E.A. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Moscow, 2009. (in Russian)
8. Kabanov M.M. *Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i sotsial'naya psikhiiatriya*. St.Petersburg, 1998. 256 p. (in Russian)
9. Kabanov M.M. *Sots. Klin. Psikhiiat.* 2001. № 1. pp. 22–27. (in Russian)
10. Kabanov M.M., Burkovskii G.V. *Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2000. № 1. pp. 3–8. (in Russian)
11. Kekelidze Z.I., Tyumenkova G.V. *Stigmatizatsiya bol'nykh epilepsiei: metodicheskie rekomendatsii*. Moscow: Izd-vo ZAO Yustitsin-form, 2009. 28 p. (in Russian)
12. Knuf A. *Znanie. Ponimanie. Umenie*. 2006. № 2. pp. 149–153. (in Russian)
13. Kotsyubinskii A.P., Butoma B.G., Zaitsev V.V. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 1999. № 3. pp. 9–14. (in Russian)
14. Lipai T.P., Mamedov A.K. *Elektronnoe nauchnoe izdanie «Aktual'nye innovatsionnye issledovaniya: nauka i praktika»*. 2011. № 1. (in Russian)
15. Mendelevich V.D. *Etika sovremennoi narkologii*. Kazan: Meditsina, 2010. 218 p. (in Russian)
16. Mendelevich V.D. *Antitsipatsionnye mekhanizmy nevrozogeneza*. Kazan: Meditsina, 2011. 288 p. (in Russian)
17. Mikhailov V.A. *Extended abstract of MD dissertation (Medicine)*. St.Petersburg, 2008. (in Russian)
18. Mikhailova I.I. *PhD dissertation (Medicine)*. Moscow: Nauchnyi tsentr psikhicheskogo zdorov'ya RAMN, 2005. 211 p. (in Russian)
19. Mikhailova I.I., Yastrebov V.S., Enikolopov S.N. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2002. №7. pp. 58–65. (in Russian)
20. Nedzel'skii N.N. *Podderzhka lyudei, zhivushchikh s VICH*. Moscow: INFO-PLYuS, 2003. 146 p. (in Russian)
21. Polozhii B.S., Ruzhenkova V.V. *Nauchnye vedomosti. Seriya Meditsina. Farmatsiya*. 2015. № 4 (201). Vypusk 29. pp. 49–56. (in Russian)
22. Serebriiskaya L.Ya., Yastrebov V.S., Enikolopov S.N. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S.Korsakova*. 2002. №9. pp. 59–68. (in Russian)
23. Skripka E.Yu. *Molodoi uchenyi*. 2012. №7. pp. 232–237. (in Russian)
24. Slobodskaya A.V. In: *Nauchnoe soobshchestvo studentov XXI stoletiya. Obshchestvennye nauki: Proceedings of the XX mezhdunar. stud. nauch.-prakt. konf.* № 5(20). URL: [http://sibac.info/archive/social/5\(20\).pdf](http://sibac.info/archive/social/5(20).pdf) (data obrashcheniya: 28.12.2016). (in Russian)
25. Finzen A. *Psikhoz i stigma: Preodolenie stigmy – otnoshenie k predubezhdeniyam i obvineniyam* [Per. I.Ya. Sapozhnikovoi]. Moscow, 2001. 215 p. (in Russian)
26. Khlyzina Yu.S. *Nauchnyi obshchestvenno-politicheskii zhurnal*. 2008. № 3–4 (9). pp. 92–94. (in Russian)
27. Yastrebov V.S., Enikolopov S.N., Mikhailova I.I. *Zhurn. nevropatol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova*. 2005. Vol. 105. № 11. pp. 50–54. (in Russian)
28. Yastrebov V.S., Gonzhal O.A., Tyumenkova G.V., Mikhailova I.I. *Samostigmatizatsiya pri osnovnykh psikhicheskikh zabolevaniyakh: metodicheskie rekomendatsii*. Moscow: Izd-vo ZAO Yustitsinform, 2009. 18 p. (in Russian)

Поступила 07.02.17.