

**САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ:  
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ПАРАДОКСЫ НЕПРОФИЛЬНОГО ОБРАЩЕНИЯ В  
ПЕРВИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ СЕТЬ**

*Альберт Вазгенович Погосов, Юлия Владимировна Богушевская, Марина Андреевна Петрова*

*Курский государственный медицинский университет,  
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3, e-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru*

**Реферат**

Проводимое в последние годы исследование факторов, препятствующих своевременному обращению пациентов с соматизированными расстройствами к врачу-психиатру, показало, что наряду с клиническими, социально-демографическими, психологическими и другими причинами особое место в формировании избегающего врача-психиатра поведения занимает феномен самостигматизации. В статье проанализированы некоторые исторические аспекты стигмы в психиатрии, особого внимания заслуживают проявления самостигматизирующего отношения больных с пограничными психическими расстройствами. Подчеркнута необходимость внедрения в первичное звено здравоохранения психообразовательных программ дестигматизирующей направленности.

**Ключевые слова:** соматизированные расстройства, самостигматизация, непрофильное обращение.

**SELF-STIGMA IN PATIENTS WITH SOMATOFORM  
DISORDERS: HISTORICAL ASPECTS, PARADOXES  
OF MISDIRECTED VISIT TO THE PRIMARY MEDICAL  
FACILITY**

Albert V. Pogosov, Yuliya V. Bogushevskaya,  
Marina A. Petrova

Kursk State Medical University, 305041, Kursk,  
3, Karl Marx St., e-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

**Abstract**

A recent analysis of factors preventing patients with somatoform disorders from timely visit to a psychiatrist showed that along with clinical, socio-demographic, psychological and other causes, self-stigma phenomenon holds a specific place in the formation of a psychiatrist escape behavior. The article deals with the analysis of some historical aspects of stigma in psychiatry and manifestations of self-stigma attitude in patients with border psychic disorders deserve special attention. The importance to introduce destigma psycho-educational programs into the primary health care settings is emphasized.

**Keywords:** somatoform disorder, self-stigma, misdirected visit.

**В** настоящее время в отечественной и зарубежной психиатрии по-прежнему остаётся актуальной проблема стигматизации психически больных, многочисленные публикации посвящены различным аспектам данной тематики [1–5].

Впервые термин «стигма» в психологию был введён американским социологом И. Гофманом (Goffman, 1963). Автор подразумевал под ним три типа стигм:

- 1) «телесные уродства»;
- 2) девиации как проявление недостатков характера, слабости воли (тюремное заключение, психиатрический диагноз, гомосексуальность, наркомания, суицидальные попытки, беззаботность);
- 3) маргинальные политические и социальные положения.

Гофман полагал, что стигматизации подвержены только те особенности человека, которые несовместимы с его идеальным образом в представлении общества. Стигма, с его точки зрения, — результат проекции на человека рассуждений о том, что он является «неподходящим» [6].

Современные авторы (Парфёнова Е.В., Ридер Ф.К., Герсамя А.Г., 2017) относят к категориям стигмы следующие разновидности: самостигма (воспринимаемая стигма) — представление пациента о своём заболевании, межличностная стигма — реакция окружающих на заболевание, социально-политическая стигма — влияние культурных ценностей и общественных законов. Также стигму разделяют на внешнюю — стереотипы, предрассудки, дискриминация, существующие в обществе; а также внутреннюю (самостигматизация) — интернализация внешней стигмы [7, 8].

В отношении причины возникновения феномена стигматизации существует несколько точек зрения. Одни авторы считают, что в основе формирования стигматизации психически больных лежат архетипические структуры, которые наследуются и видоизменяются под влиянием исторической эпохи (Башмакова О.В., Семенихин Д.Г., 2014). Другие обозначают причиной

закрепление стереотипа восприятия «безумия» в детстве, с течением времени усугубляющегося воздействием средств массовой информации на сознание (Косенко Н.А. и др., 2015). Третьи связывают появление стигматизации с низким уровнем нравственного самосознания человека и общества в целом (Мамедов А.К., Липай Т.П., 2011). Некоторые исследователи склоняются к отсутствию знаний у населения о психических заболеваниях и опыта контактов с больными психическими расстройствами, что существенно влияет на процесс стигматизации [9–12].

Стигматизация психически больных, прежде всего, ассоциируется с дискриминацией, что нарушает адаптацию таких пациентов в обществе, препятствует взаимодействию с врачом-психиатром. Hinshaw (2007) отмечает, что большинство психически больных испытывают страдания не от проявления своего недуга, а от последствий стигмы. В социальном аспекте результат стигматизации может привести к трудностям в получении образования, трудоустройстве, нарушению отношений с окружающими [13].

Понятие «стигма» чаще всего носит эмоционально-окрашенный характер и не подтверждается фактами. В этом и заключается её кардинальное отличие от стереотипов. Ошибочные представления складываются по поводу как самих психических расстройств, так и причин их возникновения. Так, согласно исследованию Crisp (2001), около 50% жителей США считают причиной шизофрении «химическую природу мозга», более 40% связывают алкоголизм с «повышенным стрессом», а причиной наркомании называют «плохой характер». Неподтверждённые научными фактами и нарушение логики в представленных высказываниях приводят к мысли о том, что процесс стигматизации психически больных обусловлен более глубокими психологическими причинами [14].

По мнению Sontag (2001), стигма выступает преградой для обращения за своевременной психиатрической помощью: 32% исследуемых заявили, что по причине стигматизации они долгое время не обращались за специализированной помощью, хотя имели проблемы с психическим здоровьем, 62% исследуемых отметили, что их знакомые, которые нуждались в профессиональной помощи, отказались её искать. Влияние стигмы на людей с психическими заболеваниями также может привести к преждевременному прекращению лечения [15].

Сама по себе стигматизирующая ситуация негативно влияет на психически больных, препятствуя их полноценному функционированию в обществе (Ионин Л.Г., 2000). Человек с психическим расстройством перестаёт быть индивидуальностью и становится носителем клейма «сумасшедший», его взаимодействие с окружающей действительностью начинает осуществляться через призму стереотипов. Человек находится в ситуации конфликта, затрагивающей как внешние, так и внутренние стороны — невозможность удовлетворения социальных потребностей, дискриминация, навязывание роли «сумасшедшего».

Е.П. Белинская и О.А. Тихомандрицкая (2001) отмечают, что у здоровых людей в результате воздействия длительного по времени психического напряжения может возникнуть усиление психической дезадаптации вплоть до психотического уровня расстройств. Отсутствие смены обстановки и соответствующего лечения влияет на проявление симптоматики, углубляя и усложняя её. Среди пациентов с психиатрическим диагнозом, несомненно, все указанные негативные факторы также присутствуют, что находит подтверждение во многих исследованиях [16].

Ф.Р. Филатов (2001) указывает, что определение «болезнь» и, в частности, «психическая болезнь» в представлении общества выступает в качестве личностной характеристики, которая подразумевает подчинение социального и психологического функционирования человека предубеждениям, поддерживаемым социумом. Результатом становится ставшая привычной во многих культурах взаимозаменяемость понятий «психически больной» и «девиант» [17].

С точки зрения М.М. Кабанова (2001), процесс стигматизации заключается в наделении человека, обладающего психиатрическим диагнозом, девианта в глазах общества, типичными чертами, присущими душевнобольным, с последующим его дискредитированием широкой общественностью. Описываемый процесс длителен во времени и протекает постепенно, затрагивая различные аспекты психологического и социального функционирования человека [18].

И.Р. Сёмин (2001), напротив, отмечает, что в рамках процесса стигматизации использование понятия «миф» как категории, определяющей восприятие обществом психически больного, не совсем уместно по причине того, что в различных культурах отношение к психическим расстрой-

ствам не соответствует содержанию большинства мифов о них. В данном случае, по мнению автора, миф — своеобразная схема, которая носит амбивалентный характер и позволяет каждому из нас видоизменять информацию в соответствии с определёнными условиями. Часть этой информации правильна и непротиворечива по своему содержанию, другая — как «неправильная», противоположная вытесняется из сознания. Так же и с восприятием психически больного: его образ ассоциируется с неправильным, иррациональным и блокируется как в общественном, так и в индивидуальном сознании [19].

Упоминание проекции как механизма, лежащего в основе стигматизации, встречается и у других авторов (Ядов В.А., 2000; Hughes P., 2001). В сознании человека существуют как положительные качества, так и те, которые он не признаёт в себе, проецируя на других, к примеру членов маргинальной группы, в том числе и людей с психическими заболеваниями. Использование данного защитного механизма обусловлено также тем, что больные могут проявлять чувства и эмоции, блокируемые здоровыми людьми. Придуманная в соответствии с этой схемой образ психически больных помогает лучше разобраться в причинах их отдаления от общества [20, 21].

Corrigan (2004) в своём исследовании говорит о взаимосвязи мотивации стигматизирующего с психологическими особенностями (примерами выступают уровень враждебности и зависящее от него желание помочь людям, страдающим психическими расстройствами) и социологическими характеристиками (возраст, уровень образования, количество детей — люди с высоким образовательным уровнем, по мнению автора, не испытывают потребности принижать людей с психическими заболеваниями) [22].

М.М. Кабанов и Г.В. Бурковский (2000) описывают три мотивационных компонента, составляющих склонность к стигматизированию:

- 1) потребности в сохранении удовлетворительных условий своей жизни;
- 2) потребности в сохранении нормального уровня функционирования — сохранении своего интеллектуального уровня;
- 3) потребности в сохранении своей эмоциональной стабильности.

Люди с психическими расстройствами, по мнению авторов, представляют угрозу для удовлетворения обозначенных потребностей.

Также ими были выделены определённые личностные характеристики, взаимосвязанные

с данными потребностями и образующие некоторую классификацию: первый мотивационный компонент характерен для людей, довольных условиями своей жизни, но негативно относящихся к «девиантам»; второй ассоциируется с восприятием психических заболеваний как передающихся здоровым людям и влияющих на умственные способности; третий — с уязвимостью психотического характера, восприятием психического заболевания как эмоционального нарушения. Полученные данные объединяют личностные особенности стигматизирующего с мотивационными аспектами и социальными взглядами [18].

Анализируя процесс стигматизации нельзя не коснуться теории, затрагивающей мотивацию стигматизирующего — «унитарной теории стигматизации» (Haghighat, 2001). Её автор использует термин «личной выгоды» — как базисной структуры, лежащей в основе явления стигмы. Подразумевается, что человек в угоду себе делает всё, чтобы избежать напряжения, связанного со стигматизируемыми людьми, которые могут посягать на устоявшиеся общественные нормы и ценности. Стигматизацию он описывает как эволюционный механизм выживания и указывает, что процесс дестигматизации начнётся после того, как люди перестанут беспокоиться о своей «личной выгоде» [23].

В эволюционном аспекте стигму рассматривает и Gilbert (2001). С его точки зрения, люди с психическими заболеваниями всегда воспринимались как опасные, непригодные в генетическом плане и совместной трудовой деятельности. Так, стигматизация в представленной концепции редуцируется до биологических тенденций и обуславливается эволюцией [24].

Далеко не все авторы придерживаются биологических основ процесса стигматизации. Финзен (2001), напротив, связывает описываемый феномен с социальными предпосылками: процессами, происходящими на уровне социальной группы и определяющими мотивацию стигматизирующих. Исследователь считает, что человеческое общество существует согласно принципам, по которым какое-либо отклонение в социальных группировках, требующих от своих членов предсказуемости во всём, подвергается санкционным действиям и отвержению от группы [25].

Отчуждение психически больных от общества предполагает существование процесса идентификации — разделение на соответствующее норме

и отклонения от неё. Мотивация к стигматизированию обусловлена потребностью в самосохранении, присущей членам общества, и различными факторами, включая недостаточную осведомлённость о психических расстройствах и невысокий культурный уровень [26].

Переходя к рассмотрению самостигматизации как сложного структурного феномена, остановимся на исследованиях процесса проявления внутренней стигмы. Некоторые современные авторы связывают самостигматизацию с переживанием отвержения, ощущением стыда, высоким уровнем социальной изоляции и обозначают её как некое согласие с общественной стигмой, непосредственно связанной с самооценкой человека (Автономов Д.А., Михайлов М.А., 2017). Происходит видоизменение как личностной, так и социальной идентичности под влиянием самостигматизации и, как следствие, негативное влияние её на адаптацию психически больного в обществе [10, 27].

Пинел (Pinel, 1999) ввёл в психологию определение «стигма-осознанность», характеризующее степень осознания пациентами с психиатрическим диагнозом воздействия проявлений внутренней стигмы и её последствий. Link (2001) в дальнейшем развил эту тему, описав ответную реакцию психически больных на стигму, и назвал её «самостигматизацией». По его мнению, это своеобразный процесс, который включает следующие составляющие [28, 29]:

- 1) психиатрический диагноз;
- 2) воспринятые и применённые к себе «мифы», касающиеся психических расстройств;
- 3) страх дискриминации, отвержения от социума;
- 4) отдаление от возможных стигматизирующих людей;
- 5) снижение самооценки, социального статуса;
- 6) образование «порочного круга»: низкая самооценка — усиление изоляции от общества.

Феномен самостигматизации, рассмотренный В. Link, находит отражение и в работах отечественных авторов. По мнению Е.П. Белинской и О.А. Тихомандридовской (2001), имея психическое расстройство и соответствующую реакцию на него, пациент вычленяет себя из общества, что способствует процессу деидентификации. Поиск своего места в обществе приводит к тому, что психически больной начинает испытывать потребность в новой идентификации. Если на данном этапе пациенту не удастся найти соци-

альную группу, которая соответствовала бы его реализации как личности, то он причисляет себя к группе «душевнобольных», идентифицирует себя с ними, применяя при этом распространённые в обществе предрассудки относительно психических заболеваний [16].

Описанное явление представляет собой трансформацию процесса стигматизации в самостигматизацию: формируется внутренняя установка относительно связи всего происходящего в жизни больного и наличия у него психического расстройства, создаётся новое видение себя и окружающих путём постоянного контакта с представителями психиатрической службы и другими пациентами, возникают переживания симптомов своего заболевания, столкновения с запретами и ограничениями.

Опираясь на положения теории Дж. Брунера (1975), можно предположить, что восприятие психически больным своей принадлежности к группе «душевнобольных» и разграничение с группой «психически здоровых» формируется в конкретный период времени, после которого какая-либо другая информация, касающаяся заболевания уже не осознаётся, а интерпретируется в соответствии с существующими установками. Данное состояние изменённой идентификации пациента поддерживается согласно принципу «порочного круга». Многие исследователи утверждают, что в обозначенный период видоизменения восприятия себя психически больным необходимо принять соответствующие дестигматизационные меры для предотвращения дальнейшего формирования самостигматизации [30, 31].

М.М. Кабанов (2001) утверждает, что ценность психического здоровья образует у человека преждевременную готовность отнесения себя как к категории «душевнобольных», так и к категории «здоровых», то есть, заболевая, он может причислить себя к последней категории без прохождения описанного выше процесса. Изменённая идентификация в таком случае будет потребностью пациента. По мнению автора, у властных личностей данная потребность выше, чем у людей, склонных к подчинению. Это подтверждает мысль о том, что рассмотрение феномена самостигматизации требует учёта индивидуальных характеристик пациентов с психиатрическим диагнозом [32].

Л.Г. Ионин (2000) указывает, что после изменения идентификации и отнесения себя к категории «душевнобольных» наступает новый этап самостигматизации — подтверждение обнов-

лённой идентификации другими людьми и адаптация к новым условиям среды. Образ окружающей действительности выстраивается через призму неверно воспринятой информации, на основании чего начинает полностью преобразовываться и вся система отношений больного, включая оценку себя и отношение к окружающему миру. Также отличительная черта этого этапа — изменение социального функционирования человека [33].

С точки зрения Ю.Л. Качалова (2000), влияние психического расстройства на образ жизни больного первоначально продиктовано различными социально-психологическими и клиническими факторами: это может быть экологическая ниша в группе психически больных в стационарных условиях, жизнь в социуме среди людей, не страдающих психическими расстройствами, существование в изоляции от общества. Данные факторы участвуют в формировании новой социальной и личностной идентичности психически больного и определяют его положение в обществе.

Постепенно пропадает стремление к изменению этого положения, значительно уменьшаются адаптивные навыки. В социальном аспекте уязвимость человека обусловлена пограничным положением категории «душевнобольных» и отсутствием их поддержки в обществе. Для этого этапа самостигматизации характерна усиливающаяся значимость семейного статуса психически больного, взаимодействия с представителями психиатрических служб (отношение с персоналом больницы, частота госпитализаций), существования ограничений как в социальном, так и в профессиональном плане [34].

Этапность процесса самостигматизации, по мнению В.А. Ядова (2000), подчиняется закономерностям этого феномена (Link, 2001):

- 1) получение диагноза;
- 2) утрата идентификации;
- 3) образование «категориальной готовности»;
- 4) приобретение обновлённой личностной идентификации;
- 5) преобразование системы отношений;
- 6) приобретение обновлённой социальной идентификации;
- 7) уменьшение адаптивных навыков;
- 8) десоциализация.

Также описанный процесс зависит от многих социальных, психологических и клинических факторов, что находит подтверждение в исследованиях, затрагивающих положение больного в обществе [20, 35].

Е.В. Улыбина (2001) отмечает, что феномен самостигматизации взаимосвязан с понятием внутренней картины болезни (ВКБ), включающим такие компоненты, как чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный, которые определяют восприятие человеком своего диагноза (Лурия А.Р., 1977). Автор акцентирует внимание на следующих переменных, влияющих на самостигматизацию и связанную с ней ВКБ: восприятие информации о психическом расстройстве посредством существующих в обществе стереотипов, субъективный опыт переживания своего заболевания, его роль в структуре личностных ценностей. Немаловажна способность к дифференциации своего образа «Я» и образа «болезни», определяющаяся степенью развития самосознания, личностными особенностями и течением заболевания. Таким образом, на переживание процесса самостигматизации способны воздействовать многие факторы, включая клиническую картину заболевания, личностную сферу больного, иерархию его ценностей и способы социального взаимодействия [36].

Jorm (2005) в своём исследовании также рассматривает роль «мифов» в формировании ВКБ и самостигматизации. Согласно его точке зрения, они могут удерживать болезненные симптомы, приводя к фиксации ВКБ и обострению психического заболевания. Данный механизм обусловлен силами обратной связи и вторичным генерированием прежней симптоматики [37].

Обобщая представленные ранее литературные данные, можно сделать вывод, что внутренняя стигма больного с психиатрическим диагнозом обусловлена детерминантами, которые также лежат в основе мотивации стигматизирующих: структурой ценностей, стремлением к сохранению удовлетворительных условий жизни, стереотипами по поводу психических заболеваний. Помимо обозначенных факторов, процесс самостигматизации определяется личностными особенностями больного и спецификой психического расстройства, существует зависимость его уровня от таких параметров, как количество госпитализаций и длительность заболевания [38].

И.И. Михайлова (2005) предлагает рассматривать процессы стигматизации и самостигматизации в их единстве и даёт следующее определение данному феномену: «совокупность реакций пациента на проявление психической болезни и статус психически больного в обществе, центральным переживанием которой является

предполагаемая нравственная, морально-эстетическая несостоятельность больного». Автором описаны различные формы самостигматизации [39]:

- аутопсихическая — изменение идентичности на личностном уровне, представления о себе самом;

- компенсаторная — сохранение личной идентичности при формальном согласии с заболеванием;

- социореверсивная — изменение идентичности на социальном уровне, восприятие себя как стигматизируемого члена общества.

На основании своих исследований В.С. Ястребов и соавт. (2009) также выделили фрустрирующий и компенсаторный компоненты самостигматизации: первый подразумевает «представления больного о собственной несостоятельности», второй — «механизмы искажения информации, стабилизирующие самооценку больного». Компенсаторный компонент способствует снижению адаптивных возможностей и значительному ухудшению психического состояния больного ввиду изменения его образа восприятия как окружающего мира, так и своего состояния в действительности. Данный отрицательный опыт усиливает фрустрирующий компонент самостигматизации (больной ещё сильнее начинает переживать свою несостоятельность и чувствовать уязвимость), что приводит к усилению искажения информации.

Основа возникновения феномена самостигматизации — не только внутренние переживания больного, но и существующие в обществе стереотипы по поводу психических расстройств, а также достоверная информация из профессиональных источников. Структурно-динамическая модель самостигматизации отражает составляющие адаптационной реакции пациента на проявления своего заболевания: данный процесс является в некотором роде адаптационной стратегией, подчиняющейся принципу «порочного круга», описанного ранее и объясняющего устойчивость к дестигматизационным мерам. Уязвимость как центральное звено этой модели носит разноплановый характер, включая компоненты психического здоровья и другие характеристики жизнедеятельности больного (социальный статус, возраст, жизненный опыт) [40].

С позиции данной концепции авторами также проанализированы конкретные механизмы процесса самостигматизации для разных нозо-

логических групп больных с применением соответствующего опросника (опросник самостигматизации, разработанный сотрудниками отдела организации психиатрической помощи НЦПЗ РАМН, И.И. Михайловой, В.С. Ястребовым, С.Н. Ениколоповым, 2005).

В качестве метода исследования самостигматизации у психически больных, по мнению Е.Ю. Скрипки (2012), также возможно применение структурированного интервью, позволяющего изучить её различные аспекты: представление о заболевании, критику к своему состоянию, ограничения в связи с заболеванием, отношение к психически больным, социальные взаимоотношения и планы на будущее. Явные различия в ответах отмечают при сравнении самостигматизации пациентов с психическими расстройствами невротического и психотического спектров. У последних ввиду снижения критики к своему состоянию отсутствует стремление скрыть факты о своём заболевании, в том числе информацию о госпитализации. Больные с расстройствами невротического спектра, напротив, опасаются разглашения и потери своего социального статуса, насмешек со стороны знакомых и близкого окружения, отрицательных комментариев. Они более подвержены ощущению дискриминации и социальной изоляции [41].

В рамках изучения феномена самостигматизации представляется важным затронуть способы приспособительного поведения психически больных к своему диагнозу (Ениколопов С.Н., 2013). В различных исследованиях поведенческие стратегии анализируют с позиции критериев их эффективности, конструктивности и адекватности ситуации. Из конструктивных способов выделяют принятие участия пациентами и их родственниками в общественных движениях и специальных группах поддержки. Избегание врача-психиатра, отказ от медикаментозного лечения и госпитализации, попытки снятия психиатрического диагноза, несмотря на присутствие психопатологии, — примеры проявления деструктивных тенденций в поведении. Применение конструктивных способов в данном случае не только связано с непосредственным взаимодействием с обществом и представителями психиатрических служб, но и обусловлено личностными ресурсами — механизмами совладания или копинговыми стратегиями, механизмами психологической защиты [42].

Таким образом, самостигматизация как сложный структурный феномен включает компен-

саторный (переживание несостоятельности) и фрустрирующий (искажение информации) компоненты и описывается как реакция пациента с психиатрическим диагнозом на своё заболевание и представление о нём, сложившееся в обществе. В результате этого процесса происходит утрата личностной и социальной идентичности, её видоизменение, снижаются адаптивные возможности психически больного, что приводит к десоциализации и нарастающей изоляции от общества. Применение конструктивных способов приспособительного поведения психически больных к своему диагнозу рассматривают в данном случае как один из способов, позволяющих снизить последствия самостигматизации.

Далее остановимся на проблемах явления стигмы в практике пограничных психических расстройств. Неврозы как пограничные психические расстройства упоминают в специальной литературе, по утверждению G. Russell (2001), начиная с XVI века. В представлении общества люди, страдающие этим психическим недугом, не опасны в отличие от больных шизофренией и принадлежат скорее к категории «неуравновешенных», а не «сумасшедших». Данные расстройства, как известно, не оказывают чрезмерного влияния на психическую сферу, не приводят к слабоумию. Описанные социальные представления относительно пограничных психических расстройств в целом не несут негативного оттенка с последующим формированием предвзятого мнения, однако их отдельные разновидности вызывают массу противоречий. Далеко не все разновидности пограничных психических расстройств формируют благоприятное представление о себе, вызывая тем самым стигматизирующее отношение в социуме [43].

Ю.А. Александровский (2001) считает, что невротический спектр расстройств оказывает существенное влияние на процесс самостигматизации у пациентов, подверженных ему. С точки зрения автора, переживание психическим больным своего статуса обусловлено ВКБ, непосредственно связанной с механизмами развития заболевания и социальным функционированием больного. При неврозах ВКБ подразумевает совокупность адаптивных стратегий пациента к своему недугу и подразделяется на фобический и депрессивный подтипы. В зависимости от концепции происхождения сам невроз также подразделяется на психоцентрированный и соматоцентрированный варианты. Обозначенные

типологии невроза и ВКБ определяют у пациентов показатели самооценки, поведенческий стиль и отношение к проводимому лечению [44].

Важная составляющая ВКБ при неврозе — его значимость для больного, продиктованная наличием конфликта потребностей и возможностей человека с существующими социальными требованиями и ограничениями. Основой для возникновения описанных выше противоречий становится феномен психического инфантилизма, влияющий на развитие самосознания, критичность мышления и дифференциацию своего образа «Я» и образа «болезни», связанную с личностными особенностями (Улыбина Е.В., 2001). Так, пациенты с истерическими чертами характера склонны к низкому уровню самосознания и не отграничивают ВКБ от своего образа «Я». Также существует непосредственная взаимосвязь между оценкой своего статуса в обществе и отношением к своему диагнозу: описаны прецеденты симуляции психических и соматических расстройств, феномен «тюремной истерии» у демонстративных личностей. Однако есть и обратные случаи: пациенты с обсессивно-компульсивными расстройствами характеризуются сокрытием симптомов заболевания [45].

Обобщая представленные данные, можно сделать вывод, что проявления стигматизации у пациентов с невротическим регистром расстройств рассматривают в качестве психогенного фактора, фрустрирующего потребности, а также фактора, влияющего на ВКБ, её течение и вероятный прогноз. Необходимо учитывать и личностные особенности, наличие психического инфантилизма, противоречивые тенденции в мотивационной сфере психически больного, формирующие восприятие невротического заболевания.

Исследование И.И. Михайловой (2005) показало, что для пациентов с неврозами, в отличие от других расстройств, характерно стремление к изоляции от контакта с психически больными в обществе, обусловленное применением защитного механизма, не позволяющего видоизменить социальную идентичность. Самостигматизация при данном заболевании подразумевает следующие особенности: аутопсихическая форма выступает возможностью снижения требований к себе в их внутреннем конфликте с реальными возможностями; компенсаторная форма проявляется как реакция раздражительности личности в виде отрицательных эмоций во взаимодействии

с окружающими; социореверсивная форма включает элементы «социофобического статуса» [39].

В.С. Ястребов и соавт. (2004) указывают, что самоидентификация с психически здоровыми также присуща для пациентов с невротическим спектром расстройств. Они придерживаются мифа о том, что их психическое здоровье в норме, и отделяют себя от других больных, обладающих психиатрическим диагнозом, признавая свой диагноз лишь формально. Данная тенденция означает проявление стигматизации по отношению к другим больным и встречается, по мнению исследователей, среди женщин со средним специальным образованием, низкой квалификацией труда, неблагополучным семейным статусом [46].

С точки зрения Е.Ю. Скрипки (2012), больные с невротическими расстройствами опасаются быть отвергнутыми как обществом, так и значимыми для них людьми. Однако этот страх блокируется ими на уровне сознания, что совпадает с психодинамической концепцией [47, 48]. Описанные психологические особенности пациентов с невротическим регистром расстройств находят отражение в исследовании Е.А. Толкач (2010), в нём рассмотрены личностные характеристики больных с соматизированными расстройствами: высокая личностная и ситуативная тревожность, замкнутость, склонность к изоляции и излишнему самоконтролю, подавленные тенденции к доминированию и импульсивности, низкие социальные способности и самооценка [49].

Уступчивый тип поведения у данных пациентов подразумевает болезненное самолюбие, неудовлетворённость жизненной ситуацией и подавление потребности в самореализации. Отношения их с окружающими усложняются ввиду несоответствия истинных чувств и эмоций сложившимся стереотипам поведения в обществе, которые они не стремятся изменить. Вышеперечисленное приводит к тому, что подавленные эмоции и чувства преобразуются в соматические симптомы, снижая накопившееся эмоциональное напряжение.

Соматизированные расстройства характеризуются многочисленными жалобами на различные видоизменяющиеся физические симптомы, сопровождающие больного не менее 2 лет и не подтверждающиеся медицинскими обследованиями. Физические симптомы относятся к различным системам и органам, образуя следующие разновидности соматизированного расстройства: желудочно-кишечную, болевую,

сердечно-дыхательную и псевдоневрологическую [50]. Преобладание той или иной разновидности в клинической картине заболевания обуславливает обращение к соответствующему специалисту первичного звена здравоохранения: терапевту, гастроэнтерологу, кардиологу, неврологу и др.

А.В. Погосов и Ю.В. Богушевская (2017) также указывают, что данная категория пациентов представляет собой значительные трудности в плане своевременного обращения за психиатрической помощью. Они на протяжении многих лет находятся в безуспешном поиске причин заболевания, принимают малоэффективное лечение, что приводит к хроническому течению, необратимым личностным изменениям, нарушению внутрисемейных отношений, потере трудового статуса. Характерная для таких больных черта — сложность осознания психологической природы своего расстройства. Неосведомлённость о современной организации психиатрической службы, стигматизация психических заболеваний в обществе в целом, такие факторы, как низкие образовательный уровень, трудовой, социальный и семейный статус, препятствуют обращению к врачам-психиатрам, психотерапевтам, психологам из-за страха «навешивания» ярлыка и формируют избегающее по отношению к психиатрии поведение [51].

Проблема преодоления феномена самостигматизации приобретает особую значимость не только в психиатрии, но и, прежде всего, в первичном звене здравоохранения. Дестигматизация всегда была необходимой составляющей в социальной реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами [52]. Это различные дестигматизационные программы, направленные на восстановление членами стигматизируемых групп своих прав, утраченных в связи с психическим заболеванием: первый уровень — программы индивидуальной дестигматизации, представленные воздействием на отдельного пациента; второй уровень — программы дестигматизации семьи, способствующие устранению негативных последствий стигматизации как у отдельного члена, так и у семьи в целом.

Одни авторы предлагают следующие стратегии, применение которых позволит изменить восприятие людьми психических расстройств [53]:

- 1) видоизменение когнитивной образующей стигмы путём внедрения информации, способствующей дестигматизации и разоблачению «мифов» о психически больных;

2) опыт взаимодействия с больными с целью формирования иного эмоционально-личностного отношения к ним;

3) применение санкций на проявление дискриминации в обществе.

Другие считают их эффективность неодинаковой. Исследователи убеждены, что преодоление стигмы кроется не только в воздействии на общественное сознание, но и в модернизации самой психиатрической службы, только медикаментозное лечение способно повлиять на пациентов с психическими расстройствами и сделать их «нормальными», не опасными для общества. Данная позиция в настоящий момент не может служить решением проблемы в виду своей радикальности и узкой направленности [54, 55].

Таким образом, проведённый анализ литературы свидетельствует о существовании проблемы стигматизирующего отношения общества к больным психическими расстройствами, к психиатрии в целом, это подтверждается и настоящими исследованиями. Для больных с невротическим уровнем расстройств, в частности проявляющимися различными соматизированными симптомами, становится проблемой понимание природы своего заболевания, его причин. Больной, чувствуя телесное недомогание, боли со стороны внутренних органов, не понимает, почему он должен обращаться к врачу-психиатру?

На сегодняшний момент складывается парадоксальная для медицинской практики ситуация: специалисты первичной медицинской сети вовремя диагностируют проявления соматизации. Следует отдать им должное и подчеркнуть, что проблема дифференциальной диагностики психических расстройств, проявляющихся соматическими симптомами, в последние десятилетия приблизилась к решению. Современный уровень диагностики в городских поликлиниках, многочисленных медицинских центрах, частных клиниках позволяет врачам-терапевтам, неврологам, кардиологам, гастроэнтерологам и другим вовремя направить пациента с соматизированным расстройством к врачу-психиатру на консультацию. Однако они не следуют их рекомендациям, в одних случаях категорически отказываясь от специализированной помощи, в других — меняют клинику, врачей и всячески затягивают момент обращения к психиатру.

Проведённое нами изучение факторов, способствующих формированию избегающего врача-психиатра поведения, подчеркнуло необ-

ходимость разработки и внедрения дестигматизирующих психообразовательных программ для больных соматизированными расстройствами в первичное звено здравоохранения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева И.А., Троицкая Л.А. Факторы, влияющие на стигматизацию пациентов с эпилепсией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014; 1: 10–14. [Grigor'eva I.A., Troitskaya L.A. Faktory, vliyayushchie na stigmatizatsiyu patsientov s ehpilepsiyey. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2014; 1: 10–14. (In Russ.)] DOI: 10.14412/2074-2711-2014-1.

2. Ржевская Н.К., Руженков В.А. Стигма и проблемы организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами, сочетающимися с соматической патологией. *Науч. ведомости БелГУ*. 2012; 10 (129): 5–11. [Rzhevskaya N.K., Ruzhenkov V.A. Stigma i problemy organizatsii meditsinskoj pomoshchi litsam s psikhicheskimi rassstroystvami, sochetayushchimisya s somaticheskoy patologiyey. *Nauchnye vedomosti BelGU*. 2012; 10 (129): 5–11. (In Russ.)]

3. Руженкова В.В., Оруджев Н.Я., Руженков В.А. Индивидуально-личностные и социальные факторы стигматизации суицидентов медицинскими сёстрами психиатрического стационара. *Науч. ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация*. 2013; (25): 32–36. [Ruzhenkova V.V., Orudzhev N.Ya., Ruzhenkov V.A. Individual'no-lichnostnyye i sotsial'nye faktory stigmatizatsii suitsidentov meditsinskimi sestrami psikhiatricheskogo statsionara. *Nauchnye vedomosti BelGU. Seriya: Meditsina. Farmatsiya*. 2013; (25): 32–36. (In Russ.)]

4. Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация лиц с психическими расстройствами непсихотического уровня с суицидальным поведением. *Соврем. пробл. науки и образования*. 2015; (3): 172. [Ruzhenkova V.V. Stigmatizatsiya i samostigmatizatsiya lits s psikhicheskimi rassstroystvami nepsikhoticheskogo urovnya s suitsidal'nym povedeniem. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015; (3): 172. (In Russ.)]

5. Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Феномен стигматизации в наркологической практике. *Казанский мед. ж.* 2005; (1): 55–58. [Shaydukova L.K., Ovsyannikov M.V. Fenomen stigmatizatsii v narkologicheskoy praktike. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2005; (1): 55–58. (In Russ.)]

6. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. 1963; 40 p.

7. Парфёнова Е.В., Ридер Ф.К., Герсамя А.Г. Стигматизация пациентов с эпилепсией. *Неврол., нейропсихиатрия, психосоматика*. 2017; (1) 78–83. [Parfenova E.V., Rider F.K., Gersamiya A.G. Stigmatizatsiya patsientov s ehpilepsiyey. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2017; (1) 78–83. (In Russ.)] DOI: 10.14412/2074-2711-2017-1.

8. Серебрянская Л.Я. Социальные представления о психически больных в контексте проблемы стигматизации. *Ж. неврол. и психиатрии*. 2005; (3): 47–54. [Serebriyskaya L.Ya. Sotsial'nye predstavleniya o psikhicheski bol'nykh v kontekste problemy stigmatizatsii. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii*. 2005; (3): 47–54. (In Russ.)]

9. Башмакова О.В., Семенихин Д.Г. Роль архетипических представлений в формировании стигматизации психически больных. *Prague: Vědecko vydavatelské*

- centrum «Sociosféra-CZ». 2014; 110–112. [Bashmakova O.V., Semenikhin D.G. Rol' arkhetypicheskikh predstavleniy v formirovaniy stigmatizatsii psikhicheski bol'nykh. *Prague: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»*. 2014; 110–112. (In Russ.)]
10. Долныкова А.А., Демидова Л.Ю. Влияние профессиональных представлений на восприятие образа психически больного человека. *Консультативная психология и психотерапия*. 2015; (1): 166–176. [Dolnykova A.A., Demidova L.Yu. Vliyaniye professional'nykh predstavleniy na vospriyatiye obraza psikhicheski bol'nogo cheloveka. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2015; (1): 166–176. (In Russ.)] DOI: 10.17759/cpp.
11. Косенко Н.А., Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Агеев М.И. Истоки психиатрической стигматизации и её перспективы. *Кубанский науч. мед. вестн.* 2015; (3): 58–61. [Kosenko N.A., Krasil'nikov G.T., Kosenko V.G., Ageev M.I. Istoki psikhiatricheskoy stigmatizatsii i ee perspektivy. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2015; (3): 58–61. (In Russ.)] DOI: 10.25207/1608-6228-2015-3-58-61.
12. Мамедов А.К., Липай Т.П. Социальная стигматизация: генезис и детерминанты становления. *Социол. альманах (Республика Беларусь, Минск)*. 2011; (2): 128–138. [Mamedov A.K., Lipay T.P. Sotsial'naya stigmatizatsiya: genезis i determinanty stanovleniya. *Sotsiologicheskiy al'manakh (Respublika Belarus', Minsk)*. 2011; (2): 128–138. (In Russ.)]
13. Hinshaw S.P. *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. New York: Oxford University Press. 2007; 331 p.
14. Crisp A.H. *Every Family in the Land: Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. London: Sir Robert Mond Memorial Trust. 2001; 121 p.
15. Sontag S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. New York, NY: Picador. 2001; 183 p.
16. Белинская Е.П., Тихомандридская О.А. *Социальная психология личности*. М.: Аспект-Пресс. 2001; 285 с. [Belinskaya E.P., Tikhomandridskaya O.A. *Sotsial'naya psikhologiya lichnosti*. М.: Aspekt-Press. 2001; 285 p. (In Russ.)]
17. Филатов Ф.Р. *Психосемантический анализ социальных представлений о здоровье*. Автореф. дисс. ... канд. псих. наук. Ростов-на-Дону. 2001; 18 с. [Filatov F.R. *Psikhosemantichskiy analiz sotsial'nykh predstavleniy o zdorov'e*. Avtoref. diss. ... kand. psikh. nauk. Rostov-na-Donu. 2001; 18 p. (In Russ.)]
18. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных. *Обзор психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева*. 2000; (1): 3–8. [Kabanov M.M., Burkovskiy G.V. Reduktsiya stigmatizatsii i diskriminatsii psikhicheski bol'nykh. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2000; (1): 3–8. (In Russ.)] DOI: 10.31363/2313-7053-2018-3-3-9.
19. Семин И.Р. *Психиатрическая просвещённость и отношение общества к психически больным*. Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М. 2001; 177–193. [Semin I.R. *Psikhiatricheskaya prosveshchennost' i otnoshenie obshchestva k psikhicheski bol'nym*. Rukovodstvo po sotsial'noy psikhiiatrii. Pod red. T.B. Dmitrievoy. М. 2001; 177–193. (In Russ.)]
20. Ядов В.А. Социальные и социально-психологические механизмы формирования идентичности личности. В кн.: *Психология самосознания*. Самара: БАХРАХ-М. 2000; 589–601. [Yadov V.A. Sotsial'nye i sotsial'no-psikhologicheskie mekhanizmy formirovaniya identichnosti lichnosti. V kn.: *Psikhologiya samosoznaniya*. Samara: BAKHRAKH-M. 2000; 589–601. (In Russ.)]
21. Hughes P. Stigmatisation as a survival strategy: intrapsychic mechanisms. In: *Every Family in the Land*. A.H. Crisp ed. NY. 2001; 22–24.
22. Corrigan P.W. How stigma interferes with mental health care. *Am. Psychologist*. 2004; 59 (7): 614–625.
23. Haggighat R.A. Unitary theory of stigmatization. *Br. J. Psychiatry*. 2001; 178: 207–215.
24. Gilbert P. Stigmatisation as a survival strategy: shame, stigma and the family: «skeletons in the cupboard and the role of shame». In: *Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination against People with Mental Illness*. Royal Society of Medicine; A. Crisp ed. London. 2003; 123–143.
25. Финзен А. *Психоз и стигма*. М. 2001; 216 с. [Finzen A. *Psikhoz i stigma*. М. 2001; 216 p. (In Russ.)]
26. Серебрянская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных. *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2002; (9): 59–68. [Serebriyskaya L.Ya., Yastrebov V.S., Enikolopov S.N. Sotsial'no-psikhologicheskie faktory stigmatizatsii psikhicheski bol'nykh. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2002; (9): 59–68. (In Russ.)]
27. Автономов Д.А., Михайлов М.А. Стигматизация, испытываемая стигма и самостигматизация. Кляйнианский подход к пониманию проблемы. *Мед.-соц. аспекты психич. здоровья*. 2017 (5): 54–60. [Avtonomov D.A., Mikhaylov M.A. Stigmatizatsiya, ispytyvaemaya stigma i samostigmatizatsiya. Klyaynianskiy podkhod k ponimaniyu problemy. *Mediko-sotsial'nye aspekty psikhicheskogo zdorov'ya*. 2017; (5): 54–60. (In Russ.)]
28. Link B. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of the people with mental health disorders. *Psychiatry Serv.* 2001; 53: 1621–1626.
29. Pinel E.C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes. *J. Personality and Soc. Psychol.* 1999; 76 (1): 114–128.
30. Брунер Дж. О перцептивной готовности. В кн.: *Хрестоматия по ощущению и восприятию*. М.: Изд-во московского ун-та. 1975; 134–151. [Bruner Dzh. O pertseptivnoy gotovnosti. V kn.: *Khrestomatiya po oshchushcheniyu i vospriyatiyu*. М.: Izd-vo moskovskogo universiteta. 1975; 134–151. (In Russ.)]
31. Sirey J., Bruce M.L., Alexopoulos G.S. et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am. J. Psychiatry*. 2001; 158: 479–481.
32. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни. *Социал. и клин. психиатрия*. 2001; (1): 22–27. [Kabanov M.M. Problema reabilitatsii psikhicheski bol'nykh i kachestvo ikh zhizni. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 2001; (1): 22–27. (In Russ.)]
33. Ионин Л.Г. Идентификация и инсценировка. В кн.: *Психология самосознания*. Самара: БАХРАХ-М. 2000; 641–655. [Ionin L.G. Identifikatsiya i instsenirovka. V kn.: *Psikhologiya samosoznaniya*. Samara: BAKHRAKH-M. 2000; 641–655. (In Russ.)]
34. Качалов Ю.Л. Проблема ситуационной идентичности личности. В кн.: *Психология самосознания*. Самара: БАХРАХ-М. 2000; 613–623. [Kachalov Yu.L. Problema situatsionnoy identichnosti lichnosti. V kn.: *Psikhologiya samosoznaniya*. Samara: BAKHRAKH-M. 2000; 613–623. (In Russ.)]
35. Семин И.Р. Психически больной в семье. В кн.: *Руководство по социальной психиатрии*. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М. 2001; 93–102. [Semin I.R. Psikhicheski

bol'noy v sem'e. V kn.: *Rukovodstvo po sotsial'noy psixiatrii*. Pod red. T.B. Dmitriyevoy. M. 2001; 93–102. (In Russ.)]

36. Лурия Р.А. *Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания*. М.: Медицина. 1977; 111 с. [Luriya P.A. *Vnutrennyaya kartina bolezney i iatrogennye zabolevaniya*. M.: Meditsina. 1977; 111 p. (In Russ.)]

37. Jorm A.F. Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders. *Br. J. Psychiatry*. 2005; 177: 396–401.

38. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма — её проявления и последствия. *Обозрен. психиатрии и мед. психол.* 2017; (3): 41–45. [Lutova N.B., Sorokin M.Yu., Vid V.D. *Psixiatricheskaya stigma — ee proyavleniya i posledstviya*. *Obozrenie psixiatrii i meditsinskoj psixologii*. 2017; (3): 41–45. (In Russ.)]

39. Михайлова И.И. *Самостигматизация психически больных*. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. М. 2005; 23 с. [Mikhaylova I.I. *Samostigmatizatsiya psikhicheski bol'nykh*. Avtoreferat diss. ... kandidata med. nauk. M. 2005; 23 p. (In Russ.)]

40. Ястребов В.С., Гонжал О.А., Тюменкова Г.В., Михайлова И.И. *Самостигматизация при основных психических заболеваниях*. Методические рекомендации. Науч. центр психического здоровья РАМН. М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ. 2009; 18 с. [Yastrebov V.S., Gonzhall O.A., Tyumenkova G.V., Mikhaylova I.I. *Samostigmatizatsiya pri osnovnykh psikhicheskikh zabolevaniyakh*. Metodicheskie rekomendatsii; Nauch. tsentr psikhicheskogo zdorov'ya RAMN. M., Izd-vo ЗАО Yustitsinform. 2009; 18 p. (In Russ.)]

41. Скрипка Е.Ю. Сравнительный анализ самостигматизации больных с психическими расстройствами невротического и психотического спектра. *Молодой учёный. Психол. и социол.* 2012; 7 (42): 237–240. [Skripka E.Yu. *Sravnitel'nyy analiz samostigmatizatsii bol'nykh s psikhicheskimi rasstroystvami nevroticheskogo i psikhoticheskogo spektra*. *Molodoy uchenyy. Psikhologiya i sotsiologiya*. 2012; 7 (42): 237–240. (In Russ.)]

42. Ениколопов С.Н. *Стигматизация и проблема психического здоровья. Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы*. Коллективная монография по проблемам современной медицинской (клинической) психологии. М. 2013; 109–121. [Enikolopov S.N. *Stigmatizatsiya i problema psikhicheskogo zdorov'ya. Meditsinskaya (klinicheskaya) psikhologiya: traditsii i perspektivy*. Kollektivnaya monografiya po problemam sovremennoy meditsinskoj (klinicheskoy) psixologii. M. 2013; 109–121. (In Russ.)]

43. Russell G. Eating disorders. A.H. Crisp ed. *Every Family in the Land: Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. London: Sir Robert Mond Memorial Trust. 2001; 464 p.

44. Александровский Ю.А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства. В кн.: *Руководство по социальной психиатрии*. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М. 2001; 177–193. [Aleksandrovskiy Yu.A. *Sotsial'nye faktory i pogranchnye psikhicheskie rasstroystva*. V kn.: *Rukovodstvo po sotsial'noy psixiatrii*. Pod red. T.B. Dmitriyevoy. M. 2001; 177–193. (In Russ.)]

45. Улыбина Е.В. *Психология обыденного сознания*. М.: Смысл. 2001; 266 с. [Ulybina E.V. *Psikhologiya obydenного soznaniya*. M.: Smysl. 2001; 266 p. (In Russ.)]

46. Ястребов В.С., Балабанова В.В., Серебрянская Л.Я. и др. *Вопросы психического здоровья в материалах российской*

*прессы*. Пособие для психиатров и журналистов. М. 2004; 28 с. [Yastrebov V.S., Balabanova V.V., Serebriyskaya L.Ya. et al. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya v materialakh rossiyskoy pressy*. Posobie dlya psixiatrov i zhurnalistov. M. 2004; 28 p. (In Russ.)]

47. Менцос С. *Психодинамические модели в психиатрии*. М.: Алетейя. 2001; 176. [Mentsos S. *Psikhodinamicheskie modeli v psixiatrii*. M.: Aleteyua. 2001; 176. (In Russ.)]

48. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами. *Молодой учёный. Психол. и социол.* 2012; 7 (42): 232–237. [Skripka E.Yu. *Kachestvennoe issledovanie samostigmatizatsii bol'nykh s psikhicheskimi rasstroystvami*. *Molodoy uchenyy. Psikhologiya i sotsiologiya*. 2012; 7 (42): 232–237. (In Russ.)]

49. Толкач Е.А. Личностные характеристики пациентов с соматизированным расстройством. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2010; (3): 64–66. [Tolkach E.A. *Lichnostnye kharakteristiki patsientov s somatizirovannym rasstroystvom*. *Nevrologiya, neyropsixiatriya, psikhosomatika*. 2010; (3): 64–66. (In Russ.)] DOI: 10.14412/2074-2711-2010-3.

50. Погосов А.В., Богусhevская Ю.В. *Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия)*. Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава. 2008; 268 с. [Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. *Somatizirovannye rasstroystva (klinika, diagnostika, terapiya)*. Kursk: GOU VPO KGMU Roszdrava. 2008; 268 p. (In Russ.)]

51. Погосов А.В., Богусhevская Ю.В. Клинические, личностно-психологические и социально-демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной помощью. *Сибирский вестн. психиатрии и наркол.* 2017; 4 (97): 22–30. [Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. *Klinicheskie, lichnostno-psikhologicheskie i sotsial'no-demograficheskie faktory, prepyatstvuyushchie obrashcheniyu bol'nykh somatizirovannymi rasstroystvami za spetsializirovannoy pomoshch'yu*. *Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii*. 2017; 4 (97): 22–30. (In Russ.)]

52. Лукина Н.П., Слободская А.В. Дестигматизационные программы: индивидуальный и семейный уровни. *Нац. исслед. Томский гос. ун-т*. 2014; (37): 86–90. [Lukina N.P., Slobodskaya A.V. *Destigmatizatsionnye programmy: individual'nyy i semeynyuy urovni*. *Natsional'nyy issledovatel'skiy Tomskiy gosudarstvennyy universitet*. 2014; (37): 86–90. (In Russ.)]

53. Кнуф А., Эпов Л. Стигма: теория и практика. *Знание. Понимание. Умение*. 2006; (3) 116–122. [Knuf A. *Stigma: teoriya i praktika*. *Znanie. Ponimanie. Umenie*. 2006; (3) 116–122. (In Russ.)]

54. Ениколопов С.Н., Мешкова Н.В. Направления исследования предубежденности в западной психологии межгрупповых отношений. *Вопр. психологии*. 2007; (1): 148–158. [Enikolopov S.N., Meshkova N.V. *Napravleniya issledovaniya predubezhdennosti v zapadnoy psixologii mezhhruppovykh otnosheniy*. *Voprosy psixologii*. 2007; (1): 148–158. (In Russ.)]

55. Ениколопов С.Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии. *Терап. психич. расстройств*. 2007; (1): 18–22. [Enikolopov S.N. *Psikhologiya vrazhdebnosti v meditsine i psixiatrii*. *Terapiya psikhicheskikh rasstroystv*. 2007; (1): 18–22. (In Russ.)]

Поступила 27.09.2019; принята в печать 03.10.2019.