

РУССКОЯЗЫЧНАЯ АДАПТАЦИЯ ОПРОСНИКА ИНТЕРНАЛИЗОВАННОЙ СТИГМЫ  
ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ (САМОСТИГМАТИЗАЦИИ) ISMI-9

Виктория Сергеевна Воронцова<sup>1,2</sup>, Денис Андреевич Шуненков<sup>3</sup>, Елена Михайловна Иванова<sup>1,4</sup>,  
Ирина Михайловна Пичугина<sup>2</sup>, Сергей Николаевич Ениколопов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Научный центр психического здоровья, 115230, г. Москва, Каширское ш., 34, e-mail: runa7693@mail.ru;

<sup>2</sup>Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии,  
141534, Московская область, Солнечногорский район, д. Лыткино, 777;

<sup>3</sup>Ивановская государственная медицинская академия, 153012, г. Иваново, Шереметевский пр-т, 8;

<sup>4</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,  
117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1

**Реферат**

**Цель.** Адаптация русскоязычной версии опросника самостигматизации ISMI-9.

**Методы.** Были обследованы 103 пациента: (1) с повреждениями головного мозга (n=30); (2) с эндогенными аффективными расстройствами (n=30); (3) с психическими расстройствами невротического уровня (n=43). С пациентами вели предварительную беседу и предлагали опросники: для оценки выраженности самостигматизации (ISMI-9), гелотофобии (страха насмешки; PhoPhiKat-30), выявления преобладающего типа отношения к болезни.

**Результаты.** Русскоязычная версия опросника самостигматизации показала хорошие психометрические свойства: внутреннюю согласованность, однофакторную структуру, высокие корреляции всех пунктов со шкалой. Выявленные связи самостигматизации с типами отношения к болезни и гелотофобией свидетельствуют в пользу валидности опросника. В группе пациентов с повреждениями головного мозга самостигматизация была положительно связана с ипохондрическим типом отношения к болезни, паранойальным, неврастеническим, меланхолическим, апатическим и чувствительным и отрицательно связана с анозогнозическим типом отношения к болезни. В группе пациентов с эндогенными аффективными расстройствами самостигматизация положительно связана с ипохондрическим, неврастеническим, эгоцентрическим, паранойальным, дисфорическим типами отношения к болезни, а также с гелотофобией. В группе пациентов с расстройствами невротического уровня самостигматизация положительно связана с тревожным, неврастеническим, меланхолическим, апатическим, чувствительным, дисфорическим типами отношения к болезни и отрицательно связана с анозогнозическим типом. Также была выявлена положительная корреляция с гелотофобией.

**Выводы.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют в пользу хороших психометрических свойств русскоязычной версии опросника интернализированной стигмы психического состояния, его надёжности и валидности. Опросник может быть рекомендован к использованию в научных исследованиях, а также в практике психодиагностики и психологического консультирования.

**Ключевые слова:** самостигматизация, ISMI-9, ТОБОЛ, PhoPhiKat, гелотофобия, адаптация, тип отношения к болезни, интернализированная стигма.

RUSSIAN ADAPTATION OF THE INTERNALIZED STIGMA  
OF THE MENTAL STATE (SELF-STIGMATIZATION)  
SCALE ISMI-9

Viktoriya S. Vorontsova<sup>1,2</sup>, Denis A. Shunenkov<sup>3</sup>,  
Elena M. Ivanova<sup>1,4</sup>, Irina M. Pichugina<sup>2</sup>, Sergej N. Enikolopov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mental Health Research Center, 115230, Moscow, Kashirskoye h.,  
34, e-mail: runa7693@mail.ru; <sup>2</sup>Federal Research and Clinical  
Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, 141534,  
Moscow region, Solnechnogorsk district, Lytkino village, 777;  
<sup>3</sup>Ivanovo State Medical Academy of the Ministry of Health of the  
Russian Federation, 153012, Ivanovo, Sheremetevsky Prospect, 8;  
<sup>4</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, 117997,  
Moscow, st. Ostrovityanova, 1

**Abstract**

**Aim.** The research objective was to provide a Russian adaptation of the ISMI-9.

**Methods.** The study included 103 patients: with brain injuries (n=30); endogenous affective disorders (n=30); with mental disorders of neurotic level (n=43). After a preliminary clinical interview the patients were to complete the questionnaires: to assess their level of self-stigmatization (ISMI-9), gelotophobia (the fear of being laughed at) (PhoPhiKat-30), the predominant type of the attitude to the disease (TOBOL).

**Results.** The Russian version of the ISMI-9 revealed good psychometric properties in terms of reliability of the scale, unifactorial structure and correlations of all the items with the scale. Associations of self-stigmatization with the types of attitudes to the diseases and gelotophobia (the fear of being laughed at), revealed in the study, confirmed validity of the scale. Thus, in the group of patients with brain injuries, it was positively associated with hypochondriac type of attitude to the disease, paranoid, neurasthenic, melancholic, apathetic and sensitive, and it was negatively associated with anosognosic type of attitude to the disease. In the group of patients with endogenous affective disorders, self-stigmatization correlated positively with hypochondriac, neurasthenic, egocentric, paranoid, dysphoric types of attitude to the disease, as well as with gelotophobia. In the group of patients with mental disorders of neurotic level, self-stigmatization was positively associated with anxious, neurasthenic, melancholic, apathetic, sensitive, dysphoric types of attitude to the disease, and it was negatively associated with anosognosic type. There was also a positive correlation with gelotophobia.

**Conclusions.** The results of the study testify in favor of good psychometric properties of the Russian version of the Internalized Stigma of Mental State scale, its reliability and validity. The questionnaire may be recommended for use in scientific research, as well as in practice of psychodiagnostics and psychological counseling.

**Keywords:** self-stigmatization, ISMI-9, TOBOL, PhoPhiKat, gelotophobia, adaptation, type of attitude to the disease, internalized stigma.

Со времён Е. Goffman [1], описавшего в 1963 г. переживание инвалидом собственной инакости среди окружающих, и до наших дней стигматизацию и самостигматизацию понимают как единый социально обусловленный процесс [1].

В медицине понятие стигматизации используют наиболее часто в психиатрии. Оно означает процесс, когда выделяют человека из общества по наличию психиатрического диагноза и в дальнейшем воспринимают его через призму стереотипных представлений о психически больных [2].

Однако стигматизируются не только психически больные, но и соматически пациенты с различного рода дефектами, выделяющими их в обществе. В их числе неврологические больные, особенно с дефектами черепа после повреждений головного мозга разного генеза, наличием паретичных конечностей или инвалидного кресла [3].

Современное определение стигматизации дано М.М. Кабановым и соавт., где данный феномен описывают в качестве негативного выделения обществом человека или социальной группы по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного человека или группу [1]. Широко распространён в настоящее время тот факт, что стигматизация при психических заболеваниях препятствует полноценной социальной адаптации и снижает качество жизни людей с психическими расстройствами [4].

Наряду с понятием стигматизации в медицине используют представление о самостигматизации, которое определяют как совокупность реакций человека на негативное отношение социального окружения и его собственное ранее сформированное представление о людях с психическими расстройствами [5]. Проявлениями самостигматизации становятся дистанцирование от общества, чувство вины, стыда [6]. С психологической точки зрения, самостигматизация представляет неоднородный по структуре феномен, который включает как фрустрирующие, так и защитные компоненты.

В настоящее время в отечественных и зарубежных исследованиях феномена самостигматизации можно отметить ряд работ, выполненных в рамках изучения шизофрении [7]. Вместе с тем, значительно меньше работ, направленных на исследование данного феномена при аффективных психических расстройствах [8], а при неврологических заболеваниях с выраженным внешним дефектом, которые также сопровождаются психическими расстройствами, такие исследования вовсе не проводили.

Известно, что самостигматизация — многофакторный феномен, проявления которого различны в зависимости от микросоциального окружения, клинической картины заболевания, преморбидных особенностей личности [9]. Рассматривают возможные психологические механизмы стигматизации и её последствия

для личности больного [10]. В частности, тесно связан с (само)стигматизацией патологический страх насмешки — гелотофобия, который, как показывают исследования, также отличается повышенной выраженностью при различных психических расстройствах [11].

Стигма психического заболевания связана с предвзвешиванием и дискриминацией и представляет собой результат одобрения негативных стереотипов в отношении людей с психическими заболеваниями [12]. Интернализированная стигма психического заболевания — вредное психологическое воздействие, которое возникает в результате усвоения этого предвзвешивания и направления его к самому себе.

Для оценки самостигматизации в России В.С. Ястребовым и И.И. Михайловой был разработан опросник, который состоит из 83 утверждений, касающихся основных сфер психологического и социального функционирования человека [10]. Данная методика позволяет определить формы самостигматизации (аутопсихическая, компенсаторная и социореверсивная), однако не позволяет оценить степень её выраженности.

Первая шкала для количественного измерения самостигматизации при психических расстройствах (ISMI-29, от англ. Internalized Stigma of Mental Illness — шкала внутренней стигмы при психическом заболевании) была разработана J.E. Boyd и соавт. [13]. В настоящее время она широко распространена и представлена на многих языках мира. Её особенность — экономичность, так как она имеет всего 29 пунктов. ISMI — инструмент самоотчёта, предназначенный для определения общей силы интернализированной стигмы психического состояния пациентов (то есть самостигмы психического заболевания) среди больных психическими расстройствами.

Шкала включает пять тем интернализированной стигмы психического заболевания: отчуждение, одобрение стереотипов, восприятие дискриминации, социальное отстранение и сопротивление стигме. Пункты опросника предполагают, что респонденты относят себя к числу тех, у кого есть психическое заболевание (например, «Поскольку у меня психическое заболевание, мне нужны другие, чтобы принимать большинство моих решений»), поэтому их наиболее целесообразно использовать с клиническими группами. Каждый пункт респондент оценивает от 1 (полностью не согласен) до 4 (полностью согласен). Более высокий балл указывает на более серьёзную интернализированную стигму психического заболевания.

Позднее авторы данной методики опубликовали краткую версию ISMI с 10 пунктами, выбранными по 2 пункта для каждой из 5 тем [13]. Тем не менее, J.H. Hammer и M.D. Toland показали, что данная версия опросника сохраняет первоначальную пятифакторную структуру 29-пунктной версии и имеет недостаточно хорошие психометрические свойства. В качестве

Описательные статистики самостигматизации по всем группам и надёжность шкалы

Категории пациентов	Среднее значение самостигматизации	Стандартное отклонение	Асимметрия	Экцесс	$\alpha$ Кронбаха
Пациенты с повреждениями головного мозга	1,76	0,55	0,24	-0,91	0,84
Пациенты с эндогенными аффективными расстройствами	2,04	0,6	0,03	-0,9	0,84
Пациенты с расстройствами невротического уровня	2,05	0,54	0,47	-0,2	0,81

альтернативы они предложили свой вариант сокращения опросника и версию ISMI-9 [14]. Несмотря на то обстоятельство, что пункты ISMI-9 также взяты из разных подшкал ISMI-29, подтверждающий факторный анализ подтвердил его однофакторную структуру [14].

Для оценки степени выраженности самостигматизации по итоговому баллу ISMI-9 используют следующие градации [14]:

- 1.00–2.00: отсутствие/минимальный уровень самостигматизации;
- 2.01–2.50: низкий уровень самостигматизации;
- 2.51–3.00: умеренная самостигматизация;
- 3.01–4.00: выраженная самостигматизация.

В качестве альтернативы используют также деление на два уровня [13]:

- 1.00–2.50: не сообщают о высокой самостигматизации;
- 2.51–4.00: сообщают о высокой самостигматизации.

Первоначальная англоязычная версия опросника ISMI-9 была переведена на русский язык, затем было проведено редактирование полученного варианта профессиональными психологами и лингвистами, после чего был произведён обратный перевод текста, а также сравнение полученных вариантов. После сравнения полученных вариантов и внесения редактуры был одобрен окончательный перевод для использования в качестве русской версии опросника ISMI-9 (в соответствии со стандартным алгоритмом адаптации зарубежных опросных методов Ю.Л. Ханина [15]).

Кроме того, была проведена модификация опросника для использования у пациентов с неврологической патологией. Таким образом, было использовано два варианта, различающихся формулировкой ряда пунктов: один — для психически больных, представляющий собой перевод оригинальной версии (например: «Никто не захотел бы сблизиться со мной из-за моего психического заболевания»), другой — для пациентов с неврологической патологией (например: «Никто не захотел бы сблизиться со мной из-за моего состояния»).

Методики, использованные в исследовании для валидации опросника ISMI-9, следующие.

1. ТОБОЛ (тип отношения к болезни) [16]. Методика предназначена для психологической диагностики

12 типов отношения к болезни, описанных А.Е. Личко: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

2. PhoPhiKat-30 — опросник отношения к юмору и смеху, оценивающий выраженность гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма, адаптированный на русскоязычной выборке [11]. Для определения конструктивной валидности русскоязычной версии ISMI-9 применяли субшкалу гелотофобии.

*Испытуемые.* В исследовании приняли участие три группы испытуемых — всего 103 пациента:

1) пациенты, перенёвшие повреждения головного мозга ( $n=30$ ; в ясном сознании), среди которых 13 мужчин и 17 женщин в возрасте от 19 до 46 лет ( $m=31,5$   $sd=8,3$ ), находящиеся на госпитализации в отделении нейрореабилитации;

2) пациенты с эндогенными, преимущественно аффективными расстройствами психики ( $n=30$ ), среди которых 8 мужчин и 22 женщины в возрасте от 18 до 47 лет ( $m=27,9$   $sd=7,7$ ), находящиеся в стационаре;

3) пациенты с психическими расстройствами невротического уровня ( $n=43$ ), среди которых 12 мужчин и 31 женщина в возрасте от 18 до 49 лет ( $m=32,6$   $sd=10,0$ ), находящиеся в стационаре.

Критериями включения были ясный уровень сознания ( $CRS >20$ ,  $RLA >8$ ), отсутствие выраженного когнитивного снижения (по заключению психиатра), возраст от 18 до 49 лет. Исследование проводили индивидуально с каждым пациентом, очно. Вели предварительную беседу, объясняли цель исследования, после чего предлагали вышеописанные опросники.

Следует уточнить, что при адаптации опросника на клинических выборках исследователям приходится делать выбор в пользу либо достижения лучших статистических показателей за счёт больших выборок, либо большей валидности и надёжности получаемых данных за счёт индивидуальной работы. В данном исследовании, учитывая специфику и тяжесть выбранных расстройств, был выбран второй путь — в отличие от оригинального исследования J.E. Boyd, в котором опрос проходил онлайн, что, в частности, могло снижать надёжность декларируемых пациентами диагнозов [13]).

Несмотря на разницу в средних значениях самостигматизации в данных группах, при дисперсионном анализе значимых различий в уровне самостигматизации выявлено не было. Значения асимметрий и эксцессов по модулю не превышают единицу, так что распределение можно считать приближенным к нормальному (табл. 1).

Анализ надёжности шкалы самостигматизации по критерию  $\alpha$  Кронбаха показал высокую внутреннюю согласованность всех пунктов:  $\alpha=0,84$  по выборке в целом, что практически совпадает с данными оригинального исследования ( $\alpha=0,86$ ) [14]. Надёжность шкалы при исключении какого-либо пункта не повышается (см. табл. 1).

Результаты в табл. 2 свидетельствуют о том, что все вопросы высоко коррелируют с итоговым показателем самостигматизации, корреляции с пунктами 2 и 9 отрицательные, так как они кодируются обратными баллами. Аналогичный анализ корреляций пунктов со шкалой по подгруппам не выявил существенных отличий от показателей по всем пациентам в целом.

Таблица 2

Описательные статистики пунктов, корреляция пунктов со шкалой (критерий Спирмена)

Пункты	Шкала самостигматизации, $r^*$
Пункт 1	0,68
Пункт 2	-0,53
Пункт 3	0,58
Пункт 4	0,77
Пункт 5	0,71
Пункт 6	0,68
Пункт 7	0,75
Пункт 8	0,68
Пункт 9	-0,55

Примечание: \* $p < 0,001$ .

Результаты факторного анализа методом главных компонент свидетельствуют в пользу однофакторной структуры опросника ISMI-9. Первый фактор объясняет 44,9% общей дисперсии. Собственные значения первых четырёх факторов: 4,04; 1,18; 0,81; 0,68. При использовании метода максимального правдоподобия выделяется один фактор со значением 3,46, объясняющий 38,5% общей дисперсии.

Исследуемый феномен самостигматизации характерен для российской выборки. Среди пациентов с эндогенными аффективными расстройствами 13,3% показали умеренный и 6,66% — выраженный уровень самостигматизации; среди пациентов с расстройствами невротического уровня — 16,27 и 4,65% соответственно. Среди пациентов после повреждений головного мозга умеренный уровень самостигматизации встречался в 16,6% случаев, в то время как выраженной самостигматизации обнаружено не было. Таким образом, отсутствие либо минимальный уровень само-

стигматизации продемонстрировали 70% пациентов после повреждений головного мозга, 59% пациентов с расстройствами невротического уровня и 43,3% пациентов с эндогенным аффективным расстройством.

Можно отметить в целом более низкий уровень и частоту самостигматизации у пациентов с повреждениями головного мозга в сравнении с двумя другими группами. Возможно, на момент обследования ввиду относительно недавней травмы у этих пациентов ещё не сформировалось отношение к себе как к «другим». Однако, несмотря на это, умеренный уровень самостигматизации у них встречался столь же часто, что может свидетельствовать о сохранности критики к своим физическим дефектам.

Эти результаты в целом согласуются с данными исследования J.E. Voyd и соавт. [13]. Однако судить о согласованности в полной мере трудно, так как в оригинальном исследовании процедуру опроса проводили онлайн, респонденты сами идентифицировали себя как психически больных либо когда-либо имевших депрессию, то есть могли и не иметь официального диагноза.

Между мужчинами и женщинами ни в одной группе значимых различий по самостигматизации не выявлено.

Корреляции, полученные между самостигматизацией, типом отношения к болезни и гелотофобией, свидетельствуют в пользу валидности русскоязычной версии опросника ISMI-9. В группе пациентов с повреждениями головного мозга корреляционный анализ показал, что самостигматизация положительно связана с ипохондрическим типом отношения к болезни ( $r=0,49$ ,  $p=0,007$ ), паранойяльным ( $r=0,44$ ,  $p=0,016$ ), неврастеническим ( $r=0,36$ ,  $p=0,047$ ), меланхолическим ( $r=0,48$ ,  $p=0,006$ ), апатическим ( $r=0,42$ ,  $p=0,01$ ) и сенситивным ( $r=0,46$ ,  $p=0,009$ ) и отрицательно связана с анозогнозическим типом отношения к болезни ( $r=-0,37$ ,  $p=0,04$ ). В данной группе не было выявлено взаимосвязи самостигматизации с гелотофобией, что может быть обусловлено небольшим разбросом показателей по самостигматизации в этой группе в сравнении с психиатрическими пациентами.

В группе пациентов с эндогенными аффективными расстройствами самостигматизация положительно связана с ипохондрическим ( $r=0,57$ ,  $p=0,001$ ), неврастеническим ( $r=0,38$ ,  $p=0,042$ ), эгоцентрическим ( $r=0,68$ ,  $p=0,000$ ), паранойяльным ( $r=0,65$ ,  $p=0,000$ ), дисфорическим ( $r=0,50$ ,  $p=0,004$ ) типами отношения к болезни, а также с гелотофобией ( $r=0,67$ ,  $p=0,000$ ).

В группе пациентов с расстройствами невротического уровня самостигматизация положительно связана с тревожным ( $r=0,44$ ,  $p=0,003$ ), неврастеническим ( $r=0,48$ ,  $p=0,001$ ), меланхолическим ( $r=0,45$ ,  $p=0,002$ ), апатическим ( $r=0,45$ ,  $p=0,002$ ), сенситивным ( $r=0,42$ ,  $p=0,004$ ) и дисфорическим ( $r=0,44$ ,  $p=0,002$ ) типами отношения к болезни и отрицательно связана с анозогнозическим типом ( $r=-0,4$ ,  $p=0,006$ ). Также была выявлена положительная корреляция с гелотофобией ( $r=0,45$ ,  $p=0,002$ ).

## ВЫВОДЫ

1. Результаты проведённых исследований свидетельствуют в пользу хороших психометрических свойств русскоязычной версии опросника интернализированной стигмы психического состояния ISMI-9, его надёжности и валидности. Однако в силу ограниченности объёма выборок в рамках настоящей работы необходимы дальнейшие исследования для подтверждения полученных данных с расширением выборок.

2. Открытыми остаются вопросы о критерии различения самостигматизации как защитного механизма здоровой личности и адаптационной способности организма или, напротив, фактора дезадаптации; о диагностическом и прогностическом значении самостигматизации, а также связи самостигматизации с другими феноменами.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных. *Обозр. психиат. и мед. психол.* 2000; 1: 3–8. [Kabanov M.M., Burkovskiy G.V. Reduction of stigma and discrimination of Mental Illness. *Obzr. psikhiat. i med. psikhol.* 2000; 1: 3–8. (In Russ.)]

2. Ениколопов С.Н. *Стигматизация и проблема психического здоровья. Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (к 85-летию Юрия Фёдоровича Полякова)*. М.: МГППУ. 2013; 109–121. [Enikolopov S.N. *Stigmatization and the problem of mental health. Meditsinskaya (klinicheskaya) psikhologiya: traditsii i perspektivy (k 85-letiyu Yuriya Fedorovicha Polyakova)*. Moscow: MGPPU. 2013; 109–121 (In Russ.)]

3. Бразевич С.С., Сидорова А.Ю. Инвалидность: проблемы преодоления стигматизации и становления толерантного сознания. *Соврем. пробл. науки и образования*. 2013; (1). <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8192> (дата обращения: 10.10.2019). [Brazevich S.S., Sidorova A.Yu. Disability: problems of overcoming stigmatization and formation of tolerant consciousness. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2013; (1). <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8192> (access date: 10.10.2019).]

4. Sartorius N. One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental. In: *The image of madness*. Dep. of Psychiatry. J. Guimon, W. Fischer, N. Sartorius eds. Basle. 1999; 96–105. DOI: 10.1136/bmj.324.7352.1470.

5. Link B.G., Struening E.L., Rahav M. et al. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J. Health Soc. Behav.* 1997; (38): 177–190.

6. Alvidrez J., Snowden L.R., Kaiser D.M. The experience of stigma among Black mental health consumers. *J. Health Care for the Poor and Underserved*. 2008; 19: 874–893. DOI: 10.1353/hpu.0.0058.

7. Chang C.C., Wu T.H., Chen C.Y. et al. Psychometric evaluation of the internalized stigma of mental illness scale for patients with mental illnesses: Measurement invariance across time. *PLoS ONE*. 2014; 9: e98767. DOI: 10.1371/journal.pone.0098767.

8. Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., Михайлова И.И. Самостигматизация больных при основных психических

заболеваниях. *Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. 2005; 105 (11): 50–54. [Yastrebov V.S., Enikolopov S.N., Mikhaylova I.I. Self-stigmatization of patients in main mental disorders. *Zhurn. nevropatol. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova*. 2005; 105 (11): 50–54. (In Russ.)]

9. Гонжал О.А. *Клиническая типология самостигматизации при шизофрении*. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М. 2006; 160 с. [Gonzhal O.A. *Klinicheskaya tipologiya samostigmatizatsii pri shizofrenii*. (Clinical typology of self-stigmatization in schizophrenia.) Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Moscow. 2006; 160 p. (In Russ.)]

10. Ястребов В.С., Михайлова И.И., Гонжал О.А. и др. *Факторы стигматизации лиц с психическими расстройствами*. Методические рекомендации. М.: Научный центр психического здоровья. 2009; 22 с. [Yastrebov V.S., Mikhaylova I.I., Gonzhal O.A. et al. *Faktory stigmatizatsii lits s psikhicheskimi rasstroystvami*. Metodicheskie rekomendatsii. (Stigmatizing factors for people with mental disorders. Guidelines.) Moscow: Nauchnyy tsentr psikhicheskogo zdorov'ya. 2009 22 p. (In Russ.)]

11. Иванова Е.М., Макогон И.К., Стефаненко Е.А. и др. Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat. *Vopr. psichol.* 2016; 2: 162–171. [Ivanova E.M., Makogon I.K., Stefanenko E.A. et al. Russian-language adaptation of the questionnaire of the gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism PhoPhiKat. *Voprosy psikhologii*. 2016; 2: 162–171. (In Russ.)]

12. Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003; 121 (1): 31–49. DOI: 10.1016/j.psychres.2003.08.008.

13. Boyd J.E., Otilingam P.G., DeForge B.R. Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatr. Rehabil. J.* 2014; 37 (1): 17–23. DOI: 10.1037/prj0000035.

14. Hammer J.H., Toland M.D. Internal structure and reliability of the Internalized S of Mental Illness Scale (ISMI-29) and Brief Versions (ISMI-10, ISMI-9) among americans with depression. Online first publication, July 14. 2016. [https://www.researchgate.net/publication/305338659\\_Internal\\_structure\\_and\\_reliability\\_of\\_the\\_Internalized\\_Stigma\\_of\\_Mental\\_Illness\\_Scale\\_ISMI-29\\_and\\_Brief\\_Versions\\_ISMI-10\\_ISMI-9\\_among\\_Americans\\_with\\_depression](https://www.researchgate.net/publication/305338659_Internal_structure_and_reliability_of_the_Internalized_Stigma_of_Mental_Illness_Scale_ISMI-29_and_Brief_Versions_ISMI-10_ISMI-9_among_Americans_with_depression) (access date: 10.10.2019). DOI: 10.1037/sah0000049.

15. Ханин Ю.Л. *Стандартный алгоритм адаптации зарубежных опросных методов. Психологические проблемы предсоревновательной подготовки квалифицированных спортсменов*. Сб. научных трудов ЛНИИФК. Под ред. Ю.Я. Киселёва. Л.: ЛНИИФК. 1977; 130 с. [Khanin Yu.L. *Standartnyi algoritm adaptatsii zarubezhnykh oprosnykh metodov. Psikhologicheskie problemy predsovetovatel'noi podgotovki kvalifitsirovannykh sportsmenov*. Sb. nauchnykh trudov LNIIFK. Pod red. Yu.Ya. Kiseleva. Leningrad: LNIIFK. 1977; 130 p. (In Russ.)]

16. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. *Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей*. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2005; 33 с. [Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B. Vuks A.Ya. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachev*. (Psychological diagnostics of the relation to a disease: guideline for physicians.) SPb.: NIPNI of V.M. Bekhtereva publ. 2005; 33 p. (In Russ.)]

Поступила 15.10.2019; принята в печать 11.11.2019.