

УДК 616.895-008.441.45:159.923]-085

*Титухин Н.В.***СТИГМА И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: стигма, самостигматизация, аффективные расстройства

Одним из приоритетных направлений и проблем современной психиатрии является медико-социальная реабилитация больных с депрессивными расстройствами. Это подтверждает пристальное внимание Всемирной организации здравоохранения к проблеме депрессий и влиянии ее на качество жизни пациентов, в том числе, в контексте стигматизации и дискриминации больных. Об актуальности данной проблемы свидетельствует и создание в 2000 году Европейским департаментом ВОЗ специальной группы, которой поручено изучение стигматизации и дискриминации психически больных в европейских странах, в том числе и в Российской Федерации [1].

По данным ВОЗ, депрессия является вторым по распространенности фактором, приводящим к нетрудоспособности или утрате здоровья. Число больных с депрессивными расстройствами в мире достигает 350 млн. человек из всех возрастных групп, в Европе - 40 млн. человек. При этом показатели распространенности большого депрессивного расстройства (MDD в DSM-IV и рекуррентное депрессивное расстройство в МКБ-10) на уровне стран колеблются в диапазоне от 1,0% (Чехия) до 16,9% (США) от общей численности населения, а депрессивного эпизода (включая депрессию при биполярном аффективном расстройстве) – от 1,5% (Тайвань) до 19,0% (Бейрут) [2-5].

В соответствии с данными глобальных оценок здоровья ВОЗ, в 2015 году в Российской Федерации депрессия была диагностирована у 5,5% населения, или почти у восьми миллионов человек. По этим же оценкам ВОЗ, в 2015 году доля мирового населения, страдающего от депрессии, оценивалась в 4,4%. При этом от 2/3 до 1/2 ежегодных случаев заболеваемости депрессией составляет рекуррентное депрессивное расстройство. При единственном эпизоде депрессии вероятность рецидива составляет 50%, при втором – 70%, при третьем – уже 90% [6-8].

ВОЗ сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на четвертое – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. Ежегодно около 150 миллионов человек лишаются трудоспособности из-за депрессий. Только экономике США она наносит ежегодный ущерб более 50 млрд. долларов. Эта сумма включает в себя стоимость 290 миллионов потерянных рабочих дней, психотерапевтической помощи и снижения трудоспособности. Депрессия является одной из основных причин инвалидности в мире [9-12].

Биполярное аффективное расстройство является причиной большего количества лет с установленной инвалидностью, чем все формы онкологической патологии или эпилепсия и болезнь Альцгеймера [13]. Больные с биполярным аффективным расстройством инвалидизируются в четыре раза чаще, чем лица в общей популяции [14].

По прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров - инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания. Уже сегодня она является самым распространенным заболеванием, которым страдают женщины, причем риск заболеваемости депрессией у последних в два раза выше, чем у мужчин (20-26% против 8-12% соответственно) [15, 16].

Возраст начала депрессивного эпизода в большинстве стран приходится на 25 лет и младше (США – 22,7, Япония – 30,1 года). Возраст 35-49 лет остается группой риска в Новой Зеландии и США, в Украине более высок риск депрессивного эпизода в более старших возрастных группах [17-19].

При депрессивном расстройстве хотя бы у одного из супругов, разводы возникают в 10 раз чаще, чем в обычных семьях. В то же время, депрессия чаще развивается среди членов се-

мы депрессивных пациентов. Приблизительно 20% родственников больных подвержены депрессии, в то время как родственники здоровых заболевают в 7% случаев [3, 4].

50% страдающих депрессией вообще не обращаются за медицинской помощью, а из оставшихся только 25-30% попадают на прием к психиатру. В некоторых странах процент тех, кто не обращается за медицинской помощью, приближается к 90%. У 60% больных, обращающихся в поликлиники, обнаруживают депрессивные расстройства различной степени тяжести. Между тем, в результате диагностирования традиционными медицинскими методами, которые используются в поликлиниках, депрессия определяется только у 5% всех обращающихся туда депрессивных больных [8].

Депрессию диагностируют у 22-33% госпитализированных больных, у 38% онкологических, у 47% больных инсультом, у 45% — инфарктом миокарда, у 39% — паркинсонизмом [20-22].

Больной в состоянии депрессии имеет в 35 раз больше шансов покончить жизнь самоубийством, чем вне ее. 50% людей с эндогенной депрессией и 20% с психогенной совершают попытку самоубийства [23-25]. Пациенты с биполярной депрессией совершают суицидальную попытку хотя бы один раз в жизни в 25 – 60% случаев, в 4 – 19% случаев она оказывается завершённой [26]. При этом установленным считается факт высокого риска ранней смерти у больных депрессией в связи с высокой вероятностью развития на фоне аффективного расстройства сопутствующей соматической, в частности, сердечно-сосудистой, патологии [27-30].

В ряде случаев больные с депрессией начинают принимать и примерять на себя сложившиеся в обществе стереотипы и предубеждения о людях с психическими расстройствами. По данным Р. Вугне (2000), переживание стигмы является более тяжелым нарушением даже в сравнении с самыми серьезными симптомами психического расстройства [31]. Поэтому преодоление стигмы или ее «смягчение» является одним из важнейших аспектов оказания психиатрической помощи.

Под термином «стигматизация» понимается предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него/них каких-либо особых свойств или признаков [32, 33].

А. П. Коцюбинский и соавт. (1999) отмечают, что стигматизация пациента проявляется со стороны медицинского персонала, семьи, фор-

мального микросоциального окружения и общества в целом. Одновременно со стигматизацией больного происходит стигматизация всей семьи со стороны не только медицинского персонала, но и внесемейного окружения. Не меньшее значение для стигматизации и дискриминации больного и его окружения имеет отсутствие в обществе социальной поддержки, особенно благодаря СМИ, вольно или невольно формирующих общественное мнение, культурное пространство общества [34].

Помимо стигматизации больного со стороны общества (в том числе, микросоциального окружения), выделяют самостигматизацию (больного и его семьи) [35].

Самостигматизация понимается как реакция на стигматизацию обществом, а также как результат применения к самому себе соответствующих стереотипов общественного сознания [36-39].

Процесс принятия стигмы имеет определенный механизм развития, включает ряд последовательных этапов, приводит к деидентификации с категорией здоровых к отнесению себя к психически больным, что проявляется дистанцированием от общества, чувством вины и стыда. Само-стигма формируется на основе психиатрического диагноза, стереотипных общественных представлений о психических болезнях применительно к себе, опасений дискриминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации [40, 41]. Однако само-стигма представляет собой не просто реакцию на болезнь и не только комплекс негативных эмоций по поводу болезни, а отражает сложный процесс формирования новой (девиантной, маргинальной) идентичности [42-44].

Наибольшее количество исследований стигматизации и само-стигмы направлено на изучение данной проблемы у больных шизофренией как наиболее уязвимых и в наибольшей степени страдающих от проявлений стигмы и ауто-стигматизации [32, 34, 38, 45-50].

Качественное исследование стигмы S. Dinos et al. (2004) предполагает, что люди с расстройствами настроения воспринимают и чувствуют стигму иначе, чем пациенты, страдающие психическими расстройствами, в частности, шизофренией [51]. В связанных со стигмой исследованиях пациентов с депрессией, показана ее связь с пониженным качеством жизни, снижением самооценки [52] и выраженными поведен-

ческими стратегиями избегания [53]. Исследование GAMIAN-Europe описывает уровни воспринимаемой дискриминации, самостигмы, устойчивости к стигматизации и раскрытию прав и возможностей у пациентов, страдающих биполярным расстройством или депрессией. Из 1182 респондентов с биполярным расстройством или депрессией об умеренном или высоком уровне само-стигмы сообщили 21,7% пациентов, умеренная или высокая устойчивость к стигматизации выявлена у 59,7% больных, 71,6% пациентов сообщили об умеренном или высоком уровне воспринимаемой дискриминации [54].

Значительное количество больных с депрессией отрицают наличие психического расстройства, из-за стигмы избегают обращения за психиатрической помощью, что откладывает возможность начала эффективной терапии [55, 56].

Выделяют следующие типы стигмы, связанной с депрессией: личная стигма (иногда ее обозначают как общественная стигма) – склонность человека к стигматизации и предубеждению о других людях («Люди с депрессией должны избавиться от нее»); воспринимаемая стигма – убеждения человека относительно негативных и стигматизирующих взглядов, которых придерживаются другие люди («Большинство людей считает, что человек с депрессией должен вырваться из нее»); само-стигма – стигматизирующие взгляды относительно себя («Я должен уметь вырваться из моей депрессии»); структурная стигма – политика частных и государственных учреждений и культурные нормы, которые ограничивают возможности людей с депрессией («Службы психического здоровья и исследования не заслуживают такого же финансирования, как другие проблемы со здоровьем») [57-61].

Общие элементы стигмы больных с депрессивными расстройствами включают: представление, что человек «слабый, а не больной»; воспринимаемая опасность; уверенность в том, что человек несет ответственность и может контролировать свое состояние; чувство вины, стыд и смущение; нежелание раскрывать диагноз из-за опасений по поводу дискриминации и преследований; стремление к социальной дистанции [62-64].

В ряде исследований показано, что отношение населения к больным с аффективными расстройствами является менее предвзятым, чем к больным шизофренией [65].

Мета-анализ 16 исследований, проведенных в США, Великобритании, Австрии, Нидерлан-

дах, Польше, Германии, Новой Зеландии и Австралии обнаружил, что, несмотря на улучшение в понимании психического здоровья, у респондентов не наблюдалось изменений в стигматизирующем отношении к людям с психическими заболеваниями и депрессией, в частности [66].

Уровень и тип стигматизирующих взглядов в различных группах населения трудно определить из-за сложности стигмы и различных подходов к измерению [67, 68].

При этом отдельными авторами подчеркивается, что на уровень дискриминации в большей мере влияет проблема психического здоровья, а не специфичность расстройства, а фактическое поведение людей нередко отличается от их взглядов и, соответственно, результатов опросов [69, 70].

Проведенное ASPEN/INDIGO Study Group исследование 1082 респондентов из 35 стран с помощью опросника DISK-12 показало, что пережитая дискриминация и стигматизация в большей степени связаны с количеством перенесенных депрессивных эпизодов, госпитализацией в психиатрический стационар и меньшей готовностью раскрывать имеющийся диагноз депрессии [71].

Анализ персональной, воспринимаемой стигмы и само-стигмы выявил следующие закономерности: исследование само-стигмы у больных с депрессией не обнаружило значимых корреляций между социо-демографическими факторами и само-стигмой [72]; персональная стигма была более выраженной у мужчин и лиц молодого (18-34 года) возраста в сравнении с женщинами и пожилыми людьми; больные, испытывающие более высокие уровни дистресса, в том числе, из-за расовой принадлежности, более подвержены стигме без различий в других социо-демографических показателях [73].

Такие факторы, как возраст [74], отсутствие семьи [75], низкий социально-экономический уровень [76], количество предыдущих эпизодов, смешанные эпизоды, психотические симптомы в структуре депрессии, длительность заболевания и злоупотребление психоактивными веществами связаны со стигмой [77]. В ряде исследований показано, что стигма может оказывать значительное негативное влияние на потенциал полного восстановления социального функционирования больных с психическими, в том числе и с аффективными, расстройствами [78].

Исследование стигматизирующего влияния используемых для диагностики и объяснения

причин терминов показало, что использование обозначений «психическое заболевание», «заболевание мозга» может оказать поддерживающее влияние на больных при оценке терапии, при оценке состояния больного при первичном обращении за психиатрической помощью, но может также быть причиной ожидания проблем, связанных со стигматизацией и приводить к социальному дистанцированию, усилению воспринимаемой опасности, усилению само-стигмы и усилению ожидаемой дискриминации больных с депрессией [79].

P.W. Corrigan и M.W.M. Fong (2014) показали, что использование в беседе с депрессивными больными термина «состояние» является более стигматизирующим, так как вызывает ассоциации с более тяжелыми психическими расстройствами, например, шизофренией. В то же время, объяснение различия между терминами «состояние» и «заболевание» усиливает само-стигму у больных с более тяжелой депрессией [80].

В ряде исследований показано, что пациенты с биполярным аффективным расстройством и члены их семей сообщают о большей выраженности психосоциальных воздействий стигмы в сравнении с униполярными депрессиями [81]. Обзор данных PUBMED, Web of Science и Scopus (2013) подтвердил, что тяжесть самостигматизации при биполярном расстройстве выше, чем у людей с рекуррентным депрессивным расстройством [82].

Стигма может оказать значительное влияние на людей с депрессией, членов их семей и ближайшее окружение. Семьи могут долгое время отрицать наличие психического заболевания одного из своих членов. Вот почему они часто отговаривают от обращения к специалистам и препятствуют лечению, а иногда и повседневной жизни пациента, чтобы скрыть симптомы депрессии. Хотя семья позже понимает, что психическое заболевание действительно присутствует, большинство семей прикладывают значительные усилия по гармонизации поведения нелеченного больного, что означает реинтеграцию его в группу (так называемая интеграционная реакция). Сдержанность и враждебность возникают, когда эти усилия оказываются безуспешными (так называемая реакция элиминирования). Понимание необходимости лечения может возникать как в реакции интеграции, так и устранения. Если это происходит на этапе реакции элиминации и госпитализация рассматривается как единственно возможный вариант офици-

альной помощи, пациент обычно сталкивается с реинтеграционными проблемами после окончания лечения [83].

Опыт стигмы в семейных отношениях включает дискомфорт при обсуждении проблем депрессии, избегание проблем и отказ от их обсуждения. Чувство стыда, желание не «потерять достоинства», страх привлечения внимания окружающих, могут способствовать повышению уровня стигмы, испытываемой в семьях как самим больным, так и членами семьи, приводя, в конечном итоге, к нарушению функционирования семьи и усугублению депрессивного состояния пациентов [84-86].

Больные с депрессией и беспокойством общаются о потере друзей из-за их депрессии, в то же время стигма может также влиять на развитие новых отношений, что необходимо дифференцировать от последствий депрессивного аффекта в виде замкнутости и апатии пациентов [86].

Стигма и дискриминация, связанные с депрессией, являются значительным препятствием для участия в трудовой деятельности. Описаны трудности, возникающие при трудоустройстве, при возвращении на рабочее место после госпитализации в психиатрический стационар по поводу депрессии. Ситуация усугубляется собственными депрессии снижением работоспособности и неуверенностью в себе [87].

Пациенты с депрессией нередко испытывают стигматизирующее влияние специалистов сферы охраны психического здоровья, которые покровительственно относятся к больным, усугубляя их депрессивные симптомы вследствие ощущения униженности и ненужности [88].

Несмотря на то, что стигматизация со стороны медицинских работников может быть непреднамеренной, их слова и действия могут способствовать возникновению у больных чувств смущения и стыда, что уменьшает вероятность обращения за специализированной помощью, увеличивает психологический дистресс и ухудшает комплаенс [89].

Негативными последствиями недостаточного качества общемедицинской и психиатрической помощи могут быть повышенный риск суицида и более высокая смертность среди пациентов с депрессией [85, 89].

Госпитализация в психиатрический стационар является серьезным фактором, влияющим на жизнь пациента в результате отсрочки функционального восстановления и стигмы, связанной с психическим расстройством и стационарным

лечением [90].

Результаты международных исследований предполагают, что клиническая тяжесть стигмы связана с уровнем дискриминации в психиатрических учреждениях: дискриминация может быть более вероятной в институциональных условиях и менее вероятной в условиях, ориентированных на восстановление, при предоставлении больным с депрессией широких полномочий [85].

В отечественных исследованиях имеется относительно немного данных по проблеме стигмы и самостигматизации больных с аффективной патологией, в частности, с депрессивными расстройствами. Однако эти исследования затрагивают в некоторой степени психологические механизмы формирования само-стигмы у больных с депрессией, на основе чего формируются целевые программы антистигматизационных воздействий.

Так, в исследовании Л.Я. Серебрянской (2005), посвященном, в частности, изучению стереотипных социальных представлений о типичном психически больном как о пациенте с определенной психопатологией, с помощью метода личностного семантического дифференциала были обследованы психиатры, медсестры и лица, не имеющие отношения к психиатрии. Группа респондентов, не имеющих отношения к психиатрии, и медсестры идентифицировали с психически больным описание субъектов с параноидной симптоматикой, в то время как для психиатров наиболее близким к понятию психически больного находились описания лиц с депрессивными расстройствами. Обнаружены взаимосвязи между факторами стигматизации и определенными оценками объектов, представляющих психически больных: для больных с депрессией высокие баллы по фактору «Контроль и отвержение» чаще сочетались с негативными оценками, связанными со «слабостью» [36].

С помощью специально разработанного опросника самостигматизации больных с психическими расстройствами И.И. Михайловой (2005) выделены три группы утверждений, отражающих изменения идентичности больного в связи с психическим заболеванием и, соответственно, три формы самостигматизации: аутопсихическая, компенсаторная и социореверсивная. Установлено, что у больных с аффективными расстройствами аутопсихическая форма самостигматизации является компонентом тоски и тревоги и значимо преобладает во время обострения заболевания. В период становления ре-

миссии, когда состояние больных характеризуется эмоциональной лабильностью и повышенной реактивностью, аутопсихическая форма самостигматизации трансформируется в компенсаторную, которая является реакцией больного на травмирующий его фактор пережитого психического расстройства. Социореверсивная форма самостигматизации представляется автором способом выражения на окружающих характерного для эндогенной депрессии гнева и рассматривается как часть депрессивного синдрома. На основании исследования сочетания форм самостигматизации для пациентов с аффективной патологией выделены следующие характеристики: диссоциированная с оправданием ролью больного у социабельных больных с низкой самооценкой и нозоцентрическая с самоидентификацией с психически больными при преобладании в статусе подавленности, чувства вины, при тенденции к непрерывному течению заболевания, а также при возможности получения выгоды от своего положения. По мнению автора, самостигматизация больных с психическими расстройствами, в том числе, с аффективной патологией, с одной стороны, отражает проявления болезни, с другой – является составной частью адаптационного процесса больного [41].

Дестигматизация исторически и организационно связана с концепцией общественно-ориентированной психиатрии. Как указывают многие авторы, внедрение принципов общественно-ориентированной психиатрической помощи – доминирующая тенденция в экономически развитых странах [91, 92].

В настоящее время многие учёные приходят к выводу о невозможности найти единственный способ борьбы со стигматизацией психически больных и говорят о необходимости комплексных мер, направленных как на разные группы населения, так и на различные механизмы и способы воздействия [31, 34, 93, 94].

В странах европейского региона по инициативе ВОЗ осуществляются различные программы государственного масштаба, направленные на интеграцию больного и общества и, в частности, на преодоление стигматизации и дискриминации душевнобольных [95].

Современные антистигматизационные программы включают образовательные (информационные ресурсы, например, книги, листовки, фильмы, сайты, которые заменяют ошибочные стереотипы фактической информацией), контактные (межличностные контакты с людьми с депрессией) и протестные (выявление стигмы и

подавление ее) подходы. Причем последний является наиболее критикуемым в силу его спорной эффективности [96, 97]. Образовательные подходы рассматриваются как самые эффективные, причем как среди взрослых, так и в подростковой среде, являются низко затратными и обеспечивают широкий охват населения [96, 98, 99].

Обзор исследований различных антистигматизационных подходов выявил следующие уровни доказательности их эффективности: достаточный уровень доказательности имеют психообразовательные программы для больных с депрессией и школьные интервенции, направленные на снижение риска суицида; веб-вмешательства имеют ограниченную доказательность, но могут быть достаточно эффективными ввиду высокого потенциала диссеминации (распространения); ограниченная доказательность показана для вмешательств, направленных на личностное психообразование, целевого вмешательства для профессионалов в сфере здравоохранения, антистигматизационных интервенций на рабочем месте, национальных и региональных общественных программ [100].

Подходы к дестигматизации преимущественно делают акцент на межличностных детерминантах стигматизации, рассматривая её в структуре предубеждений [101, 102].

Другой подход к дестигматизации учитывает явление самостигматизации. С точки зрения данного подхода для успешной дестигматизации работа только с предупреждением стигматизаторов будет недостаточной [103].

Необходима психосоциальная поддержка стигматизированного субъекта, а также его собственная внутренняя работа по преодолению самостигматизации [104].

Выделяют три аспекта дестигматизации: 1) информационный – изменение стереотипов социальных реакций на психически больного человека за счёт донесения неискаженной и правдивой информации о психических расстройствах и их последствиях для самого больного, его семьи и общества в целом. Это предполагает широкую просветительскую работу, использование психообразовательных программ, повышение толерантности общества к «инакомыслию», «инакодействию» за счёт повышения его информированности; 2) психотерапевтический – нейтрализация негативных эффектов стигматизации, которые испытывает больной, а также увеличение толерантности больных и членов их семей к проявлениям стигматизации и дискриминации; создание терапевтической среды и условий для

реализации потребностей, а также ограниченных возможностей пациентов; 3) обучающий – обучение пациентов и их родственников способам преодоления стресса, а также опознанию пререквизитивных расстройств [105].

Опыт работы отделения внебольничной психиатрии института им. В.М. Бехтерева позволил сформулировать основные положения процесса дестигматизации: 1) нейтрально-уважительное отношение мед.персонала; 2) формирование у больных и их родственников адекватного представления о психическом заболевании, как не имеющем принципиальных отличий от любой другой патологии с точки зрения общемедицинских и социальных последствий; 3) формирование у больного отношения к ограничительно-изоляционным мерам, как к направленным на усиление его личной безопасности сохраняющих его социальные права; 4) концентрация усилий на освобождение членов семьи больного от чувства вины и сохранение прежнего стереотипа жизни семьи и внешних социальных контактов; 5) получение больными эмоциональной и социальной поддержки [106].

Повышение уровня знаний и просвещение населения являются наиболее очевидным способом борьбы со стигматизацией, смягчения отношений и установок, и последующего изменения поведения. Однако данные относительно эффективности повышения уровня образования в этих целях очень противоречивы. Ряд исследований свидетельствует о существенном улучшении общественного отношения после проведения образовательных программ, по крайней мере, на какой-то срок [98].

Другие авторы высказывают более скептическое отношение, подчёркивая роль эффекта социальной желательности [107].

Существует мнение, что нужно делать акцент на помощь самим психически больным и их родственникам, отказаться от задачи изменить взгляды общества в целом, как неосуществимой в ближайшем будущем [38].

Эвристически полезной для выявления и коррекции само-стигмы является модель «зачем пытаться» [108]. Эта модель, направленная на расширение возможностей, предписывает, что «может быть сделано» для достижения цели, а не то «что не должно быть сделано». Задача здесь заключается не в устранении стигмы, а в способствовании расширению возможностей, которые улучшают достижение жизненных целей и участие в научно-обоснованных лечебно-реабилитационных практиках, связанных с эти-

ми целями.

Другим способом влияния на само-стигму и эффект «зачем пытаться» является воздействие через групповую идентичность, признание рисков отождествления с негативно оцениваемой группой и выстраивание позитивной групповой идентичности [109].

Если процесс стигматизации – это движение пациента от интеграции к изоляции, дискриминации и социальному исключению, то коррекция или предупреждение этих последствий – это движение в сторону восстановления собственной идентичности и индивидуально значимых социальных ролей. Речь идёт о внутренней картине выздоровления – нередко длительном личностном, вне рамок болезни и симптоматики, про-

цессе преодоления последствий жизни с ярлыком психической болезни, вызванных болезнью ограничений, совладания с чувством утраты личностного смысла и собственной идентичности [33].

Несмотря на общие закономерности антистигматизационных мероприятий при основных психических заболеваниях, дестигматизация больных с аффективными расстройствами ориентирована в основном на общественные мероприятия, что связано, в значительной степени, с недостаточными исследованиями в области психологических механизмов аутостигматизации и требует тщательного, научно обоснованного подхода с целью оптимизации оказания помощи данному контингенту больных.

Титухин Н.В.

СТИГМА И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: стигма, самостигматизация, аффективные расстройства.

В обзоре литературы рассматриваются проблемы стигматизации и самостигматизации больных с психическими расстройствами. Актуальность данной проблемы обусловлена пристальным вниманием специалистов и общественности к проблемам оказания специализированной помощи больным с аффективной патологией в силу значительного влияния депрессий на качество жизни пациентов, в том числе, в контексте их стигматизации и дискриминации. По данным ВОЗ, депрессия является вторым по распространенности фактором, приводящим к нетрудоспособности или утрате здоровья. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров - инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания. В статье представлены данные последних лет, касающиеся проблем социально-демографических характеристик и прогноза депрессивных расстройств. Показано, что в ряде случаев больные с депрессией начинают принимать и примерять на себя сложившиеся в обществе стереотипы и предубеждения о людях с психическими расстройствами. Освещены современные взгляды на пути формирования стигмы и само-стигмы больных с психическими расстройствами. Приведены данные, показывающие, что само-стигма представляет собой не просто реакцию на болезнь и не только комплекс негативных эмоций по поводу болезни, а отражает сложный процесс формирования новой (девиантной, маргинальной) идентичности. Представлены результаты отечественных и зарубежных исследований, направленных на изучение эффективности современных антистигматизационных мероприятий. В то же время подчеркнуто, что современная психиатрия не располагает достаточным количеством данных в области исследования психологических механизмов аутостигматизации, что требует тщательного, научно обоснованного подхода к их изучению с целью оптимизации оказания помощи данному контингенту больных. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 85-94).

Titukhin N.V.

STIGMA AND SELF-STYGMATIZATION OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS AND THE WAYS OF THEIR OVERCOMING

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Key words: stigma, self-stigmatization, affective disorders.

The review of the literature deals with the problems of stigmatization and self-stigmatization of patients with mental disorders. The urgency of this problem is due to the close attention of specialists and the public to the problems of providing specialized assistance to patients with affective pathology due to the significant impact of depression on the quality of life of patients, including in the context of their stigma and discrimination. According to WHO, depression is the second most common factor leading to disability or loss of health. According to WHO forecasts, by 2020, depression will rank first in the world among all diseases, ahead of today's leaders - infectious and cardiovascular diseases. The article presents data of recent years concerning the problems of socio-demographic characteristics and prognosis of depressive disorders. It is shown that in a number of cases, patients with depression begin to take and try on themselves stereotypes and prejudices about people with mental disorders. Modern views on the ways of stigma and self-stigma formation of patients with mental disorders are highlighted. Data are provided showing that self-stigma is not just a reaction to a disease and not just a complex of negative emotions about the disease, but reflects a complex process of forming a new (deviant, marginal) identity. The results of domestic and foreign studies aimed at studying the effectiveness of modern anti-stigma measures are presented. At the same time, it is stressed that modern psychiatry does not have enough data in the field of research of psychological mechanisms of autostigmatization, which requires a careful, scientifically based approach to their study in order to optimize the provision of assistance to this contingent of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 85-94).

Литература

1. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. BO3, 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
2. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey / R.C. Kessler, H.-U. Wittchen, J.M. Abelson [et al.] // *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* -1998. - V. 7. - P. 33-55.
3. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys / L. Andrade, J.J. Caraveo-Anduaga, P. [et al.] // *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* - 2003. - V. 12. - P. 3-21.
4. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder / M.M. Weissman, R.C. Bland, G.J. Canino [et al.] // *JAMA.* - 1996. - V. 276. - P. 293-299.
5. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys / S. Moussavi, S. Chatterji, E. Verdes [et al.] // *Lancet.* - 2007. - V. 370. - P. 851-858.
6. Torpey D.C. Chronic depression: update on classification and treatment / D.C. Torpey, D.N. Klein // *Curr. Psychiatry Rep.* - 2008. - V. 10. - P. 458-464.
7. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population / F. Hardeveld, J. Spijker, R. De Graaf [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* - 2010. - V. 122. - P. 184-191.
8. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment / T.E. Moffitt, A. Caspi, A. Taylor [et al.] // *Psychol. Med.* - 2010. - V. 40. - P. 899-909.
9. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) / J. Spijker, R. Graaf, R.V. Bijl [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* - 2004. - V. 110. - P. 208-214.
10. Global burden of depressive disorders in the year 2000 / T.B. Bstn, J.L. Ayuso-Mateos, S. Chatterji [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* - 2004. - V. 184. - P. 386-392.
11. The costs and benefits of enhanced depression care to employers / P.S. Wang, A. Patrick, J. Avorn [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2006. - V. 63. - P. 1345-1353.
12. Wang P.S. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment / P.S. Wang, G. Simon, R.C. Kessler // *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* - 2003. - V. 12. - P. 22-33.
13. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. - Geneva: World Health Organization. - 2002.
14. Morgan V.A. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders / V.A. Morgan, P.B. Mitchell, A.V. Jablensky // *Bipolar Disord.* - 2005. - V. 7. - P. 326-337.
15. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode / E. Bromet, L.H. Andrade, I. Hwang [et al.] // *BMC Med.* - 2011. - V. 9. - P. 90.
16. Van de Velde S. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression / S. Van de Velde, P. Bracke, K. Levecque // *Soc. Sci. Med.* - 2010. - V. 71. - P. 305-313.
17. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature / R.C. Kessler, G.P. Amminger, S. Aguilar-Gaxiola [et al.] // *Curr. Opin. Psychiatry.* - 2007. - V. 20. - P. 359-364.
18. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative / R.C. Kessler, H.G. Birnbaum, V. Shahly [et al.] // *Depress. Anxiety.* - 2010. - V. 27. - P. 351-364.
19. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey / E.J. Bromet, S.F. Gluzman, V.I. [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* - 2005. - V. 40. - P. 681-690.
20. The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population / K.R. Merikangas, M. Ames, L. Cui [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2007. - V. 64. - P. 1180-1188.
21. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys / K.M. Scott, R. Bruffaerts, A. Tsang [et al.] // *J. Affect. Disord.* - 2007. - V. 103. - P. 113-120.
22. Co-occurrence of mental and physical illness in US Latinos / A.N. Ortega, J.M. Feldman, G. Canino [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* - 2006. - V. 41. - P. 927-934.
23. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders / Z. Rihmer // *Curr. Opin. Psychiatry.* - 2007. - V. 20. - P. 17-22.
24. Moller H.J. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders / H.J. Moller // *Acta Psychiatr. Scand.* - 2003. - Suppl. - P. 73-80.
25. Bostwick J.M. Affective disorders and suicide risk: a reexamination / J.M. Bostwick, V.S. Pankratz // *Am. J. Psychiatry.* - 2000. - V. 157. - P. 1925-1932.
26. Angst J. Bipolar disorder: a seriously underestimated health burden / J. Angst // *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci.* - 2004. - V. 254. - P. 59-60.
27. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms / R.M. Carney, K.E. Freedland, G.E. Miller [et al.] // *J. Psychosom. Res.* - 2002. - V. 53. - P. 897-902.
28. Cuijpers P. Increased mortality in depressive disorders: a review / P. Cuijpers, R.A. Schoevers // *Curr. Psychiatry Rep.* - 2004. - V. 6. - P. 430-437.
29. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis / J.P. van Melle, P. de Jonge, T.A. Spijkerman [et al.] // *Psychosom. Med.* - 2004. - V. 66. - P. 814-822.
30. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial / B.B. Gump, K.A. Matthews, L.E. Eberly [et al.] // *Stroke.* - 2005. - V. 36. - P. 98-102.
31. Byrne P. Stigma of mental illness ways of diminishing it / P. Byrne // *Advances in Psychiatric Treatment.* - 2000. - V. 6. - P. 65 - 72.
32. Абрамов В.А. Шизофрения, стигма, Я // В.А. Абрамов [и др.] - Донецк, 2016. - 432 с.
33. Кабанов М. М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М. М. Кабанов, Г. В. Бурковский // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии.* - 2000. - № 1. - С. 3-9.
34. Коцюбинский А.П. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, В.В. Зайцев // *Социальная и клиническая психиатрия.* - 1999. - Т. 9, № 3. - С. 9 - 13.
35. Шизофрения, уязвимость - диатез - стресс - заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова [и др.] / - СПб.: Гиппократ, 2004.- 336 с.
36. Серебрянская Л. Я. Факторы стигматизации психически больных: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Л. Я. Серебрянская. - М., 2005. - 21 с.
37. Gilbert P. Shame, stigma and the family: «skeletons in the cupboard» and the role of shame / P. Gilbert // *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness / A.H. Crisp (eds.).* - 2001. - 390 p.
38. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы - отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Финзен. - М., 2001.- 215 с.
39. Ястребов В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов, И.И. Михайлова // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* - 2005. - Т. 105, № 11.- С. 50-54.
40. Михайлова И.И. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп / И.И. Михайлова, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.* - 2002. - №7. - С. 58-65.
41. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных : автореф. дис. на соискание учен.степени канд. мед. наук : 14.00.18 «Психиатрия»; 19.00.04 «Медицинская психология» / Михайлова И.И. - М., 2005. - 25 с.
42. Link В. G. Conceptualizing stigma / В. G. Link, J. С. Phelan // *Annual Review of Sociology.* - 2001. - V. 27. - P. 363-385.
43. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами / Е.Ю. Скрипка // *Молодой ученый.* - 2012. - № 7. - С. 232-237.
44. Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией / О.А. Блохина, С.Н. Ениколопов, С.А. Судаков, Я.С. Оруджев // *Психиатрия.* - 2005. - № 1. - С. 26 - 30.
45. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В. - Донецк: Каштан, 2009. - 584 с.
46. Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия / В.С. Ястребов // *Журнал психиатрии и психофармакотерапии.* -2001. - Т.2, № 1. - С. 34-37.
47. Гурович И.Я. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления / И.Я. Гурович, Е.М. Кирьянова, Г.И. Виндиктова, Г.Г. Марченко // *Социальная и клиническая психиатрия.* - 2003. - Т. 13, Вып. 3. - С. 28-31.
48. Пасынкова Ю.Г. Стигматизация больных шизофренией городским населением (клинико-социологическое исследование): Автореф. дис...канд. мед. наук 14.00.18 / Пасынкова Ю.Г. - М., 2006. - 26 с.
49. Тараканова Е.А. Шизофрения: самостигматизация, качество жизни и проблемы реабилитации больных / Е.А. Тараканова // *Общественное здоровье и здравоохранение.* - 2010. - № 1. - С. 44-50.
50. Corrigan P.W. Само-стигма и эффект «зачем пытаться»:

влияние на жизненные цели и практики, основанные на доказательствах / P.W. Corrigan, E.L. Jonathon, N. Rusch // Всемирная психиатрия. - 2009. - Т. 8, №2. - С. 99-106.

51. Dinos S. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study / S. Dinos, S. Stevens, M. Serfaty, S. Weich, M. King // British Journal of Psychiatry. - 2004. - V. 184. - P. 176-181.

52. Ritscher J.B. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients / J.B. Ritscher, J.C. Phelan // Psychiatry Res. - 2004. - V. 129. - P. 257-265.

53. Kanter J.W.P. Depression selfstigma: a new measure and preliminary findings / J.W.P. Kanter, L.C.M. Rusch, M.J.P. Brondino // J. Nerv. Ment. Dis. - 2008. - V. 196. - P. 663-670.

54. Brohan E. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study / E. Brohan, D. Gauci, N. Sartorius [et al.] // J. Affect. Disord. - V.129. - P. 56-63.

55. Hirschfeld R.M. Perception and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder / R.M. Hirschfeld, L. Lewis, A. Vormick // J. Clin. Psychiatry. - 2003. - V. 64. - P. 161-174.

56. Hirschfeld R.M.A. Social functioning in depression: a review / R.M.A. Hirschfeld, S.A. Montgomery, M.B. Keller // J. Clin. Psychiatry. - 2000. - V. 61. - P. 268-275.

57. Wright A. Labeling of mental disorders and stigma in young people / A. Wright, A.F. Jorm, A.J. Mackinnon // Social science and medicine. - 2011. - V. 73. - P. 498 - 506.

58. Barney L.J. The self stigma of depression scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new instrument / L.J. Barney, K.M. Griffiths, H. Christensen, A.F. Jorm // International journal of methods in psychiatric research. - 2010. - V. 19, № 4. - P. 243 - 254.

59. Corrigan P.W. Structural levels of mental illness stigma and discrimination / P.W. Corrigan, F.E. Markowitz, A.C. Watson // Schizophrenia Bulletin. - 2004. - V. 30, № 3. - P. 481 - 491.

60. Hatzenbuehler M.L. Introduction to the special issue on structural stigma and health / M.L. Hatzenbuehler, B.G. Link // Social Science and Medicine. - 2014. - V. 103. - P. 1 - 6.

61. Pietrus M. Opening Minds Interim Report / M. Pietrus. - Calgary: Mental Health Commission of Canada. - 2013. - 54 p.

62. Reavley N. Depression stigma in Australian high school students / N. Reavley, A.F. Jorm // Youth studies Australia. - 2011. - V. 30, № 2. - P. 33 40

63. Jorm A.F. Desire for social distance from people with mental disorders: a review / A.F. Jorm, E. Oh // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. - 2009. - V. 43. - P. 183 - 200

64. Wright A. Labeling of mental disorders and stigma in young people / A. Wright, A.F. Jorm, A.J. Mackinnon // Social science and medicine. - 2011. - V. 73. - P. 498 - 506.

65. Durand-Zaleski Scott J. A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France / J. Durand-Zaleski Scott, F. Rouillon, M. Leboyer // BMC Psychiatry. - 2012. - V. 12. - P. 128-132.

66. Evolution of public attitudes about mental illness. A systematic review and meta analysis / G. Schomerus, C. Schwahn, A. Holzinger [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica. - 2012. - V. 125, № 6. - P. 440 452.

67. Jorm A.F. Desire for social distance from people with mental disorders: a review / A.F. Jorm, E. Oh // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. - 2009. - V. 43. - P. 183 - 200.

68. Self-stigma of mental illness scale - short form: reliability and validity / P.W. Corrigan, P.J. Michaels, E. Vega [et al.] // Psychiatry Res. - 2012. - V. 199, № 1. - P. 65-69.

69. Anticipated and experienced discrimination amongst people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a cross sectional study / S. Farrelly, S. Clement, J. Gabbidon [et al.] // BMC Psychiatry. - 2014; Vol. 14. - P. 157.

70. «A disease like any other»? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence / B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.S. Long [et al.] // Am J Psychiatr. - 2010. - V. 167, № 11. - P. 1321-1330.

71. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey / A. Lasalvia, S. Zoppi, T. Van Bortel [et al.] // Lancet. - 2013. - V. 381. - P. 55-62.

72. Livingston J.D. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta analysis / J.D. Livingston, J.E. Boyd // Social Science and Medicine. - 2010. - V. 71. - P. 2150 - 2161.

73. Stigma, discrimination, or symptomatology differences in self-reported mental health between US-born and Somalia-born Black Americans / C. Henning-Smith, T.P. Shippee, D. McAlpine [et al.] // Am. J. Public. Health. - 2013. - V. 103, № 5. - P. 861-867.

74. Sources of burdens on families of individuals with mental illness / H.W. Tsang, P.K. Tam, F. Chan [et al.] // Int. J. Rehabil. Research. - 2003. - V. 26. - P. 123-130.

75. Depp C.A. Bipolar disorder in middleaged and elderly adults:

is age of onset important? / C.A. Depp, H. Jin, S. Mohamed // J. Nerv. Ment. Dis. - 2004. - V. 192. - P. 796-799.

76. Keck P.E.Jr. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode / P.E.Jr. Keck, S.L. McElroy, S.M. Strakowski // Am. J. Psychiatry. - 1998. - V. 55. - P. 646-652.

77. MacQueen G.M. Effect of the number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder / G.M. MacQueen, L.T. Young, J.C. Robb // Acta Psychiat. Scand. - 2000. - V. 101. - P. 374-381.

78. Greenwald A.G. Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta analysis of predictive validity / A.G. Greenwald, T.A. Poehlman, E.L. Uhlmann // J. Pers. Soc. Psychol. - 2009. - V. 97. - P. 17-41.

79. Rusch N. What is a mental illness? Public views and their effects on attitudes and disclosure / N. Rusch, S. Evans Lacko, G. Thornicroft // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. - 2012. - V. 46, № 7. - P. 641 - 650.

80. Corrigan P.W. Competing perspectives on erasing the stigma of illness: what says the dodo bird? / P.W. Corrigan, M.W.M. Fong // Social Science and Medicine. - 2014. - V. 103. - P. 110 - 117.

81. Lazowski L. Stigma and discrimination in people suffering with a mood disorder: a cross-sectional study / L. Lazowski, M. Koller, H. Stuart, R. Milev // Depress. Res. Treat. - 2012. - V. 12. - P. 724-848.

82. Self-stigmatization in patients with bipolar disorder / K. Latalova, M. Ociskova, J. Prasko [et al.] // Neuro Endocrinol. Lett. - 2013. - V. 34, № 4. - P. 265-272.

83. Comparison of self-stigma and quality of life in depressive disorder and schizophrenia - a cross-sectional study / M. Holubova, J. Prasko, S. Matousek [et al.] // European Psychiatry. - 2017. - V. 41. - P. 356.

84. Reavley N.J. Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey on Mental Health Literacy and Stigma / N.J. Reavley, A.F. Jorm // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. - 2011. - V. 45. - P. 1086 - 1093.

85. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross sectional survey / Lasalvia A. [et al.] // Lancet. - V. 381. - P. 55 62.

86. Discrimination against people with a mental health diagnosis: qualitative analysis of reported experiences / S. Hamilton, E. Lewis Holmes, V. Pinfold [et al.] // Journal of Mental Health. - 2014. - V. 23, № 2. - P. 88 - 93.

87. Mental Health Council of Australia. Let's get to work: A National Mental Health Employment Strategy for Australia. - 2007. <http://www.mhca.org.au/documents/publications/Let's%20Get%20To%20Work%20Employment%20Strategy.pdf>

88. Mental Health Council of Australia (2011). Consumer and carer experiences of stigma from mental health and other health professionals. Accessed online 8 December 2011: <http://www.mhca.org.au/index.php/information> and publication/159 stigma

89. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008 -2011 / E. Corker [et al.] // The British Journal of Psychiatry. - 2013. - V. 202. - P. 58-63.

90. Stigma experiences in bipolar patients: the impact upon functioning / E.S. Thome, A.A. Dargel, F.M. Migliavacca [et al.] // J. Psychiatr. Ment. HLT. - 2012. - V. 19. - P. 665-671.

91. Ньюфельдт О.Г. Принципы и практика общественной психиатрии / О.Г. Ньюфельдт // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. - № 12. - С.5-13.

92. Mucser K.T. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management // K.T. Mucser, G.R. Bond, R.E. Drake // Schizophr. Bull. - 1998. - V. 24, № 1. - P. 37-74.

93. Crisp A. The tendency to stigmatization. / A. Crisp // British Journal of Psychiatry. - 2001. - V. 178. - P. 197- 199.

94. Гурович И.Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией / И.Я. Гурович, Е.М. Кирынова // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - № 3. - С. 5 - 8.

95. Ястребов В.С. Самостигматизация при современных психических заболеваниях: методические рекомендации / В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова, И.И. Михайлова. - М., 2009. - 18 с.

96. Challenging the public stigma of mental illness: a meta analysis of outcome studies / P.W. Corrigan, S.B. Morris, P.J. Michaels [et al.] // Psychiatric Services. - 2012. - V. 63, № 10. - P. 963 - 973.

97. The role of social media in reducing stigma and discrimination / V. Betton, R. Borschmann, M. Docherty [et al.] // The British Journal of Psychiatry. - 2015. - V. 206. - P. 443 - 444.

98. Corrigan P.W. Competing perspectives on erasing the stigma of illness: what says the dodo bird? / P.W. Corrigan, M.W.M. Fong // Social Science and Medicine. - 2014. - V. 103. - P. 110 - 117.

99. Influence of Time to Change's social marketing

interventions on stigma in England 2009 – 2011 / S. Evans Lacko, E. Malcolm, K. West [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. - 2013a. - V. 202. - P. 77–88.

100. Reavley N. Community and population based interventions to reduce stigma associated with depression, anxiety and suicide: a rapid review / N. Reavley, A. Jorm.-2013. https://www.saxinstitute.org.au/wpcontent/uploads/ECheck_REPORT_Reducing_stigma_2013.pdf

101. Арбитайло А.М. Этнические предубеждения и возможности юмора для их преодоления : автореф. дис. на соискание учен. степени кандидата психол. наук : 19.00.05 «Социальная психология» / А.М. Арбитайло. - Москва, 2008.- 23 с.

102. Смирнова Ю.С. Феномен предубеждений к стигматизированным группам / Ю.С. Смирнова // *Психологический журнал*. - 2005. - Т. 3, №7. - С. 19-24.

103. Голенков А.В. Роль медицинского персонала в коррекции самостигматизации психически больных / А.В. Голенков, В.В. Матюшкин, А.В. Аверин // *Журнал «Главная медицинская сестра»*. - 2009.- №8.- С. 99- 108.

104. Абрамов В. А. Эффекты стигматизации и аутостигматизации больных на различных стадиях шизофрении

/ В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. В. Абрамов [и др.] // *Український вісник психоневрології*. - 2008. - № 2 (55). - С. 27 - 32.

105. Осокина О.И. Стигматизация больных, перенесших первый эпизод психоза / О.И. Осокина // *Медицинская психология*. - 2009. - № 1, Т. 2. - С. 46-51.

106. Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации психически больных : автореф. дис. на соискание учен. степени доктора мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия» / А.П. Коцюбинский. - СПб., 1999. - 28 с.

107. Lawrie S. M. Stigmatization of psychiatric disorder / S.M. Lawrie // *Psychiatric Bulletin*. - 1999. - Vol. 23. - P. 129 – 131.

108. Corrigan P.W. Само-стигма и эффект «зачем пытаться»: влияние на жизненные цели и практики, основанные на доказательствах / P.W. Corrigan, E.L. Jonathon, N. Rusch // *Всемирная психиатрия*. - 2009. - Т. 8, №2.- С. 99- 106.

109. Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness / N. Rusch, P.W. Corrigan, A. Wassell [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. - 2009b. - Vol. 120, №4. - P. 320–328.

Поступила в редакцию 21.04.2017