

УДК: 616.895.8-008.441.45:159.923]:614.21

*Абрамов В.Ал.***ФЕНОМЕН САМОСТИГМАТИЗАЦИИ (ЛИЧНОЙ СТИГМЫ, САМО-СТИГМЫ) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, стигматизация, самостигматизация

Важно разграничивать термины общественная стигма (то есть, “проявление обществом предрассудков и дискриминации по отношению к психически больным людям” [1]) и личная стигма (состоящая из стигмы воспринимаемой, испытываемой стигмы и самостигматизации). Восприятие или ожидание стигмы относится к убеждениям пациентов об отношении общества к ним самим и к их болезненному состоянию [2]. Испытываемая стигматизация обозначает дискриминацию или ограничения, с которыми сталкиваются пациенты в повседневной жизни. Наконец, принятие самим пациентом стереотипов и согласие со стигматизирующими убеждениями (то есть с общественной стигмой), обозначается как самостигматизация или внутренняя стигма [3]. Самостигматизация рассматривается как изменение идентичности, приводящее к потере прежних (позитивных) убеждений относительно самого себя, что в свою очередь приводит к таким негативным для личности последствиям, как сниженная самооценка и сниженная самоэффективность [4].

Группой авторов [5] по электронным базам данных PubMed, Medline и WebofScience был проведен поиск на предмет распространенности, соотношений и неблагоприятных последствий личностной стигмы (то есть, воспринимаемой и испытываемой стигматизации и самостигматизации) у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Из 54 исследований, опубликованных за период с 1994 по 2011, в 23 (42,6%) приводились данные о распространенности и в 44 (81,5%) по соотношению и/или последствиям воспринимаемой или испытываемой стигматизации или самостигматизации. В среднем, у 64,5% пациентов отмечалась воспринимаемая стигма, включавшая такие показатели как межличностное взаимодействие, образ психически больного в общественном сознании, доступ к социальным ролям, дискриминацию со стороны официальных структур. Частота воспринимае-

мой стигмы колебалась от 33,7% при дискриминации со стороны страховых организаций до 80% в рамках межличностных отношений. Взвешенный показатель действительно испытываемой стигмы составил 55,9% от всех пациентов со стигмой. Частота этого показателя варьировала от 6% при дискриминации со стороны официальных структур, до 87% пациентов, испытывавших отвержение в межличностных отношениях [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Усредненный показатель распространенности самостигматизации (внутренней стигмы) составил 41,7% при частоте различных ее составляющих: отвержение (стыд) - 49,2%, принятие стереотипов (согласие со стереотипами) - 26,8%, снижение самооценки - 20,9%, сопротивляемость стигматизации - 52,6% больных [13, 16, 17, 18, 19, 20].

Изучение феномена самостигматизации и ее влияния на уровень социального функционирования и качество жизни психически больных является одной из приоритетных задач социальной психиатрии и ее личностно-ориентированного направления. Со времен Е. Goffman, описавшего переживание инвалидом собственной инаковости среди окружающих, и до настоящего времени самостигматизация понимается как реакция на стигматизацию обществом, а также как результат применения к самому себе соответствующих стереотипов общественного сознания [21, 22, 23].

Понятие самостигматизации как реакции на стигматизацию было предложено В. Link [24]. 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 [23]. Самостигматизация формируется на основе психиатрического диагноза, стереотипных общественных представлений о психических болезнях применительно к себе, опасений диск-

риминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации [25, 26]. Однако в дальнейшем было установлено, что этот феномен 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 [27, 28, 29, 30].

Результаты научных исследований психологов, психиатров и социологов позволили сделать полноценный вывод о том, что причиной стигматизации являются не только психологические, но и социально-культурные факторы, а стигматизация относится не столько к психическим феноменам, сколько - к социальным [31], поскольку формируется внешней социальной средой.

Из этого следует, что самостигматизация относится преимущественно к понятиям, которые рассматриваются не в клиническом контексте, а социально-психологическом категориальном поле. Это нашло отражение в многочисленных определениях понятия «самостигматизация», предложенных различными исследователями:

- интернализация при принятии пациентом негативных представлений о психически больных, существующих в обществе [32];
- совокупность реакций пациента на свое заболевание и статус «психически больного» в обществе [26, 33];
- реакция на стигматизацию обществом, результат применения к себе соответствующих стереотипов общественного сознания [22, 23];
- деидентификация со здоровыми и формирование готовности категории «психически больной» в социальной и личностной сферах [34];
- реакция дефицитарной личности на заболевание и изменение своей роли в обществе, патогенетически связанная с проявлениями заболевания [35];
- процесс, складывающийся из наличия психиатрического диагноза, усвоенных мифов о психических болезнях и применения их к себе, опасений дискриминации и их ситуационного подкрепления, дистанцирования от потенциальных стигматизаторов, снижения социального статуса, самооценки и прогрессирующей десоциализации [25, 26, 27, 32].
- серия запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь, с чувством

неполноценности и социальной несостоятельности [32, 36].

Таким образом, существует большое количество факторов (клинических, социальных, психологических), которые участвуют в формировании стигматизации и ее социальных последствий для пациента. Описано даже стигматизирующее (негативное) влияние на уровень социального функционирования больного самого факта наличия психического заболевания [37]. Следует, однако, отметить, что и в определениях и при описании структурно-содержательных характеристик анализируемого феномена отсутствует глубокий анализ процессов распада идентичности на личностном и социальном уровнях при переходе от стигматизации к самостигме и создании больным образа себя и окружающего мира. Лишь немногие исследования посвящены поиску причин и механизмов, формирующих восприимчивость к стигме, и относящихся только к особенностям его психического статуса или жизненной ситуации [38]. В то же время, при проведении анализа структуры самостигматизации больных шизофренией наиболее ярким примером того, как происходит негативная, стигматизирующая атрибуция личности, демонстрирующая непреодолимую дистанцию между больным и обществом, является то, как в определенный момент у психически больного человека происходит формирование восприятия здоровых людей как «чужих» и на личностном уровне возникает готовность связать какое-либо явление с наличием психиатрического диагноза, чем проявляются самонесдерживающиеся деструктивные изменения идентичности личности и личностных ресурсов.

В единичных исследованиях приведены сравнительные данные об уровне стигматизации пациентов, находящихся на разных стадиях заболевания (то есть, в продромальной стадии, первом эпизоде, повторных эпизодах шизофрении). Только в двух работах сообщалось о связях с личной стигмой в первом эпизоде психоза [39, 40]. Также как и у хронически больных, у пациентов первого эпизода при наличии социальной тревожности отмечалась повышенная воспринимаемая стигма [40]. Это не отличается от данных о взаимосвязи самостигматизации и социальной тревожности среди пациентов пожилого возраста с повторными приступами болезни [41].

Данные другой выборки пациентов с первым эпизодом, касательно распространенности и связи между позитивной симптоматикой и воспринимаемой стигмой [39], не отличались от резуль-

татов обследования пациентов с более поздними стадиями заболевания [42, 43].

В ряде исследований изучались факторы риска формирования само-стигмы. В частности, была установлена положительная связь самостигматизации с такими факторами как: избегание вреда [43], позитивные симптомы [44, 45], социальная тревожность [41], социальное избегание, самоизоляция как способ совладания [3], понимание действия терапии [46], переживание дискриминации [47], эмоциональный дискомфорт [48]. В качестве защитных факторов (отрицательной связи) рассматривались такие факторы как качество жизни [49, 50, 51], целенаправленность и настойчивость [43], социальная интеграция и поддержка [48, 50], комплаенс [52, 53, 54], надежда, расширение прав и возможностей [48, 54], самооценка [55, 56], социальное и профессиональное функционирование [47, 51].

При исследовании личной стигмы как прогностического фактора было обнаружено, что воспринимаемая/испытываемая стигма является предиктором для большей выраженности депрессии [49], социальной тревожности [40], самоизоляции как когнитивной стратегии [12], предиктором более низкого качества жизни, более низкой самооценки и самооценки [12], социального функционирования [47], меньшей поддержки и меньшего контроля над заболеванием. Самостигматизация выступала предиктором, связанным с ухудшением таких показателей как депрессия [49], социальная тревожность [40], качество жизни [50], самооценка [3], социальное функционирование [47], надежда [57], профессиональная деятельность [51], восстановление (recovery) [58], поддержка [50] и терапевтический комплаенс [46, 53].

В категориальном поле социологии медицины феномен самостигматизации больных шизофренией как рефлексии социального статуса и как саморефлексии клинического статуса представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые накладываются больными на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности [37]. Выявлено пять структурных элементов самостигматизации, два из которых - фрустрирующие (готовность к принятию категории психически больных как маргиналов, самоутверждение в личностной сфере и в сфере глубинных эмоций), а другие три - защитные (самоидентификация с категорией душевнобольных в социальной сфере, оправдание отказа от активности наличием болезни, самоидентификация с

категорией душевнобольных в профессиональной сфере [37]). При обобщении этих данных было установлено, что процесс самостигматизации включает три основных вариации: социопатическую, отражающую изменение личной идентичности больного, амбисоциальную, представляющую собой коррекцию личностной идентичности путем категоризации окружающих по признаку наличия психического заболевания и социоперсекutorную, отражающую изменение социальной идентичности [37].

P.W. Corrigan [59] в качестве социально-психологической модели самостигматизации рассматривает эффект «зачем пытаться», который, по его мнению, является всеобъемлющим явлением, охватывающим само-стигму, промежуточные процессы и их воздействие на целенаправленное поведение. Этот эффект включает в себя три компонента: само-стигма в результате стереотипов; медиаторы (связующее звено): самоуважение и самооценочность; достижение жизненной цели или отсутствие таковой. Само-стигма состоит из трех этапов: осознание стереотипов, согласие с ними и применение их к самому себе. Люди, усвоившие стереотипы психического заболевания, испытывают потерю самоуважения и самооценочности [60, 61, 62, 63, 64], усваивают отношения, которые отражают обесценивание и дискриминацию (как доказал E. Goffman[65], стигма есть сигнал, который вызывает предубеждения и дискриминацию).

Самостигма, снижение самоуважения и самооценочности не могут способствовать достижению пациентами их личных целей. Низкие показатели самоуважения оказывают негативное влияние на такие специфические сферы качества жизни как удовлетворенность работой, жильем, здоровьем, финансовым положением [66, 67, 68, 69]. Низкая самооценочность как когнитивный конструкт, который отражает неуверенность пациента в успешной деятельности в конкретных ситуациях [70], связана с неспособностью самостоятельной жизни, управления различными обстоятельствами, реализации жизненных целей [71, 72, 73, 74].

Вызываемое этими феноменами обесценивание пациента отражает сознание того, что общество не воспринимает человека с психическими заболеваниями. Поведенческие последствия обесценивания рассматриваются исследователями в контексте модифицированной теории маркировки [59, 71, 75], согласно которой человек может избегать ситуаций, в которых будет чувствовать себя публично презируемым

и неуважаемым из-за самостигмы и низкого самоуважения. Соглашаясь со стигмой и применяя ее к самим себе, пациенты могут чувствовать себя недостойными, ничего не стоящими или неспособными достичь конкретных жизненных целей. На фоне таких пренебрежительных стереотипов к самому себе формируются эффекты «зачем пытаться».

По данным О.А. Блохиной [76], в структуре проявлений самостигматизации наиболее осознаваемыми и деструктивными изменениями являются сложности в социальной сфере, а также стремление оправдания несостоятельности болезнью. Для восстановления упорядоченного образа мира больной нуждается в новой идентификации. На начальном этапе процесса он может выбрать группу, способствующую его самореализации. Если такой группы нет или высока субъективная значимость диагноза, человек идентифицируется с группой «душевнобольных» и наделяет ее характеристиками соответственно ранее усвоенным мифам. В этом случае окружающие больного здоровые люди воспринимаются как «чужие» [77, 78], что является свидетельством перехода стигматизации в самостигматизацию. На личностном уровне, как и при формировании стигматизирующего отношения, возникает «готовность» связать какое-либо явление с наличием психиатрического диагноза. Информацию для создания нового образа самого себя и окружающего мира больной получает, переживая симптомы заболевания, общаясь с психиатрическими службами и с другими больными, сталкиваясь с соответствующими социальными ограничениями и т.п. [79]. Количество и субъективная значимость этой информации повышают «готовность категории» и определяют ожидания. В соответствии с теорией Дж. Брунера [80], в течение определенного времени создаются представления больного о группах «здоровых» и «больных» и об их отношениях. По окончании этого процесса больной перестает воспринимать получаемую информацию как новую, интерпретируя все последующие события согласно сформированным ожиданиям. Личностная идентификация больного запрещается. При этом новое качество является самоподдерживающимся.

Для своевременного принятия дестигмационных мер представляется важным вопрос о скорости формирования «готовности категории» после установления диагноза. Согласно данным психологов и социологов, время, необходимое человеку для идентификации с группой «душевно-

нобольных», зависит от исходной готовности данной категории. М.М. Кабанов [81] считает, что значимость собственного психологического здоровья создает у человека предварительную готовность категорий с характеристикой как «здоровых», так и «душевнобольных». Заболев, человек может отождествить себя со сформированной и перманентно подкрепляемой им ранее категорией «больных», не проходя описанный здесь этап полностью. Другой важный вопрос связан с тем, что новая идентификация является внутренней потребностью больного, поэтому процесс стигматизации можно оценить только с учетом характеристик конкретного пациента.

На следующем этапе самостигматизации происходит приспособление к новым требованиям среды и подкрепление идентификации реакцией окружающих. Меняется система отношений человека к самому себе и обществу. Характерной чертой данного этапа является перестройка социального функционирования больного. Изначально образ жизни психически больного определяется многими клиническими и социально-психологическими факторами. Он может представлять собой жизнь среди здоровых людей с новым отношением к себе и к окружающим, «экологическую нишу» в обществе психически больных в неформальном коллективе, в условиях психиатрического стационара или интерната и существование вне социума. Для понимания проблемы самостигматизации важно вторичное влияние социального положения больного на формирование и подкрепление его новой идентичности [77]. Указанные социальные факторы отличаются степенью определенности и «жесткости» внешних свидетельств принадлежности к группе и авторитарности отношений в ней. Эти ситуационные показатели со временем определяют новую личностную и социальную идентичность больного [82]. Мотивация к ее изменению исчезает. Адаптивные возможности больного стойко снижаются. Социальная уязвимость такого человека усугубляется тем, что коллективы психически больных являются по сути маргинальными [83] и лишены поддержки общества. На этом этапе самостигматизации возрастает значение профессионального, семейного, микросоциального положения больного и контакта с психиатрическими службами (в частности, частоты госпитализаций, типа стационара, стиля отношений с персоналом).

Представленная последовательность развития самостигматизации позволяет увидеть воз-

можное многообразие реализаций охарактеризованного В. Link [24] процесса самостигматизации в зависимости от клинических, психологических и социальных факторов. Это подтверждает отсутствие прямой зависимости от психиатрического диагноза как субъективной удовлетворенности жизнью, так и стратегий поведения, касающихся положения психически больного.

Описаны различные формы самостигматизации. Так, В.С. Ястребов [84] на основе кластерного анализа данных специально разработанного опросника выделили три формы самостигматизации: аутопсихическую, компенсаторную и социореверсивную.

Аутопсихическая форма самостигматизации проявляется изменением личной идентичности больного, т.е. его представлений о своих индивидуальных признаках. Он считает причиной своей предполагаемой несостоятельности в каких-то сферах жизни болезненные изменения и отказывается от прежних стандартов, снижает требования к себе.

При компенсаторной форме самостигматизации больной частично игнорирует проявления своего заболевания. Вместе с тем он формирует утрированные представления о несостоятельности психически больных как сообщества. Подчеркивание собственных отличий от «типичного» психического больного позволяет ему отождествляться с психически здоровыми людьми, несмотря на то, что формально он признает у себя наличие психического расстройства. В его поведении это проявляется в виде стигматизации психически больных, т.е. в этой ситуации сам больной выступает как стигматизатор себе подобных.

Социореверсивная форма самостигматизации выражается в изменении социальной идентичности больного, т.е. его восприятия принадлежности к определенной социальной группе. Больной перестает отождествлять себя с сообществом здоровых и трактует отношение к нему окружающих как предвзятое. Эта форма по проявлениям сходна с самостигматизацией по В. Link и J. Phelan.

Я.С. Оруджев [85, 86] описаны три типа самостигматизации при шизофрении: 1) наименьшая степень выраженности - оправдание собственной несостоятельности болезнью, предъявление к себе меньших требований; 2) средняя степень выраженности - тенденция к оправданию несостоятельности в профессиональной сфере; 3) высшая степень выраженности - актуальность факта душевного расстройства для

личности, напряженная позиция в интерперсональных отношениях, особенно в профессиональной деятельности.

Клиническая типология, разработанная И.И. Михайловой [26], О.А. Гонжал [87, 88], включает дефект-ассоциированную форму самостигматизации, характерную для периода ремиссии; личностно-обусловленную - проявляющуюся истеро-ипохондрическими реакциями у относительно сохранных пациентов; и психотическую - клинически обусловленную, характерную для этапа приступа или обострения процесса с высокой актуальностью болезненных переживаний и тенденций к бредовой интерпретации. Перечисленные формы самостигматизации рассматриваются как элементы клинического синдрома и личностной реакции на него. Различное сочетание типологических особенностей позволило [89] ранжировать больных шизофренией на диссоцированную группу, группу дистанцирования от окружающих и группу нозоцентрической идентификации, а также выделить такие качественные составляющие самостигматизации как «жертва стигмы», «деидентификация от психически здоровых», «готовность к идентификации с психически больными», «оправдание болезнью» и «генерализация стигмы» [27].

Е.Ю. Скрипкой [30] на основе контент анализа, проведенного на материале полуструктурированного интервью, выделены основные направления качественных характеристик самостигматизации больных с различными психическими расстройствами: представления о заболевании; отношение к пребыванию в стационаре; критика к своему состоянию; отношение к психически больным; представления, связанные с идентификацией себя как психически больного; ограничения в связи с заболеваниями; сокрытие фактов, подтверждающих принадлежность к психически больным; микро- и макросоциальные отношения; отношение к будущему, связанное с представлениями о болезни.

По данным О.А. Блохиной [34], к основным качественным характеристикам самостигматизации больных шизофренией относятся следующие кластеры: деидентификация со здоровыми в социальной сфере; деидентификация с категорией здоровых в личностной сфере; готовность к принятию стигмы психически больного в социальной сфере; готовность категории «психически больные как маргиналы».

Анализ наиболее характерных особенностей самостигматизации явился основанием для групповой дифференциации больных, в частности

[27], выделения диссоциированной группы (оправдание ролью больного, оправдание болезнью), группы деидентификации от окружающих (проективное дистанцирование от окружающих, принятие образа психически больного, готовность к деидентификации от окружающих) и группы нозоцентрической самоидентификации.

Уточнению и дифференциации понятия само-стигматизации способствовало введение в психиатрии категории «инсайт». Эта категория в качестве целостной системы аспектов осознания психической болезни подчеркивает важность как взаимосвязей, так и отличий между отдельными аспектами. Эти аспекты рассматриваются как эквивалентные понятиям «критика к болезни» и «критика к психопатологическим проявлениям» или как предлагающие варианты их эффективной операционализации. Понятие «само-стигматизация» не эквивалентно аспекту осознания отношения третьих лиц к психической болезни, однако этот аспект дает возможность операционализации понятия «само-стигма-

тизация» как осознания негативного отношения третьих лиц к психической болезни и его принятия. Другими словами, инсайт может служить объединяющей концептуальной и методологической основой для разностороннего изучения феномена осознания психической болезни.

Таким образом, модель само-стигмы и определяющие ее социально-психологические особенности характеризуются негативными процессами. Однако можно считать доказанным параллельное существование позитивного феномена в виде личностного расширения возможностей [90], противостоящего само-стигме. Так, установлено, что расширение возможностей связано с высокой самооценкой, качеством жизни, социальной поддержкой, высоким уровнем социального функционирования [91, 92], а также с большинством аспектов излечения от серьезного психического заболевания [92], и обратно пропорционально коррелировало с понижением самоуважения вследствие само-стигмы и социального ухода [71].

Абрамов В.Ал.

ФЕНОМЕН САМОСТИГМАТИЗАЦИИ (ЛИЧНОЙ СТИГМЫ, САМО-СТИГМЫ) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, стигматизация, само-стигматизация

Изучение феномена само-стигматизации и ее влияния на уровень социального функционирования и качество жизни психически больных является одной из приоритетных задач социальной психиатрии и ее личностно-ориентированного направления. Со времен Е. Гoffman, описавшего переживание инвалидом собственной инаковости среди окружающих, и до настоящего времени само-стигматизация понимается как реакция на стигматизацию обществом, а также как результат применения к самому себе соответствующих стереотипов общественного сознания. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2016. — № 1 (35). — С. 63-70).

Abramov V. Al.

THE PHENOMENON OF SELF-STIGMATIZATION (PERSONAL STIGMA, SELF-STIGMA) IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AS A PSYCHOSOCIAL PROBLEM

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Key words: schizophrenia, stigma, self-stigmatization

The study of the phenomenon of self-stigmatization and its impact on the level of social functioning and quality of life of the mentally ill is one of the priorities of social psychiatry and its student-centered direction. Since E. Goffman, who described the experience of the disabled person's own otherness among others, to the present time, the self-stigmatization is understood as a reaction to the stigma society, and also as a result of applying to himself the respective stereotypes of public consciousness. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2016. — № 1 (35). — P. 63-70).

Литература

1. Corrigan P.A. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy / P.A. Corrigan, A.C. Watson, L. Barr // J. Soc. Clin. Psychol. - 2006. - № 25. - P. 875-84.
2. Lebel T. Perceptions of and responses to stigma / T. Lebel // Sociol Comp. - 2008. - № 2. - P. 409-432.
3. Yanos P.T. Tatfiways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders / P.T. Yanos, D. Roc, K. Markus [et al.] // PsychiatrScr. - 2008. - № 59. - P. 1437-1442.
4. Corrigan P.W. Understanding the impact of stigma on people with mental illness / P.W. Corrigan, A.C. Watson // World Psychiatry. - 2002. - № 1. - P. 16-20.
5. Gerlinger G. Личностная стигма при расстройствах шизофренического спектра: систематический обзор распространенности, соотношений, неблагоприятных последствий и терапевтических вмешательств / G. Gerlinger, M. Hauser, M. Detheretal // World Psychiatry. - 2013. - № 12. - P. 155-164.
6. Angermeyer M.C. The stigma of mental illness: patients anticipations and experiences / M.C. Angermeyer, M. Beck,

S. Dietrich [et al.] // Int J Soc Psychiatry. - 2004. - № 50. - P. 153-162.

7. Berge M. Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health / M. Berge, M. Ranney // Care Manag J. - 2005. - № 6. - P. 139-144.

8. Cechnicki A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates / A. Cechnicki, M.C. Angermeyer, A. Bielanska // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. - 2011. - № 46. - P. 643-650.

9. Dickerson F.B. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia / F.B. Dickerson, J. Somerville, A.E. Orioni [et al.] // Schizophr Bull. - 2002. - № 28. - P. 143-155.

10. Ertugrul A. Perception of stigma among patients with schizophrenia / A. Ertugrul, B. Ulug // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. - 2004. - № 39. - P. 73-77.

11. Karidi M.V. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia / M.V. Karidi, C.N. Stefanis, C. Thelcritis [et al.] // Compr Psychiatry. - 2010. - № 51. - P. 19-30.

12. Kleim B. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia / B. Kleim, R. Vauth, G. Adam [et al.] // J Mental Health. - 2008. - № 17. - P. 482-491.

13. Lai Y.M. Stigma of mental illness / Y.M. Lai, C.P. Hong, C.Y. Chee // Singapore Med J. - 2001. - № 42. - P. 111-114.

14. McCann T.V. Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications / T.V. McCann, G. Boardman, E. Clark [et al.] // J Psychiatr Ment Health Nurs. - 2008. - № 15. - P. 622-629.

15. Thornicroft G. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey / G. Thornicroft, J. Brohan, D. Rose [et al.] // Lancet. - 2009. - № 373. - P. 408-415.

16. Sibitz I. Stigma resistance in patients with schizophrenia / I. Sibitz, A. Unger, A. Woppmann [et al.] // Schizophr Bull. - 2009. - № 37. - P. 316-323.

17. Werner P. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia / P. Werner, A. Aviv, Y. Barak // Int Psychoecriat. - 2008. - № 20. - P. 174-187.

18. Botha U.A. Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness / U.A. Botha, L. Koen, D.J. Niehaus // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. - 2006. - № 41. - P. 619-623.

19. Jenkins J.H. Stigma despite recovery: strategies for living in the aftermath of psychosis / J.H. Jenkins, E.A. Carpenter-Song // Med Anthropol Q. - 2008. - № 22. - P. 381-409.

20. Brohan E. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study / E. Brohan, R.T. Elgie, N. Sartorius [et al.] // Schizophr Res. - 2010. - № 122. - P. 232-238.

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

22. Ястребов В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов, И.И. Михайлова // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2005. - Т.105. - №11. - С. 50-54.

23. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы - отношение к предубеждениям и обвинениям / А. Финзен / Пер. И.Я. Сапожниковой. М., 2001. - 215с.

24. Link B. G. Теория "ярлыков" применительно к психическим расстройствам: последствия прикрепления "ярлыка" / B.G. Link, J.C. Phelan // Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях. Киев, 2002. - С. 427-437.

25. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: описание и типология / И.И. Михайлова // Научно-практический журнал "Психиатрия". - 2004. - №2 (08). - С.23-30.

26. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных. Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата мед.наук / И.И. Михайлова. - Москва 2005. — 18 с.

27. Михайлова И.И. Применение кластерного анализа для описания феномена самостигматизации психически больных / И.И. Михайлова, С.А.Судаков, С.Н.Ениколопов, С.Н.Мясоедов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2004. - Т.7. - №104. - С. 61-65.

28. Ястребов В.С. Социальные образы психиатрии / В.С. Ястребов, С.А. Трушенев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2009. - № 6. - С. 65-68.

29. Антохин Е.Ю. Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания / Е.Ю. Антохин, М.В. Горбунова, Е.М. Крюкова, Д.С. Долматова // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2008. - вып. 3. - С. 55-64.

30. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами / Е.Ю. Скрипка // Молодой ученый. - 2012. - № 7. - С. 232-237.

31. Rosenbaum S. Stigma and multiple social comparisons in

people with schizophrenia / S. Rosenbaum // European Journal of Social Psychology. - 2001. - Vol. 31. - P. 579-592.

32. Link B.G. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse / B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahav // Journal of Health and Social Behavior. - 1997. - V. 38. - P. 177-190.

33. 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.

34. Блохина О.А. Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией / О.А. Блохина, С.М. Ениколопов, С.А. Судаков, Я.С. Оруджев // Психиатрия. - 2005. - №1. - С. 26-30.

35. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / Дис. канд. мед.наук / О.А. Гонжал. - М., 2006. - 158с.

36. Anthony W.A. Relationships psychiatric symptomatology, work skills and future vocational performance / W.A. Anthony, E.S. Rogers, M. Cohen [et al.] // Psychiatric Services. - 1995. - № 46. - P. 353-357.

37. Тараканова Е.А. Корреляции вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией / Е.А.Тараканова, Н.Я. Оруджев // Вестник РАМН. - 2010. - № 6. - 0,8 п.л.

38. Link B.G. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses / B.G. Link, E.L. Struening, Neeae-Todd [et al.] // Psychiatr. Scr. - 2001. - № 52. - P. 1621-1626.

39. Tarrier N. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behavior / N. Tarrier, S. Khan, J. Cater [et al.] // Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol. - 2007. - № 42. - P. 29-35.

40. Birchwood M. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis / M. Birchwood, E. Trower, K. Brunet [et al.] // Behav. Res. Ther. - 2007. - № 45. - P. 1025-1037.

41. Lysaker P.H. Association of stigma self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia / P.H. Lysaker, P.T. Yanos [et al.] // ClinSchizophrRelat Psychoses. - 2010. - № 4. - P. 41-48.

42. Switaj P. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia / P. Switaj, J. Wciorka, J. Smolarska-Switaj [et al.] // Eur Psychiatry. - 2009. - № 24. - P. 513-520.

43. Margetic B.A. Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia / B.A. Margetic, M. Jakovljevic, D. Ivanec [et al.] // Compr Psychiatry. - 2010. - №51. - P. 603-606.

44. Mechanic D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness / D. Mechanic, D. McAlpine, S. Rosenicld [et al.] // SocSci Med. - 1994. - № 39. - P. 155-164.

45. Lysaker P.H. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders / P.H. Lysaker, D. Roe, P.T. Yanos // Schizophr Bull. - 2007. - № 33. - P. 192-199.

46. Fung K.M. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis / K.M. Fung, H.W. Tsang, F. Chan // Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol. - 2010. - № 45. - P. 561-568.

47. Munoz M. Proposal of a socio7 cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness / M. Munoz, M. Sanz, E. Perez-Santos [et al.] // Psychiatry Res. - 2010. - № 186. - P. 402-408.

48. Lysaker P.H. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months / P.H. Lysaker, L.W. Davis, D.M. Warman [et al.] // Psychiatry Res. - 2007. - № 149. - P. 89-95.

49. Sibitz I. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. / I. Sibitz, M. Amcring, A. Linger [et al.] // Eur Psychiatry. - 2011. - № 26. - P. 28- 33.

50. Ho W.W. Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis / W.W. Ho, M.Y. Chiu, W.T. Lo [et al.] // Aust N Z J Psychiatry. - 2010. - № 44. - P. 71-84.

51. Yanos P.T. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders / P.T. Yanos, P.H. Lysaker, D. Roe // Psychiatry Res. - 2010. - № 178. - P.211-213.

52. Fung K.M. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment / K.M. Fung, H.W. Tsang, P.W. Corrigan P.W. // Psychiatr Rehabil J. - 2008. - № 32. - P.95-104.

53. Tsang H.W. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia / H.W. Tsang, K.M. Fung, R.C. Chung // Psychiatry Res. - 2010. - № 180. - P. 10-15.

54. Tsang H.W. Psychosocial treatment compliance scale for people with psychotic disorders / H.W. Tsang, K.M. Fung, P.W. Corrigan // *Aust N Z J Psychiatry*. – 2006. – № 40. – P. 561-569.
55. Cannon T.D. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America / T.D. Cannon, K. Cadenhead, B. Cornblatt [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 2008. – № 65. – P. 28-37.
56. Ruhrmann S. Pharmacological intervention in the initial prodromal phase of psychosis / S. Ruhrmann, F. Sultze-Lutter, W. Maier [et al.] // *Eur Psychiatry*. – 2005. – № 20. – P. 1-6.
57. Lysaker P.H. Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia / P.H. Lysaker, M.P. Salvers, J. Tsai [et al.] // *J Rehabil Res Dev*. – 2008. – № 45. – P. 911-919.
58. Lysaker P.H. Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia / P.H. Lysaker, K.D. Buck, A.C. Taylor [et al.] // *Psychiatry Res*. – 2008. – № 157. – P. 31-38.
59. Corrigan P.W. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy / P.W. Corrigan, A.C. Watson, L. Barr // *J Soc Clin Psychol*. – 2006. – № 25. – P. 875-884.
60. Link B.G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection / B.G. Link // *Am Soc Rev*. – 1987. – № 52. – P.96-112.
61. Markowitz F.E. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness / F.E. Markowitz // *J Health Soc Behav*. – 1998. – № 39. – P. 335-347.
62. Ritsher J.B. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure / J.B. Ritsher, P.G. Otilingam, M. Grajales // *Psychiatry Res*. – 2003. – № 121. – P. 31-49.
63. Ritsher J.B. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients / J.B. Ritsher, J.C. Phelan // *Psychiatry Res*. – 2004. – № 129. – P.257-265.
64. Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction / S. Rosenfield // *Am Soc Rev*. – 1997. – № 62. – P. 660-672.
65. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity / E. Goffman // *Englewood Cliffs*. – 1963.
66. Markowitz F.E. Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept / F.E. Markowitz // *J Health Soc Behav*. – 2001. – № 42. – P. 64-79.
67. Owens T.J. Two dimensions of self-esteem: reciprocal effects of positive self-worth and self-deprecation on adolescent problems / T.J. Owens // *Am Soc Rev*. – 1994. – № 59. – P. 391-407.
68. Rosenfield S. Why model programs work: factors predicting the subjective quality of life of the chronic mentally ill / S. Rosenfield, S. Neese-Todd // *Hosp Commun Psychiatry*. – 1993. – № 44. – P. 76-78.
69. Vogel D.L. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help / D.L. Vogel, N.G. Wade, S. Haake // *J Couns Psychol*. – 2006. – № 53. – P. 325-337.
70. Bandura A. The anatomy of stages of change / A. Bandura // *Am J Health Prom*. – 1997. – № 12. – P. 8-10.
71. Rusch N. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia / N. Rusch, A. Holzer, C. Hermann [et al.] // *J Nerv Ment Dis*. – 2006. – № 194. – P. 766-773.
72. Gecas V. The social psychology of self-efficacy / V. Gecas // *Ann Rev Soc*. – 1989. – № 15. – P. 291-316.
73. Vauth R. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia / R. Vauth, B. Kleim, M. Wirtz [et al.] // *Psychiatry Res*. – 2007. – №150. – P. 71-80.
74. Carpinello S.E. The development of the Mental Health Confidence Scale: a measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorders / S.E. Carpinello, E. Knight, F.E. Markowitz [et al.] // *Psychiatr Rehab J*. – 2000. – №23. – P. 236-243.
75. Watson A.C. Self-stigma in people with mental illness / A.C. Watson, P.W. Corrigan, J.E. Larson [et al.] // *Schizophr Bull*. – 2007. – № 33. – P. 1312-1318.
76. Блохина О.А. Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией / О.А. Блохина, С.Н. Ениколопов, С.А. Судаков, Я.С. Оруджев // *Психиатрия*. – 2005. – №1. – С.26-30.
77. Белинская Е.П. Социальная психология / Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая // М.: Аспект Пресс. – 2003. – 475с.
78. Ядов В.А. Психология самосознания / В.А. Ядов // Хрестоматия. – М., Изд. Дом "Бахрах", 2003. – С.589-601.
79. Аведисова А.С. От некомплаенса к отказу от психотерапии / А.С. Аведисова, В.И. Бородин // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2005. – Т.07. – №6. – С.5-15.
80. Брунер Дж. Хрестоматия по ощущению и восприятию / Дж. Брунер // М. – 1975. – С. 134-151.
81. Кабанов М.М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский // *Обзор психиатрии и мед. психологии*. – 2000. – № 1. – С. 3-8.
82. Столин В.В. Самосознание личности / В.В. Столин // М.: Изд-во Моск. ун-та. – 1983. – 284с.
83. Ярская - Смирнова Е.Р. Социальное конструирование инвалидности / Е.Р. Ярская - Смирнова // *Социологические исследования*. – 1999. – №4. – С.38-43.
84. Ястребов В.С., Михайлова И.И. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. – 2005. – №11. – С.50-55.
85. Оруджев Я.С. Типы самостигматизации при шизофрении. Клинико-социальный аспект. / Я.С. Оруджев, С.Н. Ениколопов, О.А. Блежна // *Материалы Российской конференции "Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты."* – М. – 2004. – С. 83-85.
86. Оруджев Н.Я. Шизофрения: самостигматизация, качество жизни и проблемы реабилитации больных / Н.Я. Оруджев, Е.А. Тараканова // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – 2010ю – №1. – С. 62-67.
87. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / О.А. Гонжал // *Психиатрия :Научно-практический журнал* / Ред. А.С. Тиганов, Н.М. Михайлова. – 2006. – №3 2006. – С. 39- 46.
88. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / Дис. канд. мед.наук / О.А. Гонжал. – М., 2006. –158с.
89. Ястребов В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2005. – № 11. – С. 50 - 55.
90. Corrigan P.W. Examining the factor structure of the recovery assessment scale / P.W. Corrigan, M. Salzer, R.O. Ralph [et al.] // *Schizophr Bull*. – 2004. – № 30. – P. 1035-1041.
91. Rogers E.S. A consumer- constructed scale to measure empowerment among users of mental health services/E.S. Rogers, J. Chamberlin, M.L. Ellison [et al.] // *Psychiatr Serv*. – 1997. – № 48. – P. 1042-1047.
92. Corrigan P.W. Recovery as a psychological construct / P.W. Corrigan, D. Gifford, F. Rashid [et al.] // *CommunMent Health J*. – 1999. – № 35. – P. 231-239.

Поступила в редакцию 18.06.2016