

Обзор

УДК 614.2

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-25-38>

Феномен стигматизации в эпоху постмодерна: структурный анализ

Татьяна Геннадьевна Светличная¹, Виталий Андреевич Воронов²,
Елена Алексеевна Смирнова^{✉3}

¹Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

²Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1, Череповец, Россия

³Череповецкий государственный университет, Череповец, Россия

Аннотация. В эпоху религиозно-философского вакуума, дискредитации идеологических концептов и производства предметов сиюминутного потребления обесцениваются не только главные общечеловеческие ценности, но и сама человеческая жизнь. Многие социальные процессы и взаимодействия переносятся в интернет-пространство и массмедиа, которые с помощью стереотипов, мифов могут формировать в массовом сознании отрицательную либо положительную реакцию на конкретное событие.

В эпоху постмодерна все большим числом специалистов человеческая жизнь стала восприниматься как медицинская проблема, человек – как пациент, а его тело и сознание – как объект медицинского контроля и регулирования. Врачи, взяв на себя функции социального контроля, стремясь повысить свой властный ресурс с одной стороны и профессиональный статус с другой, могут формировать определенную идеологию в обществе, ведущую к изменению социального статуса индивида. В результате происходит закрепление медицинских «ярлыков» за некоторыми паттернами девиантного поведения и ограничение жизнедеятельности индивида, усиление медиализации, власти экспертов и деполитизации девиаций.

Ключевые слова: стигматизация, постмодерн, социальный контроль, классификация стигматизации

Статья поступила 26.12.2022; принята к публикации 18.02.2023; опубликована 15.05.2023.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2023-16-1-25-38>

The phenomenon of stigmatization in the postmodern era: a structural analysis

Tatiana G. Svetlichnaya¹, Vitaly A. Voronov², Elena A. Smirnova^{✉3}

¹Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

²Vologda Regional Neuropsychiatric Dispensary No. 1, Cherepovets, Russia

³Cherepovets State University, Cherepovets, Russia

Abstract. In the era of a religious and philosophical vacuum, the discrediting of ideological concepts and the production of objects of momentary consumption, not only the main universal values are devalued, but also human life itself. Many social processes and interactions are transferred to the Internet space and mass media, which, with the help of stereotypes, myths, can form a negative or positive reaction to a specific event in the mass consciousness.

Human life began to be perceived as a medical problem, a person as a patient, and his body and consciousness as an object of medical control and regulation. Doctors, having assumed the functions of social control, seeking to increase their power resource, on the one hand and professional status, on the other hand, can form a certain ideology in society, leading to a change in the social status of an individual. As a result, medical "labels" are attached to certain patterns of behavior and the restriction of an individual's vital activity, the strengthening of medicalization, the power of experts and the depoliticization of deviations.

Keywords: stigmatization, postmodernism, social control, classification of stigmatization

Submitted 26.12.2022; accepted 18.02.2023; published 15.05.2023.

Для каждого этапа развития общества характерны свои ценности и мировоззрение. На смену предмодерна, в основе которого лежат традиционные ценности и религия, в середине XVI в. приходит мо-

дерн с преобладанием власти разума и рационального мышления. И наконец, в 60-х годах XX в. в Америке зарождается постмодернизм. Этому благоприятствовал технический бум, обеспечивший расширение

доступа к информационным технологиям и способствующий ускорению принятия принципов плюрализма, базирующихся на принципе разнообразия. Характерной чертой постмодерна стало формирование недоверия к существующим идеологиям и мировоззренческим системам. Прежние идеалы, еще недавно казавшиеся незыблемыми, были поколеблены, а на смену им пришла специфическая парадигмальная установка на восприятие мира как хаоса, так называемая «постмодернистская чувствительность». Все это, согласно теории Ж. Бодрийера [1], способствовало утрате объединяющих общество норм, «исчезновению всего социального» и самое главное, утрате связи с реальностью. На смену ей приходит множество уже виртуальных реальностей. С развитием массмедиа и Интернета информация становится важнейшим стратегическим ресурсом общества.

И если в прежние времена важнейшие события в обществе переживались intersubjectively, то сейчас большинству общение заменяет экран, и, наоборот, передачи стали восприниматься как реальность, а жизнь общества воспринимается как отражение интернет-пространства. Происходит автоматизация общества, которому посредством массмедиа может внедряться любая информация. Широкое распространение массовой культуры, ориентированной на развлекательность, меняет психологические установки общества, формируется и насаждается идеология потребления, всем явлениям жизненного цикла придается товарная форма.

Такая ценностная установка способствует переходу от производства материальных товаров к производству услуг. Не составляет исключения и система здравоохранения, где еще недавно сохранение здоровья было делом государственной важности, тогда как в наши дни воспринимается как услуга. На базе данной установки происходит коммерциализация института здравоохранения. Фармацевтические компании посредством массмедиа поддерживают миф о быстром излечении фармакотерапией любой болезни. На этом фоне все чаще возникают дискуссии о влиянии медицины на жизнь людей [2] и закрепление медицинских «ярлыков» за некоторыми паттернами поведения [3].

Представители медицинской профессии, обладая профессиональными знаниями и полномочиями по определению и обозначению болезни и в некоторых случаях даже установлению «клейма девиантов» членам менее влиятельных групп общества, получают преимущественное право на осуществление функции социального контроля. Стигматизированные индивиды воспринимаются большинством как

неудачники, другие члены общества нередко их опасаются и осуждают.

Необходимо отметить, что начиная с библейских времен, и на протяжении всей истории человечества общество традиционно выделяет и дистанцируется от людей, не удовлетворяющих ожиданиям большинства. И если до периода становления врачевания и медицины дискриминация некоторых форм заболеваний, например инфекционных и психических, могла быть оправдана стремлением человечества к выживанию, то проявление расизма, эйджизма, сексизма, стигма ожирения или лиц с физическими недостатками являются ничем иным, как сложившимися в обществе предрассудками или стигматизацией.

Цель работы

Осмысление феномена стигматизации как инструмента социального контроля в условиях либерализации всех сфер жизнедеятельности общества постмодерна.

Материалы и методы

В ходе проведения исследования был использован аналитический метод в сочетании с научно-теоретическим подходом, проанализированы материалы 48 источников литературы, в том числе 25 научных публикаций иностранных авторов.

Результаты и их обсуждение

Термин стигматизация образован от греческого слова *stigma*, означающего признак или метку на теле рабов и преступников. Позже, уже в средние века, термин стал употребляться в медицинской практике для обозначения признака болезни. В наши дни под стигматизацией понимают «предвзятое или негативное отношение окружающих по факту наличия у человека того или иного признака» [4]. Развитие стигматизации происходит на психологическом и социальном уровнях в несколько этапов [5]: 1) выделение и маркирование человека, 2) присвоение выделенному человеку негативных качеств, 3) отнесение к социальной группе, противопоставленной обществу, 4) последующее снижение социального статуса.

Первым исследователем, изучавшим стигму как социальное явление, стал французский социолог Е. Durkheim (1895), а впервые термин стигматизация в научный оборот введен более пятидесяти лет назад американским социологом Е. Goffman (1963). Он означает «намерение выставить напоказ что-то плохое о лице, имеющим этот знак, и таким образом оправдать проистекающую отсюда враждебность» [6]. В своем труде «Стигма: заметки по управлению испорченной идентичностью», Goffman предложил теорию навешивания ярлыков, согласно которой стигма влияет на мысли, чувства и поведение инди-

видов, затрагивая их социальную идентичность и девальвируя ее в глазах других. В результате негативный ярлык, присваиваемый человеку большинством, меняет его «Я»-концепцию и портит нормальную идентичность. Согласно теории индивид воспринимает себя через видение себя другими людьми. Иными словами, мы становимся такими, какими нас воспринимают окружающие. И те требования, которые общество предъявляет к индивиду, авторы теории называют ожидаемой или виртуальной идентичностью, тогда как черты, которыми он обладает в действительности – действительной идентичностью. Испорченная идентичность возникает в зазоре между ожидаемой и действительной идентичностью. E. Goffman [6] описывает испорченную идентичность как с точки зрения общества, так и с точки зрения самого стигматизируемого. По мнению автора, на самосознание этих людей и восприятие их в социуме влияет одна общая черта, характерная для всех видов стигм – черта неправильного индивида. И. Гофман обращает внимание на то, что стигматизации подвергаются не все нежелательные особенности, а только те из них, которые, по мнению большинства, являются несовместимыми с образом индивида. Эти черты являются проекцией на индивида или группу представлений о недостойном большинстве. Тем самым общество обозначает границы нормы, будь то внешность, поведение или образ мысли, а различия человека со стигмой и без нее являются субъективным понятием, определяемым особенностями культуры общества в целом и распространенными представлениями в обществе о месте человека в нем [7]. В результате господствующих в общественном сознании негативных стереотипов в отношении носителей стигмы последние сталкиваются с непониманием со стороны окружающих и даже дискриминацией, начинают испытывать обиду и злость. Эти переживания приводят к интернализации социальной стигмы, индивид начинает верить в них и пытается вписаться в новую роль, используя механизмы самовнушения и адаптации. Изменение идентичности человека приводит к потере чувства надежды [8] и прежних позитивных убеждений относительно самого себя, способствуя ухудшению моральных качеств [9]. Постоянное ожидание ярлыка дестабилизируют самооценку и эмоциональный фон, ведет к дистанцированию от общества [10] и нивелирует веру в выздоровление [11], реабилитацию и социализацию.

E. Goffman [6] выделил три вида стигм, связанных: 1) с физическим дефектом, 2) с дефектом индивидуального характера (психическое заболевание, алкоголизм, наркомания, тюремное заключение, низ-

кий социальный статус), 3) с маргинальным социальным и политическим положением (раса, национальность, религия).

D. Feldman [12] выделил шесть измерений стигматизации: 1) опасность, 2) происхождение, 3) скрываемость, 4) течение, 5) стабильность, 6) разрушительность:

1) опасность – играет роль угрозы, которую несет обладатель клейма. Общественное мнение поощряет приемлемые формы поведения и пресекает неприемлемые. Последнее призвано обеспечить безопасность общества;

2) происхождение – степень ответственности стигматизированного индивида за имеющийся у него атрибут. Когда индивид несет личную ответственность за имеющиеся у него заболевания, особенно те, которые опасны для окружающих или в которых, по мнению большинства, повинен сам человек. В данном контексте упоминается и такое дополнительное измерение стигмы, как контролируемость стигмы и жалость. Например, лица с педофилией обнаруживают большую выраженность стигмы, чем пациенты с посттравматическим стрессовым расстройством. И наоборот, заболевания, вызывающие большую жалость со стороны окружающих, стигматизируют пациента в значительно меньшей степени;

3) скрываемость или видимость – если стигма видима, индивид готов к реакциям девальвации со стороны общества. Например, больные шизофренией более стигматизированы, чем больные артериальной гипертензией или депрессией. Если стигма может быть скрыта, то и статус таких людей в обществе не изменится, пока информация о наличии стигматизирующего признака не станет известна окружающим. При этом человек, пытаясь что-то скрыть, подавляя стигму, постоянно испытывает беспокойство и негативные эмоции;

4) течение, 5) стабильность и 6) разрушительность – сходные между собой показатели и сопоставимы с вышеназванными измерениями. Течение и стабильность определяют вероятность улучшения здоровья от получаемого лечения. При оценке разрушительности стигмы мы анализируем ее влияние на межличностные отношения.

Немецкий социолог G. Falk описывает стигму по двум основаниям возникновения:

1) экзистенциальная стигма, которую объект стигмы мало либо совсем не контролирует и

2) достигнутая стигма, получение которой обусловлено поведением человека. Фальк пишет, что «мы и все общества всегда будем стигматизировать какое-то состояние и какое-то поведение, потому что

это обеспечивает групповую солидарность, отделяя аутсайдеров от инсайдеров» [13].

Позже ученые выделили две основные концептуальные модели стигматизации. Первую предложили В. Link, J. Phelan [14], а вторую – J. Pryor, G. Reeder [15]. В первой модели возникновение стигмы зависит от доступа к социальной, экономической и политической власти, позволяющей «идентифицировать различия, строить стереотипы, разделять помеченных людей на отдельные группы и полностью выполнять неодобрение, отвержение, исключение и дискриминацию» [16]. Авторы рассматривают стигму как взаимодействие четырех взаимосвязанных и взаимообусловленных процессов: 1) приклеивание ярлыков; 2) стереотипизация; 3) разделение на «мы» – группу, с которой мы себя отождествляем, и «они» – в отношении которых актуализируется стереотип с негативными характеристиками и рассматривается нами в категории отчуждения; 4) потеря статуса теми, кто подвергается стигматизации и дискриминации.

Вторая концептуальная модель посвящена описанию четырех взаимосвязанных проявлений стигмы: публичной стигмы, самостигмы, стигмы через ассоциацию, структурной стигмы.

1. Публичная стигма – это комплекс социальных и психологических реакций в отношении индивида, который воспринимается как обладающий стигматизирующим условием и проявляется в сужении или полной утрате возможностей, будь то доступ к образованию или получению работы. Считается, что публичная стигма лежит в основе всех остальных типов стигмы.

2. Самостигма – это комплекс уже последствий социального и психологического характера, который связан с обладанием стигмы. Включает в себя интуитивное ощущение индивида того, что он является объектом стигматизации, и все те негативные убеждения и чувства, которые он ощущает в это время;

3. Стигма через ассоциацию или стигма по праву передачи – это, с одной стороны, совокупность социальных и психологических реакций на людей, ассоциирующихся со стигматизируемым индивидом. Это может быть семья психически больного человека, психиатрическая служба и т. д. С другой стороны, это ответные реакции людей, которых ассоциируют со стигматизируемым индивидом.

4. Структурная стигма – возникает в случае, когда правила общества ограничивают возможности меньшинства.

Другие ученые [17] дополнительно выделяют применительно к психически больным следующие проявления стигмы:

1) принуждение – выражается в утрате прав, когда общество принимают решение, например, за психически больного;

2) социальная изоляция – психически больные оформляются в психиатрические учреждения на постоянной основе;

3) избегание ярлыков – человек стремится скрыть свой диагноз;

4) автоматическая стигма – стигматизирующие мысли, чувства и действия возникают автоматически или с малым осознанием;

5) множественная стигма – человек принадлежит сразу к нескольким стигматизированным группам, например, психически больных и зависимых от алкоголя.

С.Н. Ениколопов в своей работе [7] дает определение понятия стигматизирующего: с одной стороны, это индивид или группа, продуцирующая и распространяющая мифы, чем способствуют появлению стигм, а с другой стороны, это все те, кто усваивает эти мифы и руководствуется ими в дальнейшем, то есть стигматизирует.

Р. Gilbert [18] в качестве основных иницирующих стигматизацию причин выделил причины социального и психологического характера. Автор считает, что люди всегда испытывают страх и поэтому стремятся избегать опасного члена общества. Также они воспринимают психически больных как генетически, сексуально негодных и как негодных для совместной деятельности. Важной причиной стигматизации является потребность в чувстве превосходства. Н.А. Польская считает, что мотивы стигматизации кроются в «истории формирования социальных ритуалов, способов конструирования социальной реальности, форм социального контроля, проблем идентичности и интеракции» [19] и являются биологическим защитным механизмом [20].

Отечественные ученые пытались объяснить мотивацию стигматизирующих. В.С. Ястребов [21] выделил три взаимосвязанных фактора, влияющих на формирование стигмы психической болезни: 1) проблема знания (невежество), 2) проблема отношения (предвззудки), 3) проблема поведения (дискриминация). М. М. Кабанов [22] дополнил эти факторы тремя мотивационными компонентами, связанными с потребностями в сохранении:

1) удовлетворительных условий жизни – чаще эта потребность возникает у людей удовлетворенных жизнью, но негативно относящихся к девиантам;

2) интеллектуального уровня – характерна для людей, воспринимающих психические болезни как когнитивное расстройство или как инфекционное заболевание;

3) эмоциональной стабильности – свойственна для психологически уязвимых лиц, для которых характерно негативное восприятие своей жизни, у которых сформировано мнение об эмоциональной природе возникновения всех психических заболеваний.

Возникновение этих потребностей связано с представлением о том, что психически больные люди могут препятствовать их удовлетворению. В результате общество, отторгая социальную группу по какому-то признаку, легитимирует неравенство ее социального статуса. Callaghan N., Crowley M., Goggin T. [23] выдвинули гипотезу, согласно которой не только общество, но и сами психически больные имеют такое же негативное мнение о своем заболевании. E.C. Pinel [24] в 1999 г., пытаясь определить степень осознанности больными влияния дискриминирующего отношения общества на их психологическое состояние, вводит понятие «стигма-осознанность», а Link схожее с ним понятие «самостигматизация». Под самостигматизацией Link предлагает понимать «деструктивный процесс принятия и переживания стигмы и нового для себя статуса, который приводит к трансформации социальной и личностной идентичности больного в связи с принятием им роли больного» [25]. Другими словами, это «совокупность реакций пациента на проявления психической болезни и статус психически больного в обществе» [21].

Определяя стигматизацию как социальный феномен нашего общества, А.В. Абрамов [26] описывает этот процесс во взаимосвязи социально-психологических и клиничко-психопатологических характеристик, по которым общество выделяет, обесценивает, а затем отчуждает индивидов, имеющих психиатрический диагноз. Схожее определение, основанное на рефлексии социального и саморефлексии клинического статуса, ведущих к «серии запретов, связанных с социальной активностью, которые накладываются больными на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности» приводит Е.А. Тараканова [27].

По мнению как зарубежных [28], так и отечественных [29] ученых, самостигматизация представляет собой неоднородный по своей структуре феномен, включающий как фрустрирующие, так и защитные компоненты. В первом случае, это принятие психически больных как маргиналов. Во втором – самоидентификация психически больных в социальной и профессиональной сфере, а нередко просто оправдание отказа от активности наличием болезни. При этом А.В. Слободская приводит данные, когда стигма, наряду с выполнением компенсаторной и защитной функций, при определенных условиях спо-

собствует девиации индивида. Так, «если рассматривать девиантные группы наркозависимых, можно заметить, что новые социальные связи, появляющиеся в результате интеграции в девиантную группу, необходимы не только для обмена информацией или дружеских отношений, но и для того, чтобы иметь больше доступа к наркотическим веществам либо приобрести их по более выгодной цене» [30].

Goffman [6] приводит пример используемой для поддержания психологического равновесия в ситуации стигматизации копинг-стратегии «фантомное принятие». Ее суть заключается в игнорировании недостатка, а образ стигматизируемого достраивается «до нормального», так называемая «фантомная нормальность». При этом эмоции, переживаемые последними, не учитываются, а жизнедеятельность делится на 3 сферы: 1) куда доступ запрещен, из-за опасности пребывания; 2) где условно принимаются; 3) где можно не скрываться и не притворяться.

На протяжении всего периода изучения стигматизации ученые предпринимали попытки выделения форм самостигматизации. Так, В.С. Ястребов [21] изучал оценку осознания психически больными своей несостоятельности и те компенсаторные механизмы, которые ими используются. Ученый выделил и описал три такие формы:

1) аутопсихическая – отражает изменение личной идентичности, одновременно больные стремятся оправдать свою несостоятельность болезнью;

2) компенсаторная – психически больной осознает наличие у себя заболевания, при этом старается сохранить идентичность. Может частично игнорировать проявление болезни и подчеркивать свое сходство с психически здоровыми лицами;

3) социореверсивная – наблюдаются изменения социальной идентичности больного, а все свои неуспехи склонны оправдывать предвзятым отношением со стороны окружающих.

В основу типологии самостигматизации для больных шизофренией, разработанную О. А. Гонжал [29], положены 3 группы критериев (симптомы заболевания, личностные особенности и стадия заболевания):

1) дефект-ассоциированная – характерна в период ремиссии, формируется в структуре дефицитарной симптоматики в основном у лиц с шизоидными чертами;

2) личностно обусловленная – характерна для сохранных больных и больных с истеро-ипохондрическими реакциями;

3) психотическая – характерна для больных с параноидными тенденциями во время приступа или острого процесса с обострением продуктивной симптоматики.

Несколькими годами позже Я.С. Оруджев [31] предложил типологию, основанную на степени выраженности самостигматизации лиц, страдающих шизофренией:

1) наименьшая степень выраженности – оправдание собственных неудач болезнью и предъявление к себе меньших требований;

2) средняя степень выраженности – оправдание неудач в профессиональной сфере;

3) высшая степень выраженности – большое значение для индивида приобретает наличие у него психического заболевания, отмечаются затруднения в межличностных отношениях, особенно в профессиональной сфере.

Если рассматривать теории формирования феномена стигматизации, то наиболее распространенной является поэтапная модель формирования, предложенная Р. Corrigan [32]. По мнению автора, первым шагом является осведомленность индивида о негативных стереотипах, существующих в обществе. Затем индивид может согласиться с тем, что эти стереотипы верны по отношению к группе. После этого индивид соглашается, что эти стереотипы относятся непосредственно к нему. В результате, по данным Р. Corrigan [28], возникает эффект «зачем пытаться», проявляющийся в снижении самооценки, восприятии себя менее достойным или менее способным. Как результат, индивид теряет веру в собственные силы и формируется самостигматизация. По мнению автора, пока человек сам не интернализирует стигму, то и вреда самооценке не наносится.

В продолжение темы Crocker J. [33] выделяет три стадии процесса интернализации как процесса освоения внешних структур, в результате которого они становятся внутренними регуляторами:

- 1) знание о стигме,
- 2) согласие с ней,
- 3) применение к себе.

При этом наиболее сильная психотравмирующая ситуация для индивида возникает в случае, если во время первичной социализации он усвоил дискриминирующее отношение в отношении людей, имеющих дефект. При изменении собственного статуса он теряет идентификацию с социальной группой, с которой ранее себя отождествлял, меняется привычное представление о собственной личности, происходит фиксация на своей неполноценности. В такой ситуации индивиду необходимо формировать новую психологическую идентичность, соответствующую роли больного [34]. Все это ведет к утрате социальной поддержки, принятие которой основано на уверенности в принадлежности к определенной социальной группе [30].

Link и Phelan [14] также приводят данные о корреляции присвоения атрибута и реакции на него. Так, индивид может знать и признавать в себе дефект, знать о негативных представлениях об этом в обществе, но не принимать предложенный маркер, то есть «знание о стигматизирующих убеждениях в обществе не связано с согласием с ними». При этом одни игнорируют проявления социальной стигмы, тогда как другие, столкнувшись с дискриминацией, вступают в борьбу с несправедливостью. Однако предлагаемая модель подверглась критическим замечаниям, в частности приводятся доказательства того, что развитие самостигматизации может происходить и на ранних стадиях [35]. Главным условием здесь будет являться одобрение негативных стереотипов в отношении себя самим индивидом.

В основе другой теории самостигматизации лежит концепция защитных механизмов, объясняющая возникновение страха. Для этого ученые обратились к психоаналитическим теориям З. Фрейда, который понимал страх, во-первых, как базовую, неспецифическую характеристику человека в социуме. Так, психически больной подходит для объективирования внутренней тревожности и страха. Во-вторых, как «защитный механизм Я», когда в процессе социализации закрепляются объекты, которые специфическим образом угрожают отношениям. Выбор объекта страха определяется в первую очередь степенью его возможной опасности или ценности, плохо контролируемые индивидом. Здесь можно говорить обо всем том, что, по мнению индивида, представляет опасность (болезнь, инфекции, стихийные события, межличностные отношения, жизненные достижения). И здесь наиболее тесно связанной с концепцией страха оказывается концепция проекции, обеспечивающая жизненную безопасность индивида. Например, негативные качества личности часто проецируются на представителей маргинальной группы. Подразумевается, что психически больным людям будут приписываться черты, закрепленные в стереотипе, а их поведение будет негативно оцениваться в зависимости от черт воспринимающего человека, который «склонен представлять психическую болезнь, поражающей то, что он считает наиболее ценным в человеческой личности» [36]. Во всех случаях «инаковость» не только дискредитирует обладателя, но и подтверждает «нормальность», повышает самооценку тех, кто ее не имеет. Этим объясняется толерантное отношение лиц с высоким интеллектом и самооценкой к психически больным лицам, «потому что им не нужно принижать психически больных, чтобы чувствовать себя умными или положительными».

ми» [37], тогда как «люди с повышенной враждебностью, меньше готовы принять или помочь психически больным» [38].

Для объяснения возникновения феномена стигматизации были предложены очень похожие по своему содержанию теории. Во-первых, это Haghghat [39] и его «унитарная теория стигматизации». Определив конституциональное, психологическое, экономическое и эволюционное происхождение стигматизации, автор приходит к выводу о «личной выгоде стигматизирующего».

В рамках этой же теории Goffman [6] также говорит о личной выгоде, получаемой носителем ярлыка. Автор вводит термин «вторичная выгода», используемая, например, для оправдания своих неудач, решения семейных, экономических проблем и проблем социальной изоляции. Другим примером «вторичной выгоды» может быть принятие и успешное исполнение социальной роли больного. Являясь «патологической формой адаптации», стигма позволяет претендовать на социальную помощь и поддержку, а также получать возможность для манипуляций [30, 40]: «Болезнь характеризуется не только психосоматическим страданием. Заболевание формирует особую органическую систему индивид – общество. В ней создается особый психосоматический функциональный орган болезни, специфическая, часто более благоприятная для индивида система межличностных отношений» [41]. Нередко пациенты, вживаясь в роль инвалида, становятся зависимыми от помощи других [40], а «благодаря стойкому стереотипу люди ассоциируют со словом инвалид необходимость заботиться и помогать людям, подпадающим под это понятие» [42]. У людей формируется сознание пациентов, полностью зависимых от медицинских и медикаментозных вмешательств.

У человека, не имеющего медицинского образования, сформировано представление о наличии в медицинской практике определенного перечня болезней, верифицируемых на основании симптомов, которые выявляются конкретными научно-обоснованными методами, охватывающими все возможные формы человеческой патологии. Учеными [43] описываются ситуации, когда лица трудоспособного возраста, определяемые врачами как «практически здоровые», посещают медицинские учреждения, проходят разнообразные диагностические обследования для получения диагноза. Если врач на основании представленных симптомов устанавливает диагноз, то условный больной превращается в реального пациента. В этот момент происходит стигматизация пациента: из просто человека он превращается в «сердечника»,

«гипертоника», «диабетика», который отныне должен следить за своим состоянием здоровья [43].

Система ограничений, предписаний, запретов, накладываемых врачом, интериоризируется больным, формируя эффекты самостигматизации. Борьба с болезнью становится новым смыслом жизни такого пациента. При этом соматический диагноз рассматривается как более «социально престижный», нежели психиатрический.

В литературе приводятся данные о наличии зависимости возникновения стигматизирующих последствий от той или иной модели психической болезни, распространенной в данном обществе. До недавнего времени в медицинской практике самой распространенной моделью психических заболеваний являлась медицинская или биологическая модель. В соответствии с ней, четко разграничивается норма и патология. Психическая болезнь здесь рассматривается как соматическое заболевание, которое передается по наследству и требует в основном медикаментозного лечения. При этом патерналистский тип взаимоотношений врача и пациента ограничивает свободу лиц с психическими расстройствами со всеми сопутствующими дискриминирующими практиками социального контроля. Более того, в некоторых исследованиях [44] описывается «страх слияния», когда врачи боятся чрезмерного вовлечения в дела пациентов, испытывая враждебное отношение к ним, основанное на конфликте ценностей.

В настоящее время все большее предпочтение психиатры отдают биопсихосоциальной модели психических расстройств, что не могло не повлечь за собой позитивных изменений в правовом статусе психически больных и повышении их адаптационного потенциала. «Самый драматический сдвиг в социальных реакциях на психически больных людей» [45] обусловлен либерализацией психиатрии, разработкой нового подхода к лечению больных, когда одной из основных целей лечения становится интеграция их в общество. Уменьшается продолжительность госпитализации в психиатрические стационары, делается акцент на оказание помощи в амбулаторных условиях междисциплинарными командами специалистов. При оказании помощи предполагается опора на ближайшее социальное окружение, а интеграция медицинского и социального обслуживания обеспечивает своевременное и более полное удовлетворение потребностей пациентов в лечении и уходе, улучшает качество жизни.

Заключение

Таким образом, жизнь человека в эпоху постмодерна протекает в условиях религиозно-философского

вакуума, дискредитации идеологических концептов, тотального релятивизма, производства предметов сиюминутного потребления. В массмедиа, как и в жизни в целом, истинное подменяется ложным, полезное – бесполезным. Общество утрачивает свою индивидуальность, приобретая массовый характер, со спонтанным и неустойчивым характером взаимодействия его членов. Толпа для большинства становится комфортной средой пребывания, обезличивая индивида и снимая всякую ответственность за любые действия, нарушая самостоятельность и критичность мышления. Познание окружающего мира и многие социальные процессы и взаимодействия переносятся в интернет-пространство, мир которого преподносится как реальный, а граница между фантазией и реальностью более не носит жесткого разделительного характера, являясь более чем расплывчатой. В результате влияния массмедиа и Интернета у постоянных пользователей формирует столь же искаженный образ мира, как тот, который они видят на экране.

В сложившихся обстоятельствах властные структуры с помощью стереотипов и мифов способны формировать в массовом сознании любую (отрицательную или положительную) реакцию на конкретное событие. Ситуация, когда власть использует стигматизацию как инструмент контроля и установления «игры по правилам», возможна не только в отношении какого-то определенного человека, социальной группы, но и целого государства. И, «если создатель стигмы обладает влиянием на мировой арене, стигматизация изменяет положение заклеянного в системе международных отношений, а иногда приводит к его изгоизации» [46]. Практика исключения отдельных стран из мирового сообщества по причине их несоответствия нормам, выработанным Западом, характерна для США. Так, американские лидеры пытались обвинить Китай в начале пандемии. В ответной речи Си Цзиньпин употребляет термин «стигматизация»: «Мы выступаем против политизации и стигматизации COVID-19»¹.

Другим примером стигматизации целой страны может стать дискредитация всего Русского мира, когда дискриминации подвергается весь русский народ с его культурой и религией. Мы можем наблюдать, как в интересах основного геополитического оппонента России – США – в мире развернута антироссийская политика. С помощью СМИ и общественных организаций формируется деструктивно-агрессивное общественное мнение и образ «плохих русских». По факту национальности активы и собственность, если они находятся на территории США, могут быть заблокированы, русских спортсменов и деятелей

культуры не допускают к соревнованиям, накладываются запреты на русскую культуру и шедевры искусства, а вводимые западом санкции против России «иначе как бездумными и безумными не назовешь». Кроме того, в Украине, ближайшем соседе России, где русское население – это вторая по численности этническая группа, активно проводится кампания по дерусификации населения. Д.Н. Кравцов говорит о «существовании на этой территории религиозида верующих, исповедующих русское православие и являющихся прихожанами Русской Православной Церкви», что привело к гражданской войне, когда «жителям Донбасса с оружием в руках пришлось отстаивать свои «русскость» и «православность» в борьбе с националистическими группировками украинских радикалов» [5]. В результате происходит стигматизация всего русского по национальному и религиозному принципу.

Следствиями распространения различных форм зависимостей, неблагоприятной экологической и экономической обстановки, постоянного стресса являются инсульты, деменции, психические расстройства и т.д. Так, сегодня каждый четвертый-пятый (20–25 %) человек на Земле страдает психическими и поведенческими расстройствами, а у каждого третьего-четвертого психическое здоровье нарушается в течение жизни. При этом более половины (60 %) из них лица трудоспособного возраста, каждый четвертый – инвалид по психическому заболеванию. В ближайшее время ученые прогнозируют увеличение бремени психических расстройств [47] и масштаба проникновения в нашу жизнь медицины [2]. В таких условиях человеческая жизнь все чаще воспринимается как медицинская проблема, человек – как пациент, а его тело и сознание – как объект медицинского контроля и регулирования.

Врачи, взяв на себя функции социального контроля, стремясь повысить свой властный ресурс, с одной стороны, и профессиональное положение, с другой, могут формировать определенную идеологию в обществе, ведущую к изменению социального и экономического статуса индивида. В результате происходит закрепление медицинских «ярлыков» за некоторыми паттернами поведения и ограничение жизнедеятельности индивида, усиление медиализации, власти экспертов и деполитизации девиаций.

Существует мнение, что врачи психиатры стигматизируют своих пациентов в большей степени, чем представители какой-либо другой социальной группы, способствуя существованию предрассудков и мифов о психически больных [48].

Исторически сложилось, что общество, выделяя индивидуума по признаку наличия психического заболевания, применяет по отношению к нему стереотипный набор социальных реакций. Такие больные подвергаются отторжению со стороны общества, социальной изоляции и остракизму, что ухудшает социальное функционирование и снижает качество жизни больных. При этом происходит ограничение свободы лиц с психическими расстройствами со всеми сопутствующими дискриминирующими практиками социального контроля со стороны медицинских работников, которые могут расширять свои медицинские рекомендации и назначения.

В результате, с одной стороны, больные, накладывая на собственную жизнь серию запретов, связанных с социальной активностью, формируют у се-

бя чувство неполноценности и социальной несостоятельности. А, с другой, пытаются скрыть психиатрический диагноз, своевременно не обращаются за медицинской помощью, не следуют рекомендациям врача, что оказывает негативное влияние на эффективность лечения вследствие частых рецидивов заболевания, повышения риска возникновения агрессивного поведения и, как результат, – криминализация больных. И одни, и вторые, саботируя участие в лечебном процессе, создают порочный круг, усугубляя свои страдания.

Таким образом, обобщение результатов проведенного анализа научной литературы по теме исследования позволило нам разработать системную классификацию стигматизации по семи критериям (табл.).

Классификация феномена стигматизации

Критерии	Формы
1. Основание возникновения	<ul style="list-style-type: none"> - психопатологически измененная личность; - архаичность сознания; - экзистенциальная (неконтролируемая человеком); - достигнутая (обусловлена поведением человека); - вынужденное нахождение в депривационной среде; - насильственно культивируемая; - этнокультурально обусловленная (традиции и обычаи)
2. Причина	<ul style="list-style-type: none"> - приписывание агрессивных намерений (психически больным, судимым), страх; - индуцированные нервно-психические расстройства, социальные фобии; - дефицит знаний о возникновении и последствиях социальных девиаций и делинквенций; - формирование негативных стереотипов в общественном сознании в отношении биологических, социальных, медицинских групп; - аутоагрессивное поведение; - недостаточная квалификация медицинских работников; - принудительное лечение социально значимых заболеваний; - пребывание в агрессивной социальной среде
3. Субъекты	<ul style="list-style-type: none"> - политические (государство, парламент, партии); - экономические; - социально-культурные (наука, здравоохранение, образование, искусство); - нормативные (право, суд); - силовые ведомства; - семейные (семья, брак); - религиозные (религия, церковь, секта)
а) социальные институты	
б) индивиды	<ul style="list-style-type: none"> - законодатели; - юристы; - сотрудники силовых ведомств; - медицинские работники; - педагоги; - деятели науки и искусства; - журналисты, блогеры; - здоровые и больные люди
4. Объекты	<ul style="list-style-type: none"> - больные социально значимыми заболеваниями; - страдающие химической или психической зависимостью; - лица с физическими недостатками; - этнические группы; - дети и пожилые люди;

Окончание таблицы

Критерии	Формы
	<ul style="list-style-type: none"> - лица с нетрадиционной половой ориентацией; - заключенные, лица БОМЖ, мигранты; - принадлежащие к религиозным группам; - лица с низким социальным статусом; - относящиеся к различным субкультурам
5. Формы воздействия	<ul style="list-style-type: none"> - внешнее; - внутреннее (самостигма); - физическая агрессия; - психологическое насилие; - прямое; - опосредованное
6. Уровни проявления	<ul style="list-style-type: none"> - международный; - межгосударственный, государственный; - социально-профессиональный; - общинный; - неформальные группы (объединения); - массмедиа; - индивидуальный
7. Направления вмешательства	<ul style="list-style-type: none"> - законотворческая деятельность; - здравоохранение; - образование; - традиционная и массовая культура; - семейное воспитание; - СМИ и Интернет

Полученная в процессе исследования информация свидетельствует о глубокой теоретической разработанности феномена стигматизации и наличии хорошо сформированного терминологического аппарата для изучения. Однако неслучайно наиболее разработанным феноменом стигматизации является в психиатрии. В эпоху двойных стандартов постмодерна, когда в современном обществе размываются границы между понятиями добра и зла, правды и лжи, у все большего числа людей нарушается способность правильно различать буквальное и искаженное, истинное и ложное. Последнее обстоятельство содействует поиску скрытых смыслов и при несовершенстве индивидуальных защитных механизмов служит внешним провокатором возникновения серьезных психических расстройств. При этом наблюдается определенная параллель в развитии индивидуальной и коллективной патологий. Если мысли о национально-государственной величии и исключительности, транслируемые пациентом психиатрической больницы, являются основанием для постановки вполне конкретного психиатрического диагноза, то вполне определенно можно констатировать состояние общества как «не вполне психически здорового», когда идеи национальной избранности провозглашаются представителями государственных структур.

Термин «стигматизация» имеет ярко выраженный негативный социальный смысл, означая пред-

взятое или отрицательное отношение окружающих вследствие наличия у человека (группы, общества) того или иного признака. Являясь инструментом социального контроля, стигматизация позволяет определять границы нормы во всех сферах жизнедеятельности человека (группы, общества), определяемые особенностями культуры стигматизирующего субъекта (человека, группы, общества). Основная суть феномена стигматизации заключается в стремлении людей к безопасности, превосходству и желанию сохранить комфортные условия жизнедеятельности. Стигматизация может проявляться на уровне государств, социальных групп и отдельных индивидов. Стигматизаторами являются представители широкого круга официальных и неофициальных лиц: политические деятели, власть, бизнес, массмедиа, медицинские и фармацевтические работники, больные и здоровые люди.

При этом проявление стигматизации у больных людей является не столь негативно однозначным. С одной стороны, стигматизация выступает защитным фактором, когда индивид интернализирует стигму, вживается в роль больного и борьба с болезнью для него становится неотъемлемой частью образа жизни. Он посещает лечебные учреждения, получает заботу, внимание и помощь со стороны окружающих. С другой стороны, стигматизация является

фрустрирующим фактором, когда общество воспринимает больных как маргиналов, а те, в свою очередь, ощущают себя неполноценными людьми, накладывают на свою жизнь серию запретов, не получая необходимой социальной и медицинской поддержки.

Наблюдающееся в последние годы неуклонное увеличение масштабов медиализации и тесно связанной с ней стигматизации не способствует улучшению индивидуального, группового и общественного здоровья. Наоборот, в сложившихся условиях возникают новые опасности и риски, главный из которых заключается в нарушении баланса и дальнейшем ослаблении традиционных социальных институтов и, как следствие, усиление дегуманизации всех сфер жизнедеятельности человека и общества.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ИСМЖЕ (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Baudrillard J. La société de consommation: Ses mythes, ses structures. Paris: Denoël, 1970. 304 p.
2. Светличная Т.Г., Смирнова Е.А. Теоретико-концептуальные подходы и результаты эмпирического изучения феномена медиализации (обзор литературы) // LOGOS ET PRAXIS. 2017. № 3 (16). С. 145–160. doi: 10.15688/lp.jvolsu.2017.3.17.
3. Светличная Т.Г., Воронов В.А., Смирнова Е.А. Социобиохевиоральные факторы приверженности лечению пациентов с психическими расстройствами, склонных к социально опасному поведению // Журнал неврологии и психи-

атрии им. С.С. Корсакова. 2020. № 2 (120). С. 59–65. doi: 10.17116/jnevro202012002159.

4. Серебрянская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. № 9. С. 59–68.

5. Кравцов Д.Н. «Крестный путь» Русского православия на Украине в условиях современной дискриминационной дерусификации и антироссийской пропаганды // Коммуникология. 2017. № 5 (5). С. 163–176. doi: 10.21453/2311-3065-2017-5-5-163-176.

6. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of the Spoiled Identity. N.J. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963. 147 p.

7. Ениколопов С.Н. Стигматизация и проблема психического здоровья // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. Москва, 2013.

8. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders / P.T. Yanos, D. Roe, K. Markus, P.H. Lysaker // Psychiatry Services. 2008. Vol. 12(59). P. 1437–1442. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1437.

9. Ritsher J.B., Phelan J.C. Internalized stigma predict erosion of morale among psychiatric outpatients // Psychiatry Res. 2004. No. 129. P. 257–265. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003.

10. Corrigan P.W., Watson A.C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness // World Psychiatry. 2002. No. 1. P. 16–20.

11. Rosenfield S. Labelling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction // American Sociological Review. 1997. No. 62. P. 660–672. doi: 10.2307/2657432.

12. Feldman D.B., Crandall C.S. Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection // Journal of Social and Clinical Psychology. 2007. Vol. 2(26). P. 137–154. doi: 10.1521/jscp.2007.26.2.137.

13. Falk G. Stigma: How We Treat Outsiders. Prometheus Books. 2001. 399 p. doi: 10.2307/3089070.

14. Link B., Phelan J. Conceptualizing stigma // Annual review of sociology. 2001. No. 27. P. 363–385.

15. Stigma: advances in theory and research / A.E.R. Bos, J.B. Pryor, G.D. Reeder, S.E. Stutterheim // Basic and applied social psychology. 2013. No. 35. P. 1–9. doi: 10.1080/01973533.2012.746147.

16. Major B., O'Brien L.T. The social psychology of stigma // Annual Review of Psychology. 2005. No. 56. P. 393–442. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137.

17. Corrigan P.W., Kleinlein P. The impact of mental illness stigma // On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change / P.W. Corrigan (ed.). Washington: American Psychological Association. 2005. P. 11–44. doi: 10.1177/1529100614531398.

18. Gilbert P. Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame // Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness / A.H. Crisp (ed.). 2001. 464 p.

19. Польская Н.А. Психически больной в современном обществе: проблема стигмы // Журнал практического психолога. 2006. № 3. С. 42–58.

20. Crisp A. The tendency to stigmatise // *British Journal of Psychiatry*. 2001. No. 178. P. 197–199. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.197>.
21. Факторы стигматизации лиц с психическими расстройствами: методические рекомендации / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова, О.А. Гонжал, С.А. Трущелёв. М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009.
22. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2000. № 1. С. 3–8.
23. Callaghan N., Crowley M., Goggin T. Epilepsy and employment, material, education and social status // *Irish Medical Journal*. 1992. No. 1 (85). P. 17–19.
24. Pinel E.C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999. No. 76. P. 114–128 doi: 10.1037//0022-3514.76.1.114.
25. Link B. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of the people with mental health disorders // *Psychiatry Services*. 2001. No. 53. P. 1621–1626 doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1621.
26. Абрамов В.А. Особенности и механизмы формирования самостигмы у больных шизофренией. Донецк, 2019.
27. Тараканова Е.А. Корреляции вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией // *Вестник РАМН*. 2010. № 6. С. 78–80.
28. Corrigan P.W., Larson J.E., Ruesch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices // *World Psychiatry*. 2009. No. 8. P. 75–81 doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x.
29. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении: дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2006.
30. Слободская А.В. Социальные последствия стигматизации // *Общественные науки: сборник статей по материалам XX международной студенческой научно-практической конференции*. Новосибирск: Изд. «СибАК», 2014. № 5 (20). С. 110–116.
31. Оруджев Н.Я. Шизофрения: самостигматизация, качество жизни и проблемы реабилитации больных // *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2010. № 1. С. 62–67.
32. Corrigan P.W., Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change // *Canadian Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 57 (8). P. 464–469. doi: 10.1177/070674371205700804.
33. Crocker J., Major B., Steele C. Social stigma // *Handbook of social psychology* / D. Gilbert, S. T. Fiske, G. Lindzey (Eds.). Boston: McGraw-Hill, 1998. P. 504–553.
34. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами // *Молодой ученый*. 2012. № 7. С. 232–237.
35. Quinn D.M., Williams M.K., Weiz B.M. From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma // *Psychiatric Rehabilitation*. 2015. Vol. 2 (38). P. 103–108. doi: 10.1037/prj0000136.
36. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2001. № 1. С. 22–27.
37. Nunally J. *Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1961. 311 p.
38. Corrigan P.W. How stigma interferes with mental health care // *American Psychologist*. 2004. Vol. 7 (59). P. 614–625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614.
39. Haghghat R. A unitary theory of stigmatisation: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation // *British Journal of Psychiatry*. 2001. No. 178. P. 207–215 doi: 10.1192/bjp.178.3.207. PMID: 11230030.
40. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: дис. ... канд. мед. наук. М.: Научный центр психического здоровья РАМН, 2005.
41. Тищенко П.Д. Психика и соматические процессы // *Общественные науки и здравоохранение*. 1976. С. 184–194.
42. Липай Т.П., Мамедов А.К. Стигматизация как социальный феномен (методология исследования) // *Актуальные инновационные исследования: наука и практика*. 2011. № 1. С. 7.
43. Соловьева С.Л. Самостигматизация как фактор превращения личности здорового в личность больного // *Неврологический вестник*. 2017. № 1. С. 49–56.
44. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения. Научный обзор // *Российский психиатрический журнал*. 2018. № 2. С. 10–18.
45. Руженкова В.В., Руженков В.А. Проблема стигмы в психиатрии и суицидологии // *Научные ведомости. Серия «Медицина. Фармация»*. 2012. № 4 (123). С. 5–13.
46. Арсентьева И.И. Политический дискурс стигматизации Китая в контексте пандемии COVID-19 // *Вестник МГИМО-Университета*. 2021. № 2 (14). С. 22–46. doi: 10.24833/2071-8160-2021-2-77-22-46.
47. Шматова Ю.Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России // *Проблемы развития территории*. 2019. № 3 (101). С. 76–96. doi: 10.15838/ptd.2019.3.101.5.
48. Fink P.J., Tasman A. Stigma and mental illness // *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1994. Vol. 3 (32). P. 43. doi: <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19940301-13>.

REFERENCES

1. Baudrillard J. *La société de consommation: Ses mythes, ses structures*. Paris, Denoël, 1970. 304 p.
2. Svetlichnaya T.G., Smirnova E.A. Theoretical and conceptual approaches and results of empirical study of the phenomenon of medicalization (literature review). *LOGOS ET PRAXIS*. 2017;3(16):145–160. (in Rus.) doi: 10.15688/lp.jvolsu.2017.3.17.
3. Svetlichnaya T.G., Voronov V.A., Smirnova E.A. Socio-behavioral factors of treatment adherence in patients with mental disorders prone to socially dangerous behavior. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = Journal of Neurology and Psychiatry. S.S. Korsakov*. 2020;2(120):59–65. (in Rus.) doi: 10.17116/jnevro202012002159.
4. Serebriyskaya L.Ya., Yastrebov V.S., Enikolopov S.N. Socio-psychological factors of stigmatization of the mentally

ill. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = Journal of Neurology and Psychiatry. S.S. Korsakov.* 2002;9:59–68. (in Rus.).

5. Kravtsov D.N. "The Way of the Cross" of Russian Orthodoxy in Ukraine in the Conditions of Modern Discriminatory De-Russification and Anti-Russian Propaganda. *Kommunikologiya = Communicology.* 2017;5(5):163–176 (in Rus.) doi: 10.21453/2311-3065-2017-5-5-163-176.

6. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of the Spoiled Identity.* N.J. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1963. 147p.

7. Enikolopov S.N. Stigmatization and the problem of mental health. *Meditsinskaya (klinicheskaya) psikhologiya: traditsii i perspektivy = Medical (clinical) psychology: traditions and perspectives.* Moscow. 2013. (in Rus.).

8. Yanos P.T., Roe D., Markus K., Lysaker P.H. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Services.* 2008;12(59):1437–1442. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1437.

9. Ritsher J.B., Phelan J.C. Internalized stigma predict erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res.* 2004;129:257–265. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003

10. Corrigan P.W., Watson A.C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry.* 2002;1:16–20.

11. Rosenfield S. Labelling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review.* 1997;62:660–672. doi: 10.2307/2657432.

12. Feldman D.B., Crandall C.S. Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2007;2(26):137–154. doi: 10.1521/jscp.2007.26.2.137.

13. Falk G. *Stigma: How We Treat Outsiders.* Prometheus Books. 2001. 399 p. doi: 10.2307/3089070.

14. Link B., Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annual review of sociology.* 2001;27:363–385.

15. Bos A.E.R., Pryor J.B., Reeder G.D., Stutterheim S.E. Stigma: advances in theory and research. *Basic and applied social psychology.* 2013;35:1–9. doi: 10.1080/01973533.2012.746147.

16. Major B., O'Brien L.T. The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology.* 2005;56:393–442. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137.

17. Corrigan P.W., Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change.* P.W. Corrigan (ed.). Washington, American Psychological Association, 2005. P. 11–44. doi: 10.1177/1529100614531398.

18. Gilbert P. Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame". Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness. A.H. Crisp (ed.). 2001. 464 p.

19. Polskaya N.A. Mentally ill in modern society: the problem of stigma. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa = Journal of a practical psychologist.* 2006;3:42–58. (in Rus.).

20. Crisp A. The tendency to stigmatise. *British Journal of Psychiatry.* 2001;178:197–199. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.197>.

21. Yastrebov V.S., Mikhailova I.I., Gonzal O.A., Truschelev S.A. Factors of stigmatization of persons with mental disorders: guidelines. Moscow, ZAO Yustitsinform Publishing House, 2009. (in Rus.).

22. Kabanov M.M., Burkovsky G.V. Reduction of stigmatization and discrimination of the mentally ill. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii = Review of Psychiatry and Medical Psychology.* 2000;1:3–8. (in Rus.).

23. Callaghan N, Crowley M, Goggin T. Epilepsy and employment, material, education and social status. *Irish Medical Journal.* 1992;1(85):17–19.

24. Pinel E.C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1999;76:114–128 doi: 10.1037//0022-3514.76.1.114.

25. Link B. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of the people with mental health disorders. *Psychiatry Services.* 2001;53:1621–1626. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1621.

26. Abramov V.A. Features and mechanisms of self-stigma formation in patients with schizophrenia. Donetsk, 2019. (in Rus.).

27. Tarakanova E.A. Correlations of variations of self-stigmatization and quality of life in patients with schizophrenia. *Vestnik RAMN = Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences.* 2010;6:78–80. (in Rus.).

28. Corrigan P.W., Larson J.E., Ruesch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry.* 2009;8:75–81 doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x.

29. Gonzal O.A. Clinical typology of self-stigmatization in schizophrenia. Dissertation of Candidate of Medical Sciences. Volgograd, 2006. (in Rus.).

30. Slobodskaya A.V. Social consequences of stigmatization. *Obshchestvennye nauki: sbornik statei po materialam XX mezhdunarodnoi studencheskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii = Social Sciences: a collection of articles based on the materials of the XX International Student Scientific and Practical Conference.* Novosibirsk, SibAK Psbl. 2014;5(20):110–116. (in Rus.).

31. Orudzhev N.Ya. Schizophrenia: self-stigmatization, quality of life and problems of rehabilitation of patients. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravoookhranenie = Public health and health care.* 2010;1:62–67. (in Rus.).

32. Corrigan P.W., Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2012;57(8):464–469. doi: 10.1177/070674371205700804

33. Crocker J., Major B., Steele C. Social stigma. *Handbook of social psychology.* D. Gilbert, S. T. Fiske, G. Lindzey (Eds.). Boston, McGraw-Hill, 1998:504–553.

34. Violin E.Yu. Qualitative study of self-stigmatization of patients with mental disorders. *Molodoi uchenyi = Young scientist.* 2012;7:232–237. (in Rus.).

35. Quinn D.M., Williams M.K., Weiz B.M. From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. *Psychiatric Rehabilitation.* 2015;2(38):103–108. doi: 10.1037/prj0000136.

36. Kabanov M.M. The problem of rehabilitation of the mentally ill and the quality of their life. *Sotsial'naya i klinicheskaya*

psikhiatriya = Social and Clinical Psychiatry. 2001;1:22–27. (in Rus.).

37. Nunally J. Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1961. 311 p.

38. Corrigan P.W. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*. 2004;7(59):614–625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614.

39. Haghghat R. A unitary theory of stigmatisation: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*. 2001;178:207–215 doi: 10.1192/bjp.178.3.207. PMID: 11230030.

40. Mikhailova I.I. Self-stigmatization of the mentally ill. Dissertation of Candidate of Medical Sciences. Moscow, Scientific Center for Mental Health of the Russian Academy of Medical Sciences, 2005. (in Rus.).

41. Tishchenko P.D. Psyche and somatic processes. *Obshchestvennye nauki i zdravookhraneniye = Public sciences and health care*. 1976:184–194. (in Rus.).

42. Lipai T.P., Mamedov A.K. Stigmatization as a social phenomenon (research methodology). *Aktual'nye innovatsionnye issledovaniya: nauka i praktika = Actual innovative research: science and practice*. 2011;1:7. (in Rus.).

43. Solovieva S.L. Self-stigmatization as a factor in the transformation of a healthy person into a sick person. *Nevrologicheskiy vestnik = Neurological Bulletin*. 2017;1:49–56. (in Rus.).

44. Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. On the relationship between the stigma of mental illness and suicidal behavior. Scientific review. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal = Russian Psychiatric Journal*. 2018;2:10–18. (in Rus.).

45. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A. The problem of stigma in psychiatry and suicidologists. *Nauchnye vedomosti. Seriya "Meditsina. Farmatsiya" = Nauchnye Vedomosti. Series Medicine. Pharmacy*. 2012;4(123):5–13. (in Rus.).

46. Arsent'eva I.I. Political discourse of stigmatization of China in the context of the COVID-19 pandemic. *Vestnik MGIMO-Universiteta = MGIMO Review of International Relations*. 2019 2021;2(14):22–46. (in Rus.) doi: 10.24833/2071-8160-2021-2-77-22-46.

47. Shmatova Yu.E. Dynamics of statistical and sociological indicators of the state of mental health of the population of Russia. *Problemy razvitiya territorii = Problems of development of the territory*. 2019;3(101):76–96. (in Rus.) doi: 10.15838/ptd.2019.3.101.5.

48. Fink P.J., Tasman A. Stigma and mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1994;3(32):43. doi: <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19940301-13>.

Информация об авторах

Т.Г. Светличная – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6563-9604>, E-mail: statiana64@yandex.ru

В.А. Воронов – главный врач, Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1, Череповец, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7177-739X>, E-mail: vorona1985@mail.ru

Е.А. Смирнова – кандидат социологических наук, доцент кафедры социологии и социальных технологий, Череповецкий государственный университет, Череповец, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9383-0649>, E-mail: smirnova56@yandex.ru ✉

Information about authors

Tatiana G. Svetlichnaya – Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Public Health, Health and Social Work, Northern State Medical University, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6563-9604>, E-mail: statiana64@yandex.ru

Vitaly A. Voronov – chief medical officer Vologda Regional Neuropsychiatric Dispensary No. 1, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7177-739X>, E-mail: vorona1985@mail.ru

Elena A. Smirnova – Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor of the Department of Sociology and Social Technologies Cherepovets State University, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9383-0649>, E-mail: smirnova56@yandex.ru ✉