

## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

УДК 159.97:616.89-088.441.44

### ПРОБЛЕМА СТИГМЫ В ПСИХИАТРИИ И СУИЦИДОЛОГИИ

**В.В. РУЖЕНКОВА**  
**В.А. РУЖЕНКОВ**

*Белгородский государственный  
национальный исследовательский  
университет*

*e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru*

На основе анализа литературы излагается сущность феномена стигматизации лиц с психическими расстройствами и суицидентов, его культурно-исторические истоки, социальные, социально-экономические, морально-этические и медицинские последствия. Анализируются подходы к дестигматизации лиц с психическими расстройствами и суицидентов, повышению уровня их социально-психологической адаптации и качества жизни.

Ключевые слова: психические расстройства, суицидальное поведение, стигматизация, стигма самоубийцы, социальная адаптация, дестигматизация.

Стигма (stigma) по-латыни означает «признак, клеймо позора, открытая рана» и происходит от греческого «укол», «ожог», «клеймо». В древности существовал обычай клеймить рабов и преступников, выжигая на их теле клеймо. Начиная со второй половины XIX века, слово «стигма» стало употребляться в переносном смысле как «метка, клеймо, ярлык» [14].

Психиатрическая стигма – процесс выделения индивида среди других на основании некоторых неприемлемых обществом отклонений от нормы с целью применения соответствующих санкций [39, 40]. Публикация E Goffman (1963) классической книги «Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity» положила начало широкому спектру исследований по стигматизации и дестигматизации лиц с психическими расстройствами как в зарубежной, так и отечественной литературе [31]. Стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психически больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей [50].

В настоящее время предлагаются различные подходы, объясняющие возникновение стигмы: социологический подход основывается на «социальных стереотипах» [55], психологический – механизмом стигматизации считает психологические защитные механизмы, в частности – «проекцию» [28]. Другие авторы предлагают концепцию «испорченной идентичности» [39], теорию «ярлыков» [52] и унитарную теорию стигмы [41].

Исследования, посвященные стигматизации лиц с психическими расстройствами, проводятся по трем основным направлениям: стигматизация больных со стороны общества, их самостигматизация и преодоление последствий стигмы. Первое направление включает соответствующие практики, используемые в отношении психически больных родственниками, медицинским персоналом психиатрических клиник и больниц непсихиатрического профиля, представителями социальных служб, работодателями [49], представителями средств массовой информации, работниками образования



и страховыми службами [36]. Самостигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь; которая в результате сопровождается чувством неполноценности и социальной несостоятельности [44]. Для преодоления стигмы психической болезни разрабатываются проекты, направленные на выработку социальной толерантности и благосклонности в отношении психически больных [51].

Отчуждение стигматизированных лиц не является привилегией современного общества. Стигма существует с библейских времен, когда сумасшествие, как наказание за грехи стало рассматриваться в рамках религиозной веры и практики [37]. В древности стигматизировались и люди с физическими дефектами – «калеки», а также нищие [25]. Истоки стигматизации кроются в истории формирования социальных ритуалов, способов конструирования социальной реальности, форм социального контроля, проблем идентичности и интеракции [17]. Стигма психически больных возникла в ряду самых первых и имеет древнюю историю, а сам стигматизирующий признак – «психическая болезнь» – изначально предполагает «ненормальность», «инакость» [34]. Стигматизация психически больных, то есть предубежденное отношение по факту наличия психиатрического диагноза, является причиной дополнительных страданий этих людей, препятствует включению их в общественную жизнь, ухудшает социальную адаптацию, что негативно сказывается на качестве жизни [21]. Агрессивное неприятие психически больных не связано с приписыванием им в качестве характерных особенностей слабости и опасности; оно обусловлено оценочным недифференцированным восприятием больных как «плохих людей». Этот аспект стигматизации чаще свойственен лицам молодого возраста, мужчинам и работникам правоохранительных органов. Стигматизация психически больных проявляется в российских средствах массовой информации значительным числом публикаций о насилии, совершаемом лицами с психическими расстройствами и употреблением в тексте уничижительных производных от психиатрических терминов [21].

Стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психически больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей [22, 50]. Часто психическое заболевание воспринимается как что-то пугающее, постыдное, нереальное, надуманное и неизлечимое; психически больные характеризуются как опасные, непредсказуемые, ненадежные, нестабильные, ленивые, слабые, никчемные и/или беспомощные [47, 38, 53]. По данным отечественных авторов [6, 33], основная проблема заключается в том, что многие люди с психическими расстройствами подвергаются систематической дискриминации в большинстве областей их жизни. Эти формы социального отчуждения происходят в семье, на работе, в личной жизни и общественной деятельности, в области здравоохранения и средствах массовой информации. Особую роль играет стигматизация лиц с психическими расстройствами в молодежной среде. Есть данные [48], что подростки используют для характеристики лиц с нарушениями психического здоровья обширный лексикон, состоящий из 270 слов и фраз, большинство из которых имеет уничижительную и оскорбительную окраску.

Социальная политика в России в отношении психически больных отличается противоречивостью: с одной стороны, декларируется социальное равноправие психически больного как гражданина, с другой – социальная дискриминация в сочетании с патерналистской медициной серьезным образом ограничивает автономию и свободу лиц с психическими расстройствами, в особенности пограничного регистра. За носителями психиатрического диагноза закрепляется статус атипичности со всеми сопутствующими ему дискриминирующими практиками социального контроля. Кроме того, кризисные изменения экономического и политического характера, произошедшие в нашей стране, неблагоприятным, провокационным образом отразились на психическом здоровье многих граждан России и усугубили дезадаптацию лиц с психическими расстройствами [17].

Существенные проблемы возникают у лиц с психическими расстройствами при обращении в общемедицинскую лечебную сеть. Несмотря на то, что у них имеются соматические заболевания, потребностями этой группы пациентов в общесоматической помощи часто пренебрегают [46], что связано со стигматизацией, а также недостаточной интеграцией общесоматического и психиатрического медицинского обслужива-

ния, отсутствие согласия по поводу того, какие специалисты должны отвечать за профилактику и лечение коморбидных соматических заболеваний у больных с тяжелыми психическими расстройствами. Вместе с правом получать медицинское обслуживание как больные психическими заболеваниями, лица с психическими расстройствами имеют и общечеловеческое право на доступ к общесоматическому лечению и профилактике [43].

Диагностическая процедура в психиатрии оказывается меткой социальной несостоятельности: общество берет на себя ответственность за больного, ликвидируя его право на свободный выбор, собственной судьбы; поэтому лица с психическими расстройствами предпочитают скрывать от окружающих свою болезнь [16]. Говоря о современных тенденциях развития психиатрической службы в различных странах отмечается [50], что «стигматизация и дискриминация психически больных будет продолжаться, что отразится на качестве их жизни».

Причины стигматизации заключаются в трех группах потребностей общества [3]:

1. Потребность в сохранении удовлетворительных условий жизни, которые психически больной человек может нарушить своим вмешательством.
2. Потребность в сохранении нормального уровня психического функционирования (прежде всего когнитивного). Страх возникает вследствие веры в возможность передачи аномального хода мышления.
3. Потребность в сохранении эмоциональной стабильности, опасение эмоционального срыва.

Кроме стигматизации лиц с психическими расстройствами со стороны общества, по механизму обратной связи у них возникает и самостигматизация, которая проявляется в изменении идентичности больного на личном и социальном уровнях [12, 32, 33]. Выделено три формы самостигматизации в соответствии с уровнем изменения идентичности больного:

- Аутопсихическая* форма – отражает изменение личной идентичности.
- Компенсаторная* форма – направлена на ее сохранение при осознании больным наличия у него психической болезни.
- Социореверсивная* форма связана с изменением социальной идентичности больного.

Самостигматизация включает осознание больным своей несостоятельности в определенных сферах жизни, а также компенсаторные механизмы, сохраняющие самооценку больного.

К таким механизмам относятся:

- оправдание своей несостоятельности болезнью – при аутопсихической форме;
- подчеркивание больным своего сходства с психически здоровыми лицами путем частичного игнорирования проявлений заболевания и утробования предполагаемой несостоятельности «типичного» психически больного – при компенсаторной форме;
- объяснение своей несостоятельности предвзятым отношением окружающих – при социореверсивной форме.

Существующая система оказания психиатрической помощи, в том числе и суицидентам также отягощается явлением стигматизации. Суициденты сталкиваются с патерналистским отношением со стороны медицинского персонала, агрессивно-пренебрежительным или гиперпротективным – со стороны членов семьи, а также всевозможными социальными ограничениями, связанными с трудоустройством и реализацией гражданских прав. Лишь небольшое число уцелевших суицидентов (при незавершенных суицидальных попытках) не подвергаются стигматизации и не страдают от клейма, оставленного суицидальной попыткой. Стигматизация приводит к тому, что лица с психическими расстройствами, чувствуя себя «изгоями», отличающимися от других, еще больше изолируются от микросоциального окружения, что еще больше нарушает социальную адаптацию. Можно говорить о стигматизации суицидентов главным образом в двух сферах: во-первых, это стигматизация учреждений, оказывающих превенцию и интервенцию, а во-вторых, ближайшего социального окружения суицидента. Стигматизация учреждений, оказывающих специализированную помощь, является одной из причин низкого уровня диагностики суицидальных тенденций на



ранних стадиях развития, что приводит к низкой обращаемости населения за помощью в кризисных ситуациях, препятствует превенции [11].

В истории России есть примеры положительного («обязательного») отношения к самоубийству. Так, в Древней Руси до принятия христианства, славянки добровольно сжигались на костре с трупами мужей – живая вдова «бесчестила семейство». При Петре I в Военном и Морском Артикуле появилась суровая запись, касающаяся самоубийц: «Ежели кто себя убьет, то мертвое тело привязать к лошади, волоча по улицам, за ноги подвесить, дабы, смотря на то, другие такого беззакония над собой чинить не отважились» [29].

В принятии суицидального решения чрезвычайно важна религиозная принадлежность. Условно можно подразделить религии на антисуицидальные, где моральные и психологические запреты на пути к самоубийству очень жестки, и религии, не считающие самоубийство абсолютным злом. Так, например, буддизм состоит в вере в бесконечность перерождений. Прекратить ее можно только в состоянии Будды, мирянину же это абсолютно недоступно. Самоубийство может привести к дальнейшему перерождению, но уже не в облике человека, а, например, животного или демона [29].

Э.Дюркгейм, основатель социологического направления в суицидологии [7] подробно расписывает межконфессиональные различия, подчеркивая, в частности, малый процент самоубийств среди евреев и католиков. Все разновидности христианства запрещают и осуждают самоубийство; на него не только обрушиваются самые суровые моральные кары, но католические религии учат, что за гробом начинается новая жизнь, где люди будут нести наказание за свои грехи, к числу которых и протестантизм, и католицизм относят самоубийство. Наконец, и в том и в другом культе запрещение убивать себя носит божественный характер; мы имеем здесь не какое-нибудь логическое умозаключение, а авторитет самого Бога. Поэтому если протестантизм благоприятствует большому числу самоубийств, то вовсе не потому, что относится к нему иначе, чем католицизм.

К «антисуицидальным» относятся христианство, ислам и иудаизм. Среди христиан церковь считает самоубийство грехом и запрещает хоронить самоубийц в ограде кладбища. В Новом Завете описан всего один случай самоубийства, который вошёл в историю и дал впоследствии название самому явлению – «иудин грех». Ещё Фома Аквинский в XIII веке в «Сумме теологий» объявил самоубийство трижды смертным грехом: против Господа, дарующего жизнь; против общественного закона; против человеческого естества – инстинкта самосохранения, заложенного в каждом живом существе. Согласно церковным канонам самоубийство ни в коем случае не есть преодоление страха смерти, а наоборот – гипнотическое подчинение ей. В древности христианином называли того, «кто не боится смерти», так как знает: цена человеческой жизни – вся жизнь и смерть Христова. И поэтому самоубийство – это не просто отказ от данной Богом земной жизни, но по существу – отвержение Креста и Воскресения Христова. На Пражском соборе (563 г.) церковь запретила самоубийство, постановив: «Честь поминовения во время святой службы и пение псалмов не должно сопровождать тела самоубийц до могилы». Поэтому по церковным правилам все самоубийцы лишаются отпевания и христианского погребения, если их самоубийство произошло не в состоянии безумия.

Ислам отвергает самоубийство. Свойственная мусульманам глубина веры удерживает их, за редким исключением, от самоубийства при любых обстоятельствах.

Иудаизм также отвергает самоубийство, хотя при некоторых обстоятельствах самоубийство допускается, например, при неизлечимых заболеваниях.

К конфессиям, не считающим суицид абсолютным злом, относятся религии буддизм и индуизм. В этих религиях самоубийство не имеет стигмы греховности и не считается преступлением против Бога.

□ Буддизм, в общем, самоубийство отвергает, но допускает его при мучительных болях и болезнях. В Японии, где широко распространены синтоизм и буддизм, самоубийство, как и в Китае, является обычным выходом из многих трудных положений.

□ Индуизм и его многочисленные секты признают самоубийство как добровольную эвтаназию лишь при неизлечимых болезнях.

□ Конфуцианство признаёт самоубийство при многих обстоятельствах, в том числе при неизлечимых болезнях. Поэтому в Китае во все времена самоубийство было весьма распространённым выходом из многих трудных ситуаций.

□ Синтоизм также широко допускает самоубийство, в том числе при неустрашимых болях и неизлечимых болезнях [15].

Суицид оказывает разрушительное влияние как на самого суицидента, так и на его друзей и родственников [9, 10]. Умышленная, неожиданная и насильственная смерть человека часто заставляет других чувствовать беспомощность и отверженность. Члены семьи и друзья могут иметь дополнительный стрессовый фактор при обнаружении трупа. Так как суицид рассматривается как социальная стигма, пережившие его стараются избегать общения с другими людьми, также как и окружающие избегают общения с ними, что приводит к социальной изоляции [35].

Большинство родственников пациентов испытывают психологическое воздействие стигмы по родству: у 18% из них временами возникали мысли, что лучше бы их больной родственник умер, а у 10% бывали суицидальные мысли. Стигма по родству была более выраженной у родственников, имевших проблемы с собственным психическим здоровьем, и на нее не влияли исходные характеристики пациентов [45].

Следует учитывать, что суицидальный акт не является исключительно клиническим феноменом, а представляет собой вариант поведенческой реакции по всему континууму «норма — патология». Точка зрения, согласно которой суицид отождествляется с болезнью, распространена также и в среде психиатров [5, 23, 26, 27] в силу их непосредственного соприкосновения с клиническим материалом. По данным А.Г.Амбрумовой и В.А.Тихоненко [2], совокупность суицидентов представлена тремя диагностическими категориями: психотическими психическими расстройствами, пограничными нервно-психическими расстройствами, и практически здоровыми в психическом отношении лицами, что опровергает бытующую в кругах психиатров точку зрения на самоубийство, как на явление исключительно клинического характера. Количественное отношение трех названных категорий составляет (округленно) 1,5 : 5 : 1.

Аналогичной точки зрения придерживаются и другие отечественные авторы [4], указывающие, что лишь 15 – 20% самоубийц – душевнобольные люди, что разрушает широко распространенный миф о суициде, как явлении сугубо патологическом и как о результате психической болезни.

Исследования А.Г.Амбрумовой с соавт. [1], убеждают в возможности суицидального поведения у практически здоровых лиц; эти данные согласуются и с зарубежными работами сотрудников профилактических суицидологических центров [54]. Таким образом, по отношению к психически здоровым суицидентам вопрос о патологических детерминантах снимается вообще.

Что касается дестигматизации лиц с психическими расстройствами, то существует несколько подходов. Одни авторы [50] возлагают всю ответственность на врачей психиатров, полагая, что они должны изучить свои собственные установки, стать активными защитниками людей с психическими расстройствами, стараться улучшать качество жизни пациентов, отслеживать случаи дискриминации в общественных службах и организациях и учиться у других тому, как решать проблему стигматизации.

Предлагается [13] активно привлекать средства массовой информации с целью популяризации деятельности специализированных служб, а также для формирования общественной установки на положительное, сочувствующее отношение к суицидентам и членам их семей. Наряду с этим полезным считается создание кризисных кабинетов и кабинетов суицидологической помощи на базе общепрофильных лечебно-профилактических учреждений. Кроме того рекомендуется широкий спектр образовательной работы в области суицидологии: повышение квалификации по суицидологическому профилю для школьных психологов, специалистов общей врачебной практики, психологов крупных предприятий, а также обучение медицинского персонала общепрофильных лечебно-профилактических учреждений методам раннего выявления группы суицидального риска [13].

Изучалась возможность дестигматизации лиц с психическими расстройствами в молодежной среде посредством проведения психообразовательной работы [48] показавшая, что после проведенных занятий средние показатели положительных установок существенно возросли. Изменения были более заметны у школьниц и у тех, кто имел непосредственные личные контакты с психически больными. Автор делает вывод, что проведение с подростками занятий по психиатрическому просвещению – эф-



фективный подход, позволяющий воспрепятствовать формированию и закреплению стереотипных установок по отношению к людям с психическими расстройствами.

Сотрудники Северного государственного медицинского университета (Северный государственный медицинский университет [20] в целях повышения уровня суицидологической профилактики и реабилитации рекомендуют ввести в программу среднего высшего и последипломного образования вопросы суицидологии, где возможен разбор факторов и групп суицидального риска, наиболее возможных причин и мотиваций, проведение первичной и вторичной социально-психологической помощи суициденту.

Важной задачей в организации системы профилактики суицидального поведения является борьба со стигматизацией лиц, проявляющих суицидальные тенденции или отклонения в психическом здоровье, а также их родственников и специалистов, оказывающих соответствующие услуги [3]. Борьба со стигматизацией и дискриминацией, по решению ВОЗ, является одним из приоритетных направлений в области охраны и укрепления психического здоровья. Во всех странах мира те люди, которые не стремятся к лечению, не проходят или не получают лечения, поступают так в силу боязни, недостатка ресурсов или отсутствия информации. Они обычно являются жертвами своей собственной болезни и становятся мишенями для злоупотребления правами человека и дискриминации. Стигматизация и дискриминация являются ключевыми факторами, которые препятствуют получению помощи, в которой они нуждаются» [18].

Для дестигматизации суицидентов и людей, испытывающих психологические проблемы предлагаются [8] следующие меры:

- Содействовать внедрению или тщательному анализу законодательства в отношении прав людей с инвалидностью, с тем чтобы оно охватывало вопросы психического здоровья, обеспечивая соблюдение принципов равенства и справедливости.

- Разработать согласованную программу политических и законодательных мер для борьбы со стигматизацией и дискриминацией с учётом международных и региональных норм в отношении прав человека.

- Установить конструктивный диалог со средствами массовой информации и предоставлять им информацию на систематической основе.

- Способствовать созданию и развитию местных и национальных неправительственных организаций и организаций, управляемых самими потребителями услуг, которые представляют людей с психическими проблемами.

- Содействовать социальной интеграции детей и молодых людей с проблемами психического здоровья и инвалидностью в рамках существующей системы образования и профессиональной подготовки.

- Стимулировать участие населения в местных программах охраны психического здоровья за счёт поддержания соответствующих инициатив неправительственных организаций.

Принципами дестигматизации должны быть активность и гласность с целью привлечения внимания общества к проблеме стигмы, учет мотивации целевых групп, вовлечение механизма эмпатии. Учитывая то, что большинство населения не разделяет мнения о низких умственных способностях психически больных, программа дестигматизации должна строиться на преодолении других предрассудков, в частности, об особой опасности психически больных [21].

Программа по преодолению самостигматизации психически больных должна основываться на клиническом и психотерапевтическом подходах [12]. Целевой группой для клинического воздействия являются больные с самостигматизацией в виде деидентификации от окружающих, а психотерапевтического – больные с ее диссоциированными типами. Вместе с тем, программа должна включать обеспечение дифференцированного подхода к организации психиатрической помощи, систему мероприятий, направленных на изменение отношения общества к лицам с психическими расстройствами, а также дестигматизационную работу с пациентами и его микросоциальным окружением, направленную на выработку адекватного отношения к болезни и изменившемуся в результате болезни социальному статусу.

Таким образом, в стигматизации лиц с психическими расстройствами и суицидентов определяющую роль играют: историческая традиция, религиозные убеждения, психологический защитный механизм интроекция – у наблюдающего за лицом с пси-

хическим расстройством или совершившим суицидальный акт, возникает страх самому заболеть психическим расстройством или совершить суицид, что приводит к своеобразному дистанцированию и стигматизации. Наряду с этим существенную роль в стигматизации указанного контингента населения играют невысокий уровень культуры и несовершенство организации психиатрической и суицидологической службы.

### Литература

1. Амбрумова, А. Г. Превентивная суицидологическая служба [Текст] : принципы и формы мед.-соц. помощи населению / А. Г. Амбрумова, С. В. Бородин, В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии : сб. ст. / отв. ред. А. А. Портнов. – М., 1978. – С. 198-214. – (Тр. Моск. НИИ психиатрии ; т. 82).
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
3. Бойко, О. В. Охрана психического здоровья [Текст] : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и спец. «Соц. работа» / О. В. Бойко. – М. : АCADEMIA, 2004. – 265 с.
4. Бородин, С. В. Мотивы и причины самоубийств [Текст] / С. В. Бородин, А. С. Михлин // Актуальные проблемы суицидологии : сб. ст. / отв. ред. А. А. Портнов. – М., 1978. – С. 28-43. – (Тр. Моск. НИИ психиатрии ; т. 82).
5. Герман, Е. Л. Суицидальные тенденции в клинике психических заболеваний [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / Е. Л. Герман. – Киев, 1967. – 287 с.
6. Дубицкая, Е. А. Стигматизация больных депрессией [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / Е. А. Дубицкая. – М., 2009. – 234 с.
7. Дюркгейм, Э. Самоубийство [Текст] : социол. этюд : пер. с фр. / Э. Дюркгейм ; послесл. В. А. Лукова. – СПб. : Союз, 1998. – 492 с.
8. Европейский план действий по охране психического здоровья: Проблемы и пути их решения (2005 г.) [Электронный ресурс] / URL:<http://www.psychiatry.ua/psyther/emplan.htm>
9. Конончук, Н. В. О психологическом смысле суицидов [Текст] / Н. В. Конончук // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10, № 5. – С. 95-102.
10. Коцюбинский, А. П. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях [Текст] / А. П. Коцюбинский, Б. Г. Бутома, В. В. Зайцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 3. – С. 9-14.
11. Кедровская, А. С. Проблема стигматизации суицидентов, как фактор, препятствующий превенции [Текст] : материалы временных коллективов / А. С. Кедровская // Всероссийская 70-я юбилейная итоговая научная студенческая конференция им. Н. И. Пирогова, Томск, 16-18 мая 2011 г. : сб. ст. / Сиб. мед. ун-т [и др.] ; ред.: В. В. Новицкий, Л. М. Огородова. – Томск, 2011. – С. 382-384.
12. Михайлова, И. И. Самостигматизация психически больных [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 ; 19.00.04 / И. И. Михайлова ; [Науч. центр психич. здоровья РАМН]. – М., 2005. – 23 с.
13. Морев, М. В. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения населения: на примере Вологод. обл. [Текст] : дис. ... канд. экон. наук / М. В. Морев ; [Ин-т соц.-экон. пробл. народонаселения РАН]. – М., 2009. – 192 с.
14. Основы психиатрической грамотности [Электронный ресурс] : метод. пособие для преподавателей / В. Г. Ротштейн, М. Н. Богдан при участии С. А. Долгова [и др.] ; Обществ. инициативы в психиатрии, Благотвор. фонд «Качество жизни». – М. : [б. и.], 2008. – 92 с. – Режим доступа: [http://www.pandepress.ru/files\\_pdf\\_ppt/manual.pdf](http://www.pandepress.ru/files_pdf_ppt/manual.pdf)
15. Петрюк, П. Т. Проблема самоубийств и современные религии [Электронный ресурс] / П. Т. Петрюк, А. П. Петрюк // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий : сб. науч. работ Харьков. обл. клинич. психиатр. больницы № 3 (Сабуровой дачи) и Харьков. мед. акад. последипломного образования / под общ. ред. П. Т. Петрюка, Р. Б. Брагина. – Харьков, 2006. – Т. 4. – С. 89-92. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/religion/paper34.htm>.
16. Подкорытов, В. С. Больные с непсихотическими психическими расстройствами в современном обществе: данные социол. анкетирования [Текст] / В. С. Подкорытов, В. Н. Кузьминов, А. Г. Шепель // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 31.
17. Польская, Н. А. Психически больной в современном обществе: проблема стигмы [Текст] / Н. А. Польская // Журнал практического психолога. – 2006. – № 3. – С. 42-58.
18. Психическое здоровье: отвечая на призыв к действиям / ВОЗ 55 сессия всемирной ассамблеи здравоохранения. 11 апр. 2002 г. [Электронный ресурс] //URL: <http://www.bpaonline.ru>
19. Сарториус, Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира [Текст] / Н. Сарториус // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 4. – С. 4-7.



20. Серебряйская, Л. Я. Психологические факторы стигматизации психически больных [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Л. Я. Серебряйская ; Моск. НИИ психиатрии МЗ РФ. – М., 2005. – 22 с.
21. Солохина, Т. А. Качество жизни потребителей психиатрической помощи [Текст] / Т. А. Солохина, В. Г. Ротштейн, В. С. Ястребов // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. – М. : Наука, 1999. – С. 206-220.
22. Тимофеев, Н. Психические расстройства как причина самоубийства [Текст] / Н. Тимофеев // Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. А. Н. Бакулев. – 2-е изд. – М., 1956-1964. – Т. 29 : Рупия-серотерапия. – М., 1963. – С. 162-163.
23. Трегубов, Л. З. Эстетика самоубийства [Текст] / Л. З. Трегубов, Ю. Р. Вагин. – Пермь : КАПИК, 1993. – 267 с.
24. Улыбина, Е. В. Психология обыденного сознания [Текст] / Е. В. Улыбина. – М. : Смысл, 2001. – 264 с.
25. Федотов, Д. Д. О суицидальных попытках в инволюционном и старческом периодах [Текст] / Д. Д. Федотов, А. С. Чудин // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1976. – Т. 76, № 3. – С. 406-409.
26. Федотов, Д. Д. О реактивно обусловленных суицидальных попытках в детском, подростковом и юношеском возрастах [Текст] / Д. Д. Федотов, А. С. Чудин, С. А. Саркисов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1978. – Т. 78, № 10. – С. 1559-1563.
27. Фромм, Э. Бегство от свободы [Текст] / Э. Фромм ; пер. с англ. Г. Ф. Швейника ; общ. ред. и послесл. П. С. Гуревича. – М. : Прогресс, 1989. – 272 с.
28. Северный Государственный Медицинский Университет [Электронный ресурс] : [официальный сайт] / ГОУ ВПО «Северный гос. мед. ун-т». – Архангельск, 2008-2011. – Режим доступа: <http://www.nsmu.ru/>.
29. Эрдынеева, К. Г. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросс-культурный анализ) [Электронный ресурс] : учеб. пособие / К. Г. Эрдынеева, В. П. Филиппова. – М. : Акад. естествознания, 2010. – 147 с. – Режим доступа: <http://www.rae.ru/monographs/110>.
30. Юм, Д. О самоубийстве [Текст] / Д. Юм ; пер. с англ. С. Роговина // Юм Д. Сочинения : в 2 т. – М., 1996. – С. 697-706. – (Филос. наследие ; т. 126).
31. Ястребов, В. С. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных [Текст] / В. С. Ястребов, С. Н. Ениколопов, Л. Я. Серебряйская // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – Т. 102, № 9. – С. 59-68.
32. Ястребов, В. С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях [Текст] / В. С. Ястребов, И. И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, № 11. – С. 50-54.
33. Ястребов, В. С. Проблема стигмы в российской психиатрии [Текст] / В. С. Ястребов, И. И. Михайлова // Журнал социальной психиатрии. – 2006. – № 1. – С. 61-66.
34. Allison-Bolger, V. Y. The original sin of madness-or how psychiatrists can stigmatize their patients [Text] / V. Y. Allison-Bolger // Int. J. of Clin. Pract. – 1999. – Vol. 53, № 8. – P. 627-630.
35. Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students [Text] / K. Sivakumar, G. Wilkinson, B. K. Toone [et al.] // Psychol. Medicine. – 1986. – Vol. 16, № 2. – P. 457-460.
36. Byrne, P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it [Text] / P. Byrne // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – Vol. 6. – P. 65-72.
37. Dain, N. Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry / N. Dain // Hosp. Community Psychiatry. – 1994. – Vol. 45, № 10. – P. 1010-1014.
38. Fabrega, H. J. Psychiatric stigma in the classical and medieval period: a review of the literature / H. J. Fabrega // Compr. Psychiatry. – 1990. – Vol. 31, № 4. – P. 289-306.
39. Goffman, E. Stigma : notes on the management of spoiled identity [Text] / E. Goffman. – Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1963. – 147 p.
40. Goffman, E. Stigma : notes on the management of spoiled identity / E. Goffman. – 3 ed., reprint. – London [u.a.] : Penguin Books, 1990. – 173 p.
41. Haghigat, R. Towards a unitary theory of stigmatisation [Text] / R. Haghigat // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 207-215.
42. Kreisman, D. E. Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature [Text] / D. E. Kreisman, V. D. Joy // Schizophr. Bull. – 1974. – Vol. 10. – P. 34-57.
43. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness : technical Report [Electronic resource] / eds.: J. Parks, D. Svendsen, P. Singer [et al.] // National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) : serving the Needs of the Nation's Public Mental Health System / Medical Directors Council. – Alexandria, VA, 2006-2011. – Mode of access: [http://www.nasmhpd.org/general\\_files/publications/med\\_directors\\_pubs/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf](http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/med_directors_pubs/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf).



44. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse [Text] / B. G. Link, E. L. Struening, M. Rahav [et al.] // *J. Health Soc. Behav.* – 1997. – Vol. 38, № 2. – P. 177-190.
45. Ostman, M. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness [Text] / M. Ostman, L. Kjellin // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 181. – P. 494-498.
46. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders [Text] / B. G. Druss, W. D. Bradford, R. A. Rosenheck [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 58, № 6. – P. 565-72.
47. Rabkin, J. G. Determinants of public attitudes about mental illness: Summary of the research literature / J. G. Rabkin // *Attitudes toward the mentally ill : research perspectives : report of an NIMH workshop, Jan. 24-25, 1980* / eds. J. G. Rabkin [et al.]. – Washington, 1980. – P. 15-26.
48. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools [Text] / V. Pinfold, H. Toulmin, G. Thornicroft [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 182. – P. 342-346.
49. Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance [Text] / W. A. Anthony, E. S. Rogers, M. Cohen [et al.] // *Psychiatr. Serv.* – 1995. – Vol. 46, № 4. – P. 353-358.
50. Sartorius, N. Stigma: what can psychiatrists do about it? [Text] / N. Sartorius // *Lancet.* – 1998. – Vol. 352, № 9133. – P. 1058-1059.
51. Sayce, L. Strategies to reduce social exclusion for people with mental health problems / L. Sayce, L. Measey // *Psychiatric Bulletin.* – 1999. – № 23. – P. 65-67.
52. Scheff, T. J. Being mentally ill: a sociological theory [Text] / T. J. Scheff. – London : Weidenfeld & Nicolson, 1966. – 210 p. – (Observations).
53. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study / S. Dinos, S. Stevens, M. Serfaty [et al.] // *Br. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 184. – P.176-181.
54. Temoche, A. Suicide rates among current and former mental institution patients [Text] / A. Temoche, T. F. Pugh, B. McMahon // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1964. – Vol. 138. – P. 124-130.
55. Townsend, J. M. Stereotypes of mental illness: a comparison with ethnic stereotypes [Text] / J. M. Townsend // *Cult. Med. Psychiatry.* – 1979. – Vol. 3, № 3. – P. 205-229.

## THE STIGMA PROBLEM IN PSYCHIATRY AND SUICIDOLGY

**V.V. RUZHENKOVA**  
**V.A. RUZHENKOV**

*Belgorod National  
Research University*

*e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru*

On the basis of the literature analysis it is enunciated the essence of stigma phenomenon of people with mental diseases and suiciders; its cultural and historical backgrounds, social, economical, moral and medical after-effects. It is given the analysis of approaches to destigmatisation of people with mental diseases and suiciders, as well as to increasing the level of their social-psychological adaptation and living standards.

Key words: mental disease, suicidal behavior, stigmatization, stigma of suicide, social adaptation, destigmatisation.