
СТИГМАТИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ И БОРЬБА С НЕЙ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

И.Б. Бовина, А.В. Якушенко

Кафедра клинической и судебной психологии
Московский городской психолого-педагогический университет
ул. Сретенка, 29, Москва, Россия, 127051

В работе анализируются проблемы стигматизации психически больных людей, рассматриваются различные объяснительные модели стигмы, предпочтение отдается теории социальных представлений. Обсуждаются пути дестигматизации.

Ключевые слова: стигма, дестигматизация, психически больные люди, теория социальных представлений.

Исторически люди, страдающие психическими расстройствами, были исключены из жизни общества на самых различных уровнях и испытывали негативное отношение и дискриминацию со стороны общества [11]. Серьезные изменения сложившейся ситуации, как отмечает Н. Моран [17], наблюдаются в западноевропейских странах в 70—90 гг. XX в. Этот, как его обозначает Н. Моран, «самый драматический сдвиг в социетальных реакциях на психически больных людей» [11. Р. 820] обусловлен деинституализацией, разработкой нового подхода к лечению больных, когда, по сути, происходит переход от содержания больных в психиатрических клиниках к их интеграции в общество. Суть нового подхода можно описать через следующие основные принципы:

- снижение количества пребываний в клинике и уменьшение продолжительности госпитализации;
- помощь больным должна предоставляться междисциплинарными командами в амбулаторных условиях;
- оказываемая помощь должна быть индивидуализированной и гибкой;
- интеграция медицинской и социальной помощи;
- при оказании помощи больному человеку предполагается опора на ближайшее социальное окружение — его друзей и родных [17].

Реализация нового подхода имела свои особенности в различных странах, например, в Великобритании имплементация нового подхода была сопряжена с высокополитизированным процессом, перемены происходили достаточно быстро (в конце 80-х — начале 90-х гг.), что требовало от специалистов быстрой реорганизации и переориентации практики. Во Франции, наоборот, имплементация нового подхода происходила постепенно — с середины 80-х гг., не была столько политизированной, как в Великобритании [17]. Хотя отечественная система лечения не переживала подобного рода трансформаций в отношении психически больных людей, важность социальных факторов в связи с лечением и ресоциализацией психически больных людей подчеркивается в научной литературе. На-

пример, отмечается значительная роль социальных факторов в манифестации, течении болезни, качестве и продолжительности ремиссий [4], что сказывается и на возможностях терапии, ресоциализации, адаптации больных [3]. Сама оценка улучшения состояния, выздоровления или ремиссии включает в себя целый ряд социальных факторов [2].

Однако, несмотря на эти изменения, проблема, без разрешения которой на пути даже новой системы лечения будут возникать препятствия, — это стигматизация и дискриминация психически больных людей [16].

Стигма — это древнегреческий термин, указывающий на знак или отметину, вырезанную или выжженную на теле человека, характеризующую его как «дефектного» в моральном плане (например, эта телесная отметина свидетельствует о том, что человек — раб или преступник) [12].

И. Гофман предложил различать несколько типов стигмы: 1) стигма, связанная с физическим дефектом, деформацией; 2) стигма, связанная с дефектом индивидуального характера (эти дефекты возникают, например, в результате психического заболевания, алкоголизма, пребывания в тюремном заключении, употребления наркотиков, низкого социального статуса, в частности, связанного с безработицей, с невозможностью получать образование); 3) стигма, связанная с родовой стигмой (дефект, определяемый принадлежностью индивида к определенной расе, национальности или религии, причем это распространяется на всех членов каждой из этих категорий) [12].

Стигма затрагивает социальную идентичность индивидов, «портит», обесценивает ее в глазах других, она влияет не только на чувства, мысли и поведение этих индивидов, но и оказывает негативное воздействие на их здоровье [15].

За 50 лет, прошедших с момента выхода в свет работы И. Гофмана [12], в социально-психологической и социологической литературе появилось значительное количество концептуальных и эмпирических работ, посвященных стигме. На значительный рост работ по стигме неоднократно указывается в литературе [6; 15], более точную оценку роста работ позволяют сделать данные Б. Мэйджор и Л. О'Бриен [16]. Предприняв анализ базы данных PsycInfo, авторы продемонстрировали «драматический» рост количества статей, в которых упоминается понятие стигмы. Так, за период с 1965 по 1989 гг. таких работ было только 603, с 1990 по 2004 гг. их количество возросло почти в 4 раза и составило 2321. Продолжив поиск в базе данных PsycInfo за время, прошедшее со времен выхода в свет работы Б. Мэйджор и Л. О'Бриен [16], мы обнаружили 10522 работы по ключевому слову «стигма», опубликованные в период с 2005 по 2015 гг. Уточненный поиск по ключевым словам «стигма» и «психическое заболевание» дал следующие результаты: 99 работ в промежутке с 1965 по 1989 гг., 695 — с 1990 по 2004 гг., 2490 — за период 2005—2015 гг.

Среди концептуальных моделей обращают на себя преимущественное внимание две: предложенные Б. Линком с Дж. Феланом [15] и Дж. Приор с Г. Ридером [6].

В соответствии с первой моделью предлагается рассматривать стигму как взаимодействие ряда процессов: 1) «приклеивание ярлыков»; 2) стереотипизация; 3) разделение на «мы» и «они»; 4) потеря статуса теми, кто подвергается стигма-

тизации, а также дискриминация. В модели утверждается, что для того, чтобы стигматизация произошла, необходимо использование власти [16].

«Приклеивание ярлыков». Существует целый ряд признаков, по которым люди отличаются друг от друга, однако одни признаки игнорируются, другие (например, цвет кожи, уровень интеллекта, сексуальные предпочтения, психическое здоровье) оказываются «выпуклыми», именно по этим признакам люди категоризируются и получают соответствующий «ярлык».

Стереотипизация происходит тогда, когда отличия индивидов, получив свой «ярлык» связываются с соответствующим стереотипом. В исследовании Б. Линка с коллегами было показано, что если персонаж истории позиционировался как «бывший психически больной человек», то он оценивался как более опасный по сравнению с персонажем, про которого в точно такой же истории говорилось, что он у него было соматическое заболевание в прошлом. Первый персонаж отвергался испытуемыми в отличие от второго [16]. Большое число исследований, реализованных в рамках психологии социального познания, позволяет говорить о том, что категории и стереотипы актуализируются автоматически, что затрудняет борьбу со стигматизацией.

Разделение на «мы» и «они» (*те*, которые получили свой «ярлык» и в отношении которых актуализировался стереотип с негативными характеристиками). Носители «ярлыка» фундаментальным образом отличаются от *нас*. В крайних случаях стигматизируемые индивиды лишаются своей человеческой природы, что допускает возможность крайних (по своей жестокости) действий.

Крайне любопытным является факт, на который обращают внимание авторы модели: возможность проведения разграничения между *нами* и *ними* зачастую проистекает из природы самих «ярлыков». Мы чаще употребляем такие формы, как «шизофреник» или «эпилептик», чем человек «болеет шизофренией» или «болеет эпилепсией». В случае других заболеваний (например, грипп, рак, сердечно-сосудистые заболевания) предпочтение отдается второй форме.

Потеря статуса и дискриминация. Потеря социального статуса затрагивает профессиональную сферу, доступ к образованию и к медицинскому обслуживанию, психологическое благополучие в целом [16]. Таким образом, стигма видится не просто как *отметина*, авторы предлагают говорить о ряде взаимосвязанных процессов.

В противоположность этой модели Дж. Приор с Г. Ридер [6] предложили концептуальную модель, в которой предлагают говорить о четырех взаимосвязанных проявлениях стигмы: публичная стигма; автостигма; стигма через ассоциацию; структурная стигма. Под *публичной стигмой* подразумевается весь комплекс социальных и психологических реакций в отношении индивида, который воспринимается как обладающий стигматизирующим условием. *Автостигма* подразумевает комплекс социальных и психологических последствий, связанных с обладанием стигмой. Этот тип стигмы объединяет предчувствие индивида относительно того, что он является объектом стигматизации, а также негативные убеждения и чувства, обусловленные стигматизирующим условием [6]. *Стигма через ассоциацию* объединяет, с одной стороны, социальные и психологические реакции на людей, ассоциирующихся со стигматизируемым индивидом (напри-

мер, семья, друзья, люди, ухаживающие за больными, волонтеры, работающие с больными), а с другой — реакции людей, которых ассоциируют со стигматизируемым индивидом. Эксплицитные аттитуды в случае этой стигмы касаются значимых отношений со стигматизируемым (например, семья), имплицитные — как значимых отношений, так и произвольных отношений (например, пребывание рядом с человеком, имеющим стигматизирующее условие) [6].

Структурная стигма — это «легитимизация и сохранение стигматизирующего статуса социальными институтами и идеологическими системами» [6. Р. 2]. Публичная стигма лежит в основе всех остальных типов стигмы.

Каждая из этих концептуальных схем стигмы обладает значительным потенциалом для того, чтобы стать теоретической основой для разработки концептуальной модели для дестигматизации. Наряду с этим заметим, что эти объяснительные схемы апеллируют к когнитивным процессам (автоматическим и контролируемым) как к основным механизмам стигматизации.

Обратимся к одной из первых попыток по борьбе со стигматизацией, реализованной в 1951 г., когда в небольшом канадском городе исследователи — чета Куммингов — решили провести кампанию по борьбе со стигматизацией психически больных людей (в ней использовались информационные брошюры, радиопередачи, образовательные программы). Авторы программы исходили из трех главных принципов: 1) поведение имеет причину, оно может быть понято и изменено; 2) между нормой и отклонением от нормы существует континуум; 3) существует более широкий ряд норм поведения, чем это принято считать. Программа, проводимая в течение шести месяцев, не увенчалась успехом, у людей не улучшились аттитуды в отношении психически больных людей. Знания о психически больных людях базировались на обыденных знаниях о больных (об историях жизни больных), и респонденты не желали менять это знание [22].

С нашей точки зрения, продуктивной теоретической схемой для борьбы со стигматизацией должна стать такая теория, которая принимает во внимание тот факт, что индивиды являются «экспертами по опыту», выстраивая картину социального мира и действуя, опираясь на эту картину мира. Это понимание мира выстраивается на знании, которое индивиды получают из различных источников информации. По сути, теорией, имеющей солидный потенциал для понимания указанных выше процессов, является теория социальных представлений (СП) [18]. Социальные представления можно рассматривать как цепочку идей, метафор и образов, более или менее свободно связанных друг с другом. Эта гибкая связь обеспечивает их большую подвижность по сравнению с теориями [19]. Одной из основных функций СП является трансформация чего-то неизвестного, пугающего, зловещего [20]. Социальные представления порождаются в коммуникациях, в бесчисленных диалогах. Появляясь в них, они выполняют еще одну важную функцию облегчения осуществления коммуникаций. Другие функции СП заключаются в ориентации поведения индивидов и оправдании их социальных отношений. Они принимают участие в конструировании и поддержании социальной идентичности.

Если воспользоваться определением Р. Фарра [10], то форма СП с негативной валентностью есть не что иное, как стигма. Действительно, человек, будучи обо-

значенный как «психически больной», становится объектом негативно нагруженных СП, которые помогают не только установить дистанцию по отношению к этому человеку, но и взаимодействовать с ним соответствующим образом. Важную роль здесь играет представление больного как «другого», человека, настолько отличающегося от остальных (особенно от нас — здоровых), что нельзя представить то, как он думает, чувствует, переживает, действует. Такие СП позволяют нам защитить собственную идентичность, хотя бы и на символическом уровне.

В рамках теории СП выполнено значительное количество эмпирических исследований, посвященных анализу СП о психических болезнях и психически больных людях [1; 5; 8; 10; 13; 17; 21].

Социальные представления о психических болезнях и психически больных людях.

Одно из первых исследований по СП о психически больных людях было реализовано Д. Жоделе в начале 1970-х гг. [13]. Социальные представления о безумии предлагается изучать таким образом, чтобы «поместить» представления в контекст их возникновения и функционирования, а также обеспечить полный доступ ко всем феноменам, которые связаны с СП. Наблюдение за функционированием СП в контексте, в котором они возникли, становится возможным благодаря тому, что выбирается уникальное место — так называемая семейная колония, психиатрическая клиника открытого типа, созданная в 1900 г. Больные, будучи зависимыми административно и терапевтически от этого учреждения (за ними велось регулярное наблюдение со стороны медицинского персонала), проживали у местных жителей, которые кормили их и ухаживали за ними. Уникальность ситуации заключается в возможности проанализировать то, как строятся реальные отношения между больными и здоровыми, причем в ситуации взаимодействия в публичных местах и дома; отличаются ли люди в связи с тем, проживает в их доме больной или нет. К особенностям ситуации можно отнести и тот факт, что длительное существование колонии способствовало формированию истории отношений с больными, как отмечает Д. Жоделе, возникла культура, касающаяся болезней и больных [13]. Эта культура кристаллизовалась в правилах и моделях поведения, которые передавались от одного поколения к другому. Наряду с этим среди жителей циркулировала психиатрическая информация.

В обыденном сознании психические заболевания представляются двояко: заболевание мозга и заболевание нервов. В первом случае болезнь связывается с задержками развития, сами больные — невинны; во втором — с эмоциональными нарушениями, больные оцениваются как отталкивающие, «противные» [13]. В СП есть еще одно разделение больных на «хороших» и «плохих». «Хорошие», в противоположность «плохим», с точки зрения «хозяев», где проживают больные, — те, кто чист, соблюдает дисциплину, принимает лекарство, не жалуется, не предъявляет никаких требований. В целом, больные представляются как иные, другие.

Наблюдения за ситуациями, связанными с принятием лекарств больными, с использованием больными воды, предназначенной для нужд местного населения, с уходом за вещами и объектами, находящимися в контакте с телом больных, дали неожиданные и парадоксальные результаты. В противоположность тому, что утверждали респонденты в интервью о невозможности заразиться психическими заболеваниями, на деле оказалось, что поведение местных жителей

как раз свидетельствует об обратном. Они разделяют верования в то, что психические болезни передаются посредством телесных флюидов и всего того, что находится в соприкосновении с телом больного. В социальных представлениях присутствует страх, восходящий, очевидно, к средневековым представлениям о возможности заразиться от больных посредством телесных контактов. Отсюда контакт с телесными флюидами минимизируется за счет выработанных ритуалов поведения, вошедших в каждодневную практику, передающихся из поколения в поколение и не подвергающихся рефлексии, соответственно, выходящих за рамки интервью. Результаты наблюдения показали, что контакт с одеждой больного минимизируется за счет отдельной стирки белья больного и собственного, практикуется раздельное мытье посуды. Проживание психически больных вне специализированных медицинских учреждений, безусловно, пугает, и людям, оказавшимся рядом с ними, требуется любыми способами защитить собственную идентичность, установить дистанцию, чтобы не ассимилироваться с больными. Больные нигде «не смешиваются» со здоровыми: принимают пищу в другое время, да и пища их — другая. Если они работают, то получают меньшее вознаграждение, чем здоровые. Даже на кладбище их могилы отделены и напоминают скорее унифицированные могилы на военных кладбищах. Жители испытывают страх в отношении сексуальных контактов с больными, женщины, вступившие в брак с такими людьми, были вынуждены покинуть город, ибо посредством брака изменяется статус больного, он становится членом общины, представляя угрозу для общины в целом.

Эти результаты показывают, как индивиды в современной ситуации, когда им доступны экспертные (медицинские) знания, полагаются на «старые» понятия, которые «официально» более не действуют, а также ведут себя в соответствии с убеждениями, порожденными еще в Средние века. И этот факт крайне важен для разработки программ по дестигматизации.

Любопытное объяснение того, на чем основываются СП о психической болезни, находим в работе М.-Н. Шурман [21]. С ее точки зрения, в основе СП лежат две конфликтующие, антагонистические темы: *друговость* и болезнь. Первая подразумевает процессы отличия, это качественное отличие между психическим здоровьем и психической болезнью. Говоря словами автора, эта та разница, которая существует между днем и ночью. Соответственно, эта тема порождает «целую семью представлений» [21. Р. 283], характеризующих качественное отличие между нами и *ними*. Вторая тема образована социально-исторически, речь идет о медицинском определении поведенческих отличий, связанных с болезнью.

Социальные представления о психических заболеваниях и больных являются результатом диалектических отношений между миром научного и правового знания и миром обыденного знания, повседневного объяснения этих явлений. Мир экспертного знания не ограничивается только медицинским знанием. Роль медиатора между этими мирами играют СМИ. Однако научное знание, входящее в каждодневные коммуникации, не пассивно отражается в умах индивидов, но активно изменяется, трансформируется и преобразуется различными группами людей.

Социальные образы психических заболеваний многоаспектны и полиморфны, ибо еще со времен Гиппократ и Платона существовали различные образы и концепции сумасшествия, которые сохранились и существуют в настоящее время. В традиционном обществе значение психических болезней было тесно связано с социокультурной концептуализацией религии, магии, опасности. Человек заболел в силу контакта со «злыми силами». В современном обществе ситуация иная, ибо, как заметил М. Фуко, каждая цивилизация по-своему концептуализирует психическую болезнь [11].

В работе А.М. де Розы [8] было продемонстрировано сосуществование различных моделей сумасшествия, которые можно было бы обнаружить, предприняв исторический анализ. Эти модели таковы: мистификация или демонизация сумасшествия (психически больной представляется в виде «нечистой силы»); криминализация сумасшествия (психически больной человек — преступник, девиант, наркоман); «медикализация» сумасшествия, опирающаяся на психиатрическое знание; психологизация сумасшествия. В последнем варианте психически больной видится человеком, страдающим от депрессии, от каких-либо эмоциональных потрясений. Эти модели появлялись в историческом аспекте в таком порядке, однако они не исчезали бесследно. Элементы всех четырех моделей были выявлены в исследовании [8]. Факт полиморфности СП о безумии указывает на важную роль коллективной памяти в формировании СП. В работе была показана динамика представлений: по мере того, как происходит развитие и взросление от ребенка к взрослому, так происходит переход от модели криминализации психических болезней к модели медикализации болезней.

Психически больные люди изображались в виде клоунов, яйцеголовых гениев-сумасшедших, шутов, художников (позитивный полюс), а также в виде демонов, монстров (негативный полюс). Современный вариант негативного полюса — социальный девиант (наркоман или алкоголик, человек, бегущий по улице обнаженным).

Нами также были предприняты исследования по изучению СП о психической болезни и о психически больных людях [1; 5]. Результаты, полученные в различное время на различных выборках, позволяют говорить о том, что СП выстраиваются вокруг таких элементов, как друговость, непредсказуемость, агрессия. Психическое заболевание ассоциируется с социальной девиацией, стабильностью, опасностью, непредсказуемостью, насилием, друговостью. Эти результаты сходны с теми, что были получены западными коллегами.

Обобщая результаты работ, посвященных изучению СП о психических болезнях и больных, отметим, что эти СП хорошо дифференцированы, а их содержание образовано в значительной мере элементами с негативной валентностью, т.е. являются стигмой.

Дестигматизация. Борьба со стигматизацией оказывается одной из главных задач общественного здоровья, ибо стигматизация и дискриминация больных негативно влияет на качество их жизни, способствует их изоляции и социальному исключению, создает серьезные препятствия самому лечению, а также воздействию соответствующих профилактических программ [14].

Снижению стигмы, безусловно, способствует принятие мер на уровне политики в области общественного здоровья. В случае психически больных людей

существуют меры, разрабатываемые на уровне ВОЗ. На уровне Европейского союза борьба со стигматизацией и социальным исключением людей, страдающих психическими заболеваниями, является одним из пяти приоритетных направлений [9]. Информационные кампании, проводимые в рамках борьбы со стигматизацией, на международном и национальном уровнях в различных странах, среди прочих целевых групп имела и самих журналистов, дабы изменить способ освещения психических болезней и самих больных [14]. Информация, нацеленная на дестигматизацию людей с психическими заболеваниями, транслировалась с помощью плакатов, брошюр, сайтов Интернета и пр.

Однако эффективность кампаний оказывается под вопросом. Например, замеры, проведенные в Великобритании за пять лет до начала информационной кампании *Changing Mind* и через пять лет после нее, показали, что изменения в attitudes по отношению к людям с психическими расстройствами едва ли заметны. В отношении больных шизофренией идею об их опасности разделяли 71% опрошенных респондентов до кампании и 66% — после; идею об их непредсказуемости — 77% и 73% соответственно, идею о сложности коммуникации с ними разделяли 58% и 52% — соответственно [14].

Анализируя способы снижения стигмы, П. Корриган и К. Козылюк [7] предлагают различать три основных способа: протест, просвещение и контакт.

В первом случае речь идет о публичных выступлениях или акциях против несправедливости различных форм стигмы, а также против соответствующих attitudes и поведения. Опасность этой меры заключается в том, что можно, например, таким образом добиться отмены какого-либо фильма, в котором определенная категория людей подвергается стигматизации, но attitudes и поведение в отношении самой категории людей, подвергающихся стигматизации, едва ли изменятся. Кроме того, П. Корриган и К. Козылюк указывают на действие эффекта психологической реактивности — люди отвечают на сообщение, заложенное в протесте, по принципу «не говорите мне то, что я должен думать!» [7].

Во втором случае речь идет о просветительской мере, направленной на то, чтобы заменить стереотипы знанием фактов. Хотя эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что психически больные люди более склонны к насилию, чем люди без этих заболеваний, разница не столь велика, как она представляется на уровне обыденного знания.

Наконец, третий способ снижения стигмы представляет собой межличностные контакты с психически больным человеком. Этот способ, опирающийся не только на теоретические положения, высказанные в работах Г. Олпорта и Т. Петтигрю, но и на эмпирические факты, является наиболее эффективным по сравнению с протестом и просвещением [7]. Непосредственный контакт с представителем стигматизируемой группы способствует изменению attitudes и поведения в отношении самой стигматизируемой группы.

Очевидно, что дестигматизация больных представляет собой длительный и сложный процесс, предполагающий использование различных средств. Кампании по снижению стигматизации зачастую нуждаются в соответствующей теоретической основе [6], в противном случае они оказываются дорогостоящими и неэффективными мерами [14]. Ключевым является определение тех конструктов, ко-

торы должны измениться, выбор соответствующей социально-психологической модели, ибо, как мы продемонстрировали выше, стигма может быть интерпретирована различными способами, соответственно, в каждом случае требуется понимание того, по каким механизмам будет происходить снижение стигмы, насколько длителен этот процесс и устойчивы ли его результаты.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Бовина И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни. — М., 2008. [*Bovina I.B.* Socialnaja psikhologija zdorovja i bolezni. — М., 2008.]
- [2] *Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожак Я.А.* Выздоровление при шизофрении. Концепция «RECOVERY» // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — № 2. — С. 7—14. [*Gurovich I.Ja., Ljubov E.B., Storozhakova Ja.A.* Vyzdorovlenie pri shizofrenii. Konceptcija «RECOVERY» // Socialnaja i klinicheskaja psixiatrija. — 2008. — N 2. — S. 7—14.]
- [3] *Холмогорова А.Б.* Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств (на примере шизофрении) // Консультативная психология и психотерапия. — 2000. — № 3. — С. 35—71. [*Kholmogorova A.B.* Psikhologicheskie aspekty mikrosocialnogo konteksta psikhicheskikh rasstrojstv (na primere shizofrenii) // Konsultativnaja psikhologija i psixhoterapija. — 2000. — N 3. — S. 35—71.]
- [4] *Шмилович А.А.* Психозы шизофренического спектра, ассоциированные со стрессом: Дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 2013. [*Shmilovich A.A.* Psikhozy shizofrenicheskogo spektra, associirovannye so stressom: Diss. ... d-ra med. nauk. — М., 2013.]
- [5] *Якушенко А.В.* Структура и содержание социальных представлений юристов, психологов и журналистов о психически больных людях // Психологическая наука и образование. — М., 2015 (в печати). [*Yakushenko A.V.* Struktura i sodержanie socialnyh predstavlenij juristov, psikhologov i zhurnalistov o psihicheski bolnyh ljudjah // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. — М., 2015.]
- [6] *Bos A.E.R., Pryor J.B., Reeder G., Stutterheim S.E.* Stigma: advances in theory and research // Basic and applied social psychology. — 2013. — Vol. 35. — P. 1—9.
- [7] *Corrigan P.W., Kosyluk K.A.* Erasing the stigma: where science meets advocacy // Basic and applied social psychology. — 2013. — Vol. 35. — P. 131—140.
- [8] *De Rosa A.M.* Sur l'usage des associations libres dans l' tude des repr sentations sociales de la maladie mentale // Connexions. — 1988. — Vol. 51. — N 1. — P. 27—50.
- [9] European pact for mental health and well-being // EU High-level conference together for mental health and wellbeing. — Brussels, 2008.
- [10] *Farr R.* Representations of health, illness and handicap in the mass media of communication: a theoretical overview // Representations of health, illness and handicap / Eds. by I. Markova, R. Farr. — Chur: Harwood Academic Publishers, 1995. — P. 3—29.
- [11] *Foucault M.* Madness and civilisation. — L.: Routledge Classics, 1995.
- [12] *Goffman I.* Stigma: notes on the management of spoiled identity. — N.Y.: Simon and Shuster, 1963.
- [13] *Jodelet D.* Folies et repr sentations sociales. — P.: Presses Universitaires de France, 1989.
- [14] *Lamboy B., Saias T.* R duire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication? Une synth se de la litt rature // Annales Medico-psychologiques. — 2013. — Vol. 171. N 2. — P. 77—82.
- [15] *Link B., Phelan J.* Conceptualizing stigma // Annual review of sociology. — 2001. — Vol. 27. — P. 363—85.
- [16] *Major B., O'Brien L.T.* The social psychology of stigma // Annual Review of Psychology. — 2005. — Vol. 56. — P. 393—442.
- [17] *Morant N.* Social representations and professional knowledge: the representations of mental illness among mental health practitioners // British journal of social psychology. — 2006. — Vol. 45. — P. 817—838.

- [18] *Moscovici S.* La Psychanalyse: son image et son public. P.: Presses Universitaires de France, 1961.
- [19] *Moscovici S.* The history and actuality of social representations // The psychology of the social / Ed. By U. Flick. — Cambridge: Cambridge University Press, 1998. — P. 209—247.
- [20] *Moscovici S.* The phenomenon of social representations // Social representations: explorations in social psychology / Ed. By G. Duveen. — N.Y.: New York University Press, 2000. — P. 18—77.
- [21] *Schurmans M.-N.* Maladie et alt rit : deux th mata antagonistes // Sant et soci t . La sant et la maladie comme ph nom nes sociales / Sous la dir. G.Petrillo. — Neuch tel: Delachaux et Niestl , 2000. — P. 263—283.
- [22] *Smith M.* Anti-stigma campaigns: time to change // The British Journal of Psychiatry. — 2013. — Vol. 202. — P. 49—50.

STIGMATISATION OF MENTALLY ILL PEOPLE AND THEIR DESTIGMATISATION: SOCIAL-PSYCHOLOGICAL DIMENSION

I.B. Bovina, A.V. Yakushenko

Department of Clinical and Forensic Psychology
Moscow State University of Psychology and Education
29 Sretenka Str., Moscow, Russia, 127051

The stigmatisation of mentally ill people is discussed in the article; the social representations theory is seen as one of the most productive among the different models of stigmatisation. The strategies of destigmatisation are also discussed in the article.

Key words: stigma, destigmatisation, mentally ill people, social representations theory.