

Стигматизация: социально-психологические аспекты (Часть 1)

Бовина И.Б., доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры методологических проблем криминальной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, ведущий научный сотрудник НИЛ «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета (innabovina@yandex.ru)

Бовин Б.Г., кандидат психологических наук, доцент кафедры теоретических основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии Московского городского психолого-педагогического университета, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского института Федеральной службы исполнения наказаний России (bovinbg@yandex.ru)

Согласно анализу базы данных PsychInfo, предпринятому Б.Мэйджор и Л.О'Бриен [10], представляется возможным говорить о «драматическом» росте количества статей, в которых уделяется внимание проблеме *стигмы*. За период с 1965 по 1989 таких работ было только 603, а в промежутке с 1990 по 2004 – их количество возросло почти в 4 раза и составило 2321. Эти показатели можно рассматривать как свидетельство *неслучайности* попадания в фокус внимания исследователей этого явления, как указание на актуальность и важность изучения проблем стигматизации.

Мы продолжили эту линию анализа базы данных PsychInfo и можем констатировать, что количество работ по проблемам стигмы, опубликованных с 2005 по 2013, составило 7 674. Заметим, что процессы стигматизации исследуются в связи с проблемами психического и соматического здоровья.

Основная цель нашей работы заключается в рассмотрении ряда зарубежных социально-психологических моделей, в рамках которых исследователи объясняют функции и механизмы действия стигмы; изучают механизмы негативного воздействия на стигматизируемых.

Ключевые слова: стигматизация, типы и функции стигмы, стереотипы, преубеждения.

Как отмечают Б.Мэйджор и Л.О'Бриен [10], анализ базы данных PsychInfo позволяет говорить о «драматическом» росте количества статей, в которых упоминается понятие *стигмы*. Так, если в промежутке с 1965 по 1989 таких работ было только 603, то в промежутке с 1990 по 2004 – их количество возросло почти в 4

раза и составило 2321. Эти показатели можно рассматривать как свидетельство *неслучайности* попадания в фокус внимания исследователей этого явления, как указание на актуальность и важность изучения проблем стигматизации.

Продолжив эту линию анализа базы данных PsychInfo, мы можем констатировать, что количество работ, опубликованных с 2005 по 2013, и в которых понятие *стигмы* было ключевым, составило уже 7 674. Подчеркнем специально, что процессы стигматизации исследуются в связи с проблемами психического и соматического здоровья; стигматизации подвергаются не только люди, страдающие различными болезнями, но и члены их семей. Кроме того, о процессах стигматизации говорится на примере заключенных, людей с гомосексуальной ориентацией и др.

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) [7]. В своей работе «Стигма: заметки по управлению испорченной идентичностью» И.Гофман использует это понятие применительно к психически больным. В целом - стигматизация больных оказывается способом совладания со страхом, который связан с возможностью заражения в результате контакта с ними.

Для И.Гофмана социальная стигма - это некоторый атрибут, который сильно дискредитирует его обладателя в умах окружающих по сравнению с нормальным человеком. Получается, что стигматизация подразумевает обозначение группы или индивида как отличающегося, вплоть до девианта. Стигма возникает тогда, когда индивид отличается по каким-то параметрам от доминирующей социальной нормы, и когда он негативно оценивается. Как следствие – вся идентичность человека оценивается через призму именно этого параметра, и человек подвергается дегуманизации в глазах тех, кто его оценивает [7]. Таким образом, стигма является не индивидуальным конструктом, но разделенным социальным знанием. Стигма определяет то, как к этому человеку относятся другие, какие действия предпринимают по отношению к нему [2,5,7,11]. Можно представить континуум, отражающий действия различного рода в отношении этих людей: от более нейтральных, как, например, молчание, до более негативных – в виде остракизма и актов насилия. Среди промежуточных действий этого континуума - отвержение, дискриминация, изоляция.

К *функциям* стигмы Дж. Крокер с коллегами в рамках своей модели стигмы как угрозы идентичности предлагает отнести следующие:

1. повышение собственной самооценки за счет стигматизации других;
2. поддержание позитивной социальной идентичности, что в результате оборачивается оправданием дискриминации в отношении аут-группы;
3. легитимизация неравенства статуса той или иной группы;
4. управление страхом, выполнение защитной функции в связи с возникновением сильной тревожности [4].

Типы стигмы. Гофман предложил различать несколько типов стигмы. Стигма может быть связана: 1) с *физическим дефектом, деформацией*; 2) с *дефектом индивидуального характера* (эти дефекты характера возникают, например, в результате психического заболевания, алкоголизма, тюремного заключения, употребления наркотиков, безработного статуса индивида, его низкого социального статуса, в частности, связанного с безработицей, с невозможностью получить образование); 3) с *родовой стигмой* (это дефект, определяемый принадлежностью индивида к определенной расе, национальности или религии, причем, это распространяется на всех членов каждой из этих категорий) [7]. Как мы подчеркивали выше - стигма затрагивает социальную идентичность индивидов, «портит», обесценивает ее в глазах других, более того – она влияет не только на чувства, мысли и поведения этих индивидов, но и оказывает негативное воздействие на их здоровье [10].

Со времен выхода в свет работы И.Гофмана в социально-психологической и социологической литературе можно заметить появление значительного числа как концептуальных, так и эмпирических работ, посвященных стигме. Если обращаться к концептуальным работам, то представляется возможным говорить о целой палитре различных определений стигмы. Так, Дж.Крокер с коллегами [4] предлагается говорить о стигматизации не только в том случае, когда у индивида имеется некоторый атрибут, который его отличает, но и тогда, когда индивид верит в наличие одного.

Примечательно определение, данное Э.Джонсом с коллегами (анализируется по [10]), в котором стигма связывается с некоторой *отметкой*, которая ассоциируется с негативными оценками и стереотипами. Эти стереотипы хорошо известны членам одной и той же культуры и разделены ими. Вопрос, который вытекает из данного определения – как связаны *стереотип* и *стигма*? Немного расширяя контекст можно попытаться ответить и на вопрос о том, как соотносятся такие понятия, как: «стигма» и «стереотип», а также «стигма» и «предубеждение»? Ответ на данный вопрос способствует пониманию механизмов, реализующих процесс стигматизации; определяет то, каким образом можно исследовать стигму; а также открывает перспективы для разработки способов дестигматизации.

Стигма и стереотипы. Так, в работе М.Биернат и Дж.Довидио «Стигма и стереотип» (2000) представлен анализ социально-психологических традиций изучения стигмы и стереотипа. Авторы предлагают говорить о том, что стигма и стереотип¹ – близкие понятия, но не идентичные, ибо существует значительное число ситуаций, когда стигма существует без стереотипа и наоборот. Однако стереотипы вовлечены в процесс стигматизации, и об этом можно говорить тогда, когда сторона, воспринимающая стигму, не только дает негативную реакцию на носителя стигмы, но использует набор характеристик, которые описывают людей, разделяющих стигму [1]. Если принимать во внимание три типа стигмы, которые различает Гофман [7], то стереотипы вовлечены в процесс стигматизации преимущественно в двух случаях из трех: в случае родовой стигмы, а также в случае дефекта индивидуального характера. Необходимость стереотипов в этих ситуациях

¹ Под стереотипом авторы предлагают понимать консенсусный набор убеждений о группе, которые не только содержат негативные оценки, но скорее являются специфическими семантическими ассоциациями [1].

объясняется тем, что людям нужно объяснить и оправдать негативное отношение к индивидам с такими стигмами, рационализировать дискриминацию по отношению к ним. Столкновение с индивидом, имеющим физический дефект, вызывает достаточно резкую негативную реакцию, но при этом не сопровождается использованием стереотипа. В данной ситуации даже достаточно негативную реакцию проще объяснить, по сравнению с двумя предыдущими, соответственно, стереотип не является необходимым [1]. Биернат и Довидио подчеркивают также, что стереотипы быстрее возникают в отношении социально идентифицируемых групп, что как раз касается первых двух типов стигмы, указанных выше.

Стигма и предубеждение. В недавней работе «Стигма и предубеждение: один зверь или два?» (2008) Дж.Фелан, Б.Линк и Дж. Довидио предпринимают достаточно основательный анализ для того, чтобы ответить на вопрос, сформулированный в названии статьи. Итак, в фокусе пристального анализа - 18 концептуальных моделей, приложимых к изучению процессов предубеждения и стигмы. Девять из них - объясняют процессы стигматизации: модель И. Гофмана, модель Э.Джонса, модели Б.Линка, *модели угрозы идентичности* Дж.Крокер и Б.Мэйджор, *эволюционная модель* Р.Курзбана и др. Остальные девять - среди которых: концепция Г.Олпорта, *модель межгруппового конфликта* М.Шерифа, *теория социальной идентичности* Г.Тэжфела и Дж.Тернера, *модель автоматических и контролируемых компонентов стереотипов и предубеждений* П. Дивайн и др. - касаются процесса предубеждения. Предпринятый анализ отчасти инициирован призывом Национального института психического здоровья (США) о необходимости совместного исследования предубеждений и стигмы в отношении психических заболеваний [14].

Итак, предпринятый анализ стигмы и предубеждения (модели сравнивались по целому ряду параметров, среди которых: ключевые понятия, фокус внимания модели (воспринимающий, воспринимаемый, их взаимодействие), процессы стигматизации и предубеждений, взаимозаменяемость понятий и др.) позволил авторам сделать заключение о том, что стигма и предубеждение имеют гораздо больше общих сторон, чем различий. Обобщая различные взгляды, сформулированные в рамках всех анализируемых моделей, авторы указывают, что стигма и предубеждение выполняют три основные функции: 1) эксплуатация и доминирование; 2) усиление социальных норм; 3) избегание болезни. В случае стигматизации ВИЧ-позитивных одновременно задействованы две функции - усиление социальных норм, а также избегание болезни [14].

Стигма и предубеждение связаны с рядом процессов и феноменов, среди которых: категоризация, «наклеивание ярлыков», стереотипизация, негативные эмоции, дискомфорт при взаимодействии, социальное отвержение и другие формы дискриминации, потеря социального статуса и пр.

Итак, это не тождественные процессы, но две стороны единого целого, а имеющиеся различия связаны скорее с фокусом внимания исследователей и расставляемыми акцентами. Так, анализ² работ по предубеждению и стигме

² Работы, вышедшие в промежуток с 1955 по 2005, анализировались так, что в фокус внимания попали тексты, появившиеся через каждые пять лет [14]. Всего было проанализировано 162 статьи по стигме и 139 статей по предубеждению.

позволяет говорить о том, что 92% статей про стигму посвящены анализу таких ситуаций, как заболевания, инвалидность, девиации поведения или идентичности, в случае предрасположений - 62% статей сфокусированы на изучении расы и этничности.

Важность делаемых выводов объясняется еще и тем, что открывается возможность апеллировать к способам снижения предрасположения при разработке программ по дестигматизации.

Измерения стигмы. Э.Джонс с коллегами (анализируется по [4]) предлагают говорить о шести измерениях стигмы:

- 1) *скрываемость* (степень, в которой атрибут может быть скрыт индивидом);
- 2) *ход* (ожидаемый долгосрочный результат, связанный со стигматизирующим атрибутом);
- 3) *разрушительность* (степень, в которой атрибут разрушает активность индивида в повседневной жизни);
- 4) *эстетические качества* (внешний вид индивида, имеющего стигматизирующий атрибут);
- 5) *происхождение* (степень ответственности индивида за имеющийся у него атрибут);
- 6) *опасность* (степень опасности атрибута для окружающих).

Достаточно важные измерения – с точки зрения последствий стигмы для индивида, имеющий стигматизирующий атрибут: *скрываемость и происхождение* стигмы.

То, что касается *скрываемости* стигмы, то можно различать два *случая*, на которые указывает Гофман: нескрываемая (видимая) и скрываемая (невидимая) стигма. В первом случае индивиды вынуждены постоянно быть готовым противостоять обесцениванию со стороны тех, кто не имеет такого знака. Видимая стигма может нам сообщать о наличии у индивида какого-либо заболевания, об опасности, которую он представляет для окружающих. Этот аспект стигмы хорошо демонстрирует идея, высказанная Кальвином, заметившим в отношении чумы, что это болезнь души, а она (душа) так устроена, что может заразить тело, тогда по телесным проявлениям можно узнать о состоянии души. Таким образом, чума оказывается нескрываемой стигмой, свидетельствующей об «испорченности», «дефектности» души индивида. Люди, имеющие эту стигму, в процессе взаимодействия получают непосредственную реакцию на эту стигму³.

Те же, чья стигма скрывается, могут избегать обесценивания со стороны других столь долго, сколь долго они могут скрывать ее, их статус не отличается от статуса остальных. Однако, как только их стигма становится видимой, то их статус

³ Стоит отметить существование процессов самостигматизации, когда индивид, имеющий стигматизирующее условие или идентичность [8], испытывает в этой связи страх, стыд, ожидает дискриминации со стороны «нормальных».

.....

изменяется, они оцениваются окружающими как обладатели стигмы. Стоит отметить, что «цена», которую платят люди, скрывая стигму (таким образом - избегая стигматизации и ее негативных последствий), - достаточно велика, ибо в межличностных контактах индивиды испытывают большое напряжение, страшась открытия со стороны окружающих, опасаясь того, что по каким-то признакам собеседники догадаются об их *секрете*. Однако то, что происходит с индивидами, скрывающими свою стигму, нужно рассматривать не только на интерперсональном уровне, но и на интраперсональном⁴, ибо попытки скрыть тот атрибут, который служит основанием для стигматизации, требуют большого внутреннего контроля, заставляют людей постоянно думать об их стигме, что, несомненно, негативно отражается на их психическом и физическом здоровье [15]. То, что происходит с людьми, скрывающими стигму, можно исследовать в соответствии с моделью *озабоченности секретностью* Д.Вегнера и Дж. Лайн [9,16]. Согласно которой, процессы, происходящие с человеком, имеющим секрет, описываются следующим образом:

- 1) секрет, который скрывает человек - в нашем случае - стигму - ведет к подавлению этих мыслей;
- 2) подавление мыслей ведет к возникновению назойливых мыслей о скрываемом секрете;
- 3) назойливые мысли заставляют индивида принимать еще большие усилия по подавлению мыслей. По сути, чем сильнее индивид стремится скрыть секрет - в нашем случае - свою стигму, тем более доступными становятся мысли о нем;
- 4) второй и третий этапы повторяются, ибо процесс цикличен, появление второго этапа - ведет к появлению третьего.

Итак, подавление мыслей, согласно Д.Вегнеру, делает их сверхдоступными для сознания индивида, причем, в ситуации когнитивной нагрузки именно эти мысли оказываются в сознании индивида быстрее, чем те, на которых он пытается сконцентрировать свое внимание. Этот эффект связывается с бессознательными автоматическими процессами.

Примечательно, что последствия на когнитивном уровне продолжают существовать даже после того, когда секрет перестает быть таковым [9]. Отсюда, попытки индивидов скрыть стигму, с точки зрения этой модели, оборачиваются тем, что мысли о стигме становятся навязчивыми и держат их в большом внутреннем напряжении, которое Смарт и Вегнер связывают с состоянием *глубокой когнитивной активации*. По сравнению с индивидами с видимой стигмой, индивиды с невидимой стигмой обременены иными психологическими последствиями, ибо думая, что им удалось подавить мысли о стигме, они не осознают насколько эти подавленные мысли влияют на их поведение и суждения. Кроме того, глубокая когнитивная

⁴ Значительная часть исследований стигмы выполнены в связи с взаимодействием между индивидом, имеющим стигму, с теми, кто ее не имеет. В этой связи работы Д.Вегнера с коллегами [15,16] вносят существенный вклад в понимание того, как процесс стигматизации переживается изнутри, какие процессы происходят, какие механизмы стоят за этим.

активация ведет к снижению способностей в процессе переработки информации о социальном мире, к навязчивому стремлению воспринимать и оценивать социальный мир в терминах стигмы и других конструкторов, связанных с ней [15].

Существуют основания говорить о негативных последствиях для здоровья индивида попыток скрыть стигму. Так, результаты лонгитюдного исследования позволяют говорить о том, что ВИЧ-инфекция прогрессировала быстрее у тех мужчин, которые скрывали свою гомосексуальную идентичность по сравнению с мужчинами, которые ее не скрывали [3]. С точки зрения Вегнера, в пользу действия этого же механизма говорит и серия работ Дж. Пенбейкера, в которых было показано негативные последствия умалчивания о различных травмирующих событиях (в том числе стигматизирующих – инцест, самоубийство супруга и пр.), т.е. удерживание в секрете событий такого рода не позволяло избавиться от глубокой когнитивной активации [12,13].

То, что касается другого важного измерения стигмы – ее происхождения или контролируемости, то можно обнаружить различные последствия для индивидов, апеллируя к атрибутивным теориям. Так, можно различать два варианта ситуаций, в зависимости от того, как приписывается причина болезни (контролируемость-неконтролируемость симптома, связанного со стигмой). Если симптом рассматривается как контролируемый, то индивиду приписывается ответственность за болезнь. Поведенческая реакция в отношении такого больного направляется *гневом*. Если же симптом воспринимается как неконтролируемый, то больному не приписывается ответственность за болезнь. В результате – помогающее поведение - направляется *жалостью* [6].

Итак, со времени появления работы И.Гофмана прошло почти полвека, но интерес к этой проблеме только увеличивается, на что указывает рост числа публикаций, посвященных этой проблеме, а также многообразие социально-психологических схем анализа и объяснения процесса стигматизации. В первой части нашей работы мы рассмотрели ряд моделей, в рамках которых исследователи объясняют функции и механизмы действия стигмы; фокусируют внимание на палитре негативных последствий стигматизации и на механизмах негативного воздействия на стигматизируемых. Вторая часть работы будет посвящена анализу способов преодоления стигмы; а также стратегий дестигматизации.

Литература

1. *Biernat M., Dovidio J.* Stigma and stereotypes// The social psychology of stigma/ Eds. by T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull.N.Y.:Guilford, p.88-125.
2. *Chapman E.* Conceptualisation of the body for people living with HIV // Sociology of Health and Illness, 2000, Vol. 22, N6, p. 840-857.
3. *Cole S.W., Kemeny M. E., Taylor S, E., Visscher B. R.* Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity// Health Psychology, Vol 15,N4, 1996, p.243-251.
4. *Crocker J., Major B., Steele C.* Social stigma. // Handbook of social psychology / Eds. by D. Gilbert, S. T. Fiske, G. Lindzey Boston: McGraw-Hill, 1998, p.504-553.

5. *Crocker J., Major B.* Social Stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma// *Psychological Review*, 1989, vol.96,4, 608-630.
6. *Dijker A., Koomen W.* Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill person// *Basic and applied social psychology*, 2003, vol.25, N 1, p.51-68.
7. *Goffman I.* Stigma: notes on the management of spoiled identity, N.Y.: Simon and Shuster, 1963.
8. *Herek G.M., Capitanio J.P., Widaman K.F.* HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999// *American journal of public health*, 2002, vol.92, N 3, p.371-377.
9. *Lane J.M., Wegner D.M.* The cognitive consequences of secrecy// *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, 69, 237-253.
10. *Major B., O'Brien L.T.* The social psychology of stigma // *Annual Review of Psychology*, 2005, vol. 56, 393-442.
11. *Parker R., Aggleton P.* HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action// *Social science and medicine*, 2003, vol.57, p.13-24.
12. *Pennebaker J.W.* Confession, inhibition and disease// *Advances in experimental social psychology*/ Ed. by L.Berkowitz, San Diego: Academic Press, 1989, p.211-244.
13. *Pennebaker J.W.* Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications// *Behavior research and therapy*, 1993, vol.31, p.539-548.
14. *Phelan J. C., Link B. G., Dovidio J. F.* Stigma and prejudice: One animal or two? // *Social Science and Medicine*, 2008, 68, 358-367.
15. *Smart L., Wegner D.* The hidden costs of hidden stigma // *The social psychology of stigma*/ Eds. by T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull. N.Y.: Guilford, p.220-242.
16. *Wegner D. M., Lane J. D.* From secrecy to psychopathology// *Emotion, disclosure, and health*/Ed. by J. W. Pennebaker. Washington, DC: American Psychological Association, 1995, p.25-46.

Stigmatization: the socio-psychological aspects (Part 1)

Bovina I.B., Doctor of Psychology, Associate Professor, Chair of Methodological Problems in Criminal Psychology, Department of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Leading Research Associate, Research Laboratory "Scientific and Methodological Basis of Emergent Psychological Aid", Center for Emergent Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education (innabovina@yandex.ru)

Bovin B.G., PhD in Psychology, Associate Professor, Chair of Theoretical Foundations of Extreme Psychology, Department of Extreme Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Leading Research Associate, Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia (bovinbg@yandex.ru)

According to the PsychInfo database analysis, conducted by B. Major and L. O'Brien [10], it is possible to discuss a "dramatic" increase of the number of articles in which attention is paid to the problem of *stigma*. During the period from 1965 to 1989, there were only 603 such papers, and in the period from 1990 to 2004 their number had increased almost 4 times to 2321. These indicators can be considered as evidence of this phenomenon being in the focus of researchers' attention not only by chance, and as an indication of the relevance and importance of the study of problems of stigmatization. We have continued this line of analysis of PsychInfo database and we can state that the number of papers on the problems of stigma, published from 2005 to 2013, is 7674. Note that the processes of stigmatization are investigated in connection with the problems of mental and physical health. The main goal of our work is to consider a number of foreign social-psychological models, using which, the researchers explain the functions and mechanisms of stigma and study the mechanisms of negative impact on the stigmatized.

Keywords: stigma, types and functions of the stigma, stereotypes, prejudices.

References

1. *Biernat M., Dovidio J.* Stigma and stereotypes // The social psychology of stigma / Eds. by T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull. N.Y.: Guilford, p.88-125.
2. *Chapman E.* Conceptualisation of the body for people living with HIV // Sociology of Health and Illness, 2000, Vol. 22, N6, p. 840-857.
3. *Cole S.W., Kemeny M. E., Taylor S, E., Visscher B. R.* Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity // Health Psychology, Vol 15, N4, 1996, p.243-251.
4. *Crocker J., Major B., Steele C.* Social stigma. // Handbook of social psychology / Eds. by D. Gilbert, S. T. Fiske, G. Lindzey Boston: McGraw-Hill, 1998, p.504-553.

-
5. *Crocker J., Major B.* Social Stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma// *Psychological Review*, 1989, vol.96,4, 608-630.
 6. *Dijker A., Koomen W.* Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill person// *Basic and applied social psychology*, 2003, vol.25, N 1, p.51-68.
 7. *Goffman I.* Stigma: notes on the management of spoiled identity, N.Y.: Simon and Shuster, 1963.
 8. *Serek G.M., Capitanio J.P., Widaman K.F.* HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999// *American journal of public health*, 2002, vol.92, N 3, p.371-377.
 9. *Lane J.M., Wegner D.M.* The cognitive consequences of secrecy// *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, 69, 237-253.
 10. *Major B., O'Brien L.T.* The social psychology of stigma // *Annual Review of Psychology*, 2005, vol. 56, 393-442.
 11. *Parker R., Aggleton P.* HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action// *Social science and medicine*, 2003, vol.57, p.13-24.
 12. *Pennebaker J.W.* Confession, inhibition and disease// *Advances in experimental social psychology*/ Ed. by L.Berkowitz, San Diego: Academic Press, 1989, p.211-244.
 13. *Pennebaker J.W.* Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications// *Behavior research and therapy*, 1993, vol.31, p.539-548.
 14. *Phelan J. C., Link B. G., Dovidio J. F.* Stigma and prejudice: One animal or two? // *Social Science and Medicine*, 2008, 68, 358-367.
 15. *Smart L., Wegner D.* The hidden costs of hidden stigma // *The social psychology of stigma*/ Eds. by T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull. N.Y.: Guilford, p.220-242.
 16. *Wegner D. M., Lane J. D.* From secrecy to psychopathology// *Emotion, disclosure, and health*/Ed. by J. W. Pennebaker. Washington, DC: American Psychological Association, 1995, p.25-46.