

20. Wise R.A. Dopamine and reward: the anhedonia hypothesis 30 years on // *Neurotox. Res.* – 2008. – V. 14. – P. 169-183.
21. Yacubian J., Büchel C. The genetic basis of individual differences in reward processing and the link to addictive behavior and social cognition // *Neuroscience.* – 2009. – V. 164. – P. 55–71.

СТИГМАТИЗАЦИЯ И ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

С.Н. Ениколопов

Стигматизация психически больных традиционно рассматривается как отношение к психическим больным, характеризующееся дискриминацией - то есть отношением, которое отрицательно сказывается на больных. Стигматизация не только ухудшает их социальную адаптацию и приводит к снижению качества жизни, но и препятствует комплаенсу с врачом. Большое количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни (Hinshaw, 2007). Большинство американцев не желает создавать с ними семью (68 %), работать в тесном сотрудничестве с ними (58 %) или проводить с ними свободное время (56 %) (Martin, J. K., 2000). Социальные последствия действия стигмы проявляются в трудностях трудоустройства психически больного, сложностях с получением образования, получением социальной и медицинской помощи, с сокращением круга общения и т.д. (Corrigan, 2004; Link, 1999; Михайлова и др. 2002). Стигматизируемые люди сталкиваются с общим дискриминирующим настроением, который зачастую сопровождается сильной враждебностью (Ениколопов С.Н., Мешкова Н.В. 2007). И именно из-за этих проблем дестигматизация начинает рассматриваться как один из ключевых аспектов не только социальной реабилитации, но и возможности лечения вообще.

Стигма может также быть препятствием для выздоровления от психического заболевания, т.к. служит барьером для обращения за помощью. Так, 32% участников исследования признали, что у них были проблемы психического здоровья, но из-за стигмы, они первоначально были не в состоянии обратиться за помощью, а 62% участников исследования заявили, что они или их знакомые отказывались искать профессиональную помощь, несмотря на то, что знали, что они нуждались в ней (Alvidrez, 2008). Стигма продолжает оказывать

влияние на людей с психическими заболеваниями, даже после того, как первоначальная помощь получена. Многие преждевременно прекращают лечение (Sirey, 2001).

Психология стигматизации психически больных связана с развитием психиатрии, клинической психологии, и идеей о том, что этот объект "не просто больной". Изучение стигматизации с самого начала сопровождалась конкретными практическими задачами помощи этим людьми.

При анализе работ в области психологии стигматизации можно обнаружить две тенденции: 1) развитие концепции стигмы и стигматизации, исходящих изначально из теорий общеметодологического плана, или 2) изучение стигмы с обилием эмпирических данных, но не основанной на четко-обоснованной методологии (Кабанов, 2001; Михайлова и др., 2002; Серебрянская и др., 2002).

Проблема стигматизации психически больных получила свою разработку с введением в психологию понятия стигмы И. Гофманом (Goffman, 1963). Гофман выделял три отличающихся типа стигм: 1) "телесные уродства", 2) индивидуальные недостатки характера, воспринимаемые другими как слабость воли, включающие такие девиации, как: психиатрический диагноз, тюремное заключение, наркомания, гомосексуальность, беззаботность, суицидальные попытки и 3) маргинальные социальные и политические положения. Все эти стигмы имеют одну общую черту: они несут в себе коннотат "неправильного индивида" ("spoilt identity", по Гофману), который накладывается на самосознание этих людей и восприятие их в социуме. Гофман считал, что стигматизации подвергаются отнюдь не все нежелательные особенности, а только те из них, которые в представлении группы несовместимы с образом индивида, с тем, "каким он должен быть". Гофман акцентировал внимание на том, что стигма - это не естественная маркировка менее достойного, а результат социального приписывания. Стигматизация, в его понимании, это проекция на индивида или группу суждений о том, что является "недостойным", "неподходящим".

Стигма всегда эмоционально окрашена и может быть абсолютно не оправдана фактами. Это и является основным отличием стигм от стереотипов. Наглядным примером стигмы является то, что большинство людей считают алкоголиков намного менее опасными и вызывающими больше симпатии, чем

шизофреников, гомосексуалистов и представителей других традиционно стигматизируемых групп. Эти заблуждения распространяются и на восприятие причин заболеваний. Так, причиной шизофрении более 50% американцев называют "химическую природу мозга", в то время, как 40% считают алкоголизм следствием "повышенных стрессов"; а причиной наркомании 30% называют "плохой характер" (Crisp, 2001b). Нелогичность и не соответствие этих представлений научным фактам явно указывают на то, что за стигмой психически больных стоят глубинные психологические детерминанты.

Стигма как социальное представление имеет информационную основу, состоящую из научных и культуральных мифов, которые структурируются в систему коммуницируемых значений и приобретают эмоционально-личностную окраску.

Стигматизация психически больного описывается как процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных и эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории "душевнобольных" (Link et. all, 1999). Авторы описали этот процесс как длительный и многоаспектный, протекающий на психологическом и социальном уровнях. Развитие стигматизации проходит следующие этапы: 1. выделение и "маркирование" человека с психиатрическим диагнозом; 2. присвоение ему негативных качеств в соответствии с бытующими в данной культуре представлениями о душевнобольных; 3. отнесение его к "категории" душевнобольных, которая противопоставлена обществу и 4. последующее снижение социального статуса этого человека. Иными словами, стигма формируется сначала определением Другого, потом называнием его "недостойным", а затем приписыванием и внушением вины тому, кто Другой за то, что он отличается (Porter, 2001).

Феноменология психологических последствий стигмы для самих больных подробно описана психиатрами, социологами и психологами. Основной акцент исследователи делают на изучении вины и стыда, возникающих у этих людей в связи с атрибутами, содержащимися в мифологии стигм (Gilbert 2001; Михайлова и др., 2002). Пинел ввел понятие "стигма-осознанность" (Pinel, 1999) для описания

того, насколько больные осознают влияние собственной стигмы и какие психологические последствия это вызывает. В литературе также описан близкий к этому процесс - самостигматизации (Link, 1999; Михайлова и др., 2002) - осознания больным наличия психиатрического диагноза, усвоения и применения к себе мифов о своем психическом заболевании, с последующим дистанцированием от потенциальных стигматизаторов; это, по мнению авторов, ведет к снижению социального статуса, самооценки больных, что в свою очередь усиливает стигматизацию, т.е. этот процесс представляет собой порочным круг. Обобщая имеющийся материал, можно сделать вывод, что "реакция психически больного на стигматизацию определяется теми же факторами, что и мотивация к стигматизации (степень удовлетворенности своей жизнью, иерархия ценностей, обобщенный образ психически больного), а также клинической картиной заболевания и личностной структурой," - это значит, что можно рассматривать стигматизацию и самостигматизацию как единый процесс (Михайлова и др., 2002). Важным моментом в психологическом изучении стигм психически больных является выявление зависимости последствий действия стигм от той или иной нозологии. Описаны отличия стигм и процесса стигматизации у людей с диагнозом шизофрения, МДП, депрессия и т.д. Хотя социологические данные указывают на существование дифференциации восприятия различных психически больных в социуме, психологическое объяснение детерминации всех видов стигм психически больных считается фундаментально одинаковым. Но главным объектом изучения является, естественно, шизофрения.

Важно отметить, исследователи мало внимания уделяют тем, кто создает и поддерживает существование стигм в обществе. "Стигматизирующий" может пониматься в двух смыслах: 1) тот, кто создает условия и информацию, способствующие появлению стигм (продуцирующие мифы и их распространяющие) и 2) те, кто усваивает эти мифы и, действуя посредством них, - стигматизирует. Такое различие важно учитывать, ведь в заявлениях о том, что "психиатрия и психиатры - главные стигматизаторы" указывается лишь то, что они продуцируют мифы психических болезней. В нашем анализе "стигматизирующий" понимается именно во втором значении. Важным является

выявление именно эмоционально-личностных и мотивационных особенностей субъекта, детерминирующих этот процесс.

Исследования стигматизирующих, обнаружили взаимосвязь этого процесса с абсолютно разными характеристиками, как социологическими (зависимость от образования, количество детей, возраста), так и психологическими - и, исходя из них, авторы моделировали мотивацию стигматизирующего. Вот несколько таких наблюдений: "... лица с более высоким интеллектом и более высокой самооценкой скорее будут поддерживать положительное отношение с психиатрическим пациентом, потому что им не нужно принижать психически больных, чтобы чувствовать себя умными или положительными" (Nunally, 1971). "Люди с повышенной враждебностью, меньше готовы принять или помочь психически больным" (Corrigan et. all, 2001).

В области психологии стигматизации есть несколько собственных теоретических построений, описывающих мотивацию стигматизирующего. Одна из широко обсуждаемых теорий сейчас - это "унитарная теория стигматизации" (Haghighat 2001), представляющая собой структурированную модель, пытающуюся охватить одним понятием - "личная выгода" - все аспекты, стоящие за различными видами стигматизации. Автор теории рассматривает конституциональное, психологическое, экономическое и эволюционное происхождения стигматизации, и доказывает, что все они, в конце концов, служат "личной выгоде стигматизирующего". Вот какой пример автор приводит к "психологическим предпосылкам": "... сталкиваясь со стигматизируемым, по-видимому, мы чувствуем себя беспокойно лишь потому, что странное поведение или, например, обезображенное лицо могли бы бросить вызов нашим нормам, ценностям и ожиданиям. Чтобы уменьшить напряженность, мы избегаем тех, у кого стигмы, что ... означает... психологическую личную выгоду". Основной упор автор делает на социо-экономическом факторе стигматизации, при этом видя ее корни в эволюционном происхождении человека: "Стигматизация - как тактика выживания и репродукции... предполагает генетически обусловленный внутренний импульс к "дискриминации" тех кто "репродуктивно негоден". "Личная выгода" - в тех разных аспектах, который описывает автор, сложно назвать чем-то единым являющим собой реальную сущность, которую можно

было бы обобщить и использовать как объяснение. Nighat, создает модель человека, основанную на методологии социобиологии и близких к этому направлений. Соответственно и малообъяснительным кажется главное замечание, которое автор выводит относительно дестигматизации: "в конце концов стигматизация будет меньше только по мере того, как мы будем меньше заботиться о собственной личной выгоде".

Стоит отметить, что такие построения можно встретить в литературе по стигматизации повсеместно, но они не являются столь глобальными. Скажем в другом исследовании, Гильберт рассматривает (Gilbert, 2001) "эволюционные корни", лежащие за социальными и психологическими проявлениями стигм. Они заключаются в: 1. избегании опасного члена общества и связанный с этим страх; 2. восприятию психически больных как генетически негодных; 3. как сексуально негодных; 4. как негодных для совместной деятельности; 5. а также, потребности в чувстве превосходства. Мотивация стигматизирующего, таким образом, сводится к биологическим механизмам и потребностям, а восприятие человеком другого - как детерминированная эволюционным развитием.

Многие авторы описывают психические детерминанты стигматизации на языке социальной психологии. Такие теоретические построения чаще всего несут в себе феноменологическую характеристику групповых процессов, каузальное объяснение которых отсылают к социальному уровню анализа. Вот пример таких рассуждений: "Основная предпосылка человеческого сосуществования заключается в том, чтобы члены одной группировки могли полностью полагаться на предсказуемость поведения других членов этой группировки. Поэтому отклонение в поведении предусматривает применение санкций независимо от того, было ли отклонение умышленным или неумышленным." (Финзен, 2001). Стигматизацию связывают с групповыми процессами, способствующими выделению "отличного" в группах, т.к. психологическая и антропологическая характеристика человеческой природы заключается в демаркации "себя - и других". А причиной этого процесса является бессознательная природа человека. Социальный субъект - вынужден каждый раз для поддержания чувства своего "я" отдалять "их", а это легко реализуется в патологизации и отвержении другой группы.

Оригинальное описание мотивации стигматизирующих предложил М.М. Кабанов, который связал стремление стигматизировать с наличием трех мотивационных компонентов: 1. потребности в сохранении удовлетворительных условий своей жизни 2. потребности в сохранении нормального уровня функционирования - сохранении своего интеллектуального уровня и 3. потребности в сохранении своей эмоциональной стабильности. Соответственно психически больные со стигмой, в представлении автора, являются "угрожающими" удовлетворению этих потребностей. (Кабанов, 2001). Исследование, проведенное М.Кабановым совместно с Г.Бурковским, связала эти потребности с некоторыми личностными характеристиками, таким образом, создав своеобразную типологию. Первая потребность чаще у людей принципиально удовлетворенных жизнью, но с негативным отношением к девиантам. Вторая потребность связывается с представлением о психических болезнях как заразных, и как о когнитивных расстройствах. Третья - с психотической уязвимостью, негативным восприятием своей жизни, и представлением о психическом заболевании - как эмоциональном. Эти данные, полученные эмпирическим путем, являются уникальными, так как связывают воедино мотивационную структуру, социальные представления и личность стигматизирующего (Кабанов М.М., Бурковский Г.В 2000).

Одним из главных психологических механизмов стигматизации, описываемый практически всеми авторами является проекция: приписывание другому (или группе других) черт отвергаемых человеком (или референтной группой) в себе.

В литературе страх по отношению к психически больным связывают с восприятием этих людей как "опасных", "враждебных". Установлено, что болезнь вообще, т.е. отклонение от заданной телесной или психической нормы, является одним из основных источников страха в любом обществе: "... болезни приобретают смысл, занимая место наиболее глубинных страхов... Создается впечатление, что обществу необходимо иметь недуги, которые будут отождествляться со злом, а заодно и приписывать вину их "жертвам"... (Sontag, 1988). На психологическом уровне анализа этот страх считается базовым для человека. Так, согласно классификации Кемпинского, страх, заключающийся в

боязни того, что социально опасно или неприемлемо, относится к так называемым "социальным страхам" и является одним из четырех общечеловеческих страхов (Кемпинский, 1975). В социальной психологии описано множество близких этому феноменов. Например, экспериментально доказано, что любой другой, "не своей" группе часто приписываются характеристики "опасности" (Майерс, 1998). Исследователи агрессии также выявили массу фактов, подтверждающих усиление враждебности и проявление различных типов агрессии по отношению к социально-отличающимся (Ениколопов, 2007) и восприятием последних как "опасных", "страшных".

Тесно связанными с герменевтическими моделями страха являются концепции "защитных механизмов", отсылающие к психоаналитическим теориям. В разные периоды творчества Фрейд понимал страх либо как базовую, неспецифическую характеристику человека в социуме, находящую себе объект, либо как "защитный механизм Я" (Бержере, 2002), возникающий специфично по отношению к объекту. Оба эти понимания природы страха находят свою реализацию в теориях стигматизации. Так, в первом случае страх "другого" связан с тем, что психически больной подходит для объективирования внутренней тревожности и страха. А во втором случае представляется, что в ходе социализации закрепляются объекты, которые специфическим образом угрожают тем или иным объектным отношениям. Выбор объекта страха определяется в первую очередь степенью его возможной опасности или ценности. В наибольшей степени "подходящими" оказываются области, плохо контролируемые самим субъектом, - предметы, представляющие реальную или возможную опасность, болезнь, инфекции, стихийные события, случайности, межличностные отношения; либо наиболее ценное - собственное "Я", ближайшее окружение, здоровье, жизненные достижения и пр." (Тхостов, Колымба). И в том, и в другом случае тесно связанной с понятием страха оказывается концепция "проекции". Считается, что проекция обеспечивает психическую "безопасность субъекта", устанавливает энергетическое равновесие между психическими инстанциями и является способом канализации вытесненных желаний. Чаще всего предполагается, что объект, на который направляются проекции, хоть и является специфичным, не является четко закрепленным. На уровне анализа групп

отмечается, что негативные и отрицательные качества личности часто проецируются на представителей какой-либо табуируемой, маргинальной группы (Михайлова и др., 2002). Подразумевается, что людям с психиатрическим диагнозом не просто будут приписываться те или иные черты, закрепленные в мифе или стереотипе, а то, что их поведение будет негативно оцениваться в зависимости от черт воспринимающего. Об этом же пишет Кабанов М.М.: "человек склонен представлять психическую болезнь поражающей то, что он считает наиболее ценным в человеческой личности" (Кабанов, 2001).

Хорошо известно, что представления о болезни сильно варьируют в разных культурах (Александр, Селесник, 1995; Тхостов, 2002; Littlewood, 1998 и др.) Данные о специфике культуральных воззрений на проблему отражают (порой даже прозрачнее других политических или социальных представлений) некую существенную характеристику культуры, проявляющую ее базовое отношение к человеку и его месту в мире.

Кросс-культурные различия стигм психически больных указывают на тесную связь стигм с культурой в целом, представлениями в обществе о месте человека в нем, и более конкретно - с социальными учреждениями, устанавливающими каноны восприятия психически больных.

Сегодня в западных обществах, как показывают исследования, слово "психиатрия" явно ассоциируется с ограничением свободы или с репрессивными мерами (Angermeyer, 2001). Сами больные жалуются на то, что врачи стигматизируют их в большей степени, чем представители какой-либо другой социальной группы (Lawrie, 1999).

Описаны стигматизирующие последствия, возникающие в связи с той или иной моделью психической болезни; предполагается, что каждая модель содержит в себе акцент, формирующий основу стигмы. По одной классификации, рассматривающей психиатрию - как практику, а не науку выделяются три тенденции рассмотрения психических недугов: 1. магический подход; 2. органический подход. 3. психологический подход. (Александр, Селесник, 2001). Каждый подход предполагает те или иные контекстные мифологические связи, в которые включаются психические заболевания.

Медицинская или биологическая модель психических заболеваний является до сих пор самой распространенной. В соответствии с ней, психические болезни рассматриваются как сопоставимые с остальными соматическими заболеваниями, т.е. "больными". Такие люди, согласно модели, нуждаются в первую очередь медицинской (медикаментозной) помощи. Положительными чертами принятия такой модели, исследователи считают то, что снимается чувство вины и ответственности за свое заболевание (Серебрянская и др., 2002), а отрицательными последствиями, ведущие к фасцилитации стигматизации, является в первую очередь четкое различие нормы и патологии, и идея наследственного характера заболевания.

Не только в примитивных обществах, но и в культуральных мифах до сих пор сильно развиты религиозные и мистические представления о психических заболеваниях, где указывается ее таинственное происхождение и связь с сверхъестественными силами. Здесь стигма может выражаться в абсолютно разных сферах, в зависимости от мифов.

Дестигматизация - главная практическая задача, стоящая перед психологами, изучающими стигматизацию. Но для психиатра или клинического психолога ответ на вопрос о необходимости социальной реабилитации психически больных является очевидным. Поэтому дестигматизация рассматривается как важный подраздел социальной реабилитации психически больных (Кабанов, 2001).

Распространенным является мнение (Corrigan et. all, 2001) о трех способах, которые могут быть использованы для изменения взглядов людей на психические заболевания. Это: 1.изменение когнитивной составляющей стигм через внедрение других мифов, т.е. через образование. Здесь главной проблемой является поиск такой информации, которая противоречила бы стигмам в наибольшей степени. Идея о мифологической структуре стигм указывает на то, какие проблемы надо учитывать в решении этой задачи и в выделении того, что действительно является адекватной дестигматизирующей информацией. 2. контакт с больными, влекущий за собой новое эмоционально-личностное отношение к ним. Различные исследователи многократно подтверждали гипотезу

об улучшении отношения к психически больным после общения с ними (Haghighat, 2001). 3. запрет проявления социальных дискриминаций.

Исследователи пришли к выводу о том, что только запрет оказывается неплототворным для решения задач дестигматизации. Самым эффективным способом дестигматизации психозов и депрессий оказался контакт с психическими больными.

Некоторые авторы, напротив, находят конечное решение проблемы стигматизации в усовершенствовании психиатрии. Только лечение, способствующее тому, что психически больные становятся более адекватными и начинают следовать социальным нормам, приведет к тому, что таких пациентов общество перестанет отличать как "других", воспринимать их в качестве "плохих" членов общества и соответственно ассимилирует значение психиатрического диагноза как "не опасного". Это действительно является решением конкретной проблемы стигматизации относительно психически больных, но, во-первых, это пока не реализуемо, а, во-вторых, такой подход решает частную проблему и ничего не говорит об остальных проблемах стигматизации.

Если раньше мысль о полном преодолении стигматизации высказывалась лишь в утопических моделях общества, то сейчас подобные идеи можно услышать из уст самих психологов, исследующих социальные представления. Так, Haghighat возлагает основную надежду на то, что человечество "повзрослеет" и общество станет более "заботливым и дружественным, избавившись от своей биологически обусловленной конкурирующей природы", начнет развиваться в соответствии с "гуманными" идеологиями. Этому могут способствовать просветительское, эмоциональное, законодательное, лингвистическое и политическое вмешательство. Такой подход перекликается с идеями психологии толерантности.

Литература

1. Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачивание от древности и до наших дней. М. Прогресс-Культура. 1995.
2. Бержере Ж. Психоаналитическая патопсихология М.2001.
3. Ениколопов С.Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии. Терапия психических расстройств. 2007,1,18-22.

4. Ениколопов С.Н., Мешкова Н.В. Направления исследования предрасположенности в западной психологии межгрупповых отношений. *Вопросы психологии*. 2007,1, 148-158.
5. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни *Соц клин психиат* 2001; 1: 22 – 27.
6. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных *Обзор психиат и мед психол*. 2000; 1: 3 – 8.
7. Кемпински А. Психопатология неврозов. — Варшава, 1975.
8. Майерс Д. Социальная психология.. СПб.: Питер, 1997.
9. Михайлова И.И., Ястребов В.С. Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*.2002, №7,с.58-65.
10. Серебряйская Л.Я., Ястребов В.С. Ениколопов С.Н. Социально- психологические факторы стигматизации психически больных. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*.2002, №9,с.59-68.
11. Тхостов А. Ш. Психология Телесности. М. Смысл. 2002.
12. Финзен А. Психоз и стигма. М 2001.
13. Alvidrez, J., Snowden, L. R., & Kaiser, D. M. The experience of stigma among Black mental health consumers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008, 19, 874–893.
14. Angermeyer, M. C., Buyantugs, L., Kenzine, D. V., & Matschinger, H. Effects of
15. labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: Are there cultural differences? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004,109, 420–425.
16. Corrigan, P. W. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 2004, 59(7), 614–625.
17. Crisp A.H. Every Family in the Land: Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness 2001.
18. Gilbert, P. Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame". In A.H. Crisp (ed.), Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness.2001.
19. Goffman, E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. 1963.
20. Haight R. A unitary theory of stigmatization // *British Journal of Psychiatry*. 2001. V. 178. P.207-215.
21. Hinshaw, S. P.. The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change. New York: Oxford University Press. 2007
22. Lawrie S. M. Stigmatization of psychiatric disorders. *Psychiatric Bulletin* 1999, 23, 129-131.
23. Link, B. G., & Phelan, J. C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001, 27, 363–385.
24. Littlewood R. Cultural variation in the stigmatisation of mental illness // *Lancet*. 1998. P.1056-1057
25. Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. . Of fear and loathing: The role of “disturbing behavior”, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 2000, 41, 208–223.
26. Nunally J. Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change. New York: 1961.
27. Pinel E. C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, 76(1), 114-128.

28. Porter R. Is mental illness inevitably stigmatizing. In A.H. Crisp (ed.), *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. 2001.
29. Sirey J, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, & Meyers BS: Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry*, 2001, 158:479-481,
30. Sontag, S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. New York, NY: Picador. 2001.

ПСИХИЧЕСКИЙ И КОГНИТИВНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ В ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Н.В. Зверева

Термин «психический дизонтогенез» имеет свою историю, его содержание и использование психиатрами в случаях определения болезненных по своей природе вариантов онтогенеза несколько отличается от предложенного психологами взгляда на классификацию типов нарушенного развития. Известный детский психиатр М.Ш.Вроно (1986) – рассматривал дизонтогенез как нарушенное развитие, которое может относиться ко всей жизни человека, а Д.Н.Исаев предлагал более очерченное и узкое понимание дизонтогенеза, близкое и дизонтогенезам. Типологии психического дизонтогенеза при шизофрении и сходных расстройствах в детском возрасте были посвящены специальные работы (Юрьева, 1970; Козловская, 1995, Горюнова, 1996).

Психический дизонтогенез, по мнению психиатров, - это нарушение психического развития у детей с разнообразными типами отклоняющегося развития. Отечественные психиатры выделяли первые формы психического дизонтогенеза и его типы: ретардация; асинхрония; регресс, акселерация (М.О. Гуревич, Т.П. Симсон, С.С. Мнухин, Г.Е. Сухарева, Г.К. Ушаков, В.В. Ковалев, М.Ш. Вроно и др.). Медики и биологи обычно используют термин «дизонтогенез» для обозначения различных форм нарушений онтогенеза, которые ограничены теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости (В.В.Ковалев, М.Ш.Вроно и др.). Психический дизонтогенез В. В. Ковалев определяет как нарушение психического развития в детском возрасте в результате расстройства морфофункционального