

Социальная фрустрированность как фактор психогенеза расстройств психической адаптации

Вассерман Л.И.^{1,2}, Щелкова О.Ю.^{1,2}, Дубинина Е.А.^{1,3}, Беребин М.А.⁴, Михайлов В.А.¹, Никифорова Е.А.^{1,5}, Чугунов Д.Н.⁶

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

³ Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия

⁴ Южно-Уральский государственный университет (Национальный исследовательский университет), Челябинск, Россия

⁵ Психоневрологический диспансер № 1, Санкт-Петербург, Россия

⁶ Психоневрологический диспансер №4, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Утверждение биопсихосоциальной парадигмы в медицине и медицинской психологии закономерно обеспечивает развитие теории и методологии медицинской психодиагностики как процесса комплексного изучения психологических и психосоциальных факторов, лежащих в основе психической адаптации, в том числе, в сложных и проблемных для личности ситуациях. Диагностика донозологических и начальных проявлений расстройств пограничного спектра, обозначенных, в частности, в МКБ-10 как расстройства психической адаптации (F43.2), требует квалификации критериев реальной или потенциальной стрессогенности условий социального функционирования, а значит, необходим арсенал адекватных методов клинической и медико-психосоциальной психодиагностики. Таким методом является разработанная и апробированная авторами методика «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ). Выделение феномена социальной фрустрированности как предиктора эмоциональной напряженности и стрессоустойчивости человека позволяет охарактеризовать индивидуально-личностные особенности в соотношении со средовым влиянием, оценить специфику и патогенную значимость социально-фрустрирующих факторов для личности и отдельных групп лиц, занятых социально-напряженной профессиональной деятельностью. В статье обосновываются теоретико-методологические основания опросника, его атрибутивные характеристики — впервые выделяемые в медицинской психодиагностике феномены экстернальной и интернальной социальной фрустрированности. Социально-диагностические критерии иллюстрируются примерами практического использования данного инструмента в реальной медицинской психодиагностике при исследовании характеристик социальной фрустрированности у педагогов массовых школ, военных, а также у больных фокальной эпилепсией. Указанный исследовательский контингент объединяет проблема стрессоустойчивости в кризисных для личности ситуациях, включая ситуацию болезни и отношения к болезни с позиции личностной ценности для испытуемого. Методика УСФ может рассматриваться как необходимая форма психосоциальной диагностики личности в связи с проблемами стрессогенеза, в качестве источника информации при скрининговых психопрофилактических исследованиях, а также в процессе формирования показаний для психо- и социотерапии.

Ключевые слова: социальный стресс, социальная фрустрированность, стигматизация, психогенез, расстройства психической адаптации, медицинская психодиагностика

Информация об авторах:

Вассерман Людвиг Иосифович — e-mail: psy_lab@inbox.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5308-3303>

Щелкова Ольга Юрьевна — e-mail: olga.psy.pu@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>

Дубинина Елена Александровна — e-mail: trifonovahelen@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1740-6659>

Беребин Михаил Алексеевич — e-mail: m_berebin@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7195-8142>

Михайлов Владимир Алексеевич — e-mail: vladmikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>

Никифорова Елизавета Андреевна — e-mail: elise-nikiforova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1763-2832>

Чугунов Даниил Николаевич — e-mail: steelpluses@list.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3244-6261>

Как цитировать: Вассерман Л.И., Шелкова О.Ю., Дубинина Е.А., Беребин М.А., Михайлов В.А., Никифорова Е.А., Чугунов Д.Н. Социальная фрустрированность как фактор психогенеза расстройств психической адаптации. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2021;55:3:8-18. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-3-8-18>.

Social frustratedness as a psychogenesis factor of adjustment disorders

Wasserman LI^{1,2}, Shchelkova OYu^{1,2}, Dubinina EA^{1,3}, Berebin MA⁴, Mikhailov VA¹, Nikiforova EA^{1,5}, Chugunov DN⁶

¹ V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

² Saint-Petersburg State University, Russia

³ The Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia

⁴ South Ural State University (National Research University), Chelyabinsk, Russia

⁵ Psychoneurological Clinic N1, St. Petersburg, Russia

⁶ Psychoneurological Clinic N4, St. Petersburg, Russia

Summary. The current biopsychosocial paradigm in medicine and medical psychology ensures the development of the theory and methodology of medical psychodiagnostics as a comprehensive study of psychological and psychosocial factors underlying mental adaptation. The diagnostic of prenosological and initial manifestations of borderline spectrum disorders designated as adjustment disorders in ICD-10 (F43.2), requires the criteria qualification of real or potential stressogenic social functioning conditions, thus, an arsenal of adequate methods of clinical and medical-psychosocial psychodiagnostics is required. The questionnaire «Social Frustration Level» represents one of such methods. The study of social frustration phenomenon as a predictor of emotional tension and stress resistance allows to characterize personality traits in relation to environmental influence and assess the specificity and pathogenic significance of socially frustrating factors. The article substantiates theoretical and methodological foundations of the questionnaire, its attributive characteristics — the phenomena of external and internal social frustration identified in medical psychodiagnostics for the first time. Socio-diagnostic criteria are illustrated by examples of the practical use in medical psychodiagnostics of social frustration in teachers of mass schools, the military and in patients with focal epilepsy. The specified research contingent is united by the problem of stress resistance in crisis situations (including a disease situation and the attitude to the disease). The questionnaire «Social Frustration Level» can be considered as a necessary form of psychosocial diagnostics of stress genesis, a source of information in screening psychoprophylactic studies, as well as in the forming of indications for psycho- and sociotherapy.

Keywords: social stress, social frustratedness, stigmatization, psychogenesis, adjustment disorders, medical psychodiagnostics

Information about the authors:

Ludwig I. Wasserman — e-mail: psy_lab@inbox.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5308-3303>

Olga Yu. Shchelkova — e-mail: olga.psy.pu@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>

Elena A. Dubinina — e-mail: trifonovahelen@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1740-6659>

Mikhail A. Berebin — e-mail: m_berebin@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7195-8142>

Vladimir A. Mikhailov — e-mail: vladmikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>

Elizaveta A. Nikiforova — e-mail: elise-nikiforova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1763-2832>

Daniil N. Chugunov — e-mail: steelpluses@list.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3244-6261>

To cite this article: Wasserman LI, Shchelkova OYu, Dubinina EA, Berebin MA, Mikhailov VA, Nikiforova EA, Chugunov DN. Social frustratedness as a psychogenesis factor of adjustment disorders. *Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2021;55:3:8-18. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-3-8-18>:

В теории и практике медицины и медицинской психологии в настоящее время все более отчетливо утверждается биопсихосоциальный подход, рассматриваемый как фундаментальная исследовательская модель, признание которой отражает смену парадигм в медицине (Н.Г. Незнанов, М.А. Акименко, А.П. Коцюбинский) [30]. Нозоцентрический подход, доминирующий в соматической медицине, в сфере психического здоровья, в особенности при оценке связанного со здоровьем качества жизни, теоретически и методологически обоснованно дополняется личностно-ориентированной моделью. Эта модель предполагает изучение человека, здорового или

больного, в его целостности, системном единстве соотношений биологических, психологических и социальных характеристик (Б.Г. Ананьев) [3]. В теоретическом плане это положение созвучно теории личности как системы отношений (В.Н. Мясищев) [29] и обосновывает процесс социализации личности с исторических и онтогенетических позиций. В ней существенное внимание уделяется психосоциальным факторам в патогенезе расстройств пограничного спектра. С нашей точки зрения, обозначенная методология имеет большой научный потенциал для развития учения о полифакторном характере формирования сферы здоровья личности и особенно практическое зна-

чение для обоснования психокоррекционных мероприятий и психопрофилактики.

В этой связи реализация исследовательских программ на фундаментальной основе биопсихосоциальной парадигмы требует учета и квалификации сложно структурируемых соотношений личностно-средовых факторов патогенеза (социогенеза), которые, в системно обусловленных механизмах, приобретают важное значение в медицинской психодиагностике [12; 16; 20; 34], особенно для уточнения механизмов формирования предболезненных (донозологических) проявлений расстройств психической адаптации [2; 20]. В общебиологическом и общемедицинском плане психическая адаптация понимается как полифакторная многоуровневая функциональная система, направленная на установление устойчивого взаимодействия индивида с социальной средой [4; 15]. В медицинской психодиагностике концепция психической адаптации в системном понимании ее многофакторной структуры позволяет определять патогенетические и патодинамические закономерности формирования устойчивых и эффективных для личности (с ее ценностной системой и жизненными смыслами) механизмов преодоления кризисных ситуаций в системе «личность-болезнь-личность» [21]. С системных позиций концепция психической адаптации рассматривается и как методологический принцип социальной психологии здоровья [22], и как теоретическая исследовательская модель. Нарушение психической адаптации определяется как полифакторный клинический феномен, не имеющий четкой нозологической очерченности, а потому сложный для дифференциальной диагностики и определения психогенеза расстройств психической адаптации (F43.2 по МКБ-10), в особенности при «агрессивности» и личностной значимости социально-средовых — социально-фрустрирующих факторов в широком контексте социогенеза личности [21; 29].

В медицинской психодиагностике социальная фрустрированность (СФ) чаще всего рассматривается как предиктор формирования хронического стресса, развития социально-стрессовых расстройств [2; 10]. Это обстоятельство определяет также актуальность изучения этого психосоциального феномена для обоснования и квалификации критериев диагностики реальной или потенциальной стрессогенности условий социального функционирования, например, в профессиональной деятельности [13]. При анализе механизмов патогенного (социогенного) влияния потенциально деструктивных социально-средовых факторов, например, при дефицитности или истощаемости адаптивных ресурсов личности, возрастает потребность в комплексной и содержательной оценке характера субъективного отражения социально-фрустрирующей ситуации в самосознании личности, а также влияния социальной стигматизации лиц, условно относящихся к этой категории [35-38].

Поэтому проблему СФ как следствия блокирования актуальных социальных потребностей личности следует отнести к методологически важному принципу изучения связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) [14; 16; 17], особенно когда речь идет о механизмах и способах совладающего со стрессом поведения индивида в «агрессивных» условиях внешней среды, в том числе и в связи с потенциальной возможностью личности противостоять влиянию социально-стигматизирующим явлениям и самостигматизации [35; 36; 40-42]. В этом случае требуется особое внимание не только к реальным психотравмирующим факторам, но и к индивидуально-личностным характеристикам субъектов оценки, их интеллектуальным и эмоциональным ресурсам адаптивного поведения, тому социально-психологическому фону, на котором разворачивается ситуация [34], а также тем характеристикам человека, которые Б.Г. Ананьев [3] определял как индивидуальность. К ним также относятся механизмы совладания со стрессом и психологической защиты, самооценка в структуре самосознания, жизненные смыслы и ценности, мотивация социальной активности и другие механизмы «защиты» личности от патогенного влияния социального стресса. Поэтому правомерно утверждать, что СФ в биопсихосоциальной модели отражает меру патогенности (стрессогенности) социальных факторов — фрустраторов, и, тем самым, уточняет критерии риска нарушений психической адаптации. Оценка параметров СФ в единстве и взаимосвязи ее отдельных компонентов, которые всегда носят личностный характер, позволяет наполнить этот конструкт конкретным содержанием; оно отражает специфику механизмов влияния социально-психологических факторов на сферу психического здоровья личности [12; 16; 17].

Все сказанное позволяет утверждать, что СФ предпочтительно интерпретировать в медико-психосоциальных исследованиях как сложный комплекс взаимосвязанных элементов психической активности в отношении к здоровью как жизненной ценности [16]. Длительное действие социально-фрустрирующих факторов при неконструктивных формах совладающего поведения может дестабилизировать адаптивный потенциал личности и повысить риск развития клинически оформленной патологии, например психогенных аффективных расстройств [2; 27; 32].

Можно утверждать, что СФ как сложный многомерный личностный и социально-психологический конструкт адекватно рассматривать и как перманентное состояние субъектов социальной активности. В этом случае «мишенью» клинико-психологической диагностики является оценка «напряженности» социальной ситуации, ее субъективная значимость для самореализации личности. Правомерно обозначить этот компонент СФ как экстерналиную социальную фрустрированность (ЭСФ). Это, по существу, ее атрибутивная характеристика. К таким ситуациям можно отнести, например, неудовлетворен-

ность профессией, социально-экономическим статусом, отношениями в семье и со значимым социальным окружением, физическим и психическим здоровьем, работоспособностью и многие другие [10-12]. Иными словами, ЭСФ правомерно рассматривать как базисный компонент общего (целостного) феномена СФ в его патогенном влиянии на сферу здоровья личности через систему личностно-средового взаимодействия. Вторым фундаментальным компонентом СФ является так называемая интернальная социальная фрустрированность (ИСФ), которая атрибутируется как системно организованная совокупность сформированных в онтогенезе личностных свойств, характеристик и параметров, стержневых в структуре личности [3]. Очевидно, что атрибутивные характеристики ЭСФ и ИСФ носят условный характер и в реальной исследовательской практике полученные результаты должны рассматриваться в их системном единстве, во взаимосвязи «внешних» условий для эффективной социальной активности и «внутренних» ресурсов личности для самореализации. К последней относятся когнитивные, эмоциональные, поведенческие и другие индивидуально-личностные свойства и параметры, отражающие по мнению В.Н. Мясищева «поперечный срез личности» [29], а с рядом характеристик ценностного сознания и систем жизненных смыслов — индивидуальность личности [3]. В психодиагностике эти характеристики выявляются преимущественно при экспериментально-психологических (чаще всего, тестовых) исследованиях и являют собой атрибутивные критерии ИСФ для обоснования ее фундаментальной значимости в контексте онто- и социогенеза личности. Отсюда следует, что концептуальное обоснование атрибутивных характеристик СФ в комплексной психодиагностике нарушений психической адаптации имеет и психопрофилактическое значение, в частности, при диспансеризации контингента риска.

Контингент риска чрезвычайно широк [10-12; 19; 43]. К нему относятся, например, лица с низким социально-экономическим статусом, ограниченным доступом к материальным и социальным ресурсам для улучшения качества жизни, лица, не имеющие реальной социальной поддержки, с ограниченными физическими возможностями, а также лица с отчетливо выраженной ауто- или гетерогенной стигматизацией болезнью и другие. Особый контингент риска нарушений психической адаптации вследствие социальной фрустрированности — лица, функционирующие в условиях хронического стресса профессиональной деятельности, обусловленного индивидуально-значимыми переживаниями «глубинной» неудовлетворенности [12; 18]. В этом случае ЭСФ выступает как инициальный фактор психогенеза психической дезадаптации.

Учет и квалификация внеморбидных (социально-средовых) факторов в формировании сферы здоровья личности объективно расширяет возможности традиционной психодиаг-

ностики, позволяет анализировать полученную информацию с системных позиций взаимосвязи клинических, индивидуально-личностных и социально-психологических переменных с учетом весьма важной информации о других традиционных факторах риска нарушений физического и психического здоровья: наследственности, коморбидной патологии, аддиктивных тенденций, нарушений общения, уровня физической и психической активности, мотивации деятельности, и других факторов, которые отражают реальную жизненную ситуацию респондентов. Эта информация является необходимой составляющей процесса клиничко-психологического метода психодиагностики личности [32; 34], критерием оценки роли неморбидных, социально-средовых факторов-фрустраторов в механизмах расстройств психической адаптации, в частности, ее экстерналино-го компонента (ЭСФ).

Напомним, что В.Н. Мясищев неоднократно подчеркивал значение именно клиничко-психологического метода в психодиагностике, отводя ему роль инициального этапа. Именно этот метод, по мнению автора, дает возможность получить информацию об «исторических» и «генетических» аспектах социогенеза личности в контексте теории отношений. При этом В.Н. Мясищев подчеркивал значение и психотравмирующих факторов неморбидного окружения, которые могут быть источником различных форм социогений [29]. Таким образом, можно утверждать, что комплексный психосоциальный конструкт — «социальная фрустрированность» — в патогенетическом аспекте является теоретически и методологически обоснованным для использования в медицинской психодиагностике [32; 34]. Практически важны критерии атрибутивных характеристик экстерналиной и интерналиной СФ при всей условности их разделения. В клиничко-психологической практике СФ адекватно оценивать и как меру удовлетворенности — неудовлетворенности субъектом исследования ряда важных факторов социального функционирования с помощью оригинального авторского опросника «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) [7; 11; 13]. Применение этого инструмента позволяет в экспресс-психодиагностике получать сравнительно-статистические материалы о патогенетической (точнее социогенетической) значимости СФ и различных ее компонентов в условиях динамического наблюдения. Разработан также подrostковый вариант этой шкалы [32]. Комплексный характер медико-психосоциальной диагностики предполагает использовать оба традиционных подхода: клиничко-психологический метод (психодиагностическое интервью, целенаправленную беседу, в том числе с неморбидным окружением объектов исследования, целенаправленный анамнез, экспериментально-психологическое исследование и др. [20]. В связи с задачами исследования применяются традиционные патопсихологические методики (например для уточнения структуры когнитивных и эмоциональ-

ных расстройств), а также специализированные, критериально-ориентированные шкалы (такие как шкала тревоги) и комплекс стандартизованных (тестовых) методик для исследования структуры и степени выраженности дефицитарности в когнитивной, эмоциональной сферах, межличностных отношениях, совладающего со стрессом поведения и др. [20].

Многомерное психодиагностическое исследование позволяет решать проблемы атрибутивной квалификации и компонентов ЭСФ и ИСФ с учетом данных анамнеза и реальной жизненной ситуации контингента риска, в том числе в процессе диспансеризации. Современные информационные технологии позволяют всю совокупную информацию представлять в формализованных историях болезни — архивно-кодировочных картах [32]. Такой подход весьма рационален, но требует соответствующего информационного обеспечения [33]. Результаты исследования позволяют формировать «базу» психодиагностической информации, проводить сравнительные исследования и оценивать результаты коррекционных мероприятий. В этом плане можно выделить контингент лиц с напряженной профессиональной деятельностью, т.е. подверженных воздействию, так называемого, профессионального стресса [12; 13; 18; 19]. Оценка роли социально-фрустрирующих факторов в процессе профессиональной деятельности — важная область социальной гигиены и социальной психологии здоровья [22].

Все сказанное можно проиллюстрировать следующими наблюдениями. Например, целенаправленный опрос (на формализованной основе) 450 педагогов массовых школ Челябинска и Челябинской области* [11; 13] показал, что более 60% опрошенных представителей этой социально значимой профессии имеют проблемы со здоровьем. Преобладали расстройства предболезненного уровня или начальные проявления неврозоподобного или психосоматического спектра [27]. Более детальное медико-психосоциальное исследование контингента диспансерного наблюдения показало, что 95% респондентов считают свою профессиональную деятельность эмоционально и интеллектуально напряженной, 51% полагают, что проблемы со здоровьем связаны со сверхнормативными нагрузками и повышенной утомляемостью, с общей профессиональной и социальной неудовлетворенностью. Отмечаются сверхнормативная занятость, неадекватная социальная и материальная оценка труда, низкий престиж профессии при высоких требованиях общества к труду учителя, наличие конфликтных ситуаций в значимом социальном окружении и др. Таким образом, труд педагогов по результатам их опроса может быть отнесен к категории стрессогенного, а отмеченные характеристики условий профессиональной деятельности могут рассматриваться с позиций экстернальной социальной фрустрированности (ЭСФ).

* Диссертационное исследование М.А. Беребина, 1996 г. Руководитель — проф. Л.И. Вассерман

Результаты психодиагностических исследований позволяют выделить ряд индивидуально-личностных и поведенческих характеристик респондентов, которые условно атрибутируют интернальную социальную фрустрированность (ИСФ). Например, результаты шкалирования (методика УСФ) показали, что 47,3% педагогов не удовлетворены оценкой своего труда, 93,4% — не удовлетворены материальным положением. 60,7% испытуемых переживают падение интереса к профессии, занятости, неудовлетворенность материальным и социальным статусом, проблемами в коммуникативной сфере. 47% респондентов не удовлетворены уровнем своего образования и реальными трудностями в повышении квалификации. Общий уровень УСФ — $3,06 \pm 0,27$ балла, что выше среднего. В целом, параметры неудовлетворенности своим здоровьем и образом жизни находятся в «зоне умеренной выраженности» СФ.

У педагогов с предболезненными или инициальными проявлениями пограничной нервно-психической или психосоматической патологии (контингент диспансерного наблюдения) параметры УСФ статистически достоверно выше, чем в группе условно здоровых. Важно отметить, что у исследованного контингента по данным тестовой методики «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [5] выявлен повышенный уровень ситуативной тревоги и личностной тревожности как типологической переменной, который может свидетельствовать об эмоциональной неустойчивости в системе личностно-средового взаимодействия, повышенном уровне тревожной оценки перспектив и превышающих нормативные показатели оценках психической ригидности в когнитивной и эмоциональной сферах [25]. Выявленные на основе экспериментально-психологического исследования личностно-типологические характеристики исследованного контингента можно атрибутировать как интернальный компонент СФ (ИСФ), как внутренний (индивидуально-личностный) онтогенетически обусловленный фактор риска психической дезадаптации. Возможно, что в качестве одного из механизмов формирования дезадаптивного состояния существенное значение имеет дефицитарность совладающего со стрессом болезни поведения в форме неконструктивной копинг-стратегии при низком уровне социальной поддержки [12].

Очевидно, что компоненты СФ отражают «прямые» психосоциальные механизмы актуализации деструктивных тенденций в сфере психического здоровья и могут рассматриваться в качестве «мишеней» в системе первичной профилактики нарушений психической адаптации, тогда как при актуальном влиянии фактора социальной стигматизации и в особенности само-стигматизации [35; 36; 40; 42] — для решения задач вторичной психопрофилактики и социотерапии, например, у больных, стигматизированных болезнью [35; 36; 40; 42].

Следует подчеркнуть, что прямой аналогии СФ с явлением стигматизации нет; но она прослежи-

вается при анализе потенциально психогенного влияния последней на сферу здоровья.

По материалам ВОЗ, социальная стигматизация в контексте здоровья—это отрицательная связь между конкретным заболеванием и человеком или группой людей, которые имеют определенные характеристики [44]. При осознании ситуации болезни этот стереотип отношений социума является дискредитирующим для стигматизированных (в нашем случае—больных эпилепсией) [36].

Определение стигмы исторически связано с исследованиями Э. Гоффмана [39], в которых данный феномен—«дискредитирующий атрибут», негативный взгляд на человека или группу людей, отличных от социально нормативного контингента. В процессе стигматизации особое значение придается самостигматизации [40; 42], оказывающей существенное влияние на степень адаптации больных психоневрологического профиля. При этом аутостигматизация, как считает ряд авторов [42] вызывает у стигматизированного чувство стыда и ожидание дискриминационных мер, связанных с болезнью. Воздействие социальной стигматизации и аутостигматизации [35; 39; 40; 42] может негативно сказываться на самооценке, способности стигматизируемых к успешной самореализации и мотивированной социальной активности при дефицитарности личностно-обусловленных механизмов стрессоустойчивости в ситуации болезни [36; 39]. Таким образом, обозначенные нами явления социальной стигматизации и самостигматизации имеют преимущественно социологический смысл, но они актуальны для социальной психологии здоровья, в частности, для разработки проблем социальной гигиены и социотерапии.

«Стигма» в отношении больных эпилепсией, влекущая за собой медико-социальные ограничения, в большинстве случаев осознается больными именно как дискриминация больных по диагнозу. Это, в свою очередь, определяет внутреннюю картину болезни (ВКБ), во всей сложности ощущений, переживаний и отношений больных. Вероятно, что ВКБ обуславливает характер системы отношений, включающий своеобразие механизмов совладающего со стрессом болезни поведения и актуализацию механизмов психологической защиты. Сказанное позволяет утверждать, что личностный конструкт СФ в комплексной психодиагностике должен предусматривать и учет факторов социальной стигматизации и самостигматизации, т.е. включать анализ возможного влияния упомянутых социологических факторов психогенеза расстройств психической адаптации с позиций отношений к здоровью как жизненной ценности.

Можно сказать, что в методологическом плане концептуальные сходства и различия СФ и явления стигматизации болезнью предполагают дифференцированный подход в медицинской и социальной психодиагностике и решаются с учетом реальных клинико-психологических задач, обу-

словленных медицинским диагнозом и уровнем социально-психологических установок в социуме.

В качестве клинической модели исследования СФ (медико-психолого-социологическое исследование влияния социальной стигматизации—отдельная задача) была выбрана клиническая модель—больные эпилепсией. Именно у этой категории больных проблемы социального функционирования и жизнедеятельности реально определяют качество жизни, с учетом влияния социально стигматизирующих факторов [14; 28; 37]. В данном исследовании речь идет о больных преимущественно височной эпилепсией с относительно редкими проявлениями пароксизмальной активности; их клинические характеристики отражены в ранее опубликованных работах [9; 14 и др.].

КЖ пациентов определялось с помощью клинико-психологического метода и отражало ведущие фрустрирующие обстоятельства для больных: диагноз «эпилепсия», тревожное ожидание пароксизмальных эпизодов, необходимость специализированной терапии и, главное—социальные ограничения (социальная стигматизация, исторически утвердившаяся в социуме по отношению к этой группе больных), особенно личностно значимые для больных.

Личностный смысл болезни или сознание болезни для большинства больных ассоциируется с отношением к ним социума, не всегда обоснованным ограничением их социальной активности и независимости от ближайшего социального окружения (речь идет о взрослых пациентах диспансерного учета). Для наблюдавшихся больных диагноз «эпилепсия» является более значимым социально-фрустрирующим фактором, чем клинические проявления болезни. Несмотря на адекватное лечение, редукцию (а в ряде случаев и полное прекращение) пароксизмальных проявлений, значительная часть больных испытывала тревогу и страх их возврата. В межпароксизмальный период больные отмечали эпизоды аффективно окрашенных переживаний тревожного и депрессивного характера. Указанные расстройства, по мнению ряда авторов, считаются патогномичными для больных, в частности височной эпилепсией [27]. В обобщенном плане наиболее актуальными социально-фрустрирующими факторами для больных являлись проблемы с трудоустройством, созданием семьи, занятиями спортом и другие личностно значимые трудности. Вместе с тем больные убеждены в том, что социальная поддержка и понимание их проблем обеспечит им ситуацию большей защищенности и интегрированности в социум. Все сказанное показывает необходимость выявления и оценки патогенного влияния социально-фрустрирующих факторов, в том числе, в целях вторичной психопрофилактики и коррекции стигматизации. Таким образом, уже только клинико-психологически ориентированный опрос больных эпилепсией позволяет получить информацию о психологической структуре отношений, сформировавшихся у больных

под влиянием стрессогенной ситуации болезни и вызванных ею личностно-значимых для больных социальных ограничений — потенциально-го или реального влияния в медицинском и социальном планах психогенных факторов психической дезадаптации. Оценка степени их выраженности и субъективной значимости, влияние индивидуально-личностных параметров, как уже говорилось — задача многомерной психологической диагностики.

Например, анализ 1073 историй болезни больных эпилепсией — контингента диспансерного наблюдения* — показал, что в целом уровень СФ составляет $2,6 \pm 0,1$ балла — умеренно выраженный. Но вместе с тем выявлены достоверные различия по отдельным субшкалам методики УСФ [7]. Наиболее выраженными экстернальными факторами-фрустраторами являются: неудовлетворенность здоровьем, социальным статусом и социально-экономическим положением [12, 14]. В качестве жизненных ценностей интеллектуально сохраняемые больные выделяют интересную работу, устойчивое социальное положение, материальное благополучие, надежную социальную поддержку, при том что стремление следовать социальным нормам, «гиперсоциальность», как полагают респонденты, блокируется не только диагнозом «эпилепсия», но и многими социальными ограничениями, препятствующими самоэффективности и социальной независимости. Возможно, что в этом случае влияют изменения личности больных по «органическому» типу, например психическая ригидность, которая может быть и преморбидной характеристикой [23; 27; 37; 38]. Наиболее высокие баллы по методике УСФ выявлены у больных с судорожными пароксизмами: этот контингент в наибольшей степени фрустрирован состоянием здоровья и дисгармоничными отношениями. Именно у этой категории больных самый низкий индекс КЖ по методике ВОЗ КЖ-100 [28].

Об изменениях в аффективной сфере больных в межпароксизмальном периоде свидетельствуют результаты экспресс-диагностики по методике «Интегративный тест тревожности». Доминировали расстройства тревожного спектра, патогномичные для больных височной эпилепсией с преимущественно правополушарной локализацией очагов ирритации [14; 23; 27; 38]. Наиболее высокий уровень СФ наблюдался и у больных с последствиями черепно-мозговой травмы [23].

По результатам субъективного шкалирования видно, что отношения с родными и ближайшим социальным окружением больные оценивают как «хорошие». Таким образом, по результатам скринингового исследования больных эпилепсией, отличающихся сложной полиморфной симптоматикой, можно считать обобщенной адекватной клинической моделью для оценки влияния социально-психологических факторов-фрустраторов (включая и феномен со-

циальной стигматизации) на формирование риска расстройств психической адаптации, но с учетом индивидуально-личностных параметров и характера церебральной патологии, локализации очагов, своеобразия клинической картины болезни, возраста пациентов, длительности заболевания и других факторов.

Следует подчеркнуть, что адаптивный потенциал личности (личностные ресурсы), как показывают многомерные исследования [8; 14; 37; 38], может быть достаточно сохраненным для адекватного социального функционирования в том случае, если не выявляются отчетливые проявления когнитивной недостаточности, эмоциональной нестабильности и поведенческих отклонений в межпароксизмальном периоде.

В случаях относительной сохранности адаптационного потенциала личности, ценностного сознания и устойчивой позитивной самооценки проявления СФ могут носить характер слабоструктурированных пограничных нервно-психических расстройств с доминированием аффективно-поведенческих симптомов [10; 14; 23; 27]. В силу клинических и психосоциальных условий, особое значение для больных эпилепсией приобретают социально-фрустрирующие обстоятельства, преодоление которых требует включения конструктивных механизмов совладающего со стрессом болезни поведения [1; 26]. Например, к дестабилизирующим факторам следует отнести и социальную стигматизацию, которую определяет диагноз «эпилепсия» и о которой уже говорилось в ее социальном контексте. Стигматизация, точнее стигматизированный характер восприятия болезни в социуме, является несомненно психотравмирующим фактором для больных эпилепсией. Он определяет структуру внутренней картины болезни, то есть комплекс ощущений и переживаний больных, личностно обусловленных оценкой перспектив социального функционирования в ситуации хронического стресса; снижает самооценку больных, потенцирует развитие расстройств в коммуникативной сфере и препятствует адекватной социальной интеграции подчас в большей степени, чем тяжесть заболевания [29].

К психологическим ресурсам личности больных эпилепсией, по данным методики УСФ и тесту межличностных отношений [33], условно можно отнести относительную сохранность духовной сферы и стремления к социальной независимости. Эти факторы оцениваются больными как вполне благополучные, так же как система межличностных отношений, работоспособность, потребность в общении со значимым социальным окружением**.

Таким образом, утверждение биопсихосоциальной модели в медицинской психодиагностике акцентирует внимание специалистов на проблемах: «личность-болезнь» и «болезнь-личность» [15-19]. Эти тенденции определяют и развитие

* Диссертационное исследование А.А. Стародумова (1999), выполненное под руководством проф. Л.И. Вассермана и В.И. Багаева

** Отмеченные факты — результат скрининговых исследований; их детальный анализ приводится в литературных источниках этой статьи.

концепции связанного со здоровьем качества жизни (КЖ). Определение КЖ как субъективной меры благополучия, предложенное ВОЗ [6; 31], носит, на наш взгляд, более социологический смысл. Представляется, что КЖ более адекватно рассматривать как относительно устойчивый личностный конструкт — совокупность переживаний человека (здорового или больного), связанных с индивидуальной ценностью здоровья, механизмами формирования устойчивой системы психической адаптации (в том числе к болезни) [16]. КЖ с междисциплинарных позиций можно рассматривать и как интегративную характеристику системы отношений личности, а, следовательно, как биопсихосоциальную систему адаптивно-компенсаторных механизмов личности. Эти механизмы строго индивидуальны, зависят от множества переменных, как психосоциальных, так и индивидуально-личностных, фундаментально влияющих на процессы адаптации к болезни как ситуации хронического стресса или кризиса. Если речь идет о психосоциальных факторах дестабилизации состояния здоровья, развитии (или обострении) коморбидных состояний, например аффективных расстройств различного спектра [27], то условно можно говорить и об эффекте влияния социальной стигматизации и самостигматизации, влияние которых на адаптивные механизмы личности требует содержательной психологической квалификации этого по сути социологического явления.

Анализ факторов социальной фрустрированности в их атрибутивных характеристиках не решает конструктивно проблему атрибуции стигматизированности.

Ю.А. Александровский [2], говоря о социально-стрессовых расстройствах, считает их следствием психотравмирующего, потенциально деструктивного для личности влияния социально-средового окружения, в котором важное значение отводится так называемым «гарантам» социальной поддержки, особенно у контингента риска с уже имеющимся негативным опытом интеграции в соци-

уме, например в ситуации одиночества, социальной изоляции [12; 18; 24; 43 и др.]. Показано, что социально-коммуникативные характеристики в условиях низкой прогнозируемости улучшения связанного со здоровьем КЖ создают предпосылки для формирования низкого уровня субъективного контроля личности, например, неконструктивных копинг-стратегий, аффективной неустойчивости, враждебности, агрессивности. Эти характеристики проявляются в сфере межличностных отношений и определяют, в известной мере, СФ и стигматизацию как факторы риска развития клинически более отчетливых дезадаптивных тенденций.

Как уже говорилось, анализ и оценка патогенной значимости социально-средовых факторов проводится преимущественно на основании совокупности информации, полученной клинико-психологическим методом.

Но индивидуально-личностные характеристики во всей сложности их структурно-функциональной организации, с нашей точки зрения, не являются в полной мере социально-дифференцирующими для оценки патогенетической (социогенетической) значимости СФ как целостного личностного конструкта. Подчеркивая необходимость выделять и содержательно квалифицировать атрибутивные критерии экстерналиной и интерналиной СФ, например, в процессе диспансеризации лиц с напряженной профессиональной деятельностью, следует рассматривать СФ в соотношениях с социологическими по существу факторами [35; 36] — социальной стигматизацией (у лиц или групп соответствующей категории) — как необходимый элемент многомерной медико-психосоциальной диагностики, анализ результатов которой необходим для психо-социотерапевтического сопровождения в системе клинической и профилактической медицины, а также социальной психологии здоровья.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература/References

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь. 2004. Ababkov V.A., Perre M. *Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii*. SPb.: Rech'. 2004. (In Russ.)
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина. 2000. Aleksandrovskii Yu.A. *Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva*. M.: Meditsina; 2000. (In Russ.)
3. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. СПб.: Питер. 2001. Anan'ev B.G. *Chelovek kak predmet poznaniya*. SPb.: Piter. 2001. (In Russ.)
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. М.: Наука. 1988. Berezin F.B. *Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka*. M.: Nauka. 1988. (In Russ.)
5. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. Центр раз. комп. психодиагн. «Адаптест». 1997. Bizyuk A.P., Vasserman L.I., Iovlev B.V. *Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT)*. SPb.: Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva. Tsentr raz. komp. psikhodiagn. «Adaptest». 1997. (In Russ.)
6. Бурковский Г.В., Кабанов М.М., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Методология и проблемы создания и использова-

- ния измерительных инструментов качества жизни психически больных. Сб. науч. трудов. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 2001; 137:80-93.
Burkovskii G.V., Kabanov M.M., Kotsyubinskii A.P., Levchenko E.V., Lomachenkov A.S. Metodologiya i problemy sozdaniya i ispol'zovaniya izmeritel'nykh instrumentov kachestva zhizni psikhicheski bol'nykh. Sb. nauch. trudov. SPb.: Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva. 2001; 137:80-93. (In Russ.)
7. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1995; 2:73-79. Vasserman L.I. Psychodiagnostic scale for assessing the level of social frustration. Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 1995; 2:73-79. (In Russ.)
 8. Вассерман Л.И. Структура и механизмы нарушений психических функций и личности у больных фокальной эпилепсией: Автореф. дис.. докт. мед. наук. Л. 1989. Vasserman L.I. Struktura i mekhanizmu narusheniï psikhicheskikh funktsii i lichnosti u bol'nykh fokal'noi epilepsiei: Avtooref. dis.. dokt. med. nauk. L. 1989. (In Russ.)
 9. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова (Дубинина) Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учебно-методическое пособие. СПб.: Речь. 2010. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Sovladanie so stressom: teoriya i psikhodiagnostika: uchebno-metodicheskoe posobie. SPb.: Rech'. 2010. (In Russ.)
 10. Вассерман Л.И., Беребин М.А. Социальная фрустрированность и ее роль в генезе психической адаптации. Обзорение психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1997; 1:12. Vasserman L.I., Berebin M.A. Social frustration and its role in the genesis of mental adaptation. Obzrenie psikhiiatr. i med. psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 1997; 1:12. (In Russ.)
 11. Вассерман Л.И., Беребин М.А. Факторы риска психической дезадаптации у педагогов массовых школ: Пособие для врачей и психологов. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 1997. Vasserman L.I., Berebin M.A. Faktory riska psikhicheskoi dezadaptatsii u pedagogov massovykh shkol: Posobie dlya vrachei i psikhologov. SPb.: Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva. 1997. (In Russ.)
 12. Вассерман Л.И., Дубинина (Трифопова) Е.А. Социальный стресс и здоровье. В кн.: Руководство по психологии здоровья. Под ред. А.Ш. Тхостова, Е.И. Рассказовой. М.: Издательство Московского университета. 2019. Vasserman L.I., Dubinina (Trifonova) E.A. Sotsial'nyi stress i zdorov'e. V kn.: Rukovodstvo po psikhologii zdorov'ya. Pod red. A.Sh. Tkhostova, E.I. Rasskazovoi. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta. 2019. (In Russ.)
 13. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности. Методические рекомендации. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 2004. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Berebin M.A. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki urovnya sotsial'noi frustrirovannosti. Metodicheskie rekomendatsii. SPb.: Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva. 2004. (In Russ.)
 14. Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией. Методическое пособие. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 2008. Vasserman L.I., Mikhailov V.A., Tabulina S.D. Psikhologicheskaya struktura kachestva zhizni bol'nykh epilepsiei. Metodicheskoe posobie. SPb.: Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva. 2008. (In Russ.)
 15. Вассерман Л.И., Никифорова Е.А., Чугунов Д.Н., Дубинина (Трифопова) Е.А. Социальный стресс, психическая адаптация и психодиагностика личности. Матер. межд. конф. Ананьевские чтения. 2019. Vasserman L.I., Nikiforova E.A., Chuginov D.N., Dubinina (Trifonova) E.A. Sotsial'nyi stress, psikhicheskaya adaptatsiya i psikhodiagnostika lichnosti. Mater. mezhd. konf. Anan'evskie chteniya. 2019. (In Russ.)
 16. Вассерман Л.И., Трифонова (Дубинина) Е.А. Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание личности. Сибирский психологический журнал. 2011; 40:129-135. Vasserman L.I., Trifonova (Dubinina) E.A. Humanistic psychology, quality of life, and value consciousness of the personality. Sibirskii psikhologicheskii zhurnal. 2011; 40: 129-135. (In Russ.)
 17. Вассерман Л.И., Трифонова (Дубинина) Е.А. Социально-психологические факторы в формировании сферы здоровья личности. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012; 3:3-8. Vasserman L.I., Trifonova (Dubinina) E.A. Socio-psychological factors influencing individual health. Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2012; 3:3-8. (In Russ.)
 18. Вассерман Л.И., Чугунов Д.Н., Никифорова Е.А. Социально-психологические факторы в системных механизмах личности при мотивированной профессиональной деятельности. Матер. межд. конф. Ананьевские чтения. 2020. Vasserman L.I., Chuginov D.N., Nikiforova E.A. Sotsial'no-psikhologicheskii faktory v sistemnykh mekhanizmax lichnosti pri motivirovannoi professional'noi deyatelnosti. Mater. mezhd. konf. Anan'evskie chteniya. 2020. (In Russ.)
 19. Вассерман Л.И., Шамрей В.К., Марченко А.А., Новожилова М.Ю. Психосоциальные факторы

- как предикторы нарушений психической адаптации у лиц, занятых стрессогенной профессиональной деятельностью. *Сибирский психологический журнал*. 2008; 29:47-52.
Vasserman LI, Shamrei VK, Marchenko AA, Novozhilova MYu. Psychosocial factors as predicates of psychical adaptation disturbances of persons with stress-related professional activity. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal*. 2008; 29:47-52. (In Russ.)
20. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. М.: Академия. 2003.
Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Meditsinskaya psikhodiagnostika: Teoriya, praktika i obuchenie. M.: Academia. 2003. (In Russ.)
 21. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., Дубинина Е.А. Медицинская психодиагностика: современная методология исследования и интеграционные процессы в психологии и медицине. *Медицинская психология в России*. 2014; 4:2-2.
Vasserman LI, Shchelkova O.Yu, Dubinina EA. Medical psychodiagnostics: modern research methodology and integration processes in psychology and medicine. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2014; 4:2-2. (In Russ.)
 22. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья: Автореф. дис. докт. мед. наук. СПб. 1997.
Gurvich I.N. Sotsial'naya psikhologiya zdorov'ya: Avtoref. dis. dokt. med. nauk. SPb. 1997. (In Russ.)
 23. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. М.: Бинном. 2006.
Dobrokhotova T.A. Neiropsikhiatriya. M.: Binom. 2006. (In Russ.)
 24. Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2000; 100(7):59-64.
Enikolopov SN, Sadovskaya AV. Hostility and the problem of human health. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2000; 100(7): 59-64. (In Russ.)
 25. Залевский Г.В. Дифференциальная диагностика психической ригидности при основных нервно-психических расстройствах: методические рекомендации. Томск: Том. гос. ун-т. 1987.
Zalevskii G.V. Differentsial'naya diagnostika psikhicheskoi rigidnosti pri osnovnykh nervno-psikhicheskikh rasstroistvakh: metodicheskie rekomendatsii. Tomsk: Tom. gos. un-t. 1987. (In Russ.)
 26. Исаева Е.Р. Механизмы психологической адаптации личности: современные подходы к исследованию копинга и психологической защиты. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология*. 2008; 2:40-46.
Isaeva ER. The mechanisms of psychological adaptation of the personality: modern approaches to the study of coping and psychological defense. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Sotsiologiya*. 2008; 2:40-46. (In Russ.)
 27. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина. 2011.
Krasnov V.N. Rasstroistva affektivnogo spektra. M.: Prakticheskaya meditsina. 2011. (In Russ.)
 28. Михайлов В.А. Эпилепсия: стигматизация, качество жизни и реабилитация больных. *Неврологический вестник*. 2007; 39(3):135-136.
Mikhailov VA. Epilepsy: stigmatization, quality of life and rehabilitation of patients. *Nevrologicheskii vestnik*. 2007; 39(3):135-136. (In Russ.)
 29. Мясищев В.Н. Проблемы личности в психологии и медицине. Сб. науч. тр.: Актуальные вопросы медицинской психологии. Л. 1974.
Myasishchev V.N. Problemy lichnosti v psikhologii i meditsine. Sb. nauch. tr.: Aktual'nye voprosy meditsinskoj psikhologii. L.; 1974. (In Russ.)
 30. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П., Школа В.М. Бехтерева: от психоневрологической к биопсихосоциальной парадигме. СПб.: Издательство ВВМ. 2007.
Neznanov N.G., Akimenko M.A., Kotsyubinskii A.P. Shkola V.M. Bekhtereva: ot psikhonevrologicheskoi k biopsikhosotsialnoi paradigme. SPb.: Izdatel'stvo VVM. 2007. (In Russ.)
 31. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: Учебное пособие для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2004.
Novik A.A., Ionova T.I. Issledovanie kachestva zhizni v meditsine: Uchebnoe posobie dlya vuzov. M.: GEOTAR-Media. 2004. (In Russ.)
 32. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. Под ред. Л.И. Вассермана, О.Ю. Щелковой. СПб.: Скифия-принт. 2014.
Psikhologicheskaya diagnostika rasstroistv emotsionalnoi sfery i lichnosti: Kollekt. monogr. Pod red. L.I. Vassermana, O.Yu. Shchelkovoi. SPb.: Skifiya-print. 2014. (In Russ.)
 33. Червинская К.Р., Щелкова О.Ю. Медицинская психология и инженерия знаний. СПб.: Академия. 2002.
Chervinskaya K.R., Shchelkova O.Yu. Meditsinskaya psikhologiya i inzheneriya znanii. SPb.: Akademiya. 2002. (In Russ.)
 34. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине (системное исследование): Автореферат дис. д. пс. н. СПб. 2009.
Shchelkova O.Yu. Psikhologicheskaya diagnostika v meditsine (sistemnoe issledovanie): Avtoreferat dis... d. ps. n. SPb. 2009. (In Russ.)
 35. Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *J Soc Work Values Ethics*. 2011; 8(2):41-416.
 36. Ben-Zeev D, Young MA, Corrigan PW. DSM-V and the stigma of mental illness. *J Ment Heal*. 2010; 19(4):318-327.
 37. Browne T, Holmes G, eds. *Handbook of Epilepsy*. 3rd ed. NY: Lippincott Williams and Wilkins. 2004.
 38. Goffman, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall. 1963.

39. Goldstein LH. Neuropsychological assessment. In: Goldstein LH, Cull C, eds. *The clinical psychologist's handbook of epilepsy. Assessment and management*. London; NY. 1997: 18-34.
40. Link BG. On the Etiologic Role of Stressful Life-Change Events. *J Health Soc Behav*. 1978; 19(3):343-345. doi:10.2307/2136568
41. Mikhailov VA, Wasserman LI, Sinyakova AV. Stigmatization and quality of life in patients with epilepsy. *International Journal of Mental Health*; 2004; 33(3): 6-10.
42. Scambler G. Stigma and disease: changing paradigms. *Lancet (London, England)*. 1998; 352(9133):1054—1055. doi:10.1016/s0140-6736(98)08068-4
43. Taylor SE et al. Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals-New York Academy of Sciences*. 1999; 896:210-225.
44. WHO, IFRC and UNICEF. *Social Stigma associated with COVID-19: A guide to preventing and addressing social stigma*. 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-stigma-guide.pdf>

Поступила 26.03.2021

Received 26.03.2021

Принята в печать 16.08.2021

Accepted 16.08.2021

Дата публикации 30.09.2021

Date of publication 30.09.2021