

УДК 616.895.8-008.441.45-036:159.923

*Абрамов В.Ал.***СООТНОШЕНИЕ УРОВНЕЙ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ И НЕГАТИВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: самостигма, психопатологические симптомы, личность, шизофрения

Стигматизация лиц с психическими расстройствами, как выделение индивидуума из общества по каким-либо субъективно негативным признакам в мире возникла одна из первых, когда психическое расстройство рассматривалось как наказание за грехи [1,2,3]. В настоящее время стигматизация при психических расстройствах препятствуют оптимальной социальной адаптации и снижают качество жизни лиц с психическими расстройствами [4]. Пациенты, больные шизофренией часто подвергаются стигматизации со стороны родственников, супругов, друзей и коллег, чем больные диабетом. Они предвидят стигматизирующее отношение и пред почитают скрывать свою болезнь [5]. Наряду с пациентами, стигматизации подвергаются и родственники больных психозами [5,6]. Немаловажное значение в этом аспекте играет и самостигматизация, так лица с психическими расстройствами, аналогично представителям населения [7,8] высказывают негативное мнение относительно психически больных [9]. Пациенты с психическими расстройствами чувствуют себя наиболее стигматизированными в сфере работы и профессиональной занятости [10].

Самостигма - это переживание пациентом собственной неполноценности, низкой самоэффективности и социальной некомпетентности в связи с инетриоризацией и деструктивной личностной проработкой своего статуса "психически больного". В основе внутренней

стигмы лежит процесс утраты личностью своей идентичности и ресурсов совладания с жизненными трудностями. Тягостные субъективные переживания нарушения целостности личности имеют в феноменологически-содержательном плане много общего с характерной для больных шизофренией дефицитарной (негативной) симптоматикой. Показано, в частности, что такие психопатологические феномены как апатия, социально-когнитивный дефицит, социальная отгороженность, ангедония могут быть не только признаками собственно процессуального дефекта, но и являться проявлением самостигматизации. Это делает актуальной и прогностически востребованной концепцию W. Carpenter и соавт. [11] о разделении негативных симптомов на первичные (связанные с болезнью) и вторичные, связанные в том числе со стигматизацией, госпитализмом и другими средовыми факторами.

Сходство проявлений негативной симптоматики и последствий самостигматизации определяет необходимость разделения этих состояний для адекватного прогнозирования течения заболевания и разработки лечебных и социо-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: оценить взаимосвязь наличия негативных психопатологических симптомов с уровнями самостигматизации у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Материал и методы исследования

Было обследовано 120 больных параноидной шизофренией в возрасте от 21 до 43 лет. В основную группу (80 чел.) вошли больные с длительностью заболевания от 3-х до 10 лет; в группу сравнения (40 чел.) – пациенты, перенесшие первый эпизод психоза. Сравнимые группы

были репрезентативными по гендерно-возрастным и клиническим признакам.

Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации изучались с помощью оригинальной шкалы для оценки уровня самостигматизации [12], предназначенной для оцен-

ки отношения пациента к своему статусу психиатрического пациента, с учетом отношения к самому себе, возможности участия в различных сферах жизнедеятельности, реальных взаимоотношений с окружающими, жизненных планов и возможности их осуществления.

Шкала состоит из 84 утверждений, затрагивающих 12 общечеловеческих ценностей или сфер жизнедеятельности человека [13]. Ответы пациента ("правильно", "сомневаюсь", "неправильно") оценивались от 0 до 2 баллов. Ранжирование ответов проводилось следующим образом: 1-56 баллов - низкий уровень самостигматизации; 57-111 - средний уровень и 112-168 баллов - высокий уровень самостигмы. Самостигматизация оценивалась в целом, а также в личностных и социальных сферах жизнедеятельности. Возможность интерпретации субъективных оценок пациентов с точки зрения их стигматизационной направленности обеспечивалась предъявлениями суждений, по своему контексту непосредственно связанных с психическим расстройством пациента и причиняемыми им страданиями.

Для оценки негативной психопатологической симптоматики использовалась клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативной психопатологической симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS). Шкала была создана N.Andreasen в 1982 году [14] и предназначена для количественной и структурной оценки симптомов, проявляющихся в снижении или отсутствии существующего в норме психического феномена.

SANS состоит из 5 симптомов (субшкал), оцениваемых по 25 признакам: обеднение мимики, снижение спонтанной подвижности, обеднение выразительности моторики, избегание контакта взглядом, уплощение аффекта, неадекватность аффекта (паратимии), монотонность, снижение выразительности речи, субъективное ощущение потери эмоций, нарушения речи, обеднение словарного запаса, обеднение тематики разговора, обрывы мыслей, ответы с задержкой, субъективная оценка нарушений речи, уход за собой, снижение продуктивности, в работе или учебе, снижение физического энергетического потенциала, субъективная оценка апато-абулических нарушений, асоциальность, активность свободного времени, сексуальные интересы, способность чувствовать интимность и близость, отношения с родными и коллегами (аутизм), субъективное осознание ангедонии-асоциальности, невнимательность в контакте, невнимательность при психическом тестировании, субъективное восприятие снижения концентрации внимания. Каждый из признаков оценивается по степени тяжести от 0 до 5.

Перечисленные признаки группируются в субшкалы: уплощение и ригидность аффекта (1-8), нарушения речи (9-13), апато-абулические расстройства (14-17), ангедония-асоциальность (18-22), внимание (23-25).

Метод математической обработки результатов включал использование статистических методов анализа с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 12.6» (StatSoft) на IBM PC/AT.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируя полученные в ходе исследования результаты было выявлено, что в основной груп-

пе у 12 (15,0%) пациентов определялся высокий уровень самостигматизации (таб.1).

Таблица 1

Распределение больных шизофренией по уровню самостигматизации в зависимости от длительности заболевания

Уровень самостигматизации	Основная группа (N=80)		Группа сравнения (N=40)	
	Абс.	%	Абс.	%
Высокий	12	15,0	0	0
Средний	44	55,0	7	17,5
Низкий	24	30,0	33	82,5

Высокий уровень самостигматизации (СС) проявлялся деструктивным кризисом идентичности. Для таких больных были характерны

обесценивание их собственной личности, снижение самооценки, самоуважения, самоэффективности, а также переживания отчуждения, уязви-

мости, и собственной несостоятельности, и некомпетентности. У данных пациентов имело место отсутствие четко поставленных целей, ценностей и убеждений, их отношения с окружающими классифицировались как холодные, дистанцированные, без принятия попыток к их восстановлению. Страдая от отсутствия чувства идентичности, данные больные переживали ряд негативных состояний, таких как пессимизм, апатию, отчуждение, элементы беспомощности и безнадежности, отсутствие понимания своих чувств и желаний, потерю самоуважения и самооэффективности.

У 44-х (55,0%) пациентов основной группы был выявлен средний уровень самостигматизации. Он характеризовался диссоциативно-фрагментарной дезинтеграцией идентичности, чьей особенностью которой было наличие у пациента эмоционально-мотивационного напряжения с переживаниями высокой субъективной значимости психиатрического диагноза и многочисленных рисков для дальнейшей собственной жизнедеятельности, угрозы существенного снижения качества жизни и дискриминации. Таким пациентам была присуща готовность к категориальной идентификации на «больных» и «здоровых», к деидентификации от психически здоровых людей в личностной и социальной сферах, исходной готовностью категории «Я — психически больной». У данных испытуемых отмечалась слабая структурированность образа Я и его границ с заниженной и неадекватной самооценкой, выраженная озабоченность своим положением в обществе и перспективой дальнейшей «жизни с болезнью», снижение социальной активности.

Низкий уровень самостигматизации был выявлен у 24 (30,0%) респондентов основной группы и характеризовался осознанием и принятием негативной идентификации больных с психическими расстройствами на фоне целостно-дифференцированного уровня интеграции собственной идентичности. На данном этапе развития феномена самостигматизации, у пациента формируется внутреннее согласие и принятие негативного контекста стереотипов по отношению к психически больным (недостойный, ничего не стоящий, неспособный достигать конкретных жизненных целей), убеждение в их правдивости и реалистичности. Определяется наличие тревожных ожиданий, относящихся к себе и своей дальнейшей жизнедеятельности.

Для больных группы сравнения результаты

распределились следующим образом: у 7 (17,5%) испытуемых определялся средний уровень самостигматизации, у 33 (82,5%) обследованных — низкий, высокий уровень самостигматизации у пациентов данной группы не определялся.

Следующим этапом исследования было выявление дефицитарных симптомов у больных сравниваемых групп.

В основной группе больных в структуре дефицитарных расстройств наиболее выраженным оказался усредненный показатель «ангедония-асоциальность» ($4,20 \pm 0,39$ балла), что соответствует выраженному снижению интересов и активности при проведении досуга, специальных интересов и активности, способности устанавливать тесные и близкие отношения, в том числе с членами семьи, ограничение связей с друзьями и коллегами. Нарушения, классифицируемые как «алогия» ($3,39 \pm 0,31$ балла) и «абулия-апатия» ($3,31 \pm 0,28$ балла) характеризовались средней степенью выраженности таких признаков как бедность речи, содержание речевой продукции, остановка мыслей, задержка ответов, неопрятность в одежде, недостаточность гигиенических навыков, недостаточная настойчивость в труде и учебе, физическая анегрия. Показатели аффективного уплощения ($2,83 \pm 0,27$) и нарушения внимания ($2,43 \pm 0,23$ балла) соответствовали легкой степени выраженности этих симптомов. Средние значения выраженности дефицитарных симптомов и их структурный спектр представлены в таблице 2.

В группе сравнения по всем показателям шкалы SANS выявленные нарушения не превышали уровня легкой степени выраженности (от $2,0 \pm 0,19$ до $2,46 \pm 0,23$ балла). В целом, с высоким уровнем достоверности ($p < 0,01$) можно утверждать, что и по показателям выраженности отдельных симптомов (алогия, апатия-абулия, ангедонии-асоциальности), и по сумме баллов глобальных оценок ($65,0 \pm 4,28$ и $44,24 \pm 3,71$ баллов), и по общей сумме баллов больные основной группы характеризовались большей выраженностью негативных симптомов, чем больные с первым эпизодом шизофрении. Распределение больных шизофренией по степени выраженности негативных симптомов приведено в табл.4. В целом, если в основной группе количество больных с высокой и средней степенью выраженности негативных симптомов составило 74 человека (92,5%), то в группе сравнения таких больных оказалось 16 (40,0%).

Средние значения выраженности дефицитарных симптомов у больных шизофренией с различной длительностью заболевания

	Признаки	Выраженность симптомов		Р
		Основная группа	Группа сравнения	
1	Застывшее выражение лица	3,1±0,3	2,34±0,26	>0,01
2	Снижение спонтанных движений	2,86±0,24	2,41±0,19	>0,01
3	Бедность экспрессивных жестов	2,56±0,19	2,36±0,21	>0,01
4	Бедность зрительного контакта	2,34±0,21	2,11±0,17	>0,01
5	Эмоциональная (аффективная) бедность	3,4±0,31	2,85±0,24	>0,01
6	Неадекватный аффект	2,7±0,27	2,65±0,22	>0,05
7	Недостаточность речевых интонаций	2,86±0,24	2,56±0,24	>0,05
8	Глобальная оценка аффективного уплощения	19,82±1,7	17,28±1,62	>0,01
9	Бедность речи	3,21±0,28	1,8±0,11	<0,01
10	Бедность содержания речевой продукции	3,74±0,31	2,2±0,14	<0,01
11	Остановки (блокировки, обрывы мыслей)	2,81±0,24	1,9±0,13	<0,01
12	Задержка ответов	3,8±0,33	2,2±0,17	<0,01
13	Глобальная оценка алогии	13,56±1,36	8,1±0,64	<0,01
14	Неопрятность в одежде	3,11±0,28	2,1±0,18	<0,01
15	Недостаток настойчивости в труде и учебе	3,28±0,34	1,8±0,14	<0,05
16	Физическая анергия	3,56±0,27	2,1±0,18	<0,01
17	Глобальная оценка абулии-апатии	9,95±0,84	6,0±0,58	<0,01
18	Снижение интересов и активности	3,86±0,36	2,14±0,14	<0,01
19	Сексуальные интересы и активность	4,38±0,41	2,34±0,28	<0,01
20	Способность к интимным чувствам и близости	4,21±0,44	1,94±0,19	<0,01
21	Отношения с друзьями и коллегами	4,36±0,4	2,3±0,27	<0,01
22	Глобальная оценка ангедонии-асоциальности	16,81±1,41	8,72±0,66	<0,05
23	Нарушения внимания при социальной активности	2,86±0,24	2,34±0,28	>0,01
24	Нарушение внимания при тестировании	2,0±0,19	1,8±0,14	>0,01
25	Глобальная оценка нарушений внимания	4,86±0,46	4,14±0,43	>0,01
Сумма баллов глобальных оценок		65,0±4,28	44,24±3,71	<0,01
Общая сумма баллов		65,0±4,28	44,24±3,71	<0,05

Структурный спектр и усреднённые показатели выраженности негативных симптомов в сравниваемых группах больных

Симптомы	Усредненный показатель выраженности симптомов		P
	Основная группа	Группа сравнения	
Аффективное уплощение	2,83±0,27	2,46±0,23	>0,05
Алогия (бедность речевой продукции)	3,39±0,31	2,0±0,19	<0,05
Абулия-апатия	3,31±0,28	2,0±0,18	<0,05
Ангедония-асоциальность	4,20±0,39	2,18±0,24	<0,05
Нарушение внимания	2,43±0,23	2,07±0,2	>0,05

В соответствии с задачами настоящего исследования, был проведен анализ соотношения степени выраженности негативных симптомов, ассоциируемых с длительностью заболевания и уровнем самостигматизации больных. Было установлено, что в основной группе больных высокой степени выраженности негативной симптоматики у

81,7% больных соответствовал высокий или средний уровень самостигматизации. В группе сравнения даже при высоких показателях выраженности негативных расстройств высоких показателей СС не обнаруживалось, а у 87,5% больных не резко выраженным негативным симптомам соответствовали низкие показатели СС (табл. 5).

Таблица 4

Распределение больных шизофренией с различной длительностью заболевания по степени выраженности негативных симптомов (сумма баллов глобальных оценок SANS)

Степень выраженности симптомов	Количество больных		P
	Основная группа	Группа сравнения	
Низкая (до 30 баллов)	6 (7,5%)	24 (60,0%)	<0,01
Средняя (30-60 баллов)	26 (32,5%)	12 (30,0%)	>0,01
Высокая (свыше 60 баллов)	48 (60,0%)	4 (10,0%)	<0,01

Сопряженность выраженных негативных симптомов и значительных уровней СС, а также определенное их феноменологическое сходство у больных шизофренией с относительно длительными сроками заболевания, на наш взгляд, свидетельствуют о существенной роли деструктив-

ных личностных самостигматизационных реакций в формировании шизофренического дефекта. Это предположение подтверждается наличием не резко выраженных проявлений СС у больных с начальными проявлениями дефицитарных расстройств.

Таблица 5

Характеристика уровней самостигматизации больных шизофренией в зависимости от выраженности дефицитарных (негативных) симптомов (абс.;%)

Степень выраженности негативных симптомов	Уровень самостигматизации					
	Высокий		Средний		Низкий	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
Высокая (свыше 60 баллов)	9 (18,7)	-	31 (64,6)	2 (50,0)	8 (16,7)	2 (50,0)
Средняя (30-60 баллов)	3 (11,5)	-	9 (34,6)	2 (50,0)	14 (53,9)	10 (83,3)
Низкая (до 30 баллов)	-	-	4 (66,6)	3 (12,5)	2 (33,4)	4 (87,5)

Наиболее убедительно ассоциированность негативных симптомов и проявлений самостиг-

мы может быть показана на примере ангедонии, в частности, социальной ангедонии как ба-

зисного дефицитарного симптома шизофрении. Проведенное нами исследование позволило установить, что элементы "снижения или отсутствия переживаний удовольствия при выполнении различных социальных ролей" структурируют практически все стигматизирующие переживания больных. Поэтому ангедонию можно рассматривать не как исключительно "ядерный" симптом шизофрении, а как транснозологический феномен, как личностную, относительно стабильную черту, сформированную на фоне совокупности и постоянства стигматизирующих переживаний, приводящих к дефицитарности восприятия и переживания радости, удовольствия и

стимулов их вызывающих, к снижению способности испытывать положительные эмоции, падению интереса к различным видам деятельности и социальных взаимоотношений. В целом, общими чертами внутренней стигмы и негативных симптомов у больных шизофренией, с нашей точки зрения, являются: 1) дефицитарность психического функционирования; 2) феноменологически-структурная близость; 3) сопряженность с нарушениями социальной адаптации; 4) межличностный ракурс расстройств, затрагивающий уровень идентичности (Я-концепции) личности и различные составляющие личностного потенциала.

Абрамов В.Ал.

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЕЙ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ И НЕГАТИВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: самостигма, психопатологические симптомы, личность, шизофрения.

Тягостные субъективные переживания нарушения целостности личности имеют в феноменологически-содержательном плане много общего с характерной для больных шизофренией дефицитарной (негативной) симптоматикой. Показано, в частности, что такие психопатологические феномены как апатия, социально-когнитивный дефицит, социальная отгороженность, ангедония могут быть не только признаками собственно процессуального дефекта, но и являться проявлением самостигматизации. Это делает актуальной и прогностически востребованной концепцию W. Carpenter и соавт. о разделении негативных симптомов на первичные (связанные с болезнью) и вторичные, связанные в том числе со стигматизацией, госпитализмом и другими средовыми факторами.

Сходство проявлений негативной симптоматики и последствий самостигматизации определяет необходимость разделения этих состояний для адекватного прогнозирования течения заболевания и разработки лечебных и социально-реабилитационных мероприятий. В этой связи одной из задач настоящего исследования явилась оценка структурно-динамических особенностей самостигмы у больных шизофренией и ее взаимосвязь с выраженностью дефицитарной симптоматики.

Было обследовано 120 больных параноидной шизофренией в возрасте от 21 до 43 лет. В основную группу (80 чел.) вошли больные с длительностью заболевания от 3-х до 10 лет; в группу сравнения – пациенты, перенесшие первый эпизод психоза. Сравнимые группы были репрезентативными по гендерно-возрастным и клиническим признакам.

Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации изучались с помощью оригинальной шкалы для оценки уровня самостигматизации.

Для оценки негативной психопатологической симптоматики использовалась клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативной психопатологической симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS).

В соответствии с задачами настоящего исследования, было установлено, что в основной группе больных высокой степени выраженности негативной симптоматики у 81,7% больных соответствовал высокий или средний уровень самостигматизации. В группе сравнения даже при высоких показателях выраженности негативных расстройств высоких показателей самостигматизации не обнаруживалось, а у 87,5% больных не резко выраженным негативным симптомам соответствовали низкие показатели самостигматизации. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 52-58).

Abramov V. Al.

THE RATIO OF SELF-STIGMA AND NEGATIVE PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT DURATION OF THE DISEASE

Donetsk State Medical University, M. Gorky

Key words: self-stigma, psychopathological symptoms, personality, schizophrenia.

The painful subjective experiences of the violation of the integrity of the personality have, in the phenomenologically substantive plan, much in common with the deficit (negative) symptomatology characteristic of schizophrenic patients. It is shown, in particular, that such psychopathological phenomena as apathy, social-cognitive deficiency, social fence, anhedonia can be not only signs of the actual procedural defect, but also a manifestation of self-stigmatization. This makes the concept of W. Carpenter et al. Relevant and prognostically relevant. On the division of negative symptoms into primary (associated with the disease) and secondary, related, including stigma, hospitalism and other environmental factors.

The similarity of manifestations of negative symptoms and the effects of self-stigmatization determines the need to separate these conditions for adequate prognosis of the course of the disease and the development of therapeutic and socio-rehabilitation measures. In this regard, one of the objectives of this study was to evaluate the structural and dynamic features of self-stigma in patients with schizophrenia and its relationship to the severity of deficit symptoms.

120 patients with paranoid schizophrenia aged 21 to 43 years were examined. The main group (80 people) included patients with duration of the disease from 3 to 10 years; In the comparison group - patients who suffered the first episode of psychosis. The groups were representative of gender-age and clinical features.

The level and structural components of the process of self-stigmatization were studied using the original scale for assessing the level

of self-stigmatization.

To assess negative psychopathological symptoms, a clinical rating scale was used to assess the structure and severity of negative psychopathological symptoms (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS).

In accordance with the objectives of this study, it was found that in the main group of patients with a high degree of negative symptomatology, a high or medium level of self-stigmatization corresponded to 81.7% of patients. In the comparison group, even at high indices of severity of negative disorders, high self-stigmatization rates were not detected, and in 87.5% of patients, low self-stigmatization parameters corresponded to not pronounced negative symptoms. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 52-58).

Литература

1. Рукавишников В. О. Методические подходы к изучению общественного мнения о психиатрии [Текст] / В. О. Рукавишников, Т. П. Рукавишникова, А. Г. Бильжо // Социология в медицине. - 1990. - Вып. 2. - С. 23-26.
2. Рукавишников В. О. Проблемы психического здоровья населения и психиатрической помощи в советской печати [Текст] / В. О. Рукавишников, Т. П. Рукавишникова, А. Г. Бильжо // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1990. - № 11. - С. 110-114.
3. Dain N. Reflections on antipsychiatry and stigma in the history of American psychiatry / N. Dain // Hosp. Community Psychiatry. - 1994. - Vol. 45. - № 10. - P. 1010-1014.
4. Sartorius N. One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental / N. Sartorius // The image of madness / Dep. of Psychiatry; eds.: J. Guimon, W. Fischer, N. Sartorius. - Basle, 1999. - P. 96-105.
5. Lee S. Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong / S. Lee, M.Y. Chiu, A. Tsang // Soc. Sci. Med. - 2006. - Vol. 62. - № 7. - P. 1685-1696.
6. Phillips M.R. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China / M. R. Phillips [et al.] // Br. J. Psychiatry. - 2002. - Vol. 181. - P. 488-493.
7. Гурович И. Я. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления [Текст] / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. - Т. 13. - № 3. - С. 26-30.
8. Серебрянская Л. Я. Социальные представления о психически больных в контексте проблемы стигматизации [Текст] / Л. Я. Серебрянская // Журнал неврологии и психиатрии. - 2005. - № 3. - С. 47-54.
9. Гурович И. Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией [Текст] / И. Я. Гурович, Е. М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - Т. 9. - № 3. - С. 5-8.
10. Novak L. Antipsychotics side effects' influence on stigma of mental illness: focus group study results / L. Novak, V. Svab // Psychiatr. Danub. - 2009. - Vol. 21. - № 1. - P. 99-102.
11. Carpenter W.T. Treatment of negative symptoms. / W.T. Carpenter, D.W. Heinrichs Jr., L.D. Alphs // Schizophr Bull 11:440-452, 1985
12. Абрамов В.А. Методический комплекс для оценки стигматизирующих эффектов психиатрической помощи. / В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов, Г.Г. Путятин, И.В. Жигулина // Методические указания. – Донецк. – 2011. – 24с.
13. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. / Е.Б. Фанталова. – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2001. — 128с.
14. Andreasen N.C. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. Arch Gen Psychiat 1982; 39: 784-8.

Поступила в редакцию 19.04.2017