

УДК 616.895.8+615.851

*О.И. Осокина***ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ОСОЗНАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ШИЗОФРЕНИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: нарушение осознания психической болезни, шизофрения, продромальная стадия, психотическая стадия, психотерапевтическая коррекция

«Золотым стандартом» терапии психически больных является долгосрочное последовательное ведение пациента при минимизации обострений и достижении максимально возможного социального приспособления и качества жизни. Медикаментозная терапия является лишь частью общего подхода к лечению шизофрении. Сочетание биологической терапии с психотерапевтическим вмешательством, различная интенсивность использования отдельных методов на разных этапах заболевания – наиболее теоретически обоснованная лечебная стратегия шизофрении [1]. Целесообразным является назначение медикаментов и проведение психотерапевтических вмешательств одним и тем же лицом. Это помогает врачу-психиатру дифференцировать истинные побочные действия лекарств от жалоб, за которыми иногда скрываются проблемы или неосознаваемое желание больного саботировать лечение, а также лучше научить больного самостоятельному мониторингу дозы препарата [2].

В современной научной литературе и клинической практике при диагностике шизофрении особое внимание уделяется феномену нарушения осознания болезни, который выделяется в качестве патогномичного дифференциально-

диагностического критерия, отличающего шизофрению от многих других психических неблагополучий. По статистическим данным эпидемиологических исследований от 30 до 97% пациентов с шизофренией не осознают собственной болезни, что неблагоприятно сказывается на течении и прогнозе заболевания, затрудняет медикаментозное лечение пациентов, а также ограничивает возможности их социальной реабилитации [3]. Современное состояние проблемы осознания психической болезни при шизофрении характеризуется разрозненностью и противоречивостью накопленных эмпирических данных в рамках различных научных направлений и теорий. Это делает актуальным обобщение и теоретическое осмысление имеющихся данных в рамках клинко-диагностического подхода к изучению осознания психической болезни при шизофрении, а также разработку коррекционных мероприятий указанного феномена на разных стадиях болезненного процесса. Целью настоящей работы является разработка и апробация психокоррекционных мероприятий, направленных на повышение уровня осознания пациентами психического заболевания на ранних стадиях шизофрении.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 35 больных с первым психотическим приступом в структуре шизофрении, находящихся на стационарном лечении в отделении кризисных состояний Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка в возрасте от 17 до 35 лет. Среди обследованных лица мужского пола составили 65% (23 человека), лица женского пола – 35% (12 человек). В исследование не включались лица с органической мозговой дисфункцией. Терапевтическую группу составили 20 пациентов, получавших медикаментозную те-

рапию совместно с психотерапией, в группу сравнения вошли 15 клинически однородных с терапевтической группой пациентов, получавших только медикаментозное лечение, и не включенных в программу психотерапевтических мероприятий.

Диагностика нарушения осознания психической болезни и оценка эффективности комплекса лечебных и психокоррекционных мероприятий проводились при помощи клинического метода, а также экспериментально-психологического исследования с использованием адаптиро-

ванного варианта методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder), которая представляет собой полуструктурированное интервью и предлагает четкие критерии формализации качественных данных для количественной

оценки уровня осознания болезни. Данная методика позволяла оценивать осознание психической болезни, как в отношении актуальных переживаний, так и ретроспективно на продромальном этапе.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении экспериментально-психологического исследования до начала лечебных и психотерапевтических мероприятий у пациентов терапевтической группы усредненное значение общего среднего балла по методике SUMD составило $4,3 \pm 1,6$; в группе сравнения – $4,4 \pm 1,4$. Это свидетельствовало о том, что у всех обследованных нами пациентов в обеих группах отмечалось полностью нарушенное осознание психической болезни.

При проведении психотерапевтической работы, направленной на коррекцию осознания психической болезни на ранних стадиях шизофрении, нами были поставлены следующие задачи:

1. Осознание пациентом факта наличия психического расстройства, его причин.

2. Осознание пациентом актуальных (текущих) психопатологических симптомов, составляющих клиническую картину его заболевания, их отграничение от нормальной психической деятельности.

3. Осознание пациентом симптомов продромальной стадии, их генеза и взаимосвязи с симптоматикой психотической стадии.

4. Осознание необходимости медикаментозного лечения.

5. Осознание того, что назначенное медикаментозное лечение эффективно по отношению к симптомам психического расстройства.

6. Осознание имеющихся или возможных социальных последствий, объективно связанных с имеющимся психическим расстройством.

7. Осознание необходимости психотерапевтических вмешательств, направленных на оптимизацию стратегий преодоления имеющихся нарушений, и повышение уровня функционирования в обществе.

Реализация указанных задач создает благоприятные условия для дальнейшего использования методов комплайнс-терапии, семейной терапии, психообразования, работы по дестигматизации психически больных, т.е. в целом способствует достижению основных целей медико-социальной реабилитации больных на ранних стадиях шизофрении.

Нарушение осознания психической болезни начинало появляться на продромальной стадии

шизофрении наряду с элементами нарастающего нейрокогнитивного дефицита. В то же время, критика к психопатологическим переживаниям на этой стадии болезни была относительно сохранной, так как пациенты не просто отмечали «переломный момент» в своей жизни, но и в большинстве своем были способны выделить среди своих психических переживаний патологические. Это было обусловлено тем, что психопатологические симптомы продромальной стадии были для пациента чем-то новым, непривычным, поэтому обращали на себя внимание, в то же время их болезненный характер отмечался далеко не всеми пациентами. По прошествии некоторого времени по мере нарастания симптоматики, усиления когнитивного дефицита, критическое осознание психопатологических симптомов снижалось.

При понимании болезненности симптоматики на продромальной стадии шизофрении только некоторые пациенты прибегали к помощи психологов, врачей общесоматического профиля, реже – врачей-психиатров. В большинстве своем на этом этапе болезни пациенты обращались за помощью к бабкам, экстрасенсам для снятия сглаза и порчи, начинали посещать традиционную церковь, вступали в тоталитарные секты, начинали употреблять психоактивные вещества. Достаточно трудно определить в каждом конкретном случае являлось ли это «защитным» поведением пациентов от осознания ими своего психического неблагополучия, или же было вторичным следствием уже имеющегося психического расстройства.

Уже на продромальной стадии пациенты предпринимали попытки самостоятельно справиться с проявлениями заболевания, использовали спонтанные защитные приемы в виде отрицания своих переживаний и ощущений, их сублимации, рационализации, а при начале психотической стадии – предпринимали попытки подавления бреда, борьбы с тревогой и страхом, игнорирования слуховых обманов восприятия и рационализации явлений психического отчуждения.

К основным типам реакций психически больных на проявление симптомов относят [3]:

1. Отрицание болезни и демонстрация псевдонормальности.
2. Попытки отделить нормальную психическую деятельность от психотических переживаний.
3. Поглощенность психотическими переживаниями без попыток борьбы с ними.
4. Переключение на различные виды работы, развлечений.
5. Прием психоактивных веществ.
6. Избегание социальных контактов и любых источников стресса.
7. Стремление к ограничению нагрузок на работе, ответственности, проявляемых к себе ожиданий и требований.
8. Поиск социальной поддержки.
9. Активный прием различных медикаментов.
10. Обращение за помощью к частным лицам и в учреждения немедицинского профиля.

У обследованных нами пациентов указанные защитные приемы чаще всего имели крайне низкую или даже отрицательную терапевтическую результативность, на что влияли мотивационная недостаточность, когнитивно-перцептивный дефицит, снижение регулятивных функций смысловых установок и социальных норм, что сочеталось со стремлением непосредственного удовлетворения своих потребностей и утратой способности прогнозировать возможные последствия своих действий.

Несмотря на достаточно длительное существование психопатологической симптоматики у пациентов до момента обращения в психиатрические учреждения и госпитализации (продромальная стадия – 2–5 лет и период нелеченного психоза – 3–7 месяцев), нам в большинстве своем все же приходилось впервые сталкиваться с пациентами в период развернутого психотического эпизода. С этого самого момента проводилось медикаментозное купирование психоза, а также психотерапевтическая работа с пациентом, которая включала в себя коррекцию осознания пациентом своей психической болезни и терапевтическую оптимизацию проблемно-решающего поведения.

На психотической стадии, которая знаменовалась появлением позитивной симптоматики наряду с аффективными нарушениями на фоне уже имеющегося конгломерата негативных и неспецифических симптомов, осознание пациентами психической болезни заметно снижалось вплоть до полной анозогнозии. На психотической стадии болезни пациенты не могли дифференцировать болезненные психические обра-

зования от нормальной психической деятельности, терялось осознание болезненных симптомов, как на текущий период, так и на период существования продромальных симптомов.

Выход из психотической стадии и начало становления ремиссии характеризовались купированием позитивных симптомов и постепенным восстановлением критического осознания пациентами болезненных симптомов. Степень этого осознания являлась одним из элементов, которые нужно было учитывать при оценке качества ремиссии. Достаточно полно сформированное осознание психической болезни являлось залогом комплаентного поведения пациента. В период становления ремиссии сначала начинали осознаваться симптомы, которые имели место на продромальной стадии болезни и когда-то достаточно критично осознавались пациентом. Несколько позже появлялось осознание позитивных симптомов психотической стадии и приписывание им характера болезни.

Таким образом, на ранних стадиях шизофрении можно было наблюдать различный уровень осознания пациентами своего болезненного состояния, а также динамическое изменение уровня осознания в ходе спонтанного и медикаментозного течения заболевания. Только зная закономерности динамического изменения осознания психической болезни на каждой стадии шизофрении, можно было правильно определить объем психокоррекционных вмешательств, направленных на улучшение осознания пациентами своего психического состояния на каждой стадии болезненного процесса.

Психотерапевтическая коррекция нарушенного осознания на психотической стадии шизофрении.

Психотерапевтическая коррекция осознания психической болезни в условиях стационара нами проводилась уже с первых дней госпитализации, сразу же после установления контакта с больным. Для реализации поставленных задач была использована психотерапевтическая модель, интегрирующая два глобальных подхода: психодинамический и когнитивно-поведенческий.

Психодинамическое направление психотерапии преследовало следующие цели: осознание пациентом своего заболевания, его проявлений, динамики, необходимости лечения и восстановление доверия к миру путем осознания причин болезни. В рамках данного подхода возможным являлась реализация следующих задач:

1. Выделение и анализ психопатологических

симптомов.

2. Динамическое исследование психотических проявлений в ходе спонтанного и медикаментозного лечения.

3. Совместное с психотерапевтом осознание причин психоза и обстоятельств, сопровождавших манифестацию заболевания путем исследования актуальной и прошлой ситуации.

4. Интеграция и усиление «Я» пациента.

5. Коррекция внутренней картины болезни.

6. Формирование предпосылок к устойчивому комплайенсу.

Особенности психоаналитической работы с пациентом на психотической стадии заболевания были следующими :

1. Отказ от обычного местоположения психотерапевта за кушеткой (чтобы не нарушать чувство реальности и наблюдать за состоянием больного).

2. Отказ от строго расписания сеансов и ориентировка в большей степени на динамику психокоррекционного процесса.

3. Отказ от строгого нормирования времени сеансов и ориентировка на состояние пациента.

4. Отказ от свободных ассоциаций (т.к. это может усилить дезорганизацию мышления) и от анализа сновидений.

5. Отказ от прямых интерпретаций психотерапевтом услышанного и подачи двусмысленной социальной информации (т.к. это может усилить персекуторное мышление), подача лишь простой, хорошо структурированной информации.

6. Учет особенностей пациента, обусловленных психотическим состоянием: медлительность психических процессов, конкретность мышления, склонность к символизации и ложным интерпретациям, наличие тревоги, легко переходящей в страх и панику.

7. Учет неспособности пациента к осознанию и отграничению различных психотических содержаний, к их переработке, что приводит к размыванию и уничтожению собственного «Я» больного.

8. Строгая дозировка всех психотерапевтических воздействий.

Осознание пациентом всех сторон своего заболевания закономерно приводило к постановке новой проблемы: что с этим делать? При одном только лишь осознании наличия факта болезни и болезненных симптомов, и отсутствия инструмента для преодоления этих образований, можно было значительно усилить тревогу и общий дистресс у пациента. Поэтому проводимая нами психокоррекция осознания плавно переходила

или переплеталась с перестройкой когнитивных процессов и предоставлением пациенту стратегий борьбы с психопатологическими явлениями, которые уже были осознаваемыми, а также закрепление этих навыков. Реализацию этих последних задач решала когнитивно-поведенческая психотерапия.

Когнитивно-бихевиоральный подход включал в себя поиск, оптимизацию и обучение пациента стратегиям преодоления имеющейся психопатологической симптоматики путем воздействия на когнитивную и поведенческую сферы. Основными целями указанных мероприятий были следующие:

1. Снижение уровня тревоги и общего дистресса.

2. Помощь пациенту в совладании с имеющимися продуктивными симптомами (галлюцинациями, бредовыми идеями, психическими автоматизмами, сопутствующими психотической тревогой и страхом), что вторично повысит уровень стрессоустойчивости.

3. Профилактика агрессивных и аутоагрессивных действий психически больных.

4. Адаптация к условиям отделения.

5. Улучшение когнитивных функций и социального функционирования, уменьшение когнитивного дефицита.

Рассмотрение шизофрении, как заболевания, связанного с нарушением когнитивных функций и нарушением процессов переработки информации, приводило к необходимости обязательного развития и перестройки когнитивных процессов в ходе психотерапевтических воздействий. Уменьшение когнитивного дефицита и общего дистресса позволяло достичь повышения эффективности «работы» психотерапевтических моделей более «высокого порядка», ориентированных на повышение уровня комплайенса, оптимизацию межличностных отношений и развитие навыков решения различных проблем. Использование в рамках данного подхода тренинга когнитивных функций и социальных навыков наряду с тренингом стратегий преодоления имеющейся симптоматики позволяло реализовать следующий ряд задач:

1. Снижение уровня тревоги, страха и дистресса, связанного с наличием продуктивных симптомов путем обучения стратегиям преодоления психопатологической симптоматики, имеющейся в настоящий момент времени или в прошлом.

3. Развитие функций селективного внимания, усиление произвольной регуляции памяти.

4. Повышение степени коммуникативной направленности, когнитивной дифференцированности.

5. Развитие когнитивной точности и дифференцированности социального восприятия (тренировка в распознавании невербальных коммуникаций – мимики, позы, жестов, анализе и квалификации межличностных ситуаций, точности воспроизведения речевого поведения партнера).

6. Снижение интеллектуальной ангедонии.

7. Развитие регуляции своих эмоциональных состояний, мышления и поведения путем развития способности к самонаблюдению, самоинструктированию и совладающему диалогу.

8. Отработка навыков социального поведения.

9. Обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем, развитие способности планировать свои действия (расчленение проблемы на более мелкие, выделение этапов ее решения и конкретных задач, способов решения этих задач).

Первая из поставленных задач проводилась в индивидуальной беседе с пациентом, ее реализация возможна была уже в остром периоде заболевания; последующие задачи нами были реализованы в групповых занятиях у пациентов на стадии ремиссии или ее становления.

Достаточно важным при работе с пациентами было установление качественного «терапевтического альянса», что достигалось комбинацией исследовательского, диагностического подхода с эмпатическим, сотрудничающим стилем. Этому также способствовала демонстрация врачом серьезного отношения к переживаниям и высказываниям пациента, а также положительное отношение к нему. В период развернутого психотического эпизода основными переживаниями пациента были страх, тревога, растерянность, невозможность расслабиться, подозрительность ко всему, бессонница, которая изматывала организм и еще больше усугубляла имеющуюся позитивную симптоматику, такую как бредовые идеи, слуховые галлюцинации. Необычные внутренние переживания на фоне эмоционального напряжения, тревоги повышали уровень подозрительности и приводили к тому, что внешняя двусмысленная социальная информация начинала получать бредовую трактовку. Пациенты демонстрировали переживание выше-названной симптоматики, как истинной реальности, которая в этот период заменяла им реальную действительность, и указывала на полное

отсутствие осознания болезненности психопатологических образований. Поэтому основными клиническими задачами психотерапевтической работы на данном этапе были: снижение уровня дистресса у пациента, анализ бредовых конструкций и слуховых обманов восприятия. Бытующее в прошлом мнение о бесполезности и даже вреде для пациента рассказов о своих параноидных и галлюцинаторных переживаниях, в настоящее время пересмотрено и поставлено на новые рельсы [5]. Вербальное описание пациентами своих психотических переживаний и последующая вербализация их врачом без критической оценки услышанного, помогали не только структурировать дискуссию, но и в какой-то степени давали возможность пациенту дистанцироваться от патологических переживаний, что являлось первым шагом на пути к осознанию их болезненности. Оказание психотерапевтической помощи пациенту в критическом понимании симптомов болезни и осознании того, что с ним происходит, означало снижение у него уровня дистресса и тревоги, которая, как известно, занимает центральное место в формировании персекуторного мышления [5].

Существенным препятствием на пути к формированию доверительных взаимоотношений с пациентами являлся сам факт их госпитализации в психиатрический стационар и назначение фармакотерапии, а также опасения пациентов выглядеть «сумасшедшими» в глазах окружающих. Поэтому уже с самого начала психотерапевтической работы, направленной на осознание болезни, мы направляли ее не на признание диагноза психического расстройства, а только на признание некоторых симптомов болезненными. В противном случае мы сталкивались с анозогнозией, не как психопатологически обусловленным феноменом, а как с вариантом защитного механизма отрицания реальной действительности. Избежать указанного явления можно было также избегая использования диагностических терминов, например «шизофрения», «паранойя», «бред», а объясняя пациенту его бредовые переживания альтернативным, психологически понятным образом. Так, пациенту, имеющему персекуторные идеи, предлагалось следующее альтернативное описание: например, что у пациента в прошлом был неблагоприятный опыт отношений с другими людьми, его часто подводили, поэтому теперь он стал более «настороженным» и предполагает угрозу даже в дружеских жестах людей, делая поспешные выводы. Такое обоснование субъективных переживаний пациента,

которое делает их психологически понятными и не трактует пациента, как «сумасшедшего», позволяло увеличить дистанцию между внешними раздражителями и ложной их интерпретацией в сознании пациента, что определяло цели психотерапии осознания бредовых идей.

После купирования продуктивных психопатологических образований на стадии формирования ремиссии у пациентов начинало появляться осознание болезненности патологических переживаний в виде сомнений в их реальности: например, вопрос о том, было это в действительности или казалось? Была ли это реальность или болезнь? На данном этапе задачей психотерапии осознания было не признание самого диагноза, а помощь пациенту в понимании того состояния, которое он недавно пережил с акцентом на осознание болезненности его симптомов. По прошествии психотического эпизода симптомы этого периода осознавались пациентом хуже и медленнее, чем симптомы продромального этапа, которые ранее пациент уже осознавал. Поэтому симптоматику продромальной стадии мы брали за основу психотерапии осознания актуальных, текущих симптомов психотического эпизода.

Осознание пациентами того факта, с каких психических нарушений начинается обострение его болезни, умение отдифференцировать их от нормальной психической деятельности, являлось важным достижением психотерапии на этапе становления ремиссии.

Одной из основных причин, оправдывающих использование психотерапевтической коррекции осознания болезни на этапе становления ремиссии, являлась проблема медикаментозного комплайенса, т.е. соблюдения больными лекарственных назначений. Из литературных источников известно, что 30-50% пациентов с шизофренией полностью отказываются от лечения после госпитализации, или принимают медикаменты в сниженных дозах; 55% больных нарушают лекарственный режим через 3 месяца после выписки; процент выпадения больных из амбулаторного наблюдения доходит до 50% [4]. Этим обусловлена актуальность психотерапевтических вмешательств, направленных на осознание пациентом своей психической болезни. Коррекция осознания психической болезни является одним из составных элементов комплаенс-терапии. Уровень комплайенса напрямую зависит от осознания пациентом своей психической болезни, ее проявлений, причин и возможных социальных последствий. Медикаментозная коррекция комплайенса затруднительна, т.к. буду-

чи обусловленным личностными, а не психопатологическими факторами, этот феномен оказывается за пределами воздействия психофармакологических средств [5].

Психотерапевтическая коррекция осознания пациентом своей психической болезни на этапе становления ремиссии проводилась для достижения целей основных трех модулей комплаенс-терапии, куда входят: психообразовательная работа, направленная на улучшение информированности пациента и его родственников относительно психической болезни; рационализация отношения к болезни и терапевтической тактики, направленная на формирование мотивационной заинтересованности в лечении; приобретение привычек самостоятельного управления курсом лечения своего заболевания, включающая приобретение критического отношения к заболеванию и готовность придерживаться режима лечения.

Конечными целями психотерапевтической работы на этапе становления ремиссии были: профилактика рецидива заболевания; установление длительной и качественной ремиссии; восстановление социального функционирования пациента в обществе.

С целью оценки эффективности проведенных мероприятий нами был повторно исследован уровень осознания пациентами своей психической болезни. Общий средний балл по методике SUMD в терапевтической группе составил $2,0 \pm 1,5$; в группе сравнения – $3,9 \pm 1,7$. При этом у 45% (9 человек) терапевтической группы удалось достичь полного осознания болезни, у 55% (11 человек) осознание оставалось частичным. В группе сравнения не наблюдалось ни одного испытуемого, у которого на момент выписки из стационара осознание болезни присутствовало в полной степени; частичным оно было у 73% (11 человек); психическая болезнь полностью не осознавалась у 27% (4 человека). Анализ цифровых значений общего среднего балла осознания психической болезни до и после лечебных и психотерапевтических мероприятий у пациентов терапевтической группы выявил достоверное уменьшение указанного показателя ($p=0,02$), что свидетельствовало о значительно большем осознании пациентами своей психической болезни на момент выписки. В группе сравнения после проведения только медикаментозного лечения не было выявлено достоверных различий по указанному показателю ($p>0,05$). Таким образом, на психотической стадии шизофрении целесообразным является проведение наряду с

медикаментозной терапией психотерапевтической коррекции, направленной на улучшение осознания пациентами своей психической болезни. Психотерапевтическую работу необходимо начинать уже с первого дня пребывания паци-

ента в психиатрическом стационаре. Представленная в данной работе психотерапевтическая модель, интегрирующая психодинамический и когнитивно-поведенческий подходы показала свою эффективность.

О.І. Осокіна

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕННЯ УСВІДОМЛЕННЯ ПСИХІЧНОЇ ХВОРОБИ НА РАННІХ СТАДІЯХ ШИЗОФРЕНІЇ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Дана стаття присвячена проблемі порушеного усвідомлення психічної хвороби в пацієнтів з шизофренією на продромальному етапі хвороби та етапі першого епізоду психозу, і психотерапевтичній роботі, яка спрямована на підвищення рівня усвідомлення пацієнтами свого стану. Представлено психотерапевтичну модель, що інтегрує психодинамічний і когнітивно-поведінковий підходи, що спрямована на корекцію порушеного усвідомлення на психотичній стадії шизофренії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 59-65).

O.I. Osokina

PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF UNAWARENESS OF MENTAL DISORDER AT EARLY STAGES OF SCHIZOPHRENIA

M. Gorky Donetsk national medical university

The given work is devoted a problem of the unawareness of mental disorder in patients with a schizophrenia on prodromal stage of disorder and a stage of 1ST psychosis episode, and the psychotherapeutic work directed on increase the level of unawareness of mental disorder by patients. The psychotherapeutic model integrating psychodynamic and kognitivno-behavioural approaches, directed on correction of the unawareness of mental disorder on psychotic stage of schizophrenia. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 59-65).

Литература

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. - Донецк: Каштан, 2009. - 584 с.
2. Miller T., S.A. Mednick, T.H. McGlashan et al. Early intervention in psychotic disorders. – Series D: Behavioural and social sciences, 2001. – Vol. 91. – 289 p.
3. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В. та ін. Медико-

- соціальна реабілітація хворих на ініціальну шизофренію: Метод. рек.- Донецьк, 2007. - 22 с.
4. Вид В.Д. Психотерапія шизофренії. 3-є изд. – СПб: Питер, 2008. – 512 с.
5. M. Sajatovic, L.F. Ramirez Rating scales in mental health. – Lexi-Comp: 2nd edition, 2003. – 472 p.

Поступила в редакцію 4.04.2011