

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89+612.017.2]-036.4

*В.А. Абрамов, Г.Г. Пуятин, А.В. Абрамов***ВЛИЯНИЕ СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ СТИГМЫ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психосоциальный стресс, стигма, первый психотический эпизод

В 1911 году E. Bleuler [1], подчёркивая значение социальных факторов в генезе шизофрении, отмечал, что «повседневные трудности повседневной жизни могут, в конце концов, расшатать неустойчивое равновесие». Через некоторое время Г.Е. Сухарева писала, что «постепенно дилемма эндо-или экзогенного происхождения шизофрении перестает быть альтернативной». В дальнейшем развитие получили интегративные био-психосоциальные концепции шизофрении, в частности представление об «уязвимость-стрессовой модели шизофрении» [3-6]. Согласно этим авторам, для развития шизофрении необходима определенная предрасположенность к этому заболеванию, врожденная (генетическая) или приобретенная «уязвимость», исключающая возможность выдержать интенсивные психосоциальные нагрузки (низкая толерантность и повышенная сенситивность). Неспособность индивидуума к эффективному социальному взаимодействию, недостаточность психологической адаптации к социальной среде приводит к ситуации психосоциального стресса и вследствие этого – к возникновению психического заболевания [7].

Одним из неблагоприятных системных последствий воздействия стрессогенных факторов, в том числе связанных с особенностями оказания психиатрической помощи, является формирование у больного стигмы.

Наибольшую стигму, имеющую многофакторную обусловленность, переживают лица с хроническими психическими заболеваниями, длительно находящиеся на стационарном лечении в условиях изоляционно-ограниченного режима, переживая кризис, сопряженный с увеличением социальной изоляции [8]. Однако переживания стигмы и боязнь её формирования проявляется уже на ранних этапах психического расстройства, являясь неблагоприятным прогно-

стическим фактором [9].

Первичная постановка психиатрического диагноза обозначает официальную констатацию у пациента того или иного психического расстройства. С этого момента начинается процесс стигматизации или негативного выделения его в микросоциальном окружении. Стигма психического расстройства определяется как признак недоверия или пренебрежения, сопровождающийся мощной негативной характеристикой во всех социальных отношениях и отдаляющий пациента от остальных [5, 8, 10]. По некоторым данным, переживание стигмы является более тяжелым нарушением даже в сравнении с самыми серьезными симптомами психического расстройства [11]. Являясь своеобразным социальным клеймом, стигма препятствует социальной интеграции и приводит пациентов к их социальному отвержению.

Выявлены [12] основные пути стигматизации пациента: стигматизация больного со стороны медперсонала; стигматизация больного в семье; стигматизация со стороны микросоциального окружения; самостигматизация больного.

Показана, в частности, негативная роль патерналистского и директивного стиля отношений медперсонала к пациентам [13-15], своеобразных, эмоционально-напряженных взаимоотношений в семье [16-18], стрессогенных и маргинализирующих («социально выталкивающих») влияний окружающей среды.

Показано также влияние на процесс стигматизации, складывающейся у самих больных «внутренней картины болезни» [19] и своеобразия Я-концепции больных с заниженной и неадекватной самооценкой, слабой структурированностью образа «Я», искаженным отражением «Я», слабой мотивацией к социальным контактам [20-21].

Среди внутренних (субъективных) факторов

стигматизации (аутостигматизации) В.А. Абрамовым и др. [22] выделены социальное дистанцирование пациента, низкий уровень мобилизации психологических ресурсов личности и копинг-стратегий, оценка уровня социальной (в т.ч. семейной) поддержки как недостаточного. Показано влияние стигматизации на формирование многочисленных рисков для личности и социального функционирования пациентов, а также зависимость распространённости и глубины стигматизирующих переживаний от особенностей лечебно-реабилитационной тактики [23].

В последние годы в качестве важнейшей предпосылки манифестации психотических расстройств и стигматизации пациентов рассматривается влияние стрессогенных факторов, приводящих к перенапряжению адаптационных структур и обуславливающих тем самым нарушение системы отношений личности с окружающей средой, а также защитных психологических механизмов индивидуума и копинг-стратегий, способствующих его искажённому реагированию

Материал и методы исследования

Обследовано 56 больных с первым психотическим эпизодом в возрасте от 21 до 34 лет. По диагностическим категориям больные распределились следующим образом: острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) – 21 человек; острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 18 человек; острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 8 человек; впервые диагностированная шизофрения (F20) – 9 человек. Диагнос-

на социальные воздействия [4, 6, 24, 25].

Однако до настоящего времени, несмотря на рекомендации ВОЗ (2001), направленные на уменьшение предубежденности, социальной стигматизации и дискриминации больных, не систематизированы особенности и механизмы ранних стигматизирующих переживаний у больных с впервые диагностированным психическим расстройством, закладывающим основу для существенного снижения их последующей жизнедеятельности и качества жизни, не изучены условия, способствующие процессу стигматизации, влияние на этот процесс стрессогенных факторов, не разработаны адекватные и эффективные формы психотерапевтических, психокоррекционных и психообразовательных воздействий.

Цель исследования заключалась в изучении уровня стрессогенных воздействий в период, предшествовавший манифестному психотическому эпизоду и при первой госпитализации больных в психиатрический стационар, а также их влияние на формирование стигмы.

тика заболеваний осуществлялась на основе критериев МКБ-10.

В работе использовалась шкала PSM-25 Lemyr-Tessier-Fillion (1991), предназначенная для измерения феноменологической структуры переживаний стресса, стандартизованная шкала стигматизирующих переживаний (В.Абрамов и соавт., 2009) и шкала оценки семейных отношений. Математическая обработка полученных результатов проводилась по методу Стьюдента с вероятностью достоверности $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ показателей стрессовых ощущений в соматической, поведенческой и эмоциональной сферах в течение одного месяца до госпитализации больных в психиатрический стационар, по данным шкалы психологического стресса – PSM-25, позволил выделить три уровня психической напряженности (стресса):

- высокий уровень стресса ($159 \pm 6,7$ балла) – 34 человека (60,7%);
- средний уровень стресса ($126 \pm 4,3$ балла) – 16 человек (28,6%);
- низкий уровень стресса ($86 \pm 3,9$ балла) – 6 человек (10,7%).

В содержательном отношении состояния психической напряженности характеризовались тем или иным уровнем дезорганизации сомато-веге-

тативных и психических функций. В сомато-вегетативной сфере это проявлялось расстройствами сна, половой функции, ощущением физического недомогания, дискомфорта в различных органах и системах, тяжести в теле, нарушением аппетита. Дезорганизация эмоциональных функций находила отражение в раздражительности, пониженном настроении, придирчивости, ощущениях напряженности, крайней взволнованности, тревоги, переживаниях одиночества, повышенной обидчивости, пугливости. В когнитивной сфере наблюдались нарушения продуктивности познавательных процессов, принятие ошибочных решений, постоянные мысли о незавершенных делах и нерешенных вопросах, забывчивость, относящаяся к важным делам и реше-

ниям, снижение сосредоточенности и концентрации внимания, затруднения при реализации контрольных функций. Наконец, дезорганизация в поведенческой сфере характеризовалась ощущением потери контроля над собой, пониженной работоспособностью, вялостью, снижением продуктивности в работе, активности, привычных темпов деятельности, неусидчивостью.

Оценивая стрессогенность тех или иных внешних факторов, мы исходили из того, что трудные жизненные ситуации не являются трудными сами по себе, а только при индивидуальных особенностях их восприятия, интерпретации и когнитивной оценки субъектом ситуации и зависит от личностных ресурсов стрессоустойчивости. Чаще всего в роли стрессогенных выступали такие социально-психологические факторы, как здоровье кого-либо из членов семьи, материальные трудности, конфликтные взаимоотношения с членами семьи, подавленное стремление к независимости, неудовлетворенность своей работой, безработица, проблемы с детьми, чувство одиночества, смерть близкого человека, ответственная работа, сексуальные проблемы (последовательность приведенных факторов соответствовала частоте их встречаемости у обследованного контингента больных).

Систематизация данных, приведенных в специальных литературных источниках [26], позволила выделить характерные признаки семейных отношений больных накануне первого психотического эпизода, несущих в себе стрессогенную нагрузку. С помощью соответствующей шкалы были определены наиболее типичные и часто встречающиеся особенности семейных коммуникаций у больных с различными уровнями стресса (табл. 1)

Из приведенной таблицы следует, что по всем признакам (за исключением гиперопеки) по мере накопления негативных аспектов семейных отношений происходит усиление их стрессогенных влияний в широком контексте психического функционирования больных. Наибольшую стрессогенную нагрузку заключали в себе такие факторы как однополюсное распределение власти в семье, «накал эмоций», «выяснение отношений», аморфность и неструктурированность отношений.

Однако при всей важности вышеуказанных факторов наибольшую стрессогенную нагрузку, как с точки зрения субъективной значимости жизненной ситуации, так и с точки зрения её последствий для дальнейшей жизнедеятельности, заключала в себе ситуация впервые выставленного психиатрического диагноза и первой

госпитализации больных в психиатрическую больницу. Неблагоприятное воздействие этих обстоятельств на пациента рассматривалась нами в контексте стрессовой ситуации, структурные и содержательные аспекты которой представлены на рис. 1.

Сложная взаимосвязь между когнитивными, эмоциональными и поведенческими переменными, существующая при столкновении человека со стрессогенными условиями или обстоятельствами социальной жизни обуславливает необходимость отказа от упрощенных схем рассмотрения психодинамики стресса в виде «стимул-реакция». Более совершенным является ситуационный подход, рассматривающий человека как субъекта активного взаимодействия с ситуацией посредством эмоциональных переживаний, интерпретаций и когнитивного переосмысления, различных видов преодолевающего поведения и адаптации [27].

Стрессогенная ситуация – это ситуация, несущая в себе повышенную вероятность эмоционально-информационного стресса, которая содержит в себе только предпосылки стрессового реагирования. Стрессогенный характер первых контактов пациента с психиатрической службой (обращение к психиатру, первый психиатрический осмотр, госпитализация) сам по себе не может рассматриваться как стрессовое воздействие. Стрессогенная ситуация превращается в стрессовую ситуацию в результате её субъективной (когнитивной) репрезентации, зависящей от личностных ресурсов стрессоустойчивости, субъективных характеристик восприятия и оценки отношения к ситуации. Эмоциональный вектор стрессовой ситуации связан, с одной стороны, с субъективной значимостью ситуации и её негативным контекстом, с другой – с оценкой низкой вероятности её благополучного завершения без каких-либо нежелательных последствий для больного. Информационный вектор стрессовой ситуации обусловлен недостаточным количеством и качеством информации о болезни, возможных её исходах, особенностях и длительности лечения и т.п. Существенную роль играет неинформированность пациента о значении его собственных ресурсов (в т.ч. психологических) в преодолении сложившейся ситуации.

Стрессовое событие – это впервые возникший эпизод психоза, постановка психиатрического диагноза и первая госпитализация больного в психиатрический стационар. Эти особые жизненные обстоятельства сопровождаются сильными экзистенциальными переживаниями

и изменениями смыслообразующих атрибутов жизненного пространства личности. В этом контексте особое значение приобретает широкий спектр переживаний многочисленных рисков для дальнейшей жизнедеятельности пациента. Прежде всего речь идет об ограничении социальных связей, стигматизирующем влиянии психиатри-

ческого диагноза, потере способности к независимому проживанию, нарушении межличностного общения, формировании нейрокогнитивного дефицита, эмоциональной напряженности в семье с повышенным риском её распада, вытеснении пациента в более низкие социальные слои общества, снижении качества жизни.

Таблица 1

Зависимость показателей уровня стресса от особенностей семейных отношений больных с первым психотическим эпизодом

Признаки семейных отношений	Больные с низким уровнем стресса	Больные со средним уровнем стресса	Больные с высоким уровнем стресса
Однополюсное распределение власти	1,7±0,1	2,7±0,13*	3,6±0,25*
«Эротичность отношений», симбиоз одного из родителей с ребенком противоположного пола, искажение половой идентичности	1,2±0,12	2,1±0,21	2,4±0,36*
Агрессивность, тревожность и амбивалентность поведения матери	1,5±0,09	2,4±0,16*	3,7±0,17*
Экспрессивное выражение чувств («накал эмоций»)	1,4±0,06	2,6±0,19*	3,4±0,24*
«Негативный аффективный стиль» (оскорбительная критика, назойливые замечания, необоснованные требования, индукция чувства вины и пренебрежения)	1,3±0,07	2,4±0,22*	3,8±0,27*
«Выяснения отношений»	1,7±0,1	2,9±0,16	3,4±0,25*
Гиперопека больного, проявляющаяся запретами и ограничениями попыток самостоятельной активности	1,9±0,08	2,3±0,18	2,6±0,32
Взаимодействие членов семьи по механизму взаимоисключающих требований	1,1±0,05	2,1±0,23*	2,9±0,17*
Скрытность, «псевдовзаимность» отношений между членами семьи	1,6±0,07	2,7±0,17	3,1±2,1*
Аморфность, неструктурированность отношений	1,7±0,1	2,9±0,28	3,4±0,18*
«Бессмысленность общения» (повторяющиеся разговоры без определенной цели)	1,2±0,04	2,4±0,21*	3,2±0,22*
Ограниченный характер отношений семьи с социальным окружением	1,2±0,05	2,0±0,14*	2,9±0,24*
Суммарный показатель	1,45±0,12	2,45±0,16*	3,2±0,29*

* P<0,05 по сравнению с показателями предыдущей группы.

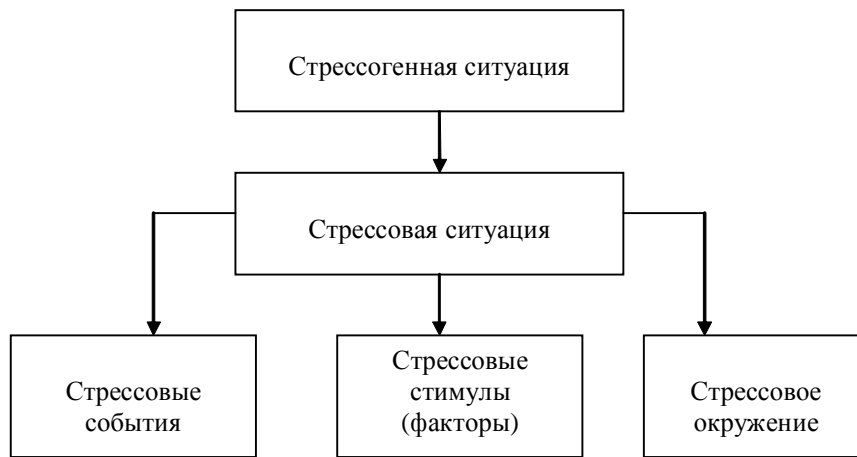


Рис.1 Структурно-содержательные компоненты стрессовой ситуации у больных с первым психотическим эпизодом.

К основным стрессовым стимулам, как внешним детерминантам стрессовых состояний, непосредственно связанным с госпитализацией больного относятся такие факторы неблагоприятной терапевтической среды как:

- а) изоляция с различными формами ограничительных воздействий;
- б) дискриминация – более или менее выраженные нарушения прав пациента ;
- в) стигматизация – негативное выделение пациента в микросоциальном окружении.

Стрессовое окружение (жизненное пространство, среда) в психиатрическом отделении нередко содержит в себе черты агрессивности с директивно-патерналистической системой отношений медперсонала, невозможностью удовлетворения жизненно важных потребностей больных, отсутствием социальной поддержки, способствующие снижению самооценки, нарастанию субъективных ощущений ущербности, социальной незащищенности и уязвимости.

Таким образом, ситуация первой госпитализации в психиатрическую больницу и впервые выставленного психиатрического диагноза с учетом многочисленных рисков для дальнейшей жизнедеятельности пациента относится к числу трудных жизненных ситуаций. Одним из неблагоприятных последствий таких ситуаций является формирование стигмы. Процесс стигматизации (самостигматизации) активно разворачивается сразу же с момента определения диагноза психического расстройства, дистанцирующего пациента от участия в решении жизненно важных проблем. В качестве основных его предпосылок, помимо вышеперечисленных стрессовых факторов, нами выделены специфические для сложившейся ситуации характеристики:

- высокое субъективно-негативное значение возникших обстоятельств;
- низкий уровень возможности контроля над ситуацией;
- отсутствие осведомленности или личного опыта переживания подобных ситуаций;
- низкая вероятность изменения ситуации к лучшему без усилий пациента;
- неопределенность дальнейшей жизнедеятельности и отношений с микросоциальным окружением;
- высокая вероятность повторения или хронизации стрессовой ситуации.

Анализ феноменологических признаков стигматизирующего реагирования больных на стрессовую ситуацию и особенностей его динамики сделал возможным выделение нескольких уровней формирования стигмы у больных, госпитализированных в психиатрическую больницу по поводу первого психотического эпизода. Первый уровень – субъективные репрезентации отдельных стресс-факторов или стрессовых ситуаций, воспринимаемых больными как негативно сказывающихся на душевном комфорте и качестве жизни. Признаки стигматизации проявлялись в когнитивной, ценностно-мотивационной и эмоциональной сферах: количество воспринимаемых стресс-факторов, степень адекватности когнитивной оценки их «разрушающей силы» («вредоносности»), а также динамика изменения значимости и ценности эффективного взаимодействия с трудной ситуацией. Второй уровень – появление стигматизирующих переживаний в виде острых кратковременных или постоянных состояний психической напряженности, сомато-психической дезорганизации, негативных эмоциональных переживаний и

поведенческих изменений. Третий уровень – формирование устойчивых личностных и поведенческих деструкций и деформаций, нару-

шающих целостность личности, снижающих её адаптивность, устойчивость и продуктивность деятельности.

Таблица 2

Выраженность стигматизирующих переживаний у больных с различным уровнем стресса

Тип стигматизирующих переживаний	Низкий уровень стресса	Средний уровень стресса	Высокий уровень стресса
Страх общения с окружающими	1,2±0,07	1,8±0,14*	2,6±0,14**
Переживание утраты социального статуса и положения в обществе	1,3±0,12	2,0±0,15*	2,9±0,21**
Ощущение невосполнимого снижения жизнедеятельности	1,8±0,11	2,1±0,1	2,2±0,1
Разрыв социальных связей	1,2±0,14	1,9±0,17	2,3±0,09**
Мучительное чувство стыда	1,3±0,17	1,8±0,13	2,2±0,22**
Низкая самооценка	1,2±0,22	1,8±0,13*	2,4±0,21**
Социальное отвержение	1,4±0,24	2,0±0,15	2,4±0,19**
Чувство вины	1,3±0,14	2,1±0,1	2,5±0,14**
Возможность дискриминации	1,2±0,12	1,7±0,18*	2,4±0,1**
Ощущение враждебного отношения к себе	1,5±0,24	1,7±0,11	1,9±0,11
Недоверие окружающих	1,2±0,17	1,3±0,05*	1,8±0,09
Социальная бесполезность	1,2±0,21	1,4±0,1	1,5±0,08
Не такой как все	1,1±0,07	1,2±0,12	1,6±0,12
Ощущение безнадежности	1,2±0,09	1,3±0,21	1,5±0,06
Ощущение зависимости от окружающих	1,3±0,14	1,6±0,24*	2,3±0,14
Интегративный показатель психической напряженности	1,21±0,19	1,71±0,26	2,16±0,12**

* - $P < 0,05$ по сравнению с показателями первой группы; ** - $P < 0,05$ по сравнению с показателями первой и второй групп.

Проведенное исследование позволило установить существенную зависимость между выраженностью стигматизирующих переживаний и уровнем стресса (табл.2). В группе пациентов с высоким уровнем стресса отмечалась наибольшая интенсивность стигматизирующих переживаний. Помимо высоких значений интегративного показателя психической напряженности, при значительном уровне стресса наблюдалось достоверное ($P < 0,05$) преобладание таких переживаний как страх общения с окружающими и утраты социального статуса и положения в обществе, разрыв социальных связей, мучительное чувство стыда, низкая самооценка, социальное отвержение, чувство вины и возможность дискриминации.

Таким образом, эмоционально-информационный стресс – неотъемлемая часть переживаний больных в период до и после первого психотического эпизода. Одним из его самых неблагоприятных последствий является формирование у больных признаков самостигматизации, что в сочетании со стигматизирующими макро- и микросоциальными воздействиями способствует формированию неадекватных форм психологической защиты и копинг-стратегий.

Полученные данные ориентируют на разработку системы мероприятий, направленных на преодоление негативного влияния психосоциального стресса на пациентов с предрасположенностью к психотическим регистром реагирования на неблагоприятные внешние факторы.

ВПЛИВ СТРЕСОГЕННИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМУВАННЯ СТИГМИ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті наведені дані відносно впливу стресогенних факторів на формування стигми у хворих із першим психотичним епізодом. Було обстежено 56 хворих із першим психотичним епізодом у віці від 21 до 34 років за допомогою шкали психологічного стресу – PSM – 25, стандартизованої шкали стигматизуючих переживань (В. Абрамов та співавтори, 2009) та шкали оцінки родинних відносин. Були встановлені рівні психічної напруги (стресу), залежність показників рівня стресу від особливостей родинних відносин хворих із першим психотичним епізодом. Була показана вираженість стигматизуючих переживань хворих із різними рівнями стресу. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 3-9).

V.A. Abramov, G.G.Putyatin, A.V.Abramov

IMPACT OF STRESS-GENIC FACTORS ON THE FORMATION OF THE STIGMA BY PATIENTS WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE

Donetsk national medical university named after M.Gorky

Data represented in the article show the impact of stress-genic factors on the formation of the stigma by patients with the first psychotic episode. 56 patients with the first psychotic episode, aged from 21 to 34, were surveyed based on the scale of the psychological stress PSM –25, the standardized scale of stigmatizing experiences (V.Abramov and co-authors, 2009), and based on the rating scale of family relationship. The level of psychical tension (stress), and dependency of stress-level indexes on the nature of the family relationship of patients with the first psychotic episode have been determined. The evidence of the stigmatizing experiences of patients with different stress level has been depicted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 3-9).

Литература

1. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, 1911.
2. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М., Медицина, 1974-320с.
3. Zubin J., Spring B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Abnormal. Psychol* – 1977. Vol.86.- p. 103-126.
4. Zubin J., Magaziner J., Steinhauer S. The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability// *Psychol. med*-1983, N3-p.551-571.
5. Braun D.,Birley J. Crisis and life changes and the onset of schizophrenia. *J.Health and Social Behaviour*, 1968,9,213-214.
6. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Пенчул Н.А. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении// *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2007.- т.17., №2. – с.103-107.
7. Liberman R. Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2005, 62-p.361-370.
8. Holmes P., River L.P. Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness// *Cognitive and Behavioral Practice*.-1998.-vol.5.-p.231-239.
9. Phelan J.C., Bromet E.J., Link B.G. Psychiatric illness and family stigma// *Schizophrenia Bulletin*.-1998.-vol.24.-p.115-126.
10. Fink P.J., Tasman A. Stigma and mental illness-Washington: DC American Psychiatric Press, 1992.
11. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it// *Advances in Psychiatric Treatment*. -2000.vol.6.-p.65-72.
12. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение 1// *Социальная и клиническая психиатрия*. 2005.-№4-с.67-71.
13. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных// *Обзор психиатрии и мед.психологии*.-2000, N1.-с.3-8.
14. Стивен Л. Стигматизация психического расстройства. Пер. с англ.//<http://www.osp.unibel.by/obzor/1998/3/2-1.htm>
15. Stephen M., Lawrie S.M. Stigma and psychical diseases // *Psychiatric Bulletin*.-1999.-vol.23.-p.129-131.
16. Anderson C.M., Hogarty G., Reis D. The psychoeducational family treatment of schizophrenia //New developments in interventions with families of schizophrenics/ M.J.Goldstein (Ed) – San Francisco: Jossey-Bass, 1981.-p.79-94.
17. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию. – М.:Медицинская книга. Издательство НГМА, 1998.- с.334-341.
18. Саятлова Н.П., Рожков С.А. Работа с семьями психически больных в условиях клинического отделения // *Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты)*. – Томск, 1998.- с.160-161.
19. Воловик В.М., Коцюбинский А.П. Психокоррекционная работа в семьях в инициальном периоде шизофрении: Методические рекомендации. - Л., 1984.-39с.
20. Бурковский Г.В. Личностный смысл госпитализации и терапевтической активности психически больных в условиях психиатрического отделения// *Журнал невропатологии и психиатрии*.-2001, N11.-с.107-110.
21. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении.-СПб: «Питер»,2001.- 432с.
22. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. Донецк «Каштан», 2009.-584с.
23. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи)// *Український вісник психоневрології*.-2007.-т.15. №1(50).-с.21-24.
24. Нуллер Ю.Л., Пегашева А.Е., Козловский В.Л. Антиципация в семьях психически больных// *Социальная и клиническая психиатрия*.-1998.-№2.-с.5-11.
25. Бергер П. Многофакторная модель патогенеза. Ханс Хофф-пионер современной психиатрии// *Социальная и клиническая психиатрия*.-1994.-т.4, №2.-с.121-125.
26. Минутко В.В. Шизофрения. М., 2009. - 687с.
27. Водопянова Н.Е. Психодиагностика стресса. Питер, 2009. - 329с.

Поступила в редакцию 24.06.2010