

Структура психологической адаптации у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания

Антохин Е. Ю. — к.м.н. ассистент кафедры психиатрии и мед.психологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрова», клинический психолог отделения первого психотического эпизода ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Оренбург

Будза В. Г. — д.м.н. профессор зав.кафедрой психиатрии и мед.психологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрова», Заслуженный врач РФ, г. Оренбург

Горбунова М. В. — зам. глав. врача по психосоциальной работе, врач-психотерапевт отделения первого психотического эпизода ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Оренбург

Крюкова Е. М. — врач-психиатр, зав. отделением первого психотического эпизода ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Оренбург

Шлафер А. М. — врач-психиатр Областного психотерапевтического центра ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2», г. Оренбург

Сергеева Н. А. — клинический психолог психиатрического отделения ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2», г. Оренбург

The structure of the psychological adaptation in patients with schizophrenia depending on duration of a disease

Antokhin E.Yu., Budza V.G., Gorbunova M.V., Krukova E.M., Shlafer A.M., Sergeeva N.A.

Резюме

С целью изучения структуры психологической адаптации у больных шизофренией в сравнительном аспекте в зависимости от продолжительности течения заболевания обследовано 140 человек. 97 больных шизофренией с первым психотическим эпизодом (ППЭ) составили основную группу (средний возраст 31,88 ± 8,06 лет), 43 больных шизофренией (средний возраст 40,37 ± 9,55 лет) с длительностью процесса более 5 лет – группу сравнения. Методы исследования: клинико-психопатологический, патопсихологический (методика Хейма, опросник «Индекс жизненного стиля», опросник «Самостигматизация»), статистический (t-критерий Стьюдента). Установлено, что по мере хронизации шизофрении структура психологической защиты (ПЗ) приобретает наиболее дезадаптивное патопротекторное содержание. У больных шизофренией с ППЭ доминируют «отрицание», «компенсация», «реактивные образования». В группе сравнения ведущими являются «отрицание», «регрессия», «замещение», «реактивные образования», причем уровень их напряженности значительно возрастает. Возрастает уровень самостигматизации (СС), изменяется её доминирующая форма: сдвиг частоты аутопсихотической и социореверсивной форм СС в сторону компенсаторной и социореверсивной форм. Частота использования адаптивных копинг – механизмов в поведенческой и когнитивной сферах больными шизофренией с ППЭ превышает уровень использования относительно адаптивных и неадаптивных копингов. В эмоциональной сфере доминируют относительно адаптивные копинг – стратегии. При длительном течении заболевания (более 5 лет) в структуре копинга во всех трех сферах доминирующими становятся относительно адаптивные и (или) неадаптивные копинги, а уровень использования адаптивных копингов значительно снижается.

Ключевые слова: структура психологической адаптации, больные шизофренией.

Resume

To study the structure of psychological adaptation in patients with schizophrenia in comparative aspect depending on duration of a disease 140 persons were examined. 97 schizophrenia patients with the first psychotic episode are the basic group (average age 31,88 + 8,06 years), 43 schizophrenia patients (average age 40,37 + 9,55 years) with more than 5 years duration of process are in the comparison group. Methods of investigation: clinical-psychopathological, pathopsychological (Heim's questionnaire – coping diagnostics, "Life style index" questionnaire, "Self-stigmatization" questionnaire), statistical (Student T-criterion). It has been established along schizophrenia chronisation psychological defence structure protection gains the most disadaptive and pathoprotective content. On schizophrenia patients with the First Psychotical Episode (FPE) "negation", "compensation", "reactive formation" dominates. In the comparison group "negation", "regression", "replacement", "reactive formations" are the leading factors, and the level of intensity considerably increasing. The level of self-stigmatization increases, its dominating form changes: rate shift of autopsychotic and socioreversive form of self-stigmatization to the compensatory and socioreversive forms. The use frequency of adaptive coping-mechanisms in behavioral and cognitive spheres by schizophrenia patients with the FPE is more than the use level of relatively adaptive and no adaptive coping-strategies. In emotional sphere relatively adaptive coping-strategies dominate. On duration of the disease (more than 5 years) relatively adaptive and (or) no adaptive copings become dominative in the coping structure of all three spheres, but the use level of adaptive coping-strategies considerably decreases.

Keywords: the structure of the psychological adaptation, schizophrenia patients.

Ответственный за ведение переписки - Антохин Е.Ю.

460051, г.Оренбург, ул.Газовиков дом 22 кв.97, E-mail: antioh73@rambler.ru

Введение

Биопсихосоциальная концепция шизофрении в настоящее время является одной из базовых при анализе этиопатогенетических механизмов [1, 2, 3, 4, 5]. Это привело к изменению взгляда на заболевание как сугубо биологически-эндогенного и способствовало исследованиям психологических и социальных факторов, имеющих, наряду с наследственно обусловленными изменениями субстрата головного мозга, ведущее значение в развитии клинических проявлений шизофренических психозов [1, 6, 7, 8, 9].

Немаловажным в исследовании психогенеза шизофрении является диагностирование патогенформирующих (факторы уязвимости), способствующих становлению или повышающих риск возникновения заболевания, и протекторных факторов, защищающих или снижающих риск развития расстройства [2, 3, 10, 11, 12].

Среди протекторных, выделяют факторы, выполняющие функцию не только предохраняющую или защищающую от болезни (протекторная роль), но и способствующую подержанию уже развившегося расстройства, тем самым превращаясь в свою полную противоположность (патопротекторная роль). Двухполюсная дифференциация одного и того же фактора (протекторная/патопротекторная) в структуре адаптационных механизмов человека наиболее показательна на примере психологической защиты (ПЗ) и копинг-стратегий [3, 13, 14, 15].

Психологическая адаптация включает в себя комплекс защитных образований: копинг, психологическую защиту, а также, в случае уже развившегося заболевания, внутреннюю картину болезни [3, 6]. Таким образом, создаваемое в рамках биопсихосоциальной модели целостное понимание шизофрении связано с представлением о комплексе компенсаторно-адаптационных реакций организма, а не только его адаптации к изменившимся условиям среды. Под психологической адаптацией, отражающей индивидуально-личностный уровень психической регуляции, понимается системная деятельность многих психологических подсистем, активная личностная функция, обеспечивающая согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни [16, 17].

В последнее время особое внимание уделяется изучению больных шизофренией с первым психотическим эпизодом (ППЭ), что позволило прицельно обозначить принципы фармакологического и психосоциального вмешательства. Основными «мишенями» воздействия психосоциальной терапии являются ПЗ, копинг-механизмы и составляющие внутренней картины болезни, в частности, самостигматизация.

Тем не менее, до настоящего времени недостаточно исследований показывающих структуру психологической адаптации у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания. Более четкое определение «мишеней» психосоциальной терапии при шизофрении у больных с ППЭ и хронической шизофренией позволит осуществить дифференцированный подход к разработке терапевтических программ у данного контингента больных.

Цель исследования: выявление структуры психологической адаптации у больных шизофренией в сравнительном аспекте в зависимости от продолжительности заболевания.

Материал и методы

На базе отделения ППЭ Оренбургской областной клинической больницы № 1 (главный врач – Прусс Г.Б.), мужского и женского отделений Областной клинической психиатрической больницы № 2 (главный врач – Портнов Л.М.) обследовано 140 больных шизофренией. В основную группу включены 97 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет (средний – $31,9 \pm 8,06$ лет) в их числе 41 мужчина и 56 женщин, с наличием в анамнезе не более двух психотических приступов и длительностью заболевания не более 5 лет. По формам шизофрении пациенты основной группы распределились следующим образом: 64 пациента (66%) – параноидная форма, 30 пациентов (31%) – кататоническая форма, 3 пациента (3%) – простая форма. Группу сравнения составили 43 пациента в возрасте от 23 до 65 лет (средний – $40,37 \pm 9,55$ лет) в их числе 18 мужчин и 25 женщин, с наличием в анамнезе более двух психотических приступов и длительностью заболевания более 5 лет. Формы шизофрении пациентов группы сравнения: 29 (67%) параноидная, 12 (28%) кататоническая, 2 (5%) простая. Все больные обследованы на этапе выхода из острого психотического состояния (появление относительной критичности к заболеванию), что позволило получить наиболее достоверную субъективную оценку структуры психологической адаптации у больных шизофренией с разной длительностью процесса.

Из исследования исключались пациенты с сопутствующими диагнозами алкогольной и/или наркотической зависимости, а также соматической и органической патологией сопровождающейся выраженным нарушением функции поражённой системы. При этом две выборки сопоставимы между собой по социально-демографическим параметрам.

Методы исследования: клинико-психопатологический; экспериментально-психологический (методика Е. Heim «Способы преодоления критических ситуаций»), опросник ИЦПЗ «Самостигматизация», методика Келлермана-Плутчика-Копте «Индекс жизненного стиля»), статистический метод (t-критерий Стьюдента для независимых переменных).

Результаты и обсуждение

Одной из составляющих структуры психологической адаптации являются психологические защиты. С помощью опросника Келлермана – Плутчика – Копте нами изучена иерархия системы ПЗ и общая напряженность ПЗ в основной группе и группе сравнения (рис.1, таб.1). В основной группе доминируют такие психологические защиты, как отрицание ($81,1 \pm 21,3$), реактивные образования ($80,0 \pm 23,9$), компенсация ($79,5 \pm 21,5$), регрессия ($72,5 \pm 28,2$). Учитывая, что общая напряженность психологических защит не выражена, можно предположить, что в момент начала заболевания происходит поломка ранее существовавшей системы психологических защит, начинают доминировать самые «эффективные» ресурсосберегающие защиты, таким образом, формируется новый стиль функционирования, который будет действовать до момента «адаптации» личности к условиям болезни.

В группе сравнения уровень общей напряженности психологических защит выше, чем при ППЭ (ср. $50,2 \pm 11,5$ и $49,3 \pm 28,5$ при $p < 0,05$). Напряжение наименее адаптивных



Рисунок 1. Сопоставление механизмов психологических защит у больных основной группы и группы сравнения.

Таблица 1. Соотношение по средним показателям механизмов психологической защиты (МПЗ) основной группы и группы сравнения

МПЗ	Основная группа		Группа сравнения	
	М	σ	М	σ
Отрицание	81,1*	21,3	88,2*	37,5
Вытеснение	70,2*	27,7	63,0*	27,8
Регрессия	72,5*	28,2	89,7*	37,8
Компенсация	79,5*	21,5	52,9*	30,7
Проекция	56,6*	30,4	68,4*	33,3
Замещение	67,3*	25,0	87,5*	28,4
Интеллектуализация	68,9*	26,5	59,8*	32,9
Реактивные образования	80,0*	23,9	85,0*	22,7
Общее напряжение	49,3*	28,5	50,2*	11,5

Примечания: * - $p < 0,05$. М – среднее значение, σ – стандартное отклонение.

ПЗ «отрицание» (88,2 + 37,5), «регрессия» (89,7 + 37,8), «реактивные образования» (85,0 + 22,7) становится более выраженным, что усиливает патопротекторную их составляющую. Показатели более зрелых ПЗ «компенсация» (52,9 + 30,7), «проекция» (68,4 + 33,3), интеллектуализация (59,8 + 32,9) у больных с длительным течением шизофрении снижаются по сравнению с показателями у больных с ППЭ, что может говорить о формировании наиболее инфантильного и дезадаптивного способа реагирования, который становится неотъемлемой чертой функционирования личности.

Исследование самостигматизации у больных шизофренией проведено с помощью опросника НЦПЗ «Самостигматизация». Самостигматизация и её формы были представлены в обеих группах различным уровнем выраженности (таб.2, рис.2).

Группа сравнения достоверно ($p < 0,05$) превосходит основную группу по уровню выраженности показателя самостигматизации (ср.153,2+39,7 и 85,3+43,6 при $p < 0,05$). По формам самостигматизации (рис. 3, 4) большую выраженность и частоту встречаемости в качестве ведущей у больных с ППЭ имеет социореверсивная форма (52%), далее следует по частоте встречаемости аутопсихическая (30%) и компенсаторная формы (15%). В группе сравнения также ведущей является социореверсивная форма (54%), несколько ниже частота встречаемости компенсаторной формы (44%), но в отличие от основной группы, аутопсихическая форма наиболее редкая (2%).

В группе сравнения достоверно возрастает уровень всех форм самостигматизации. По частоте ведущей формы самостигматизации происходит сдвиг от доминирования социореверсивной и аутопсихической форм при ППЭ к доминированию социореверсивной и компенсаторной форм самостигматизации. По-видимому, в дебюте психотических расстройств у больных шизофренией аутопсихическая форма самостигматизации (28,8+16,4) выступает как составная часть депрессивного синдрома на фоне формирования нейроркогнитивного дефицита, отражая фиксацию больного на собственной беспомощности и нарастающей несостоятельности. Больной идеализирует свои личностные качества и достижения до болезни и дискредитирует для себя уже недостижимые, по его мнению, ценности. Снижение частоты встречаемости аутопсихической формы среди всех форм самостигматизации с ростом её выраженности при хронизации процесса (35,5+15,3; $p < 0,05$) отражает, в определённой степени, «псевдоадаптацию» (усиление нейроркогнитивного дефицита) к статусу психически больного, тем самым снижая реактивный (психотравмирующий) компонент в генезе шизофрении.

Значительный рост компенсаторной формы самостигматизации при хронизации процесса (ср.: основная группа 25,2+27,7 и группа сравнения 63,0+27,8 при $p < 0,05$) также отражает нарастание дефицитарной симптоматики диссоциативного плана. С одной стороны пациент уже не может не

Таблица 2. Соотношение групп по средним показателям самостигматизации (СС)

Формы СС	Основная группа		Группа сравнения	
	М	σ	М	σ
Аутопсихическая	28,8*	16,4	35,5*	15,3
Компенсаторная	25,2*	27,7	63,0*	27,8
Социореверсивная	72,5*	28,2	89,7*	37,8
Уровень СС	85,3*	43,6	153,2*	39,7

Примечания: * - $p < 0,05$. М – среднее значение, σ – стандартное отклонение.



Рисунок 2. Уровень самостигматизации (по формам) исследуемых групп

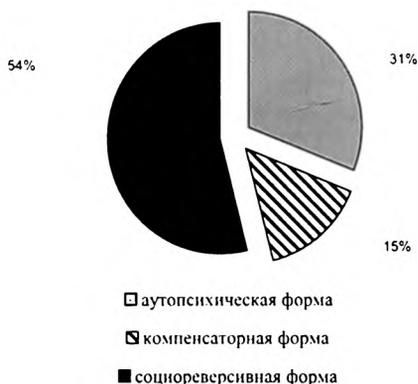


Рисунок 3. Распределение частоты встречаемости форм самостигматизации основной группы

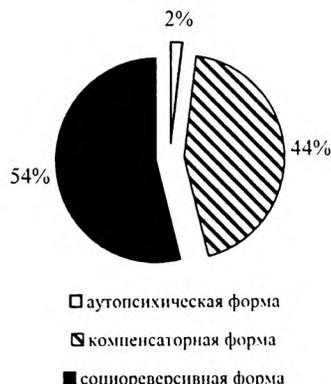


Рисунок 4. Распределение частоты встречаемости форм самостигматизации группы сравнения

Таблица 3. Соотношение групп по средним показател м копинг-механизмов (КМ)

сферы	Основная группа			Группа сравнения		
	А	ОА	НА	А	ОА	НА
поведенческая	2,12	1,91*	1,77*	1,38	2,34*	1,94*
когнитивная	2,21	1,98*	2,20*	1,46	2,52*	2,39*
эмоциональная	1,76	2,06*	1,82*	1,45	2,41*	2,26*

Примечание: А - адаптивные КМ, ОА – относительно адаптивные КМ, НА – неадаптивные КМ. * - $p < 0,05$.



Рисунок 5. Сопоставления копинг-механизмов исследуемых групп в поведенческой сфере

Рисунок 6. Сопоставления копинг-механизмов исследуемых групп в когнитивной сфере



Рисунок 7. Сопоставления копинг-механизмов исследуемых групп в эмоциональной сфере



принять своих изменений личности, с другой, частично игнорируя проявления болезни, подчеркивает свое отличие от образа «психически больного», что также отражает и рост напряженности ПЗ «отрицание».

Социореверсивная форма самостигматизации (ср.: основная группа 72,5+28,2 и группа сравнения 89,7+37,8 при $p < 0,05$) связана с наличием в психическом статусе больного расстройств восприятия и смыслообразования (галлюцинаторно-бредового синдрома). Она обусловлена персекуторной фабулой бреда (бредовые идеи преследования), а также характерным для психоза снижением критичности и ослаблением восприятия объективной реальности. При сочетании психоза с выраженными процессуальными изменениями проявления социореверсивной формы приобретают утрированный до нелепости характер. Таким образом, социореверсивная форма самостигматизации оказывается элементом психического статуса больного с хроническим течением шизофрении, и выраженность ее согласуется с выраженностью психопатологической симптоматики.

Для изучения копинг – поведения у больных шизофренией была использована методика Е. Нейт «Способы преодоления критических ситуаций» (1988). Полученные результаты представлены в таб.3 и на рис.5-7.

В поведенческой сфере в группе больных с ППЭ доминируют адаптивные копинги (2,12). На этапе выхода из психоза больной стремится к сотрудничеству, обращается за помощью к близким, неадаптивные копинги («активное избегание») при первом психотическом эпизоде менее выражены. По мере хронизации заболевания выраженность адаптивных копингов в поведенческой сфере снижается (1,38), начинают

доминировать относительно адаптивные (2,34) и неадаптивные (1,94), такие как «отступление», «компенсация» - поведение больных характеризуется стремлением временно уйти от решения проблем с помощью таблеток, аутизации. Такой срыв сознательной адаптации поддерживается возрастанием напряженности психологических защит «отрицание», «регрессия».

Аналогично в когнитивной сфере у пациентов первого психотического эпизода адаптивные (2,21) и не адаптивные копинги (2,20) выражены практически одинаково, по-видимому, отражая относительную ресурсность нейрокогнитивных процессов. Личность пытается бороться, поверить в себя, в свои возможности, оценивая ситуацию. По мере хронизации заболевания выраженность адаптивных копингов в когнитивной сфере резко снижается (1,46; $p < 0,05$). По-видимому, вследствие нарастания нейрокогнитивного дефицита пациент уже не может оценить ситуацию, активировать собственные ресурсы. Данные хорошо согласуются с результатами опросника «Самостигматизация», снижение аутопсихической формы самостигматизации подтверждает то, что способность к самооценке у больных шизофренией снижается, они перестают оценивать свои возможности, теряют самоконтроль, веру в свои силы.

С длительностью заболевания частота использования адаптивных копингов в эмоциональной сфере также снижается (ср.: основная группа 1,76, группа сравнения 1,45; $p < 0,05$). Больные смиряются с ситуацией, теряют веру в наличие выхода из проблемы, начинают доминировать относительно адаптивные (ср.: основная группа 1,98, группа сравнения 2,52; $p < 0,05$) и неадаптивные копинги (ср.: основная

группа 1,82, группа сравнения 2,26; $p < 0,05$). Поведение направлено либо на снятие напряжения, либо на перелазу ответственности по разрешению трудностей другим лицам, а также характеризуется состоянием безнадёжности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других.

Таким образом, в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах по мере хронизации шизофренического процесса наблюдается снижение адаптивных копингов на фоне повышения частоты использования относительно адаптивных и неадаптивных копинг-механизмов.

Заключение

В структуре психологических защит больных шизофренией с ППЭ доминируют «отрицание», «компенсация», «реактивные образования». По мере хронизации шизофренического процесса доминирующими являются «отрицание», «регрессия», «замещение», «реактивные образования», причём уровень их напряжённости значительно возрастает по сравнению с первым психотическим эпизодом. Общий уровень напряжённости психологических защит по мере хронизации заболевания также возрастает, что говорит о функциональном снижении системы психологических защит с потерей её целенаправленности, за счёт формирования более жесткой, ригидной дезадаптивной структуры.

При хронизации шизофренического процесса уровень самостигматизации больных шизофренией возрастает в основном за счёт компенсаторной и социореверсивной форм. Анализируя динамику частоты встречаемости в качестве ведущей формы самостигматизации, установлено, что независимо от длительности заболевания доминирующей является социореверсивная форма, при этом частота встречаемости аутопсихической формы в качестве ведущей значительно снижается по мере хронизации болезни, а компенсаторной формы – возрастает.

Частота использования адаптивных копинг – механизмов в поведенческой и когнитивной сферах больными шизофренией с первым психотическим эпизодом превышает уровень использования относительно адаптивных и неадаптивных копингов. В эмоциональной сфере доминируют относительно адаптивные копинг – стратегии. При длительном течении заболевания (более 5 лет) в структуре копинг – поведения во всех трех сферах доминирующими становятся относительно адаптивные и (или) неадаптивные копинги, а уровень использования адаптивных копингов значительно снижается.

Таким образом, по мере хронизации шизофренического процесса с утяжелением психического состояния структура психологической адаптации становится более дезадаптивной – патопротекторной. ■

Литература:

1. Гурович И.Я., Шмуцлер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА, 2004.
2. Джонс П. Б., Бакли П. Ф. Шизофрения: Клян. Руководство. Пер. с англ. Под общ. ред. проф. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпрессинформ. 2008.
3. Коцобинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. СПб.: Гиппократ+. 2004.
4. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н. и соавт. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. М.: ИД Медпрактика М. 2007.
5. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: A challenge for the 21st century. *Int. Rev. Psychiatry*. 2002; 14: 245 – 55.
6. Аристова Т.А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией: Автореферат дисс. ... канд. психол. наук СПб. 1999.
7. Бернер П. (Berger P.). Многофакторная модель патогенеза Ханс Кофф – пионер современной психиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 1994; 2:121-5.
8. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб. 1993.
9. Stanley S, Shweta S. Integrated psychosocial intervention in schizophrenia: implications for patients and caregivers. *Int. J. Psychosoc. Rehab*. 2006; 10 (2): 113-28.
10. Ибриевит М.О. Исследование социальной компетентности больных шизофренией в процессе психотерапии: Дисс. ... канд. психол. наук НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 1997.
11. Исаева Е.Р., Исурица Г.Л., Кайдановская Е.В. и др. Исследование копинг-поведения у больных малопрогредиентной шизофренией и неврозами. *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. 1995; 3-4: 98-101.
12. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: Дисс. ... канд. психол. наук НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб. 1999.
13. Коцобинский А.П., Скорик А.И., Пенчул Н.А. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007; 2: 103-7.
14. Безносик Е.В., Соколова Е.Д. Механизмы психологической защиты. *Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. 1997; 2: 44-8.
15. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw – Hill. 1966.
16. Вассерман Л.И., Березин М.А. Социальная фрустрированность личности и ее роль в генезе психической дезадаптации. *Обзор психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. 1998; 1: 33-5.
17. Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации. *Обзор психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева*. 1994; 3:16-25.
18. Гурович И.Я., Шмуцлер А.Б., Любов Е.Б. и др. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении). *Методические рекомендации*. М. 2003.
19. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Дольцова А.А., Шмуцлер А.Б. Тренинг когнитивных и социальных навыков у больных шизофренией. *Медицинская технология*. М. 2007.
20. Демчева Н.К., Кузнецов С.В. Негативные расстройства при параноидной шизофрении. *Психическое здоровье*. 2009; 1: 38-42.
21. Ястребов В.С., Михайлова И.И. Самостигматизация при основных психических заболеваниях. *Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. 2005; 11: 50-4.
22. Dickerson F.B., Sommerville E.A., Origoni N.B. et al. Experiences of stigma among outpatients with Schizophrenia. *Schizophrenia Bull*. 2002; 28 (1):143-55.