

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ

- *Реакция личности на психическую болезнь: опыт качественного исследования*
 - *Характеристика институционально обусловленной стратегии самоорганизации участников образовательных практик*
-

УДК 159.97, 616-05

Реакция личности на психическую болезнь: опыт качественного исследования

Ю. Г. Фролова, кандидат психологических наук, доцент

Рассматриваются основные подходы к изучению психологии больного. Главным в реакции на болезнь является формирование ее субъективной репрезентации. Излагаются результаты эмпирического исследования субъективной репрезентации болезни у женщин, страдающих шизофренией. Делается вывод о том, что эти репрезентации отражают социальные характеристики их жизненной ситуации, а не саму болезнь. Больные шизофренией нуждаются в психологическом сопровождении и своевременной трудовой реабилитации.

Personality Reaction on Mental Illness: the Qualitative Study

Y. Fralova, PhD in Psychology, Associate Professor

Basic approaches to the psychology of the ill person are considered. The formation of subjective representation of illness as a main component of reaction to illness is postulated. The data of qualitative study of female patients' subjective representation of schizophrenia is presented. It is suggested that representations of illness reflect peculiarities of life situation. Schizophrenic patients require psychological interventions and professional rehabilitation.

С момента выделения клинической психологии в самостоятельную отрасль психологической науки одной из важнейших ее целей было исследование психологии больного. В 1898 г. А. Гольдштейдер предложил разделять ауто- и аллопластическую картины болезни. В отличие от аллопластической картины, представляющей собой совокупность симптомов, аутопластическая картина болезни является продуктом познания и осмысливания индивидом изменений в своем состоянии. Между алло- и аутопластической картинами не может быть полного соответствия по двум причинам. Во-первых, невозможно точно отразить на субъективном уровне работу организма. Во-вторых, аутопластическая картина выполняет функции осмысливания, упорядочивания и контроля новой для пациента реальности. В начале XX в. К. Ясперс ввел в науку понятия осознания и постижения болезни (последнее подразумевает не только субъективное ощущение непорядка, расстройства, но и способность более-менее правильного суждения о своем состоянии). Он также указал на принципиальное различие в отношении к болезни у врача и пациента, обусловленное несходством их интересов в ситуации болезни [1].

Развитие этих идей в клинической психологии привело к формированию нескольких направлений исследования субъективной картины болезни. В отечественной психологии была разработана концепция «внутренней картины болезни» (Р. А. Лурия, В. В. Николаева, А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев и др.). Под этим термином понимают сложное сочетание ощущений, восприятий, представлений, идей и переживаний человека, вызванных его недугом. Выделяется несколько компонентов внутренней картины болезни: сензитивный (непосредственного чувственного отражения), эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный. Подчеркивается динамический аспект внутренней картины болезни, ее изменение по мере развития болезни, начиная с этапа, где главную роль играют патологические ощущения и их эмоциональная оценка, до этапа, на котором происходит перестройка мотивационно-потребностной сферы с учетом новых жизненных реалий. К последним относятся ограничение способностей, угроза для жизни, необходимость уделять значительное количество времени лечению и т. п. Сторонниками данного подхода ведется дискуссия относительно значимости различных компонентов

внутренней картины болезни и их влияния на поведение, однако в целом интеллектуальная (в противовес эмоциональной) оценка ситуации и способность скорректировать иерархию своих жизненных целей признаются позитивными, желательными компонентами в реакции личности на болезнь [2].

В зарубежной клинической психологии в первой половине XX в. субъективная концепция болезни активно изучалась в рамках психоаналитического подхода. Здесь подчеркивается, что способ осмысления пациентом своей болезни неотделим от того, как он осознает себя и свое место в мире. Образ болезни, который создает пациент, является отражением типичных для него способов мышления и реакций на сложные жизненные ситуации. Важным фактором успеха психоаналитической терапии является достижение так называемого «инсайта». Этот термин определяют по-разному: как открытие бессознательной реальности, позволяющее объяснить текущее поведение предшествующими событиями; как обретение нового смысла для психического содержания (например, для содержания воспоминаний); как осознание, ведущее к терапевтическому изменению [3]. Утверждается, что без понимания пациентом истоков и смысла своих симптомов эффективное лечение невозможно.

Чем тяжелее состояние пациента, тем большую роль в его лечении играют обучение и разъяснение, позволяющие сформировать адекватную субъективную концепцию болезни. «При таком подходе вы обращаетесь ко всей накопленной человечеством психоаналитической мудрости, обобщая в интересах пациента все, что терапевту известно о человеческой психологии», – пишет Н. Мак-Вильямс [4, с. 108]. Объясняя пациенту механизмы возникновения и функции его переживаний, психотерапевт тем самым борется с когнитивным хаосом и чувством экзистенциального ужаса. Формирование более-менее определенной и адекватной картины болезни свидетельствует о росте психологического благополучия.

При этом психоаналитики никогда не стремились добиться полного совпадения концепций болезни, имеющихся у терапевта и пациента. Скорректированная концепция болезни должна служить интересам больного, а не просто отражать ключевые положения психоанализа. Она должна уменьшить эмоциональное напряжение, создать у пациента уверенность в возможности нормализовать свое состояние.

В последние десятилетия XX в. большую популярность приобрела концепция когнитивных представлений болезни, наиболее полно представленная в работах Г. Левентала. В ней утверждается, что формирование представлений болезни является есте-

ственной реакцией на угрожающее событие и одновременно одной из составляющих системы саморегуляции поведения. Сложно определить на абстрактном уровне, какой может быть такая репрезентация, поскольку ее характеристики меняются в зависимости от типа и стадии заболевания. В некоторых случаях формирование когнитивной репрезентации болезни может быть вообще неадаптивным, ухудшать эмоциональное состояние пациента. По данным эмпирических исследований, полностью сформированная репрезентация болезни включает в себя представления о ее симптомах, причинах, длительности, последствиях и способах лечения [5, с. 131–135].

Дискурсивные и нарративные исследования психологии больного подчеркивают творческий, неустойчивый и социально обусловленный характер субъективных концепций болезни. Конструирование нарратива позволяет индивиду не только осмыслить свое состояние, но и установить контроль над болезнью, понять, что необходимо делать дальше. Каждый раз субъективная концепция болезни создается заново, в зависимости от аудитории и от целей рассказчика. Задачей последнего является социализация болезни, превращение ее из биологического явления в явление социальное [6; 7 с. 47–63].

Каким бы ни был подход психолога к исследованию психологии больного, он должен решить следующую проблему: какой должна быть адаптивная концепция болезни у пациента, если в медицине отсутствует ее четкая научная концепция? Особенно актуальным является этот вопрос в исследовании субъективной концепции болезни при психических расстройствах. В психиатрии сложность диагностики и выявления причин заболеваний в итоге привели к пересмотру самой классификации психических расстройств на основе так называемого принципа прототипов. Это значит, что в классификации представлены не точные описания болезней, а идеализированные совокупности их важнейших характеристик. Таким образом, признается, что у одного больного в один момент времени не могут наблюдаться все указанные симптомы. Причины болезней вообще не рассматриваются как основание классификации, в отличие от соматической медицины. Как же может пациент сформировать правильное понимание шизофрении, если в психиатрической литературе нет единства в отношении причин, признаков, типов и видов течения этого заболевания?

В отличие от психологии соматического больного, внутренняя картина болезни при психических расстройствах всегда была в большей степени объектом внимания со стороны психиатров, а не клинических психологов. Здесь основным понятием является понятие критичности, то есть способ-

ности человека объективно отнести к своим личностным и поведенческим особенностям, а также к проявлениям своей болезни. Ключевым является вопрос о том, признает ли человек себя больным, замечает ли он, что его личность и психические процессы изменились. Другие аспекты внутренней картины болезни, например, содержание болезненных переживаний, индивидуальное понимание причин болезни в основном рассматриваются в клинико-диагностическом аспекте. Так, в зависимости от того, как человек воспринимает причины своего состояния, делается вывод относительно вида и тяжести его психического расстройства.

В исследованиях реакции личности на психическую болезнь отмечается существенное тяготение к медицинской позиции, то есть считается, что не пациент говорит о своей болезни, а болезнь говорит за пациента. В этом смысле ориентация на качественную методологию могла бы способствовать улучшению ситуации, поскольку эта методология позволяет с наибольшим вниманием отнести к индивидуальному, особенному, личностному в противовес обобщенному и типичному.

Нами было решено исследовать реакцию личности на возникновение шизофrenии. Это заболевание относится к наиболее тяжелым, хроническим расстройствам, часто приводит к инвалидности и формированию личностного дефекта. Кроме того, к числу типичных симптомов шизофrenии психиатры относят нарушение самосознания, эмоциональную холодность и потерю социальной направленности мышления и поведения. Поэтому в литературе обычно указывается на неадекватность отношения к болезни при шизофrenии и на то, что социальная дезадаптация больных является прямым следствием их недуга.

Интервью проводились с пациентками Республиканской клинической психиатрической больницы «Новинки». Всего в исследовании приняли участие 13 женщин в возрасте от 21 года до 60 лет, имеющие различный уровень образования (незаконченное среднее, среднее специальное, высшее), род занятий (бизнесмен, переводчица, врач, воспитательница детского сада, социальный педагог) и семейное положение (замужем, разведены, одиночие). Большинство из них впервые попали в психиатрическую клинику. Таким образом, у нас была возможность исследовать реакцию личности на болезнь на раннем этапе.

Анализ полученных данных проводился в двух плоскостях. Вначале мы рассматривали формальные характеристики полученных текстов: объем, структуру, связность повествований. Далее посредством процедуры тематического кодирования [8] анализировалось содержание.

Формальные характеристики субъективной концепции болезни. В ходе интервью пациенткам предлагались вопросы открытого типа, касающиеся ситуаций возникновения болезни, их текущего психического состояния и планов на будущее. При помощи этих вопросов мы предполагали стимулировать свободное нарративное повествование, однако на деле нам пришлось столкнуться со значительными трудностями. Пациентки отвечали на вопросы, непосредственно касающиеся заболевания, не просто кратко, а скорее даже односложно, с частым использованием выражений «я не знаю», «мне неприятно об этом говорить». Их способность к конструированию связных историй своей болезни была существенно ослаблена. Приходилось задавать значительное количество уточняющих вопросов (то есть, фактически, изменять дизайн интервью с нарративного на полуструктурированное), чтобы беседа не закончилась преждевременно.

Можно предположить, что нарративы в данной ситуации пока не могут быть сформированы. Шизофrenия является тяжелейшим психическим расстройством, при котором нарушаются единство и целостность личности, появляется то, что Р. Лэнг называл «онтологической неуверенностью» (состояние, когда человек не уверен в том, кто он такой, каковы его цели в данный момент, что для него самое главное в жизни, и вообще – существует ли он на самом деле, существует ли на самом деле этот мир) [9]. В результате теряются связность, логичность повествования (что на языке клинической психологии называется «разноплановостью»), оно становится фрагментарным и неопределенным.

Незавершенность нарратива может объясняться и незавершенностью болезненного процесса. Как мы указывали выше, большинство женщин впервые попали в психиатрическую клинику. Возникновение шизофrenии погрузило женщину в состояние хаоса, но затем она научится жить внутри этого беспорядка (или, вернее, жить с этим беспорядком внутри). Возможность формирования нарратива будет свидетельствовать о выздоровлении или хотя бы об устойчивой ремиссии. З. Фрейд отмечал, что неспособность пациента представить упорядоченную картину случая является не просто признаком невроза, но отправной точкой в психотерапии. В процессе психотерапии происходит сортировка и связывание ранее не связанных фактов. В результате конструирования более упорядоченного повествования пациент начинает чувствовать себя лучше. Перефразируя известную латинскую поговорку в выражение «Mens sana in fabula sana»¹, Брукс свя-

¹ Буквально – в здоровой (нормальной) истории – здоровый дух.

зывает болезнь с неупорядоченной жизненной историей, с нуждающимся в исправлении нарративе [10, с. 49].

Содержательные особенности субъективных концепций болезни. Тематическое кодирование позволило нам выделить несколько систематически повторяющихся в различных интервью тем: «минимизация проблемы», «стигма», «негативные чувства в связи с госпитализацией», «страх», «снижение уровня притязаний», «семья», «смысл болезни», «потребность в психологической помощи». Далее мы рассмотрим их более подробно.

а) Минимизация проблемы. На вопрос «Когда Вы впервые почувствовали изменения в своем состоянии?» практически все женщины либо отвечали фразой, начинающейся со слова «просто», либо это слово неоднократно встречалось в дальнейшем, например: «Я просто пережила несколько стрессов» (И8)¹. Затем многие женщины переводили разговор на другую тему. Термин «шизофрения» крайне редко использовали в беседе даже те из них, кто знал или догадывался о своем диагнозе. Разговор о проявлениях болезни также был неприятен пациенткам. Они очень скромно описывали свои симптомы, при этом они пользовались расплывчатыми выражениями: «Нет, я не хочу углубляться в эти дебри. Я хочу жить нормальной жизнью и об этом забыть» (И2). А. Клейнман считает, что отрицание серьезности проблемы играет очень важную роль: оно создает убеждение в том, что события не являются угрожающими [6]. Заметим, что этот прием призван воздействовать не только на эмоциональное состояние больной, но и на ее собеседницу. Пациентка словно пытается сказать: «Я такая же, как Вы. У меня нет ничего серьезного». Согласно А. Радли, интервьюер прежде всего воспринимается больным как здоровый человек. В разговоре с ним они пытаются представить себя обычными людьми. Это помогает больным избежать чувства собственной слабости, уязвимости, а также критического отношения со стороны интервьюера. Для описания болезни используются «нейтральные», не имеющие отношения к медицине термины и метафоры [11 с. 16–30]. Можно предположить, что в случае психического заболевания одной из целей нормализации будет защита от стигмы.

б) Стигма. О переживании своей стигматизированности, то есть восприятия себя как носителя негативных, постыдных личностных качеств сообщают все собеседницы, причем часто это пережива-

ние возникает не столько в связи с диагнозом болезни, сколько в связи с госпитализацией. Женщины испытывают чувство стыда за то, что они находятся в больнице, считают, что это результат их собственной ошибки: «Я ведь не говорю никому из детей, что я здесь. Это же ...психиатрическая больница ...Страшно, что они могут узнать и подумать, что я ненормальная» (И11). Пациентки пытаются скрыть свое пребывание в больнице от друзей и знакомых. Они испытывают чувство вины за то, что не смогли справиться со своими проблемами без посторонней помощи: «Я считаю, надо былоправляться самостоительно ...Я наверное допустила ошибку, когда сказала врачу, что мне казалось, что мной кто-то руководит» (И11).

в) Неприятные переживания, связанные с лечением и пребыванием в больнице. О них говорили все наши собеседницы. Немаловажную роль в том, что больница вызывает у пациенток отрицательное отношение, играют особенности лекарственной терапии и правил внутреннего распорядка, что очень точно отражено в следующей реплике: «Это такая больница, в которой сложно лечиться. Курс лечения очень сложный. Потому что состояние какой-то скованности¹, такое состояние, когда не можешь нормально помыться, зубы почистить ...И время тут очень медленно идет» (И2). Пациентки также сообщают о пугающих их нарушениях внимания и памяти. Женщины мало информированы об особенностях лекарственной терапии, чаще всего не знают, какие лекарства им назначены (делят их просто на «таблетки» и «уколы»). Чрезмерная суровость некоторых требований больничного режима (например, ограничение прогулок) хотя и оценивается женщинами негативно, но не вызывает у них особых протестов. Можно предположить, что больничная атмосфера способствует закреплению пассивной позиции по отношению к процессу лечения. Некоторые испытуемые опасались обсуждать с нами больничную жизнь из-за возможных негативных последствий этой беседы: «Я не знаю, можно ли говорить то, что я говорю ...потому что, вы знаете, я не хочу здесь долго быть, я хочу выпасть» (И3).

г) Страх. Указание на эту эмоцию встречалось во всех интервью, даже с теми нашими собеседницами, которые не считали свое состояние особенно тяжелым. Существуют два основных объекта страха: сама шизофрения и будущее.

В первом случае страх связан с характером симптомов. Например, одна из женщин боится того,

¹ Здесь и далее мелким шрифтом выделены высказывания пациенток с полным сохранением лексики и грамматики. По соображениям конфиденциальности всем нашим собеседницам были присвоены номера, например, И1 – пациентка 1.

¹ Состояние скованности является одной из многих нежелательных реакций при приеме противопсихотических препаратов.

что кто-то управляет ее действиями¹. Других пациенток пугала возможность нового приступа болезни, утрата контроля над ней: «*Вдруг я ощутила, что на меня что-то надвигается ... и я перепугалась ... неужели ко мне может вернуться мое первое состояние, из которого я так долго выходила?*» (И4). Эта больная мечтает хотя бы о нескольких годах жизни без приступов шизофрении.

Во втором случае страх вызван пессимистическим прогнозом в отношении лечения, незнанием своих гражданских прав, отсутствием стабильных доходов: «*С такой болезнью тяжелой ... и без денег, я получаю только пенсию ... в наше время, имея двоих детей, кому не страшно будет?*» (И4); «*Пугает, что будет дальше, как я буду дальше жить, смогу я детей вырастить или не смогу ... что у меня их заберут ... при разводе?*» (И3).

д) Снижение уровня притязаний. Обдумывая свое будущее, все женщины, с которыми мы беседовали, принимали решение снизить требования к себе и к миру, ограничить социальную активность рамками семьи: «*Надо, чтобы меня интересовали сначала ... маленькие дела*» (И4). Вот как описывает свои планы на будущее одна из пациенток, имеющая высшее образование и до болезни руководившая лабораторией: «*Кем пока я себя вижу? Только не интеллектуальная работа, какая была сейчас ... может быть в практической какой-нибудь ... чтобы потом мне не было стыдно за то, что я сделала неправильно*» (И11). Заметим, что у данной пациентки эта госпитализация была первой по счету, так что речь о сформировавшемся дефекте, об инвалидности не идет.

Обычно эти «маленькие дела» включают в себя рукоделие, работу по дому. Некоторые женщины, однако, говорят и о более серьезных планах: «*Помогать людям и растильть моих детей, а также мужа сделать счастливым*» (И12). В любом случае, планы всегда направлены на улучшение жизни окружающих, а не на удовлетворение потребностей самих женщин.

Ориентация на «маленькие дела» может препятствовать профессиональной карьере. Дело в том, что в момент психотического приступа женщина действительно ощущает себя слабой, интеллектуально несостоятельной, неспособной выполнять простейшую работу. Однако исследования трудоспособности больных шизофренией показывают, что некоторые из них вполне могут успешно работать, если трудовые навыки были приобретены ими до болезни. Психиатры полагают, что именно продолжение работы в соответствии с полученным об-

разованием и сферой интересов способствует сохранению личности больного [12, с. 270–282]. Занимаясь домашним трудом или работой, не требующей высокой квалификации, женщина становится более зависимой от мужа и других членов семьи, снижается ее самооценка, она имеет меньшую свободу действий.

е) Семья. Тема «маленьких дел» тесно связана с другой, наиболее часто встречающейся в проанализированных нами интервью, – с темой семьи. Семейные проблемы, дети, мужья и родители занимают важнейшее место в описаниях пациентками их состояния и в их прогнозах на будущее. Иногда влияние семьи (и даже просто ее наличие) оценивается как позитивный фактор, помогающий в лечении: «*Самое главное в выздоровлении – это уверенность, что ты не один, что ты еще сможешь что-то делать в этой жизни. Что ... у меня еще дети есть, маленькие. Их же надо еще воспитывать, чтобы они гордились мной*» (И11).

Причины своего психического расстройства женщины также связывают с семейными отношениями. Они сообщают о большом количестве стрессов, вызванных смертью и болезнями близких, супружескими конфликтами, непониманием со стороны супруга или родителей, большими нагрузками. Одна из наших собеседниц до болезни пережила смерть пятилетнего сына и смерть матери, другая, замужняя женщина, встретила и полюбила мужчину, но в то же время не решалась разрушить семью, третья родила ребенка, хотя муж был против. Семейная сфера и сфера межличностных отношений являются, таким образом, референтными для осмысливания женщинами своей болезни.

Мы на основании проведенного исследования можем сказать, что наши собеседницы, находящиеся на различных стадиях развития болезни, не просто стремятся соответствовать социальным требованиям, а хватаются за эту свою роль как за последнюю соломинку, которая удерживает их от погружения в безумие.

Таким образом, невозможно однозначно определить, позитивную или негативную роль в выздоровлении играет ориентация на семейные ценности. С одной стороны, стабильные семейные отношения, любовь к мужу и детям являются источником положительных эмоций, надежды на будущее и уверенности в себе. С другой стороны, женщины испытывают сильный стресс из-за того, что в результате болезни семейные дела оказываются «заброшенными». Им даже не приходит в голову, что у других членов семьи – мужа, старших детей, их собственных родителей – тоже есть обязательства перед семьей. Чувство вины и стыда, связанные с самим диагнозом психического расстройства и

¹ Один из типичных для шизофрении симптомов.

госпитализацией, усиливаются из-за невозможности выполнять семейные обязанности.

Женщины полагают, что им не следует обременять близких своими переживаниями, что болезнь – это их личная проблема, которая ни в коем случае не должна повредить семью: «*Я так переживала, что муж обижается на меня из-за того, что я не предупредила и поехала в больницу*» (И3).

3) Смысл болезни. Любая болезнь вызывает у человека вопрос: «Почему это произошло именно со мной?». Как можно понять из разговоров с пациентками, многие из них обращаются за ответом к Богу¹ и, в соответствии с христианской традицией, начинают рассматривать свою болезнь как расплату за грехи: «*Это искупление ...может, это полезно, что я вот так страдаю*» (И7); «*Я поняла какие-то ошибки свои ...я не хочу их больше повторять*» (И3).

Негативный опыт может послужить источником личностного роста и уверенности в себе: «*Я не жалею ни о чем, что произошло. Ни о том даже, что я хотела умереть. Потому что я приобрела ...очень сильный опыт. Я теперь ничего не боюсь. Я многое пережила, но я очень счастливая стала*» (И12).

и) Психологическая помощь. Пациентки говорят о том, что хотели бы получать в больнице, помимо лекарств, еще и психологическую помощь. Часто психотерапия таким пациентам просто не назначается, потому что в медицине считается правильным лечить не проявления болезни, а ее причину. Причиной же шизофрении полагают биологические факторы. Однако психологическая помощь нужна для того, чтобы усилить способность личности бороться с болезнью, устраниТЬ чувство страха, подготовить пациента к выписке. К сожалению, реальное положение дел таково, что в наименьшей степени бесплатную психологическую помощь получают именно больные психозами, которые считаются «некритичными», «неперспективными» и «трудноизлечимыми».

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать несколько важных вы-

водов относительно реакции личности на психическую болезнь:

- при любом психическом заболевании личность все же сохраняет свою социальную направленность и стремление к реинтеграции в общество. Проблема, возможно, заключается в том, что общество не всегда готово дружелюбно принять такую личность;
- больные шизофренией остро нуждаются в психологическом сопровождении как во время лечения, так и перед выпиской из стационара. Необходимо помочь им преодолеть чувство пассивности и потери контроля над ситуацией, чему в немалой степени способствовало бы изменение режима лечения на менее жесткий;
- больные нуждаются в трудовой реабилитации и профориентационном консультировании.

Использованная литература

1. См.: Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. – СПб., 1997.
2. См.: Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М., 1987.
3. См.: Томэ, Х. Современный психоанализ: в 2 т. / Х. Томэ, Х. Кэхеле. – М., 1996.
4. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. – М., 1998.
5. См.: Leventhal, H. Lay beliefs about health and illness / H. Leventhal, Y. Benyamin // Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. – Cambridge, 1997.
6. См.: Kleinman, A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and The Human Condition / A. Kleinman. – New York, 1988.
7. См.: Murray, M. The Storied Nature of Health and Illness / Murray M., Chamberlain K. (Eds) // Qualitative Health Psychology. Theories and Methods. – Cambridge, 1999.
8. См.: Flick, U. Introduction to qualitative research: theory, method and applications / U. Flick. – London, 1998.
9. См.: Лэнг, Р. Расколотое «Я» / Р. Лэнг. – СПб., 1995.
10. Brooks, P. Psychoanalysis and Storytelling / P. Brooks. – Oxford, 1994.
11. См.: Radley, A. Social Realms and the Qualities of Illness Experience / A. Radley // Murray M., Chamberlain K. (Eds). Qualitative Health Psychology. Theories and Methods. – Cambridge, 1999.
12. См.: Ванникова, Н. Р. Патопсихологическое исследование успешно работающих больных шизофренией / Н. Р. Ванникова // Патопсихология: хрестоматия. – М., 2000.

¹ Здесь нужно заметить, что больницу активно посещают православные священники, пациенток снабжают религиозной литературой, они могут посещать расположенную рядом церковь.