

Субъективное восприятие психоза у больных шизофренией: опыт транскультурального исследования

Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Новикова К.Е., Вид В.Д.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург.

Резюме. Активное развитие теории салютогенеза в психологии лечебного процесса обуславливает интерес к изучению субъективного опыта переживания психиатрическими пациентами перенесённого психоза. В пилотажном исследовании приняли участие 85 больных шизофренией. Выполнены перевод и адаптация Гамбургского теста для изучения субъективного смысла психоза (SuSi). Подтверждена гипотеза о связи более конструктивного переживания психоза со способностью больных интегрировать болезненный опыт в свой жизненный контекст. Получены данные о существенных культуральных различиях немецкой и русскоязычной популяции. Обсуждены дальнейшие перспективы транскультуральных исследований в психиатрии и изучения субъективной концепции морбидности психиатрических пациентов.

Ключевые слова: салютогенез в психиатрии, восприятие психоза, транскультуральное исследование, шизофрения.

Subjective perception of psychosis in patients with schizophrenia: the experience of transcultural research

Lutova N.B., Sorokin M.Yu., Novikova K.E., Vid V.D.

Bekhterev V.M. National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St.Petersburg

Summary. Development of salutogenesis theory in the psychology of therapeutic process causes an interest in studying the subjective experience of psychosis in psychiatric patients. In the pilot study 85 patients with schizophrenia took part. Translation and adaptation of Hamburg test of subjective meaning of psychosis (SuSi) have been completed. Hypothesized connection of constructive experience of psychosis and the ability of patients to integrate disease experience into their life context was confirmed. Data on significant cultural differences between the German and Russian-speaking populations were obtained. Further perspectives of transcultural studies in psychiatry and the study of the subjective concept of morbidity in psychiatric patients were discussed.

Key words: salutogenesis in psychiatry, perception of psychosis, transcultural study, schizophrenia

Введение. В последние десятилетия в медицине все большее место занимает новое исследовательское направление — салютогенез («salus» — здоровье, «genesis» — происхождение), где главным предметом внимания является вопрос происхождения здоровья. Для этого подхода первичным становится вопрос: «Откуда берется здоровье и как его можно укрепить?» вместо главного вопроса патогенетической концепции: «Откуда берется болезнь и как ее можно избежать?». Теория салютогенеза была предложена Аароном Антоновски [5] при изучении адаптивности людей, оказавшихся в тяжелой жизненной ситуации. Его концепция акцентирует внимание на рефлексировании копинга, самоопределяющего эффективность индивида, который по существу является одним из аспектов саногенеза, описывающего количественные ресурсы устойчивости к стрессору, а также обратную динамику морбидных структур. Акцентирование этого аспекта, к которому обращается салютогенез, вполне оправдано, поскольку позволяет глубже понять личностные ресурсы сохранения здоровья. В частности, результаты исследования А. Антоновски показали, что часть людей,

несмотря на пережитой стресс, сохранили здоровье, поскольку, по мнению автора, обладали про-теktivными факторами, которые он определил как «чувство связанности», включающее три основных фактора, предопределяющих устойчивость личности, переживающей стресс: 1) постижимость; 2) управляемость и 3) осмысленность.

Применение салютогенетического подхода в психиатрии привело к пониманию необходимости фокусировать внимание не только на психопатологических проявлениях, но и рассматривать субъективный опыт больного как звено салютогенеза [16]. По мнению К.М. Boydell с соавт. [9], восстановление после психоза в соответствии с индивидуальными историями болезни, по-видимому, во многом зависит от способности пациентов обнаруживать определенное значение или смысл в собственном психическом расстройстве. Эти интересные выводы могут быть объяснены потребностью человека в смысле. Таким образом, потребность в смысле можно рассматривать как универсальный принцип, служащий для адаптации к стрессовым событиям жизни или для поддержания здоровья в целом [4].

Теоретическая основа, позволяющая понять сложный процесс смыслообразования в поиске приспособления к стрессовой жизненной ситуации описана в современной модели С. Park [14].

Автор определяет процесс смыслообразования как усилие, направленное на достижение соответствия между основными жизненными ориентирами («глобальный смысл») и значением данной (конкретной) стрессовой ситуации («определенное значение события»). В случае противоречия между этими двумя составляющими (в результате конфронтации между ними) и запускается процесс смыслообразования, итогом которого действительно может стать обретение смысла. На основе модели смыслообразования С. Park было показано, что найденный смысл стресс-фактора обладает положительным эффектом или завершается психологически положительным итогом (например, принятие, понимание причин [11]; ощущение личностного роста или позитивные изменения жизни [10]). Благодаря этой концепции появились публикации, исследующие значение субъективных детерминант, участвующих в салютогенезе. В частности, изучаются ресурсы хронически больных, способствующие поддержанию здоровья, качества жизни и автономности существования [3, 13, 14, 15].

До последнего времени эмпирических исследований, касающихся субъективного смысла у пациентов с психотическими расстройствами не существовало. Это может быть объяснено тяжестью психотических расстройств, которые, как предполагается, препятствуют опыту положительных психологических изменений. Однако такой подход не кажется удовлетворительным для психиатров-исследователей, поскольку существующие разработки концепции посттравматического роста свидетельствуют о том, что люди, переживающие стрессовые жизненные ситуации, сообщают о положительных результатах подобного опыта [6, 17].

Что значит для больного перенесенный психоз? Как показывают современные исследования, при столкновении с психозом больному важно придать этому феномену смысл и значение. Таким образом, у немецких коллег возникла идея разработки шкалы субъективного смысла при психозах [7, 8]. Благодаря проведенной работе ими был создан инструмент Гамбургский тест SuSi для определения субъективного смысла и значения психоза, предназначенный для квантификации родственных концепций — общие стратегии переработки, смысл жизни, общий смысл заболевания, концепции болезни, салютогенез и стратегии преодоления негативных последствий психоза. Апробация созданного инструмента подтвердила его хорошие психометрические свойства, что позволило у немецкоговорящих пациентов получить эмпирические данные для оценки субъективного восприятия психоза, позволяющие обосновать применение психологически и биографически ориентированной терапии [12]. При этом известно, что с 30-х годов XX века проводились кросскультуральные исследования, позволяющие принимать

решения о применимости различных психодиагностических тестов в различных популяциях.

Цель исследования

Целью настоящего исследования стало: 1) создание русскоязычной версии теста и обработка данных; 2) изучение транскультуральных различий субъективного восприятия и значения психоза.

Материалы и методы

В пилотном исследовании приняло участие 85 пациентов отделения интегративной фармакопсихотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, получавших лечение в соответствии со стандартами оказания психиатрической помощи. Средний возраст составил $31,6 \pm 10,71$ лет. Среди обследуемых: мужчины — 46%, женщины — 64%. Из них: работающие/учащиеся — 29%, имеющих инвалидность — 43%, не работали/не учились — 28%. Имели среднее образование 9% респондентов, среднее профессиональное 38% больных, высшее — 53%. Средняя продолжительность заболевания составила $8,6 \pm 9,32$ лет, среднее количество госпитализаций — 4.

Критериями включения служили: способность по текущему психическому состоянию прочитать, понять и подписать добровольное информированное согласие на участие в исследовании, а также выполнять связанные с ним процедуры исследования; добровольное нахождение на стационарном лечении в отделении интегративной фармакопсихотерапии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; наличие психиатрического диагноза, соответствующего критериям рубрики F2 МКБ-10; нахождение на этапе формирования ремиссии или в ремиссии. **Критериями невключения:** наличие иных психиатрических диагнозов, за исключением кодируемых в рубрике F2 МКБ-10; отсутствие как минимум одного перенесенного в течение жизни психотического эпизода; нахождение пациента на режиме усиленного наблюдения в связи с острой психотической симптоматикой, выраженными когнитивными нарушениями либо аффективной симптоматикой; отсутствие подписанного добровольного информированного согласия на участие в исследовании; отказ от выполнения процедур исследования на любом из его этапов.

Процедуры исследования. Участники исследования были однократно обследованы с использованием Гамбургского теста SuSi для определения субъективного смысла и значения психоза, содержащего несколько уровней и субшкал:

1) Уровень «возникновения психоза» отражает взгляд в прошлое, позволяющий реконструкцию «того, кем я становился», то есть возникновение психоза. Именно связь понимания условий возникновения психоза с восприятием позитивных последствий предстает как смысловая интеграция заболевания в биографии. Субшкала «привязка к

событиям жизни» отражает то, какую роль играет собственный жизненный опыт при возникновении и формировании психоза. Психозом заблуждается человек с определенной личностью и соответствующим жизненным опытом.

2) Уровень «переживания симптомов». Этот уровень фокусируется на содержании и конкретных симптомах психоза — восприятии действительности. Субшкала «позитивное переживание симптомов» отражает установку на то, что симптомы не только имеют свою историю, но и являются посланием, означающим целесообразность более пристального рассмотрения психотического опыта, поскольку это послание означает также обогащение личности. Противоположную установку отражает субшкала «негативное переживание симптомов», содержащая высказывания о том, что психоз не имеет ни смысла, ни значения и острая симптоматика является лишь отягощающей и мучительной.

3) Уровень «последствия психоза». Он отражает взгляд в будущее — может ли из психотического опыта быть извлечен урок, оказывающий положительное влияние на жизнь (субшкала «конструктивные последствия»), или он никак не повлиял на жизнь, либо оказал лишь отрицательное воздействие (субшкала «деструктивные последствия»).

Тест является самоопросником, содержащим 29 утверждений, соответствующих 3 темам: «Возникновение психоза у Вас», «То, что Вы переживаете во время психоза», «Какое влияние оказал психоз на Вас». В каждом из разделов также есть открытый вопрос, позволяющий респонденту свободно описать своё отношение к заявленной теме. Ответы с запрограммированным выбором оцениваются по четырёхбалльной шкале Лайкерта от 1 балла — соответствует, до 4 баллов — не соответствует. При организации исследования был осуществлен двойной перевод оригинального опросника с немецкого языка и проведено сопоставление полученных с использованием его русскоязычной версии результатов с показателями немецкой выборкой.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием программного продукта SPSS. Проверка на нормальность распределения полученных данных проводилась с использованием Z-критерия Колмогорова-Смирнова, в результате чего для последующего анализа были использованы критерии непараметрической статистики. Для проведения факторного анализа выбран метод главных компонент с косоугольным вращением Promax, поскольку параметры отдельных факторов по результатам исследований немецкой выборки не были независимыми от остальных факторов. Подтверждение результатов осуществлённого факторного анализа проведено с использованием MAP-теста (Minimum-Average-Partial-Tests of Velicer; Originalversion, 1976). Использованы дискрепитивные статистики, α Кронбаха, формула коррекции Спирмена-Брауна и корреляционный анализ (коэффициенты ранговой корреляции Спирмена).

Результаты

Полученные данные русскоязычной выборки в целом соответствовали ожидаемым на основании проведённых ранее исследований немецкой популяции. За исключением семи разделов, абсолютное большинство пунктов опросника демонстрируют адекватные средние показатели без неоправданного смещения. Только один раздел уровня «переживание симптомов» исключён из дальнейшего анализа в виду малой дисперсии ответов, что свидетельствует о его неадекватной формулировке. Последнее может означать, что прямой перевод формулировок немецкого оригинала требует переработки, либо объясняется культуральными различиями русскоязычной и немецкой выборки. Таким образом, 28 разделов опросника были включены в дальнейший анализ, поскольку здесь разброс показателей свидетельствовал об их надёжности.

Факторный анализ подтвердил содержательную валидность предварительно выделенных на основании немецких исследований факторов. Первый фактор определяет 43,97% дисперсии и соответствует уровню «возникновение психоза». Из пяти его разделов четыре продемонстрировали достаточные факторные нагрузки $> 0,3$. В отношении уровня «переживание симптомов» факторный анализ подтвердил корректность выделения двух факторов (43,29% и 63,36% дисперсии соответственно), описывающих «позитивное» и «негативное» переживание симптомов. При этом единственный исключённый из дальнейшего анализа раздел относился к данному уровню, и имел обратные факторные нагрузки. Ещё два раздела продемонстрировали перекрёстные факторные нагрузки $> 0,3$ с обеими субшкалами данного уровня, однако были сохранены в целях поддержания содержательной валидности. Для уровня «последствия психоза» также подтверждена корректность выделения двух факторов (46,73% и 57,97% дисперсии) с достаточными факторными нагрузками по всем разделам $\geq 0,3$. MAP-тест подтвердил корректность выделения двух факторов в каждом из уровней «переживания симптомов» и «последствий психоза», однако не выявил единого фактора для уровня «возникновение психоза».

Оценка внутренней согласованности субшкал опросника дополнила результаты факторного анализа и показала, что уровень «возникновение психоза» и один из факторов уровня «переживание симптомов» («позитивное восприятие») имеют недостаточно согласованную структуру: α Кронбаха 0,569 и 0,538 соответственно. Внутренняя согласованность оставалась низкой при удалении разделов, имеющих слабые корреляционные связи с суммарными показателями соответствующих им субшкал. Применение формулы коррекции Спирмена-Брауна позволило спрогнозировать, что достижение всеми субшкалами удовлетворительной внутренней согласованности, возможно при формулировке четырёх дополнительных разделов в каждый из недостаточно согласован-

ных уровней. Психометрические параметры трёх из пяти субшкал были достаточными: α Кронбаха от 0,713 до 0,732.

Корреляционный анализ подтвердил наиболее существенную гипотезу, впервые сформулированную по данным исследования немецкой выборки больных: отношение к возникновению психоза как к неслучайному и как к следствию сочетанного влияния ряда жизненных обстоятельств достоверно коррелирует с более конструктивным восприятием больными шизофренией их заболевания и влияния психоза на дальнейшую жизнь. Также чем более склонны больные шизофренией переживать факт развития психоза конструктивно и видеть смысл в его преодолении, тем менее деструктивным они оценивают дальнейшее влияние заболевания на их собственную жизнь. Тем не менее, магнитуда описанных зависимостей в русскоязычной выборке была существенно ниже, чем в немецкой при сохранении общего высокого уровня достоверности (таблица 1). Кроме того, были выявлены достоверные взаимосвязи биографических данных больных и их склонности воспринимать развитие психоза содружественно с событиями жизни. Коэффициенты ранговой корреляции Спирмена показателей уровня «возникновение психоза» с возрастом пациентов и их трудовым статусом составили соответственно $r = -0,247$ и $r = -0,298$ при $p \leq 0,05$. Таким образом, молодой возраст больных и более полная трудовая занятость были связаны с повышением показателей субшкалы «привязка к событиям жизни» опросника SuSi.

Таблица 1. Взаимосвязь уровней опросника SuSi «Возникновение психоза» и «Последствия психоза»; N=80, * $p \leq 0,05$

		Привязка к событиям жизни	Деструктивное переживание психоза
Конструктивное переживание психоза	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена, r	0,244*	-0,257*
	Уровень значимости, p	0,029	0,019

В соответствии со шкалой Лайкерта, по которой участники исследования оценивали своё отношение к утверждениям опросника, ответы в 1 и 2 балла рассматривались как согласие, а 3 и 4 балла — как несогласие. Таким образом, по субшкале содружественного возникновения психоза большинству больных (56,4%) характерно стремление находить взаимосвязи между предшествовавшими событиями жизни и развитием заболевания. Не удивительно, что в показателях уровня «Последствия психоза» более 65% ответов подтверждали превалирование у больных русскоязычной выборки стремления находить конструктивные последствия у развившегося заболевания. Однако, у трети пациентов (32%) ответы содержали указания на субъективно деструктивное восприятие эффек-

тов психоза. Больным шизофренией было характерно негативное отношение к воспринимаемым симптомам (в 54,5% случаев), и лишь 22,5% пациентов демонстрировали позитивное отношение к переживаемой симптоматике.

Заключение. Проведенное исследование позволило установить, что предлагаемый опросник имеет конструктивную валидность и корректную факторную структуру. Три из пяти субшкал оказались согласованными. Их показатели были сопоставимы с немецкой выборкой. Достоверность двух субшкал: «возникновение психоза» и «позитивное восприятие симптомов» при использовании в русскоязычной выборке больных оказалась недостаточной. Отсутствие связи между возникновением симптомов и их позитивным осмыслением может означать, что конструктивность восприятия не определяется структурой личности. Это ставит вопрос о том, насколько адекватны пункты, отражающие структуру личности для выявления связи с конструктивностью восприятия психоза, а также насколько правомерна синонимизация конструктивности и позитивности восприятия психоза.

Важной находкой работы стало то, что более молодые и активные пациенты больше склонны к приданию смысла морбидному эпизоду и переработка восприятия психоза у них происходит в сторону большей конструктивности, с большей эффективностью совладающего поведения и меньшей деструктивностью в постгоспитальном периоде. Эти данные подводят фундамент под концепцию того, что правильно направленная врачом когнитивная активность больного, фокусированная на морбидном эпизоде, может значительно повысить эффективность его совладающего поведения.

Полученные результаты ставят перед нами ряд важных вопросов как глобального, так и технического характера. Во-первых, на первый план выходит вопрос особенности психодиагностики и культурных отличий [2]. Как известно, само содержание диагностических методов адекватно своеобразному опыту испытуемого, который складывается из требований реальной жизни и в условиях, которые предоставляет ему общество. В свою очередь требования содержатся в обычаях и традициях, характере обучения и воспитания, в общественном мнении и других социокультурных факторах. Так, прямой перевод опросника с сохранением авторских формулировок не был приемлем для русскоязычных испытуемых, что отразилось в несогласованности ряда субшкал, касающихся субъективных представлений больных о возникновении психоза и восприятии симптомов. Это еще раз подтверждает взгляд, что каждая методика выполняет функцию социо-культурного фильтра и через нее не сумеет пройти индивид, чьему опыту чужды используемые в ней слова, термины, ситуации и прочее [1].

Во-вторых, с нашей точки зрения приведенный тест имеет некоторые технические недостатки, поскольку, например, в субшкале «возник-

новение психоза» полностью исключены биологические детерминанты возникновения психоза, что сужает понимание субъективной концепции больного. Кроме того, требуются более ясная постановка и дифференцировка уровней, поскольку главное происходит на втором уровне — поиск осмысления больным морбидных переживаний и привлечение избирательной информации с первого уровня, а, соответственно, ревизия пунктов опросника.

Тем не менее, проведенное исследование имеет несомненную ценность, поскольку осмысление

зарубежного опыта и интегрирование его в отечественную школу биопсихосоциальной модели позволяет обогатить отечественную науку, в частности поставить на новый уровень проблему отношения человека к своей психической патологии. Вследствие этого, с нашей точки зрения, важным становится развитие «субъективной концепции морбидности», которая позволит вскрыть не только рисунок поведения больного и непосредственное переживание болезни, но и когнитивные механизмы их формирования, открывающий возможности их психотерапевтической коррекции.

Список литературы

1.	Акимова М.К. Психологическая диагностика / Под ред. М.К. Акимовой. — СПб.: Питер. — 2005. — 303с.	Akimova M.K. Psychological diagnostics. Pod red. M.K. Akimovoj. SPb.: Piter. 2005; 303s. (In Rus.)
2.	Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Сравнительный анализ отечественного и зарубежного подходов к изучению когнитивных процессов у пациентов с шизофренией. // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Научное издание. Коллективная монография / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. — Мю: ООО «Сам Полиграфист». — 2016. — С. 65-82.	Isaeva E.R., Lebedeva G.G. Comparative analysis of domestic and foreign approaches to the study of cognitive processes in patients with schizophrenia. Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoj) psihologii: sovremennoe sostojanie i perspektivy. Nauchnoe izdanie. Kollektivnaja monografija. Pod red. N.V. Zverevoj, I.F. Roshhinoj. Mju: ООО «Sam Poligrafist». 2016; S. 65-82. (In Rus.)
3.	Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) /А.П. Коцюбинский. — Санкт-Петербург: СпецЛит. — 2017. — 285с.	Kocjubinskij A.P. Multidimensional (holistic) diagnostics in psychiatry (biological, psychological, social and functional diagnoses). A.P. Kocjubinskij. Sankt-Peterburg: SpecLit. 2017; 285s. (In Rus.)
4.	Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем./ Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. — М.: Прогресс. — 1990. — 368с.	Frankl V. Man in search of meaning: Sbornik: Per. s angl. i nem. Obshh. red. L.Ja. Gozmana i D.A. Leont'eva. M.: Progress. 1990; 368s. (In Rus.)
5.	Barskova T, Oesterreich R. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. Disabil Rehabil. 2009;31(21):1709-1733. doi:10.1080/09638280902738441	Barskova T, Oesterreich R. Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. Disabil Rehabil. 2009;31(21):1709-1733. doi:10.1080/09638280902738441
6.	Bock T, Brysinski T, Klapheck K, Bening U, Lenz A, Naber D. Zum subjektiven Sinn von Psychosen. Psychiatr Prax. 2010;37(06):285-291. doi:10.1055/s-0030-1248424	Bock T, Brysinski T, Klapheck K, Bening U, Lenz A, Naber D. Zum subjektiven Sinn von Psychosen. Psychiatr Prax. 2010;37(06):285-291. doi:10.1055/s-0030-1248424
7.	Bock T, Priebe S. Psychosis Seminars: An Unconventional Approach. Psychiatric Services. 2005;56(11):1441-1443. doi:10.1176/appi.ps.56.11.1441	Bock T, Priebe S. Psychosis Seminars: An Unconventional Approach. Psychiatric Services. 2005;56(11):1441-1443. doi:10.1176/appi.ps.56.11.1441
8.	Boydell K, Stasiulis E, Volpe T, Gladstone B. A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. Early Interv Psychiatry. 2010;4(1):7-24. doi:10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x	Boydell K, Stasiulis E, Volpe T, Gladstone B. A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. Early Interv Psychiatry. 2010;4(1):7-24. doi:10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x

9.	<i>Calhoun L., Tedeschi R. TARGET ARTICLE: «Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.» Psychol Inq. 2004;15(1):1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01</i>	<i>Calhoun L., Tedeschi R. TARGET ARTICLE: «Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.» Psychol Inq. 2004;15(1):1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01</i>
10.	<i>Davis C, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. J Pers Soc Psychol. 1998;75(2):561-574. doi:10.1037//0022-3514.75.2.561</i>	<i>Davis C, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. J Pers Soc Psychol. 1998;75(2):561-574. doi:10.1037//0022-3514.75.2.561</i>
11.	<i>Klapheck K, Nordmeyer S, Cronjäger H, Naber D, Bock T. Subjective experience and meaning of psychoses: the German Subjective Sense in Psychosis Questionnaire (SUSE). Psychol Med. 2011;42(01):61-71. doi:10.1017/s0033291711001103</i>	<i>Klapheck K, Nordmeyer S, Cronjäger H, Naber D, Bock T. Subjective experience and meaning of psychoses: the German Subjective Sense in Psychosis Questionnaire (SUSE). Psychol Med. 2011;42(01):61-71. doi:10.1017/s0033291711001103</i>
12.	<i>Koenig H. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2009;54(5):283-291. doi:10.1177/070674370905400502</i>	<i>Koenig H. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2009;54(5):283-291. doi:10.1177/070674370905400502</i>
13.	<i>Park C. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. Psychol Bull. 2010;136(2):257-301. doi:10.1037/a0018301</i>	<i>Park C. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. Psychol Bull. 2010;136(2):257-301. doi:10.1037/a0018301</i>
14.	<i>Rasmussen H, Scheier M, Greenhouse J. Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. Annals of Behavioral Medicine. 2009;37(3):239-256. doi:10.1007/s12160-009-9111-x</i>	<i>Rasmussen H, Scheier M, Greenhouse J. Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. Annals of Behavioral Medicine. 2009;37(3):239-256. doi:10.1007/s12160-009-9111-x</i>
15.	<i>Strauss J. Subjectivity and Severe Psychiatric Disorders. Schizophr Bull. 2010;37(1):8-13. doi:10.1093/schbul/sbq116</i>	<i>Strauss J. Subjectivity and Severe Psychiatric Disorders. Schizophr Bull. 2010;37(1):8-13. doi:10.1093/schbul/sbq116</i>
16.	<i>Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. Clin Psychol Rev. 2006;26(5):626-653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008</i>	<i>Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. Clin Psychol Rev. 2006;26(5):626-653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008</i>

Сведения об авторах

Лутова Наталия Борисовна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; e-mail: lutova@mail.ru; (812)6700232

Сорокин Михаил Юрьевич — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; e-mail: m.sorokin@list.ru;

Новикова Ксения Евгеньевна — клинический психолог отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; e-mail: ksu.povik91@gmail.com

Вид Виктор Давыдович, — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; e-mail: wied@mail.ru