

Абрамова М.В. Психологическое сопровождение семей больных шизофренией юношеского возраста



English version: [Abramova M.V. Psychological follow-up of families with schizophrenia patients of young age](#)

Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук, Москва, Россия

[Сведения об авторе](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Описываются практические рекомендации по оказанию психологической помощи семьям юношей и девушек, больных шизофренией, сформулированные по результатам исследования влияния семейных отношений на социальную адаптацию больных. Обследовано 115 больных и 169 их родителей. В качестве мишеней психологической работы анализируются представления родителей о заболевании ребенка и его последствиях; эмоциональное реагирование и переживание родителями начала психического заболевания сына или дочери; стратегии поведения родителей по отношению к больному или больной; осознание изменения ролевой структуры семьи вследствие болезни ребенка; отношение родителей к болезни и больному – их оценки и ожидания.

Ключевые слова: социальная адаптация, шизофрения, семья, гендерные различия, психологическое сопровождение

В настоящее время шизофрения остается одним из наиболее распространенных психических заболеваний. Данное заболевание часто манифестирует в юношеском возрасте и сопровождается снижением психической активности, нарушениями эмоционально-волевой сферы и самосознания, сбоями социальной регуляции поведения и межличностного взаимодействия [Критская и др., 1991; Цуцурковская и др., 1986]. Психическое заболевание, начавшееся в юношеском возрасте, часто влечет за собой проблемы именно социально-психологического характера и может привести к серьезному искажению разных аспектов социального развития, которое в дальнейшем нарушит полноценную адаптацию в социуме [Личко, 1989; Цуцурковская и др., 1986]. Это искажение может коснуться и полоролевой идентификации. Благодаря бытующим в нашей культуре гендерным стереотипам социальных ролей юноши оказываются в гораздо менее выгодном положении, чем девушки: «современное общество более активную и агрессивную роль в социальных отношениях предписывает мужчине, и нарушение полоролевой идентификации является стрессопорождающим фактором, действующим по механизму положительной обратной связи: оно способствует развитию или вызывает развитие такой ответной реакции внешнего окружения, которая является стрессором уже для самого больного» [Коцюбинский и др., 2004, с. 124].

После выписки из стационара, в ситуации, когда вследствие психического расстройства происходит снижение адаптационных возможностей, семья становится основной опорой для больного [Казьмина, 1997; Эйдемиллер, 1973]. Состояние больного после выхода из острого состояния, прогноз заболевания, а также уровень социального функционирования во многом определяются особенностями эмоциональной реакции семьи, поведением родственников по отношению к больному, оказываемой социальной поддержкой [Leff et al., 1989; Merlinger, 2000; Pharoah et al.,

2006; Tennakoon et al., 2000].

Многие авторы указывают, что психическое заболевание является психотравмирующим событием для всей семьи. Оно изменяет образ жизни ближайших родственников, взаимоотношения между ними, нарушает их контакты с ближайшим социальным окружением [Зинкевич-Евстигнеева, Нисневич, 2000; Кабанов, 1998; Печникова 2007; Шипицына, 2005]. Ситуация психического заболевания юноши или девушки является для их родителей кризисом, преодолеть который самостоятельно зачастую не удастся. Кроме того, из-за тяжелого психологического состояния их реакции и поведение часто становятся неадекватными и отрицательно сказываются на процессах реадaptации и реабилитации больного или больной. Следовательно, семьи больных шизофренией юношей и девушек остро нуждаются в психологической помощи и поддержке.

Организация и методы исследования

Цели и задачи исследования

Целью исследования было изучение влияния семейных отношений на успешность социальной адаптации больных шизофренией юношей и девушек, а также выявление гендерных различий в социальной адаптации больных.

Для реализации поставленной цели необходимо было решить следующие задачи.

1. Изучить особенности функционирования семей больных шизофренией юношей и девушек до и после начала заболевания.
2. Выявить факторы семейного функционирования, оказывающие влияние на социальную адаптацию больных на ранних этапах заболевания.
3. Изучить влияние этих факторов на успешность в различных сферах социального функционирования и на общую социальную адаптацию.
4. Выявить гендерные различия особенностей влияния семейных факторов на общую социальную адаптацию и на адаптацию в различных сферах жизнедеятельности больных.
5. Сравнить уровни общей социальной адаптации и адаптации в различных сферах социального функционирования больных шизофренией юношей и больных шизофренией девушек.
6. На основании проведенного исследования сформулировать практические рекомендации по оказанию психологической помощи семьям больных.

Выборка исследования

В исследовании приняли участие 115 больных с диагнозом «шизофрения» и 169 родителей. Первую группу испытуемых составляли юноши (61 человек) и их родители (89 родителей: 61 мать и 28 отцов). Вторую — девушки (54 человека) и их родители (80 родителей: 54 матери и 26 отцов). Все больные перенесли манифестные приступы заболевания. Возраст наблюдаемых пациентов составил от 18 до 25 лет. Все они проживали в родительской семье. Общим для всех больных было отсутствие дефицитарных расстройств и выраженных изменений личности.

Психодиагностические методы

1. Патопсихологическое обследование. Использовалось для изучения характера психической деятельности больных и их адаптационных возможностей.
2. Полуструктурированное интервью с родителями больных. Использовалось для изучения особенностей функционирования семей до и после начала заболевания; характера эмоционального реагирования родителей на заболевание ребенка; особенностей поведения родителей по отношению к больному (или больной).

3. Опросник «Анализ семейного воспитания» (Э.Эйдемиллер, В.Юстицкис). Использовался для изучения особенностей семейного воспитания, обнаружения каких-либо отклонений и выявления причин их возникновения [Эйдемиллер, 1996].

4. Модифицированная методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн (А.Ш.Тхостов, Д.А.Степанович). С помощью этой методики осуществлялось исследование представлений родителей о больном, в частности особенностей их оценок и ожиданий [Тхостов, Степанович, 1987].

5. Опросник «Семейные роли» (Черников А.В.). С помощью данного опросника изучались особенности изменения на разных временных этапах субъективных представлений юношей и девушек, а также их родителей об изменении ролевой структуры семьи в связи с начавшимся психическим расстройством [Черников, 2001].

6. Шкала социальной адаптации. Использовалась для оценки уровня социальной адаптации, достигнутого больными спустя год после манифестного приступа. В соответствии с целями исследования и контингентом исследуемых больных нами была модифицирована шкала социально-трудовой адаптации для больных эпилепсией [Социально-трудовая адаптация ... , 1987].

Методы анализа данных

Полученные эмпирические данные обрабатывались с помощью контент-анализа и методов математической статистики. Проводился корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена) и анализ межгрупповых различий (критерий U-Манна–Уитни). Использовался пакет статистических программ SPSS 17.0.

Схема исследования

Исследование состояло из трех этапов.

1-й этап заключался в клиническом и экспериментально-психологическом исследовании юношей и девушек после выхода из острого состояния, а также их родителей. На данном этапе:

- уточнялся характер нарушений психической деятельности юношей и девушек с точки зрения их возможностей социальной адаптации;
- изучались особенности воспитания, характерные для семей больных обеих групп;
- изучались особенности представлений юношей и девушек и их родителей о распределении семейных ролей до и сразу после начала заболевания;
- исследовались особенности родительских представлений о сыне или дочери, их оценок и ожиданий.

На 2-м этапе происходило амбулаторное обследование больных и их семей через полгода после выписки юношей и девушек из дневного стационара. На данном этапе:

- изучалось изменение представлений юношей и девушек и их родителей о распределении семейных ролей через полгода после начала заболевания;
- выявлялись изменения, произошедшие в семьях вследствие начавшегося у юноши или девушки психического расстройства;
- исследовались особенности эмоционального реагирования родителей обеих групп на психическое заболевание ребенка;
- изучался характер поведенческого контроля за больным или больной со стороны родителей.

На 3-м этапе происходило катamnестическое обследование девушек и юношей через 12 месяцев после первоначального обследования. На данном этапе:

- оценивался достигнутый больными уровень общей социальной адаптации, а также адаптации в

разных сферах социального функционирования;

– сравнивался уровень общей социальной адаптации и адаптации в различных сферах жизнедеятельности у юношей и у девушек;

– выявлялись качественные различия во влиянии семейных факторов на социальную адаптацию пациентов обеих групп.

На основании полученных результатов были сформулированы практические рекомендации по оказанию психологической помощи больным шизофренией юношеского возраста.

Результаты исследования

Практические рекомендации по оказанию психологической помощи семьям юношей и девушек, больных шизофренией

Как уже говорилось, ситуация психического заболевания ребенка является кризисом для всей семьи в целом. Поэтому при работе с родителями важно понимать, что они являются «самостоятельными пациентами», переживающими серьезную психическую травму.

Представляется важным начинать работу с родителями больных с момента госпитализации юноши или девушки в психиатрический стационар, так как в исследуемой нами группе родители не демонстрировали конструктивных реакций в связи с этим. Очень многие не верили, надеялись на ошибку (44% родителей юношей и 45% родителей девушек), другие испытывали страх перед будущим (36% родителей юношей, 33% родителей девушек), третьи чувствовали растерянность, беспомощность (20% родителей юношей, 22% родителей девушек). Кроме того, большинство впервые столкнулись с ситуацией психиатрического заболевания — 62% родителей юношей и 61% родителей девушек.

Следующим важным моментом, требующим внимания, является информирование о диагнозе. Реакции родителей часто были неадекватными и требовали психологической помощи. Так, многие впадали в отчаяние в связи с крушением надежд (37% родителей юношей, 30% родителей девушек), часть жаловались на апатию, снижение настроения (10% родителей юношей, 25% родителей девушек), некоторые испытывали страх перед будущим (28% родителей юношей, 28% родителей девушек). Часть родителей считали диагноз врачебной ошибкой и не осознавали, что их ребенок действительно болен (25% родителей юношей, 17% родителей девушек). Результаты исследования показывают, что осознание родителями наличия у их ребенка психического расстройства имеет существенное влияние на социальную адаптацию больных.

Помимо осознания факта заболевания, важное значение для социальной адаптации юношей и девушек, больных шизофренией, имеет реакция родителей на изменившуюся вследствие заболевания ребенка ситуацию и приспособление к ней. Как показало проведенное исследование, адаптироваться удалось большей части родителей девушек (65%) и меньшей части родителей юношей (34%).

Можно видеть, что родители юношей и родители девушек по-разному реагируют на наличие у их ребенка психического расстройства. Родителям юношей труднее осознать и принять этот факт, что, по-видимому, связано с выраженным влиянием гендерных стереотипов, характерных для российской культуры. Современное общество предъявляет мужчинам гораздо больше требований, чем женщинам: им нужно быть сильными, успешными, уметь зарабатывать деньги, тогда как женщина может быть слабой и пассивной [Бендас, 2006; Берн, 2004; Здравомыслова, Темкина, 1999]. Из-за этого психическое заболевание имеет более негативные последствия для юношей, их семьи более остро воспринимают трудности, с которыми им приходится сталкиваться в связи с возникновением у сына психического расстройства. Это влияет на обстановку и на взаимоотношения в семье. Ситуация заболевания девушки также является критической, но,

поскольку требования, предъявляемые социумом к девушкам, меньше, чем к юношам, родителям девушек легче справиться со случившимся, что приводит к гораздо меньшим проблемам в семьях. Таким образом, важным предметом для работы психолога является осознание и адаптация родителей к ситуации психического заболевания ребенка.

Родители испытывают сильное беспокойство по поводу изменившегося вследствие болезни состояния сына или дочери. Основными жалобами, возникающими у родителей в связи с наличием у ребенка психического расстройства, были следующие: трудности больного или больной в обучении, получении профессии, устройстве на работу (43% родителей юношей, 19% родителей девушек); поведенческие проблемы (20% родителей юношей, 20% родителей девушек); отстраненность и замкнутость больных (15% родителей юношей, 37% родителей девушек); апатия, нежелание юноши или девушки что-либо делать (10% родителей юношей, 13% родителей девушек); социальное отвержение сына или дочери как их ровесниками, так и взрослыми людьми (13% родителей юношей, 13% родителей девушек). Все эти проблемы только отягощали состояние родителей. Большинство из них не знали, как вести себя по отношению к детям и как справиться со своим состоянием. В некоторых семьях заболевание ребенка послужило поводом для развода. На характер жалоб родителей также оказывают влияние социальные стереотипы. Так, можно видеть, что родителей юношей больше беспокоила профессиональная реализация детей. В целом родители юношей высказывали больше жалоб, чем родители девушек.

Результаты исследования показывают, что у родителей формируется по отношению к заболевшему сыну или дочери определенная стратегия поведения. Часть родителей пытаются полностью взять на себя ответственность за жизнь ребенка и контролировать его во всем, то есть выбирали авторитарную стратегию поведения (44% семей юношей, 26% семей девушек). Другие же, наоборот, отстраняются от участия в жизни сына или дочери (35% семей юношей, 14% семей девушек). Третьи руководствуются субъективными представлениями в выборе сферы осуществления контроля и оказания помощи ребенку, используют субъективную стратегию (10% семей юношей, 23% семей девушек). Некоторые предпочитают стратегию сотрудничества, подразумевающую совместное решение проблем (11% семей юношей, 37% семей девушек). И для юношей, и для девушек самой эффективной оказалась стратегия сотрудничества. По результатам видно, что родители далеко не всегда выбирают адекватную стратегию поведения, что отрицательно сказывается на уровне социальной адаптации больных.

После начала заболевания ребенка происходит изменение ролевой структуры семьи. Вследствие болезни возможности юношей и девушек становятся ниже, многие их обязанности переключаются на других родственников. Помимо ролей-обязанностей меняется и репертуар ролей-взаимодействий – появляется много конфликтных ролей. Это связано с самой ситуацией психического заболевания родственника, с ограничениями, которые накладывает болезнь ребенка на всех членов семьи, с перегрузкой домашними делами.

Изменения ролевой структуры семьи оцениваются по-разному больным и его родственниками на разных этапах после начала заболевания. На ранних этапах после начала заболевания эти оценки практически всегда не совпадают у больных и их родственников. Это является следствием снижения критичности больных по отношению к происходящему и собственным возможностям, а также неадекватного отношения родителей к ситуации психического заболевания ребенка. По прошествии времени в части семей оценки распределения ролевой структуры семьи родителями и больными становятся приблизительно одинаковыми (66% семей юношей, 85% семей девушек). Это оказывает положительное влияние на уровень социальной адаптации больных и свидетельствует об улучшении состояния их самих, их ближайших родственников и внутрисемейных отношений. В таких семьях, как правило, «исчезают» негативные роли-взаимодействия. В других же семьях наблюдается обратная ситуация и оценки распределения семейных ролей остаются различными (34% семей юношей, 15% семей девушек). Это может свидетельствовать о неадекватном восприятии родителями ситуации психического заболевания ребенка и об отсутствии положительной динамики в его состоянии.

Для социальной адаптации больных большое значение имеют родительские оценки, характеризующие восприятие актуального состояния юноши или девушки. Для девушек оптимальной является ситуация, когда родительские оценки завышены (43%), а для юношей – когда занижены (25%).

Также существенную роль в успешности социальной адаптации играют родительские ожидания. Для девушек самым благоприятным является отсутствие ожиданий (39%), а для юношей – оптимистичные ожидания (34%). В то же время можно видеть, что родительские оценки и родительские ожидания не всегда были соответствующими.

Многие родители испытывают дефицит знаний о заболевании своего ребенка, что необходимо учитывать при разработке программ психологической помощи семьям больных шизофренией. Из-за дефицита знаний о заболевании родители могут отказываться от лечения и применять нетрадиционные методы. Родители часто недооценивают тяжесть заболевания и не понимают, что поведение ребенка обусловлено болезнью. В связи с этим очевидно, что консультирование родителей больных должно включать в себя и информационную составляющую. Информационная часть подразумевает проведение семинаров по психологическим проблемам семей, имеющих ребенка, страдающего шизофренией, обзоры психологической литературы, получение родителями элементарных знаний о психофармакологии, то есть о лекарствах, которые принимают больные.

Принципы психологической работы с семьями больных

Анализ полученных в исследовании результатов позволил выделить основные направления, определить цели, задачи и принципы психологической работы с семьями юношей и девушек, больных шизофренией.

Основные направления психологической работы с семьями больных шизофренией юношеского возраста:

- представления родителей о заболевании ребенка и его последствиях;
- эмоциональное реагирование и переживание родителями начала психического заболевания сына или дочери;
- стратегия поведения родителей по отношению к больному или больной;
- осознание изменения ролевой структуры семьи вследствие болезни ребенка;
- отношение родителей к болезни и больному или больной, их оценки и ожидания.

Основная цель психологической работы: оказание поддержки родителям больных шизофренией юношеского возраста и формирование у них адекватного понимания и отношения к больному и болезни.

Основные задачи психологического сопровождения семей больных шизофренией:

- предоставление родителями информации о психических расстройствах, их возможных последствиях и методах лечения;
- снятие у родителей остроты переживания критической ситуации, помощь в осознании и адаптации к факту наличия психического расстройства у ребенка;
- снятие у родителей эмоционального напряжения, вызванного болезненными проявлениями сына или дочери;
- формирование у родителей адекватного представления и отношения к болезни и изменившимся вследствие нее возможностям юноши или девушки;
- формирование адекватной стратегии поведения родителей, способствующей социальной адаптации больного или больной;
- повышение уровня социального функционирования больных;
- улучшение внутрисемейных отношений;

– восстановление социальных связей семьи.

Основные принципы психологической работы с семьей:

- уважение потребностей и готовности семьи к психологической работе;
- учет семейной динамики и актуального состояния родителей.

Формы психологической помощи

Разработанные по результатам исследования практические рекомендации могут быть реализованы в различных *формах психологической помощи* (групповой, индивидуальной, семейной) и разными методами (информирование, консультирование, проблемно-ориентированные дискуссии в группах).

Оказание групповой психологической помощи родителям заболевших юношей и девушек возможно в условиях стационара, где лечатся больные. Тип группы – закрытый, но с начальным (2–3 занятия) «полузакрытым» этапом с целью облегчения формирования. Как показало проведенное исследование, влияние факторов семейного функционирования на социальную адаптацию больных шизофренией юношей и девушек различно вследствие влияния гендерных стереотипов социальных ролей. В нашей культуре юношам социум предъявляет значительно больше требований, чем девушкам. Следовательно, им изначально сложнее адаптироваться. Показано, что девушки обладают более высокими адаптационными возможностями и достигают более высокого уровня социальной адаптации. В связи с этим представляется разумным разделить родителей на две группы в зависимости от пола ребенка.

Групповая форма работы позволит родителям наладить систему коммуникаций с другими родителями заболевших детей, обсудить волнующие моменты и получить поддержку от других членов группы. Кроме того, многие семьи после возникновения у ребенка психического заболевания склонны к самоизоляции, что препятствует преодолению кризиса, вызванного наличием психического расстройства ребенка, и тем самым отрицательно сказывается на процессе адаптации больных. К групповой работе можно привлекать специалистов-врачей, а также родителей больных, имеющих значительный стаж заболевания.

Родителю может быть оказана индивидуальная психологическая помощь, ее длительность и содержание зависят от запроса клиента. В некоторых случаях родителям требуются индивидуальные консультации перед началом посещения групповых занятий, вместо них или параллельно с ними. В рамках индивидуальных консультаций возможно конкретное обсуждение личностных особенностей и возможностей больного.

Важной составляющей комплекса реабилитационных мероприятий для семей больных шизофренией является семейное консультирование. Заболевание ребенка приводит к изменению ролевой структуры семьи, нарушает привычные внутри- и внесемейные паттерны взаимодействия, порождая серьезный кризис семейных отношений. Неизбежность изменения семейного функционирования и связанные с ним эмоциональные перегрузки часто препятствуют реадaptации и реабилитации больного.

Исходя из проанализированных запросов родственников, были сформулированы основные *темы семинаров* для семей больных:

- этиология, симптомы и течение шизофрении;
- распространенность данного заболевания;
- возможные прогнозы, основные причины повторных приступов;
- суть и важность медикаментозной терапии;
- основные проблемы, с которыми сталкиваются семьи больных.

Заключение

Анализ полученных в исследовании результатов позволил разработать практические рекомендации по оказанию психологической помощи семьям юношей и девушек, больных шизофренией, сформулировать принципы, определить основные цели и направления психологической работы с семьями больных.

Разработанные практические рекомендации могут быть использованы для создания программ психологической помощи, направленных на психологическую поддержку родителей и формирование у них адекватного отношения к сложившейся ситуации, что будет способствовать скорейшей реабилитации больных и служить профилактическим фактором последующих приступов заболевания.

Литература

Бендас Т.В. Гендерная психология. СПб.: Питер, 2006.

Берн Ш.М. Гендерная психология: пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак, 2004.

Здравомыслова Е., Темкина А. Социальное конструирование гендера как феминистская теория // Женщина. Гендер. Культура / под ред. З.А.Хоткина. М.: МЦГИ, 1999. С. 46–65.

Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Нисневич Л.А. Как помочь «особому» ребенку. СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2000.

Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: Изд-во НИИ им. В.М.Бехтерева, 1998.

Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогрессирующей шизофренией. Дис. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 1997.

Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб.: Гиппократ+, 2004.

Критская В.Н., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991.

Личко А.Е. Шизофрения у подростков. Л.: Медицина, 1989.

Печникова Л.С. Материнское отношение к ребенку-аутисту в зависимости от наличия в семье здорового сибса // Психология семьи и больной ребенок: хрестоматия. СПб.: Речь, 2007. С. 214–216.

Социально-трудовая адаптация больных эпилепсией / под. ред. Л.И.Кругловой Ф.С.Рубиной, Л.: Медицина, 1987.

Тхостов А.Ш., Степанович Д.А. Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки // Вопросы психологии. 1987. № 2. С. 128–135.

Цуцурьковская М.Я., Бильжо А.Г., Критская В.П., Мелешко Т.К. Клинико-психологические особенности больных при благоприятных исходах юношеской малопрогрессирующей шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1986. № 12. С. 1825–1831.

Черников А.В. Системная семейная терапия. М.: Класс, 2001.

Шпицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Изд. 2-е. СПб.: Речь, 2005.

Эйдемиллер Э.Г. Исследование взаимоотношений между подростками, больными шизофренией, и их родителями // Патологические нарушения поведения у подростков. Ленинград, 1973. С. 48–55.

Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: метод. пособие / под общ. ред. Л.И.Вассермана. М.: Фолиум, 1996.

Leff J.P., Berkowitz R., Shavit N., Strachan A., Glass I. and Vaughn C. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia // British Journal of Psychiatry. 1989. Vol. 154. P. 58–66.

Merlinger L.B. Patient education in schizophrenia: a review // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Vol. 102. P. 98–106.

Pharoah F., Mari J., Rathbone J., Wong W. Family intervention for schizophrenia // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006. Issue 4. Art. No.: CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.

Tennakoon L., Fannon D., Doku V. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first-episode of psychosis // Br. J. Psychiatry. 2000. Vol. 177. P. 529–533.

Поступила в редакцию 16 октября 2010 г. Дата публикации: 26 декабря 2010 г.

[Сведения об авторе](#)

Абрамова Мария Владимировна. Аспирант, Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук, Каширское ш., 34, 115522 Москва, Россия.

E-mail: abra-kadabra@psk-net.ru

[Ссылка для цитирования](#)

Абрамова М.В. Психологическое сопровождение семей больных шизофренией юношеского возраста [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. N 6(14). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг). 0421000116/0059.

[Последние цифры – номер госрегистрации статьи в реестре ФГУП НТЦ "Информрегистр".]

[К началу страницы >>](#)