

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9

ТИПОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОМУ ДЕЯНИЮ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

А.В. Пенявская^{a, b}, Э.И. Мещерякова^a, И.Я. Стоянова^{a, c}

^a Томский государственный университет, 634050, Россия, Томск, пр. Ленина, 36

^b Томская клиническая психиатрическая больница, 634014, Россия, Томск, ул. Алеутская, д. 4

^c Научно-исследовательский институт психического здоровья ТНИМЦ, 634014, Россия, Томск, ул. Алеутская, д. 4

Поднимается проблема субъективной реальности больных шизофренией, в которой отражены особенности целостного восприятия имеющегося психического заболевания и их отношения к совершенному общественно опасному деянию (ООД) через призму психологических характеристик. Представлены данные эмпирического исследования, проведенного с помощью структурированной беседы и ряда психодиагностических методик. В результате исследования определены типы отношения к болезни и ООД: первый тип – «Отрицание и болезни, и ООД», второй тип – «Отрицание болезни и частичное признание вины в ООД», третий тип – «Осознание и болезни, и ООД». Выявленная типология способствует дифференцированному подходу в психологическом сопровождении принудительного лечения больных шизофренией с криминальным анамнезом.

Ключевые слова: больные шизофренией; общественно опасные деяния (ООД); отношение к болезни; отношение к ООД; типология отношения к болезни и к ООД; психологические характеристики; принудительное лечение; психологическое сопровождение; реабилитация.

Введение

Предупреждение совершения общественно опасных действий психически больными имеет большое социальное значение и относится к актуальным проблемам психиатрии и клинической психологии как в части поиска путей повышения точности прогноза противоправного поведения, так и в дальнейшей дифференциации реабилитационных мероприятий [1–3]. Социальная опасность этих больных определена психопатологической симптоматикой, патопсихологическими особенностями, преобладанием тяжелых агрессивных действий против личности по сравнению с преступлениями психически здоровых лиц. Это, с одной стороны, обуславливает необхо-

димось решения проблемы защиты общества от опасных действий психически больных, а с другой – требует разработки и совершенствования реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения, сочетающих в себе медицинские и психологические аспекты [4–6].

Наибольшее число исследовательских работ и методических разработок посвящено психосоциальной терапии и реабилитации при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра, что обусловлено распространенностью этого заболевания среди лиц, совершивших ООД, поступающих на принудительное лечение в психиатрический стационар [7–12]. Несмотря на значительное количество работ, посвященных изучению больных шизофренией, совершивших ООД, реабилитационные мероприятия в условиях принудительного лечения остаются малоэффективными [4, 6]. Современные исследования показывают, что соотношение когнитивных, мотивационно-смысловых, ценностных, эмоционально-волевых и личностных составляющих в структуре деятельности лиц с тяжелым психическим расстройством, находящихся на принудительном лечении, неоднозначно, а их вклад в процесс эффективной реабилитации сложен и неочевиден.

Для эффективной реализации системы реабилитационных мероприятий на принудительном лечении необходимо учитывать не только нозоспецифические особенности, но и индивидуально-психологические и социально-психологические характеристики пациентов как на этапе острого периода болезни, так и на этапе становления и собственно в период ремиссии [13–17]. В деятельности больных на начальном этапе лечения превалирует психопатологический уровень регуляции, но уже после купирования острой симптоматики на первый план выступают патопсихологические и психологические механизмы саморегуляции. При этом важным фактором в регуляции поведения больных являются содержание их ценностей и установок, характер защитных механизмов и копинг-стратегий, способность к самоконтролю возникающих деструктивных импульсов, самооценка и самоотношение и др. Недостаточность критической оценки своего заболевания и связанного с ним совершения ООД определяет сложность целостного критического осмысления сути и последствий своего деяния.

В связи с этим появляется необходимость анализировать не только внешние проявления динамики психического состояния пациента, но и изменения в системе его личностных ценностей и смыслов, связанных с отношением к самому себе, своему заболеванию, совершенному преступлению, а также дальнейшие планы на будущее, позицию в социуме, т.е. его субъективную реальность. При психической болезни прежде всего меняется целостный взгляд на мир, и уже в соответствии с этим взглядом выстраиваются конкретные переживания и отношения. И эти конкретные переживания и отношения принадлежат именно миру психически больного, его восприятию. Интересным представляется феномен целостного отношения к себе и к окружающему миру у больных шизофренией, совершивших ООД.

Учитывая актуальность решения вопроса о необходимости определенного объема и направленности психологического сопровождения лиц,

находящихся на принудительном лечении, важным является изучение показателей психологического функционирования больных шизофренией, в том числе отношения к болезни и болезненным переживаниям, наличия к ним критики, отношения к совершенному ООД, а также системообразующих характеристик личности.

Цель исследования – определить типологию отношения к болезни и к ООД больных шизофренией в сочетании с их психологическими характеристиками.

Материалы и методы исследования

Выборку исследования составили 62 больных шизофренией, находящихся на стационарном принудительном лечении в отделении специализированного типа психиатрической больницы г. Томска. Нарушения психической деятельности, имеющиеся у этих пациентов в период, относящийся к совершению инкриминируемых им деяний, лишали их способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в связи с проявлениями психопатологической симптоматики, обманов восприятия, бредовых идей, эмоционально-волевых расстройств и нарушения критических способностей. По своему психическому состоянию пациенты представляют повышенную опасность для себя и окружающих, поэтому нуждаются в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа. В момент обследования пациенты находились в состоянии медикаментозной ремиссии. Средний возраст испытуемых составил $24,3 \pm 3,3$ лет. В большинстве случаев общественно опасными деяниями явились убийства, нанесение тяжких либо легких телесных повреждений, а также кражи и насильственные действия сексуального характера (ст.ст. 105, 119, 158, 161, 132 УК РФ). Характер общественно опасных деяний (ООД) отражен на рисунке 1.

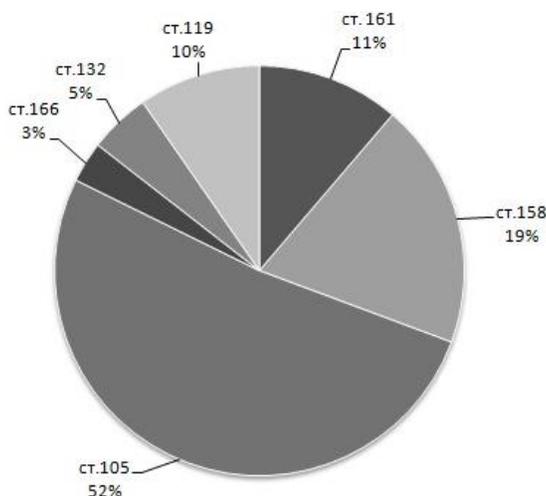


Рис. 1. Распределение выборки исследования по характеру ООД

Обследование пациентов включало проведение авторской структурированной беседы, направленной на выявление целостного отношения к имеющемуся психическому заболеванию, субъективных симптомов болезни, особенностей восприятия совершенного общественно опасного деяния, а также определение психологических характеристик больных шизофренией с помощью психодиагностического исследования с применением следующих методик: «Самооценка» Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн в адаптации П.В. Яньшина (2004); тест ММРІ в адаптации Л.Н. Собчик (2000); опросник «Уровень субъективного контроля» Дж. Роттера в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда (1984); опросник Р. Лазаруса «Способы совладающего поведения» в адаптации Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлевой, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифионовой, О.Ю. Щелкова, М.Ю. Новожиловой, А.Я. Вукса (2008); проведение методик исследования мышления: «Исключение предметов» в адаптации В.М. Блейхера (2004); «Пиктограмма» в адаптации Б.Г. Херсонского (2003). Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ Statistica 17.0 с применением описательных статистик, таблиц сопряженности, кластерного анализа.

Решение поставленных задач включало два этапа обработки диагностических данных. На первом этапе был проведен частотный анализ ответов на вопросы беседы, затем многомерный анализ сопряженности ответов на вопросы структурированной беседы; с целью выделения групп пациентов в соответствии с их отношением к болезни и к ООД был проведен кластерный анализ (метод Уорда) результатов структурированной беседы. На втором этапе анализировались данные, полученные при проведении психодиагностических методик. Результаты психодиагностических методик и данных структурированной беседы подверглись кластеризации с целью выявления типов отношения к болезни и к ООД в сочетании с психологическими характеристиками.

Обсуждение результатов

При проведении структурированной беседы у пациентов отмечались непоследовательность суждений при анализе субъективных переживаний, связанных с имеющимся психическим заболеванием, нечувствительность к противоречиям при эмоциональной охваченности темой беседы (противоречивость высказываний), недостаточная критичность в оценке своего психического состояния, а также в оценке своего «Я» в системе межличностных отношений и в складывающихся субъективно значимых ситуациях.

Такие важные составляющие ситуации болезни, как отношение к собственному здоровью, к врачу и его назначениям, участие в лечебном процессе, отношение к другим больным и т.д., отражали в суждениях больных не критичность к своему болезненному состоянию, снижение способности осознать болезненный характер своих переживаний. Неадекватное отношение к лечению проявлялось на фоне достаточной осведомленности об особенностях болезни, ее течения и лечения. Своеобразие отношения к болезни свя-

зано с переживанием психопатологической симптоматики (редуцированные бредовые или галлюцинаторно-параноидные переживания, готовность пациентов к бредовой интерпретации окружающего, наличие бредового мировоззрения, эмоциональная недостаточность), влиянием патопсихологических особенностей на оценку ситуации болезни и самооценку пациента.

О снижении критичности обследуемых пациентов к своему психическому состоянию свидетельствуют нарушение протекания мыслительной деятельности, утрата контроля над интеллектуальными процессами и снижение способности адекватно оценивать текущую ситуацию, нарушение оценочных функций, проявляющееся в снижении способности осознавать болезненный характер своих переживаний, отсутствии рассудительного отношения к своему состоянию, анозогнозии.

Многомерный анализ сопряженности ответов на вопросы структурированной беседы показал:

– пациенты, которые не видят причин находиться на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, формально относятся к лечащему врачу и медицинскому персоналу (критерий Пирсона Хи-квадрат = 22,0; достигнутый уровень значимости $p = 0,001$);

– положительное отношение пациентов к пребыванию на принудительном лечении определяется не только осознанием совершенного общественно опасного деяния, но и пониманием причин нахождения в психиатрическом стационаре на лечении (критерий Пирсона Хи-квадрат = 48,6; достигнутый уровень значимости $p = 0,004$), что указывает на относительную сохранность мотивационной сферы, мыслительной сферы и критики к своему состоянию и поведению;

– пациенты, которые не считают себя психически больными, не видят причин принимать медикаментозное лечение и находиться в стационаре (критерий Пирсона Хи-квадрат = 34,1; достигнутый уровень значимости $p = 0,0006$), что связано с их патопсихологическими особенностями, такими как нарушение критичности к своему состоянию и поведению, нарушениями мышления в рамках шизофренического симптомокомплекса;

– пациенты, которые адекватно оценивают свое состояние, положительно относятся к предлагаемому лечению и согласны принимать назначенные лекарства (критерий Пирсона Хи-квадрат = 12,6; достигнутый уровень значимости $p = 0,012$); они способны соблюдать режим отделения и правила пребывания в стационаре, выстраивать доброжелательные отношения с врачом и медицинским персоналом, что указывает на сохранность критических способностей, способностей к прогнозированию и осуществлению произвольной регуляции.

Особенности отношения к болезни этих пациентов обусловлены преломлением их системы отношений через призму хронического психического заболевания, которое приводит к своеобразию реакций на психическую болезнь.

Для выявления групп пациентов в соответствии с их отношением к болезни был проведен кластерный анализ результатов структурированной

беседы по методу Уорда. По результатам кластерного анализа выделено два кластера, которые определяют два типа отношения к болезни, условно названные согласно их компонентам «Отрицание болезни» и «Осознание болезни», ранее отмеченные авторами [19]. Выявленная типология отношения к болезни больных шизофренией дает материал для определения мишеней психологического воздействия в процессе психологического сопровождения принудительного лечения.

При проведении беседы, направленной на выявление субъективных переживаний, связанных с совершением противоправного деяния, у пациентов отмечались непоследовательность суждений при анализе совершенного ООД, противоречивость высказываний, недостаточная критичность в оценке своего поведения.

Интересным представляется отношение пациентов к факту привлечения к уголовной ответственности и ограничения свободы, что требует определенного понимания и осознания того, что криминальное поведение было обусловлено психическим заболеванием, поэтому и повлекло за собой невменение ответственности за ООД. Постановка диагноза, подтверждение наличия психического расстройства комиссией экспертов могут являться для пациента неким оправданием, помогающим согласовать привычные представления о собственном «Я» с криминальными действиями и снижающим личную вину и ответственность за совершенное деяние.

Факт помещения пациента в психиатрическую больницу, в закрытое психиатрическое отделение, по-разному понимается и оценивается пациентами: одни относятся к этому как к своеобразной замене тюремного заключения, что можно трактовать как формальное отношение к пребыванию в стационаре; другие – как к освобождению от уголовного наказания, что отражает позицию выгодоприобретения; третьи связывают свое пребывание в психиатрической больнице непосредственно с возникновением у них психического заболевания, что можно отнести к сохранности критических способностей к своему состоянию и поведению. Содержание понятия «принудительное лечение вследствие совершения ООД» большинством пациентов в полном объеме не осмысливается.

Многомерный анализ сопряженности ответов на вопросы структурированной беседы показал:

– среди пациентов, которые не переживают чувства вины, обиды в связи с совершенным ООД, большинство не способны адекватно относиться к содеянному, что выражается в непонимании причин пребывания в психиатрическом стационаре на принудительном лечении и отрицательном к нему отношении (критерий Пирсона Хи-квадрат = 35,5; достигнутый уровень значимости $p = 0,0001$); это обусловлено снижением эмоциональной сферы, проявлением эмоциональной холодности, отсутствием способности к сопереживанию, эмпатии, что характерно для эмоциональной сферы пациентов с данным психическим заболеванием;

– положительное отношение пациентов к пребыванию на принудительном лечении определяется не только осознанием совершенного обще-

ственно опасного деяния, но и пониманием причин нахождения в психиатрическом стационаре на лечении (критерий Пирсона Хи-квадрат = 37,2; достигнутый уровень значимости $p = 0,0001$), что указывает на относительно сохранность критики, способности к опосредованию и контролю своих действий, это свидетельствует о сохранности личностно-мотивационной сферы;

– пациенты, переживающие чувство вины в связи с содеянным, способные признавать свою роль в совершении общественно опасного деяния, адекватно относятся к пребыванию на принудительном лечении и назначенному лечению (критерий Пирсона Хи-квадрат = 37,2; достигнутый уровень значимости $p = 0,0001$), что указывает на относительно сохранность их критических и прогностических способностей;

– неспособность больных шизофренией адекватно оценивать и осознавать свою роль в совершении ООД обусловлено расстройствами мыслительной деятельности, нарушающими целенаправленность мышления и смыслообразование, к ним относятся резонерство, соскальзывание, разноплановость, патологический полисемантизм при сохранности операционной стороны, свойственные данному психическому заболеванию.

С целью определения групп пациентов в соответствии с их отношением к общественно опасному деянию был проведен кластерный анализ результатов структурированной беседы, выявляющей отношение к ООД исследуемых пациентов, по методу Уорда. По результатам кластерного анализа было получено три кластера: «Перекаладывает ответственность на других за ООД», «Отрицает совершение ООД», «Признает свою роль в ООД», – которые представлены авторами в более ранних работах [20]. Выявленная типология отношения к совершенному ООД больных шизофренией позволяет дифференцированно подойти к определению мишеней психологического воздействия в процессе психологического сопровождения принудительного лечения.

Исследование особенностей мыслительной деятельности (методики «Пиктограмма», «Исключение предметов») данной выборки пациентов показало, что в первую очередь у них отмечаются нарушение мотивационного компонента мышления в виде резонерства, разноплановости, снижение критичности и эмоциональной наполненности суждений. Помимо этого, отмечается искажение процесса обобщения по типу актуализации латентных, несущественных личностно-значимых признаков. Отмечаются признаки формальности ассоциативных связей, отдаленность ассоциативных связей, неравномерность темпа продуцирования ответных ассоциаций, своеобразие ассоциативных образов, неадекватная символизация, фрагментарность ассоциативных образов, усложненность формулировок, слияние буквального и переносного смыслов, элементы слабости критических способностей, склонность к субъективным интерпретациям, привнесение субъективно значимых переживаний в методику.

У большинства пациентов (66,7%) отмечается незначительное использование атрибутивных, графических и метафорических образов с преобла-

данием конкретных, фрагментарных, геометрических и формальных образов над индивидуально-значимыми в методике «Пиктограмма», что свидетельствует о снижении процессов обобщения и эмоциональной обедненности мышления. Меньшему количеству пациентов (33,3%) характерно использование индивидуально-значимых образов в методике «Пиктограмма», что свидетельствует об относительной сохранности эмоционального компонента мышления. Больные шизофренией чаще используют конкретные образы в пиктограмме, реже – атрибутивные образы. В сравнении с показателями нормы такие пациенты меньше используют графические символы, метафорические образы, у них отмечаются нарушения мышления по типу искажения процесса обобщения. Нарушения личностного смысла и селективности информации лежат в основе психопатологических проявлений, с этим механизмом связаны нарастающее эмоциональное снижение и изменения мышления диссоциативного типа.

Своеобразие восприятия противоправного деяния исследуемых пациентов связано с наличием психопатологической симптоматики, тенденцией к созданию некорректируемых концепций, бредовых конструкций, а также руководством в собственном поведении сугубо субъективными принципами, которые отражаются в содержании бреда, галлюцинаций и характеризуют психическое расстройство. Наличие бреда, параноидных состояний ведет к патологическому восприятию и осмыслению событий внешнего мира, а также к соответствующему поведению в нем и отражается в трансформации мотивационной сферы. Деятельность приобретает особое содержание, и прежде всего оказывается затронутым смыслообразование, а все события и факты приобретают особое значение. Данные особенности мышления отражаются в формировании отношения к своему деянию и заболеванию. Это проявляется в искажении фактов совершения деяния, отрицании своей роли в совершении ООД, эмоциональной холодности к совершению противоправного поступка, своеобразии интерпретации совершенного ООД.

С целью определения индивидуально-психологических особенностей пациентов данной выборки проведен анализ результатов личностного опросника ММРІ. Анализ результатов показал, что для 27 (45%) пациентов характерен профиль в пределах нормативных показателей 40–60 Т-баллов с выраженными шкалами «паранойя» и «психопатия». Эти пациенты характеризуются нетерпеливостью, склонностью к риску, трудностями в соблюдении норм поведения, высоким уровнем притязаний, непосредственностью в проявлении чувств, активной личностной позицией, в структуре мотивационной направленности – преобладанием мотивации достижения, уверенностью и быстротой в принятии решений. Отмечаются риск проявления спонтанной активности, направленной на реализацию сиюминутных побуждений вопреки здравому смыслу и интересам окружающего социума, тенденция к противодействию внешнему давлению, склонность ориентироваться преимущественно на собственное мнение и сиюминутные побуждения. Для большинства – 35 (55%) пациентов – характерен пикооб-

разный профиль с повышением Т-баллов до 75 с выраженными шкалами «психопатия», «паранойя», «шизофрения». Подъем шкал 4, 6, 8 до 75 Т-баллов можно интерпретировать как наличие у большинства обследованных пациентов заостренных личностных черт, в значительной мере определяющих их поведение. Подобные показатели свидетельствуют о сниженной социальной адаптации и значительных нарушениях межличностных контактов, импульсивности, нарушении прогнозирования последствий своих поступков, неприятии социальных и правовых норм и требований, ригидности, высоком уровне агрессивности, наличии аффективных установок, которые не позволяют изменить стереотип поведения. Повышение по шкале 8 при имеющемся профиле выявляет своеобразие восприятия, установок и суждений, в связи с которыми любые жизненные ситуации оцениваются необъективно, ряд элементов игнорируется или искажается; ухудшение прогноза последствий своих поступков за счет оторванности от социальной реальности, невозможность интериоризации моральных и правовых норм; потребности реализовываются в своеобразном и непредсказуемом поведении. Такой профиль свойственен личностям с преступными тенденциями, импульсивным, раздражительным, жестоким, со скрывающейся тревогой, злопамятным, со своеобразием установок и суждений, чувствительным к любым элементам межличностного взаимодействия, подозрительным, воспринимающим внешнюю среду как враждебную.

Высокие значения шкал свидетельствуют о том, что обследованные пациенты в повседневной жизни стараются ориентироваться при выборе моделей поведения на собственные установки, взгляды, убеждения и ценностные ориентации. При этом отдельные установки и убеждения могут встраиваться в фабулу бреда, негативно влияя на социальное функционирование, что характерно для больных шизофренией. Особенности личности этих пациентов обусловлены преломлением их системы отношений через призму хронического психического заболевания, которое приводит к противоправному поведению.

Следующей задачей исследования являлось изучение особенностей самооценки больных шизофренией, совершивших ООД, которая является важной интегральной характеристикой личности, показателем отношения к самому себе. Проведенное обследование с помощью теста «Самооценка» показало, что адекватная самооценка (45–74 балла) наблюдалась у 20,6% пациентов, низкая самооценка (менее 45 баллов) с неуверенностью и недооценкой собственных сил – у 17,4%; завышенная (75–100 баллов) с нечувствительностью к своим ошибкам, неудачам, замечаниям, советам окружающих – у 62% пациентов. Полученные данные о самооценке больных шизофренией свидетельствуют о том, что для большинства пациентов данной выборки характерны переоценка своих возможностей, неадекватность оценки своего состояния, снижение критичности к своему психическому состоянию в целом.

Полученные результаты завышенной самооценки в группе больных шизофренией объясняются особенностями их восприятия окружающей дей-

ствительности и неадекватной оценкой себя, своих способностей. Переоценка себя, своих возможностей с опорой на собственные суждения и ориентацией при выборе моделей поведения на собственные установки, сочетающиеся с социальной дезадаптацией, обусловленные психическим заболеванием, наличием психопатологической симптоматики – бреда, галлюцинаций, может являться предиктором противоправного поведения.

Перечисленные особенности самооценки свидетельствуют о нарушении критичности в мотивационной сфере, сочетающемся со снижением способности соотносить свои цели со своими возможностями (неадекватность выбора слишком трудных или слишком легких целей, повышенная тревожность, неуверенность в своих силах, неадекватность оценки достигнутого, ошибочность прогноза). Нарушения самооценки и самосознания (тенденция к изоляции, сенситивность, отчужденность и повышенная рефлексия) входят в шизофренический симптомокомплекс, характерный для данных пациентов.

В результате исследования особенностей локуса контроля у данной выборки пациентов, который является показателем взаимосвязи между отношением человека к самому себе и к окружающему миру, были получены следующие данные. Проведенный анализ данных методики «УСК» показал, что высокий уровень общей интернальности характерен для 43 (69%) пациентов. Высокий уровень интернальности больных шизофренией связан с тем, что все свои проблемы и неудачи они принимают на свой счет, а наличие психопатологической симптоматики (бредового конструкта в симптоматике заболевания) обуславливает их склонность обвинять в происхождении окружающих людей. Экстернальный локус контроля отмечается у 19 (31%) пациентов. Пациенты с экстернальным локусом контроля не в состоянии принять проблемы и неудачи на свой счет, они обвиняют в них окружающих людей. Пациенты склонны трактовать события своей жизни как результат стечения случайных обстоятельств. Они относят собственные успехи к «везению», а неудачи – к неблагоприятным обстоятельствам. Такие пациенты зачастую перекладывают ответственность за совершение общественно опасного деяния и нарушение собственного здоровья на так называемые «внешние силы», чей-то злой умысел, что может быть обусловлено фабулой бреда (бред преследования, бред отношения) в контексте данного психического заболевания.

При исследовании особенностей совладающего поведения больных шизофренией в условиях принудительного лечения было выявлено, что основными копинг-стратегиями явились «конфронтация» – 45 (73%), «дистанцирование» – 40 (66%), «бегство-избегание» – 31 (50%). При выраженном предпочтении стратегии «конфронтация» у испытуемых наблюдаются импульсивность в поведении, враждебность, трудности планирования действий, прогнозирования их результата, неоправданное упорство, а также агрессивные действия. Копинг – действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения. Для пациентов характерно использование приемов

переключения внимания, отстранения, обесценивания, а также отвлечение от трудностей за счет субъективного снижения их значимости и степени эмоциональной вовлеченности в них, что объясняется эмоциональной обедненностью таких больных.

В силу расстройств мыслительной сферы больные шизофренией не способны осмыслить и адекватно оценить стрессовую ситуацию. Большинство пациентов (87%) характеризуются применением агрессивных действий при решении возникающих трудностей, стремлением отстраниться и отдалиться от проблемы, ограниченностью в контактах и нежеланием обращаться за помощью к окружающим. Это связано с нарушением коммуникативной сферы при шизофрении, неспособностью устанавливать контакт с окружающими, поддерживать с ними отношения, недостаточностью понимания нюансов в межличностных отношениях, трудностями принятия однозначных решений в повседневной жизни из-за двойственности социальных оценок реальных ситуаций, что, в свою очередь, приводит к социальной изоляции и дезадаптации.

Для меньшего количества пациентов (13%) характерны умеренное применение агрессивных действий при разрешении трудностей, стремление проанализировать возникшую проблему, самостоятельно ее решить, отмечаются способность адекватно оценить ресурсы среды и получить социальную поддержку, склонность прилагать усилия по созданию положительного значения ситуации, что указывает на сохраненные стороны личностно-мотивационной сферы исследуемых пациентов.

В основе выявленных патопсихологических особенностей лежат резидуальные негативные шизофренические симптомы, дающие целостную картину так называемого «дефекта личности»: снижение активности, эмоциональная сглаженность, слабость инициативы, обедненность невербальной коммуникативности, социальная дезадаптированность, явно недостаточно критическая оценка своего заболевания и связанная с этим сложность целостного критического осмысления сути и последствий инкриминируемого деяния, в том числе неадекватность понимания роли и позиции своего «Я» в конкретной ситуации противоправного деяния.

На следующем этапе исследования был проведен кластерный анализ шкал каждой из психодиагностических методик, далее проверялись связи психодиагностических кластеров с кластерами по данным структурированной беседы для выявления отношения к болезни и к ООД. С этой целью был проведен кластерный анализ с использованием метода Уорда (Ward's method) и метрики Сити-Блок (City-block Manhattan). Группирующая кластеризация переменных позволила определить и содержательно наполнить типологию отношения к общественно опасному деянию больных шизофренией в условиях принудительного лечения с учетом отношения пациентов к болезни и их психологических характеристик.

В результате кластеризации данных было получено три кластера, объединивших типы отношения к общественно опасному деянию, к болезни и результаты по психодиагностическим кластерам (рис. 2).

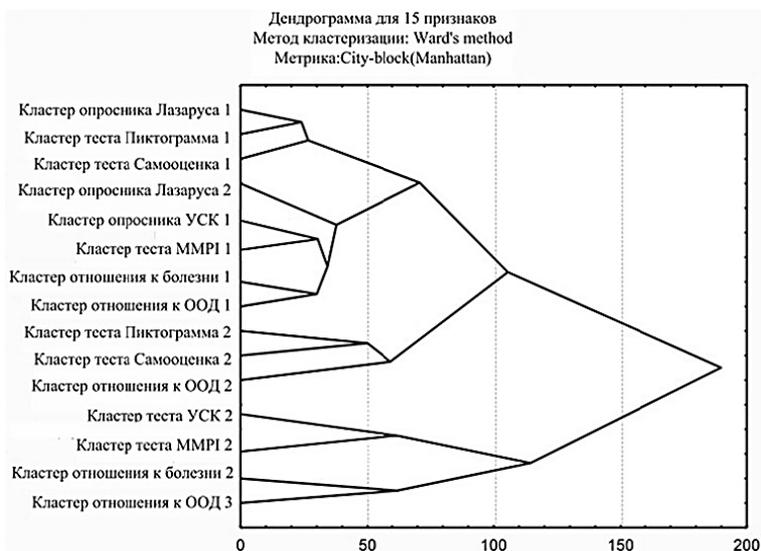


Рис. 2. Кластерный анализ результатов структурированной беседы (отношение к болезни и к ООД) и психодиагностики

Тип «Отрицание и болезни, и ООД» характеризуется неадекватным отношением к болезни, отрицанием каких-либо ее проявлений, отсутствием потребности в лечении, эмоциональных переживаний, связанных с наличием болезни, формальностью в согласии с мнением лечащего врача-психиатра по поводу лечения из страха негативных последствий, формально доброжелательными отношениями с медицинским персоналом отделения с целью скорейшей выписки. Для больных шизофренией характерна низкая способность распознавать психопатологическую симптоматику, что ведет к неспособности как прогнозировать, так и контролировать собственное состояние; непонимание причин ухудшения самочувствия и необходимости лечения приводит к самовольному прекращению приема лекарств. Отношение к своему противоправному поведению, т.е. к совершенному ООД, характеризуется отсутствием переживания чувств вины и сожаления за совершенное деяние, переживанием чувства обиды на других лиц, склонностью перекладывать ответственность за содеянное на других лиц, например родственников, соседей, полицию, что обусловлено экстернальным локусом контроля, т.е. склонностью полагать, что происходящие события являются результатом действия внешних сил – случая, других людей, а также приписывать ответственность за все события внешним факторам – другим людям, случаю, судьбе. Выраженное использование стратегии «конфронтация» указывает на недостаточность регуляции волевого компонента деятельности больных шизофренией, склонность к малопродуктивным формам реагирования с тенденцией к аффективным вспышкам, внешнеобвиняющим реакциям, трудностям адекватного восприятия социального контекста окружающего. Индивидуально-психологические осо-

бенности типа «Отрицание и болезни, и ООД» представлены психопатическими чертами возбудимого типа, ригидностью, нетерпеливостью, склонностью к риску, непосредственностью в проявлении чувств, трудностями в соблюдении норм поведения, риском проявления спонтанной активности, направленной на реализацию сиюминутных побуждений, что предопределяет риск социальной дезадаптации и повторных ООД больными шизофренией. Патохарактерологические особенности больных шизофренией, связанные с когнитивными и аффективными нарушениями, обуславливают снижение произвольной и осознанной саморегуляции, сужение поведенческого репертуара. Это сопряжено с ограниченной способностью к формированию правильных представлений о заболевании и совершенном ООД на эмоциональном, интеллектуальном и мотивационном уровнях.

Второй тип – «*Отрицание болезни и частичное признание вины в ООД*» – характеризуется неадекватной оценкой своего психического состояния, отрицанием проявлений психопатологической симптоматики. Отношение к своему противоправному поведению (отношение к совершенному ООД) выражается в отсутствии переживания чувств вины и обиды, склонности обвинять в совершении деяния алкоголь, наркотики. Для этого типа характерны негативное отношение к пребыванию в психиатрическом стационаре на принудительном лечении, отрицание необходимости назначенных мер медицинского характера, безразличие к своему будущему вследствие совершенного ООД. Для мышления характерны снижение уровня обобщения и относительная сохранность его эмоционального компонента, что отражается в незначительном использовании атрибутивных и метафорических образов, преобладании конкретных, индивидуально-значимых образов. Индивидуально-психологические особенности представлены склонностью к импульсивным поведенческим реакциям, низкой подчиняемостью и подчеркнутой независимостью. Неспособность больных шизофренией к формированию адекватных представлений о совершенном общественно опасном деянии на эмоциональном, интеллектуальном и мотивационном уровнях обусловлена аффективными, когнитивными нарушениями.

Третий тип – «*Осознание и болезни, и ООД*» – характеризуется критичностью к своему психическому состоянию, ориентацией в лечении на мнение лечащего врача-психиатра, тенденцией следовать указаниям врача, пониманием необходимости лечения в психиатрическом стационаре, переживанием чувства тревоги по поводу возникновения проявлений болезни, доброжелательными отношениями с медицинским персоналом отделения. Для этого типа характерен интернальный локус контроля, т.е. склонность интерпретировать значимые события как результат собственной деятельности, объясняя своим поведением, способностями, чертами личности. Индивидуально-психологические особенности данного типа представлены импульсивностью, раздражительностью, злопамятностью, своеобразием установок и суждений, чувствительностью к любым элементам межличностного взаимодействия, подозрительностью, склонностью воспринимать внешнюю среду как враждебную с готовностью к асоциальным поступкам

и нарушению норм, установленных в социуме. Для этого типа характерно критичное отношение к своему противоправному поведению (совершению общественно опасного деяния), которое обусловлено переживанием чувств вины и сожаления за совершенное деяние, переживанием чувства обиды на себя за содеянное, склонностью считать справедливым назначенное принудительное лечение в психиатрическом стационаре и видеть его положительное влияние на будущее. Адекватное отношение к болезни и ООД указывает на относительную сохранность мотивационно-личностной и эмоциональной сферы пациентов, сохранность критических, прогностических способностей. Наличие чувств вины и сожаления о содеянном ООД свидетельствует о том, что поведение пациентов опосредовано процессами самосознания – негативная самооценка в виде чувства вины приводит к угрызениям совести, что может служить тормозящим механизмом повторных ООД.

Выделенная в данном исследовании типология указывает на необходимость дифференцированной направленности психологического сопровождения больных шизофренией на принудительном лечении с целью формирования адекватного отношения к своему психическому заболеванию и к совершенному противоправному деянию.

Заключение

Данные, полученные в ходе проведенного исследования, способствуют пониманию и осмыслению целостного восприятия имеющегося психического заболевания больными шизофренией и их отношения к совершенному общественно опасному деянию во взаимосвязи с их психологическими характеристиками.

Анализ типов отношения к болезни и общественно опасному деянию, их взаимосвязь с психологическими характеристиками свидетельствуют о том, что сочетание таких характеристик, как неадекватная самооценка, экстернальный локус контроля, отсутствие чувства вины в связи с совершенным деянием, отрицание психического расстройства как отсутствие осознания болезни, негативное отношение к принудительному лечению, обуславливает отсутствие терапевтического альянса и приверженности лечению, что является фактором риска дальнейшей криминализации больных шизофренией и может явиться предиктором повторных общественно опасных деяний.

Сочетание таких характеристик, как интернальный локус контроля, черты импульсивности, склонность к осознанию и переживанию чувств вины и сожаления за совершенное ООД, переживание чувства обиды на себя за содеянное, адекватное отношение к своему психическому состоянию, положительное отношение к принудительному лечению, способствует благоприятному прогнозу в лечении и получению положительных результатов при осуществлении психологического сопровождения.

Выявленная типология позволяет определить специфику психологического сопровождения больных шизофренией на принудительном лечении.

Наибольшее внимание в аспекте психологического сопровождения и профилактики общественно опасного поведения уделяется отношению пациентов к заболеванию и совершенному общественно опасному деянию, а также их индивидуально-психологическим особенностям.

Проведенное нами специальное исследование целостного отношения к своему психическому состоянию, к совершенному общественно опасному деянию больных шизофренией с криминальным анамнезом, их психологических характеристик – преморбидных личностных особенностей, совладающего поведения, самооценки, уровня субъективного контроля и степени их сохранности и измененности в соответствии с конкретной психопатологической структурой – показывает, что осуществление психологического сопровождения, направленного на восстановление критики как способности пациента адекватно реагировать на болезнь, осознавать значимость совершенного противоправного деяния и факта пребывания на принудительном лечении, а также способности прогнозирования последующих социальных событий невозможно без учета этих особенностей.

В целях успешной реабилитации пациентов в рамках психологического сопровождения психокоррекционное воздействие направлено на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферу, в первую очередь на повышение мотивации к лечению, выработку адекватного отношения к болезни, совершенному ООД, на смягчение дезадаптивных и криминогенных поведенческих стереотипов, изменение психологических характеристик, которые выступают внутренними детерминантами противоправного поведения. К этим психологическим характеристикам относятся отношения, личностные принципы и нормы, индивидуально-психологические особенности, а также такие интегративные психические образования, как самооценка и уровень субъективного контроля. Существенным фактором успешной реабилитации является достижение комплайенса как способности следования пациентом предписанному ему режиму лечения, приему назначенных лекарств и проведению реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Яхимович Л.А., Макушкина О.А. Клинические аспекты общественной опасности больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 2 (99). С. 70–76. DOI: 10.26617/1810-3111-2018-2(99)-70-76.
2. Котов В.П., Мальцева М.М. и др. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре : руководство для врачей. М. : ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2010. 345 с.
3. Котов В.П., Мальцева М.М. Некоторые статистические показатели деятельности по профилактике опасных действий // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 11–14.
4. Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М. и др. Система профилактики общественной опасности психически больных в России в 2006–2013 гг. (динамика показателей и анализ эффективности) : аналит. обзор. М. : ФМИПН им. В.П. Сербского, 2015. 192 с.

5. Булыгина В.Г. Психосоциальная реабилитация во время принудительного лечения в психиатрическом стационаре // Российский психиатрический журнал. 2006. № 2. С. 12–17.
6. Казаковцев Б.А., Букреев Н.В., Булыгина В.Г., Малкин Д.А. Проблемы профилактики повторных общественно опасных действий психически больных // Судебная психиатрия: профилактика противоправного поведения лиц с психическими расстройствами / под ред. В.В. Вандыша. М. : ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2011. Вып. 8. С. 100–109.
7. Булыгина В.Г., Березкин А.С., Козлов Т.Н., Макурина А.П. Психологические и клинико-социальные характеристики пациентов, реализующих различные виды агрессии в стационаре (гендерный аспект) // Психология и право. 2015. Т. 5, № 3. С. 37–50. DOI: 10.17759/psylaw.2015050304.
8. Юрьева Л.Н. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно-опасные деяния. Киев : Укр. НИИ социал. и судеб. Психиатрии ; Днепропетровск : Днепропетр. гос. мед. акад., 1996. 146 с.
9. Мамайчук И.И. Методологические и методические проблемы судебно-психологической экспертизы // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Сер. 12. 2011. Вып. 3. С. 196–206.
10. Спасенников Б.А. Общественно опасные деяния больных психическими расстройствами // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2012. № 4 (20). С. 8–11.
11. Kopelowicz A., Liberman R.P. Integrating Treatment with Rehabilitation for Persons With Major Mental Illnesses // Psychiatric Services. 2003. Vol. 54. P. 1491–1498. DOI: 10.1176/appi.ps.54.11.1491.
12. Monahan J. An Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons with Mental Disorders // Psychiatric Services. 2005. Vol. 56. P. 810–815. DOI: 10.1176/appi.ps.56.7.810.
13. Nedopil N. Prognosen in der forensischen Psychiatrie – ein Handbuch for die Praxis // Lengerich : Pabst Science Publisher, 2005.
14. Foussias G. Prediction of longitudinal functional outcomes in schizophrenia: the impact of baseline motivational deficits // Schizophrenia. Research. 2011. Vol. 132 (1). P. 24–27. DOI: 10.1016/j.schres.2011.06.026.
15. Feeney A. Dangerous severe personality disorder // Advances in Psychiatric Treatment. 2003. Vol. 9. P. 349–358. DOI: 10.1192/apt.9.5.349.
16. Livesley W.J. The relevance of an integrated approach to the treatment of personality disordered offenders // Psychology, Crime and Law. 2007. Vol. 13 (1). P. 27–46. DOI: 10.1080/10683160600869734.
17. Maden T. Dangerous and severe personality disorder: Clinical and legal implications // Psychiatry. 2005. Vol. 4 (3). P. 23–25. DOI: 10.1383/psyt.4.3.23.62445.
18. Ntounas P., Katsouli A., Efstathiou V., Pappas D., Chatzimanolis P., Touloumis C., Pappageorgiou C., Douzenis A. Comparative study of aggression – Dangerousness on patients with paranoid schizophrenia: Focus on demographic data, PANSS, drug use and aggressiveness // International Journal of Law and Psychiatry. 2018. Vol. 60, Sep.–Oct. P. 1–11. DOI: 10.1016/j.ijlp.2018.06.001.
19. Пенявская А.В., Мещерякова Э.И. Отношение больных шизофренией к совершенному общественно опасному деянию в условиях принудительного лечения // Психология и психотехника. 2019. № 1. С. 108–118. DOI: 10.7256/2454-0722.2019.1.28805.
20. Пенявская А.В., Мещерякова Э.И., Ларионова А.В. Субъективное отношение к болезни больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении // Психолог. 2019. № 1. С. 38–48. DOI: 10.25136/2409-8701.2019.1.28748.

Поступила в редакцию 07.01.2020 г.; принята 07.09.2020 г.

Пенявская Анастасия Владимировна – клинический психолог Томской клинической психиатрической больницы; соискатель кафедры генетической и клинической психологии Томского государственного университета.

E-mail: A.Penyavskaya@gmail.com

Мещерякова Эмма Ивановна – доктор психологических наук, профессор кафедры генетической и клинической психологии Томского государственного университета.

E-mail: mei22@mail.ru

Стоянова Ирина Яковлевна – доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья ТНИМЦ; профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования Томского государственного университета.

E-mail: ithka1948@mail.ru

For citation: Penyavskaya, A.V., Meshcheriakova, E.I., Stoyanova, I.Y. Typology of Relationship to Diseases and Socially Dangerous Activities of Patients with Schizophrenia in Relation to Psychological Characteristics. *Sibirskiy Psikhologicheskij Zhurnal – Siberian journal of psychology*. 2020; 77: 111–129. doi: 10.17223/17267080/77/6. In Russian. English Summary

Typology of Relationship to Diseases and Socially Dangerous Activities of Patients with Schizophrenia in Relation to Psychological Characteristics

A.V. Penyavskaya^{a, b}, E.I. Meshcheriakova^a, I.Y. Stoyanova^{a, c}

^a Tomsk State University, 36, Lenin Ave., Tomsk, 634050, Russian Federation

^b Tomsk clinical psychiatric hospital, 4, Aleutskaya Str., Tomsk, 634014, Russian Federation

^c Mental Health Research Institute of Tomsk NRMC, 4, Aleutskaya Str., Tomsk, 634014, Russian Federation

Abstract

The article presents an analytical justification for the relevance of studying the phenomenon of attitude to mental illness and committed socially dangerous acts (SDA) of patients with schizophrenia who are undergoing compulsory treatment in a psychiatric hospital. There is a noticeable lack of a qualitative psychological description of the holistic attitude to oneself phenomenon, to SDA and to the world around patients with schizophrenia with criminal history, as well as its role in the implementation of psychological support. The tasks of a specific empirical study aimed at studying the characteristics of attitude to the disease, socially dangerous acts, and psychological characteristics of schizophrenic patients who have committed SDA are presented.

The following methods are used in the study: the author's version of a structured interview to determine the characteristics of the attitude to the disease and to the SDA; diagnostic battery for identifying the psychological characteristics of patients with schizophrenia. Processing the results of psychodiagnostic techniques and structured interviews was carried out using the method of frequency analysis, analysis of contingency tables, cluster analysis. The research sample consisted of 62 patients with schizophrenia who are in inpatient compulsory treatment in a specialized type of psychiatric hospital in Tomsk. The average age of the subjects was 24.3 ± 3.3 years old.

As a result of the study, features of the attitude to the existing disease and to the perfect offense of schizophrenia patients were revealed, the relationship between the types of attitude to the disease and SDA with psychological characteristics of the studied patients were determined. The types of attitude towards the disease and SDA are defined: the first type is “Denial of both disease and SDA”, the second type is “Denial of disease and partial guilty plea in

SDA”, the third type is “Awareness and illness, and SDA”, which characterize the holistic attitude of patients with schizophrenia with criminal history to the existing situation of the disease and to stay on compulsory treatment due to the commission of a socially dangerous act.

The typology revealed in this study makes it possible to differentially approach the determination of the structure and targets of psychological correction effects during psychological support of compulsory treatment of patients with schizophrenia with criminal history.

Keywords: patients with schizophrenia; socially dangerous acts (SDA); attitude to disease; attitude to SDA; typology of attitude to disease and SDA; psychological characteristics; compulsory treatment; psychological support; rehabilitation.

References

1. Yakhimovich, L.A. & Makushkina, O.A. (2018) Clinical aspects of social danger of schizophrenia patients. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2(99). pp. 70–76. (In Russian). DOI: 10.26617/1810-3111-2018-2(99)-70-76
2. Kotov, V.P., Maltseva, M.M. et al. (2010) *Prinuditel'noe lechenie v psikiatricheskom stacionare* [Compulsory treatment in a psychiatric hospital]. Moscow: GNTsSSP im. V.P. Serbskogo.
3. Kotov, V.P. & Maltseva, M.M. (2012) Reviewing the statistics on prevention of offences among mental patients. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 22(3). pp. 11–14. (In Russian).
4. Makushkina, O.A., Kotov, V.P., Maltseva, M.M. et al. (2015) *Sistema profilaktiki obshchestvennoy opasnosti psikhicheski bol'nykh v Rossii v 2006–2013 gg. (dinamika pokazateley i analiz effektivnosti)* [The system of prevention of public danger of the mentally ill in Russia in 2006–2013 (dynamics of indicators and analysis of efficiency)]. Moscow: FMIPN im. V.P. Serbskogo.
5. Bulygina, V.G. (2006) *Psikhosotsial'naya reabilitatsiya vo vremya prinuditel'nogo lecheniya v psikiatricheskom stacionare* [Psychosocial rehabilitation during compulsory treatment in a psychiatric hospital]. *Rossiyskiy psikiatricheskii zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2. pp. 12–17.
6. Kazakovtsev, B.A., Bukreev, N.V., Bulygina, V.G. & Malkin, D.A. (2011) *Problemy profilaktiki povtornykh obshchestvenno opasnykh deystviy psikhicheski bol'nykh* [Problems of the prevention of repeated socially dangerous actions of mentally ill patients]. In: Vandysh, V.V. (ed.) *Sudebnaya psikhatriya: profilaktika protivopravnogo povedeniya lits s psikhicheskimi rassstroystvami* [Forensic psychiatry: prevention of illegal behavior of persons with mental disorders]. Vol. 8. Moscow: GNTsSSP im. V.P. Serbskogo. pp. 100–109.
7. Bulygina, V.G., Berezkin, A.S., Kozlov, T.N. & Makurina, A.P. (2015) Psychological, clinical and social characteristics of patients implementing different types of aggression in the hospital (gender aspect). *Psikhologiya i pravo – Psychology and Law*. 5(3). pp. 37–50. (In Russian). DOI: 10.17759/psylaw.2015050304
8. Yurieva, L.N. (1996) *Reabilitatsiya bol'nykh shizofreniy, sovershivshikh obshchestvenno-opasnye deyaniya* [Rehabilitation of schizophrenic patients who have committed socially dangerous acts]. Kyiv: Ukrainian Research Institute of Social and Legal Psychiatry; Dnepropetrovsk: Dnepropetrovsk State Medical Academy.
9. Mamaychuk, I.I. (2011) *Metodologicheskie i metodicheskie problemy sudebno-psikhologicheskoy ekspertizy* [Methodological problems of forensic psychological examination]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta. Ser. 12 – Vestnik of St. Petersburg State University*. 3. pp. 196–206.

10. Spasennikov, B.A. (2012) Socially dangerous acts committed by people with mental disorders. *Vestnik instituta: prestuplenie, nakazanie, ispravlenie*. 4(20). pp. 8–11. (In Russian).
11. Kopelowicz, A. & Liberman, R.P. (2003) Integrating Treatment with Rehabilitation for Persons With Major Mental Illnesses. *Psychiatric Services*. 54. pp. 1491–1498. DOI: 10.1176/appi.ps.54.11.1491
12. Monahan, J. (2005) An Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons with Mental Disorders. *Psychiatric Services*. 56. pp. 810–815. DOI: 10.1176/appi.ps.56.7.810
13. Nedopil, N. (2005) *Prognosen in der forensischen Psychiatrie – ein Handbuch for die Praxis*. Lengerich: Pabst Science Publisher.
14. Foussias, G. (2011) Prediction of longitudinal functional outcomes in schizophrenia: the impact of baseline motivational deficits. *Schizophrenia. Research*. 132(1). pp. 24–27. DOI: 10.1016/j.schres.2011.06.026
15. Feeney, A. (2003) Dangerous severe personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 9. pp. 349–358. DOI: 10.1192/apt.9.5.349
16. Livesley, W.J. (2007) The relevance of an integrated approach to the treatment of personality disordered offenders. *Psychology, Crime and Law*. 13(1). pp. 27–46. DOI: 10.1080/10683160600869734
17. Maden, T. (2005) Dangerous and severe personality disorder: Clinical and legal implications. *Psychiatry*. 4(3). pp. 23–25. DOI: 10.1383/psyt.4.3.23.62445
18. Ntounas, P., Katsouli, A., Efstathiou, V., Pappas, D., Chatzimanolis, P., Touloumis, C., Papageorgiou, C. & Douzenis, A. (2018) Comparative study of aggression – Dangerousness on patients with paranoid schizophrenia: Focus on demographic data, PANSS, drug use and aggressiveness. *International Journal of Law and Psychiatry*. 60. pp. 1–11. DOI: 10.1016/j.ijlp.2018.06.001
19. Pen'yavskaya, A.V. & Meshcheryakova, E.I. (2019) Attitude to the Socially Dangerous Act Demonstrated by Schizophrenic Patients Held in Compulsory Treatment. *Psikhologiya i psikhotehnika – Psychology and Psychotechnics*. 1. pp. 108–118. (In Russian). DOI: 10.7256/2454-0722.2019.1.28805
20. Pen'yavskaya, A.V., Meshcheryakova, E.I. & Larionova, A.V. (2019) Sub'ektivnoe otnoshenie k bolezni bol'nykh shizofreniy, nakhodyashchikhsya na prinuditel'nom lechenii [Subjective attitude to the schizophrenic patients undergoing compulsory treatment]. *Psikholog*. 1. pp. 38–48. DOI: 10.25136/2409-8701.2019.1.28748

Received 07.01.2020; Accepted 07.09.2020

Anastasia V. Pen'yavskaya – Clinical Psychologist of Tomsk Clinical Psychiatric Hospital. Post-graduate student, Department of Genetic and Clinical Psychology, Tomsk State University. E-mail: A.Pen'yavskaya@gmail.com

Emma I. Meshcheryakova – Professor, Department of Genetic and Clinical Psychology, Tomsk State University. Professor, D. Sc. (Psychol.).

E-mail: mei22@mail.ru

Irina Y. Stoyanova – Lead Researcher, Mental Health Research Institute of Tomsk NRMС. Professor, Department of Psychotherapy and Psychological Counseling, Tomsk State University. Professor, D. Sc. (Psychol.).

E-mail: ithka1948@mail.ru