

Дубинский А.А., Булыгина В.Г. Особенности взаимосвязи внутренней картины болезни и автобиографической памяти у больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия



English version: [Dubinsky A.A., Bulygina V.G. Features of the relationship of the perception of illness and the autobiographical memory of patients with schizophrenia who committed socially dangerous acts](#)

Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Представлены результаты исследования особенностей взаимосвязи внутренней картины болезни и автобиографической памяти у больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия. Экспериментальная группа состояла из 17 лиц мужского пола, находящихся на принудительном лечении в Орловской ПБСТИН, которые совершили в анамнезе тяжкие ООД. Группу сравнения составили 17 больных шизофренией без криминального анамнеза, проходящие лечение в ПКБ № 4 им. П.Б.Ганнушкина. Была использована батарея методик, направленных на исследование внутренней картины болезни (ВКБ) и автобиографической памяти (АП), включавшая в себя опросники: «Функции автобиографической памяти», «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), «SCL-90-R» (Symptom Checklist-90-Revised), «BIDR» в адаптации Е.Н.Осина, а также методики «Линия жизни» и «Метафора прошлого». Для больных шизофренией с криминальным анамнезом были выделены специфичные взаимосвязи типов отношения к болезни и воспринимаемой симптоматики с особенностями функционирования автобиографической памяти. Обнаружено, что для испытуемых данной группы характерно преобладание негативного восприятия прошлого опыта, а также фрагментарность отношений к болезни с низким осознанием и означением собственных симптомов, что сопряжено с меньшим вкладом в опосредствование представлений о заболевании функциональных конструктов АП. Выявлено, что при большей выраженности дистресса от воспринимаемой симптоматики и/или менее реалистичных и адаптивных типах отношения к болезни отмечаются меньшие возможности реалистичного самосознания со снижением опосредствования автобиографической памяти представлений о болезни. Обнаружена тенденция к высокой мотивации произведения впечатления, которая связана с выраженностью дистресса от субъективно воспринимаемой симптоматики и малоадаптивными ТОб, для которых свойственно интересубъективное агрессивное реагирование.

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, автобиографическая память, общественно опасные действия, комплаенс, самосознание, шизофрения

Исследования, направленные на расширение представлений о факторах риска криминализации больных шизофренией, остаются по-прежнему актуальными. Отмечается, что в период обострения заболевания возрастает вероятность совершения общественно опасных действий (ООД). Изучение внутренней картины болезни представляется важным для оценки и прогноза личностных ресурсов, связанных с адаптацией и самоконтролем в ситуации болезни.

ВКБ определяется как динамическое структурное образование, связанное с формированием представлений личности о собственном заболевании. Репрезентации о болезни оформляются на основе чувственной ткани, означении и личностном смысле, приводя к перестройке ведущих мотивов

заболевшего [Николаева, 1992; Иржевская, 2009]. Кроме того, ВКБ играет также существенную роль в формировании комплайенса, определяя правильное понимание больными наличия заболевания и адекватности предлагаемого лечения [Вид, 2008].

Отмечено, что ВКБ больного шизофренией характеризуется «оторванностью» ассоциаций от непосредственного чувственного опыта, что обусловлено нарушениями самосознания и возможностями интеграции собственных переживаний [Тхостов, 1990, 1991; Иржевская, 2009; Нелюбина, 2009]. Указывается также, что ВКБ больных шизофренией носит «дефицитарный» характер и отличается асинтонностью основных ее составляющих [Куколева, 1982; Заякин, 2004; Ханько, 2014].

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, злоупотреблению алкоголем и другими ПАВ. Отсутствие осознания болезни обуславливает отсутствие терапевтического альянса и приверженности лечению, что является фактором риска криминализации больных шизофренией.

Реализацию ООД можно рассматривать как проявление социальной дезадаптации. У больных шизофренией совершение правонарушения в большинстве случаев сопряжено с нарушением способности осознанной регуляции поведения и его опосредствования, эмоционально-волевым дефицитом, неадекватным распознаванием смыслового контекста ситуации [Булыгина и др., 2014b, с].

Кроме того, важными факторами риска совершения ООД больными шизофренией являются преморбидные личностные особенности, которые влияют на формирование типов отношения к болезни (ТОБ) (как формы личностного реагирования на заболевание), характеризующихся интерпсихическим дезадаптивным реагированием [Личко, Иванов, 1980]. ТОБ, которым присущи такие проявления, как реализация агрессии вовне, подозрительность, враждебность, эгоцентризм, являются факторами риска агрессивного поведения [Булыгина и др., 2014a].

Было выявлено, что преморбидный фон играет как патогенетическую, так и патопластическую роль в формировании картины негативных расстройств [Пантелеева, Беляев, 1984]. Реализация ООД больными шизофренией в психотическом состоянии определяется возникающими психопатологическими переживаниями, которые обуславливают агрессивное реагирование. В генезе ООД, совершенных по негативно-личностному механизму, существенное влияние имеют личностные факторы. У таких больных асоциальные тенденции начинают отмечаться еще в преморбидном периоде, а психическое расстройство оказывает лишь растормаживающий эффект [Кондратьев, Велигорский, 1989]. Кроме того, было отмечено, что негативно-личностная симптоматика, преимущественно в виде апато-абулического синдрома, снижает комплайенс и затрудняет осознание болезни [Tattan, 2001]. В результате больные шизофренией с подобной констелляцией неблагоприятных преморбидных особенностей и негативно-личностной симптоматики хуже осуществляют контроль собственных действий, что увеличивает степень их общественной опасности.

Таким образом, связанные с когнитивными и аффективными нарушениями патохарактерологические особенности больных шизофренией обуславливают снижение произвольной и осознанной саморегуляции, сужение поведенческого репертуара. Это сопряжено с ограниченной способностью к формированию правильных представлений о заболевании на эмоциональном, интеллектуальном и мотивационном уровнях.

В связи с вышесказанным представляется актуальным изучение влияния на особенности восприятия заболевания такого психологического конструкта, как автобиографическая память (АП), функции которого направлены на поддержание самоидентичности в ситуации заболевания.

АП личности обеспечивает репрезентацию в субъективно-переживаемой форме ранее отраженной внешней реальности, которая приобретает высокую личностную значимость. АП «подчиняема» принципу активности, который выражается в зависимости феноменологии автобиографических воспоминаний (АВ) относительно их места в структуре деятельности и релевантной системы ценностно-смысловых образований личности [Нуркова, 2009]. При подобной динамичности

конфигураций АВ они организуются в целостное представление о личном прошлом (автобиографическая идентичность), с определением собственных индивидуальных личностных особенностей (персональная идентичность) и места в системе человеческих отношений (социальная идентичность) [Нуркова, 1998, 2000, 2009].

Были выделены 4 функции АП [Нуркова, 2000, 2009]. Саморегуляционная – заключается в тенденции обращаться к АВ как к средству регуляции психического состояния. Прагматическая – направлена на извлечение из автобиографического опыта «жизненных уроков». Коммуникативная – представляет собой готовность обратиться к личным воспоминаниям при интеракциях с другими и нацелена на поддержание активной коммуникации с участниками взаимодействия. Экзистенциальная (зрелость АП) – подразумевает при обращении к личным воспоминаниям высокий уровень произвольности, а также связана с осознанием тождественности, личной уникальности и временной интеграцией личности.

Правомерно предположить, что более устойчивое и полное самопредставление о себе сейчас и в прошлом детерминирует более адекватное восприятие болезни, что обеспечивает большую социальную адаптацию больных шизофренией, снижая тем самым риск их криминализации.

Целью исследования было определение влияния автобиографической памяти на внутреннюю картину болезни у больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия.

Эмпирические задачи: 1) сравнительный анализ особенностей внутренней картины болезни и автобиографической памяти в группе больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия, и без криминального анамнеза; 2) выявление взаимосвязей между структурными элементами внутренней картины болезни и автобиографической памяти у лиц с психическими расстройствами.

Методы

Выборка

В исследовании приняли участие 34 испытуемых. Все испытуемые – мужского пола с диагнозом «шизофрения». Возраст обследуемых от 22 до 55 лет (средний возраст 34,15).

Основная группа состояла из 17 человек в возрасте от 22 до 55 лет (средний возраст 33,00), находящихся на принудительном лечении в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением. У обследованных были установлены следующие диагнозы: «параноидная шизофрения» (F 20.0) – 64,71%; «параноидная шизофрения с эпизодическим течением» (F 20.1) – 5,88%; «шизофрения с психопатоподобным синдромом» (F 21.4) – 5,88%; «остаточная шизофрения» (F 20.5) – 5,88%, а также «органическое шизофреноподобное расстройство личности» (F 06.2) – 11,76% и «шизотипическое расстройство» (F 21.8) – 5,88%.

Распределение по характеру последнего ООД было следующим: убийство – 64,71%, сексуальные правонарушения – 17,65%, кражи – 11,76 %, агрессивно-насильственные ООД против личности – 5,88%. Наличие в анамнезе одного или нескольких правонарушений было в 64,71% наблюдений. Среди лиц с криминальными рецидивами в 23,53% случаев период между отменой принудительного лечения и совершением повторного ООД был менее года, в 17,65% – от года до трех лет, в 29,41% – более 5 лет. Больные по показателю «патопсихологический механизм совершения последнего ООД» распределились следующим образом. Среди продуктивно-психотических механизмов: реализация импульсивных действий – 58,82%, бредовая защита – 17,65%; бредовая месть – 11,76%; бредовая миссия – 11,76%. Среди негативно-личностных: эмоциональная бесконтрольность – 76,47%; расстройства влечений – 23,53%. 52,94% обследованных совершили последнее ООД по негативно-личностным механизмам, 47,06% – по продуктивно-психотическим. В 41,18% случаев правонарушение было совершено в состоянии алкогольного, в 5,88% – наркотического опьянения. В анамнезе было зафиксировано злоупотребление алкоголем в 66,7% наблюдений.

Больные характеризовались такими индивидуально-психологическими особенностями (ИПО) в

преморбидном периоде, как эмоциональная неустойчивость (70,59%), шизоидность (11,76%), паранойяльность (5,88%), возбудимость (5,88%), астеничность (5,88%).

В группу сравнения вошли 17 человек, не имеющие криминального анамнеза. Возраст испытуемых варьировался от 24 до 52 лет (средний возраст 35,29). Все обследуемые находились на лечении в ПКБ № 4 им. П.Б.Ганнушкина. Пациентам были установлены диагнозы: «параноидная шизофрения» (F 20.0) в 76,47 % случаев; «параноидная шизофрения с эпизодическим течением» (F 20.1) – в 17,65%; «шизофрения с психопатоподобным синдромом» (F 21.4) – в 5,88%.

Методики

Для решения исследовательских задач была создана формализованная карта обследования, которая заполнялась на основании анализа медицинской документации и материалов судебно-психиатрической экспертизы. Карта включала криминологические, клинико-психопатологические, социально-психологические данные. Также применялся комплекс специализированных методик, направленных на диагностику особенностей АП и ВКБ, включающий:

– опросник «Функции автобиографической памяти» (ФАП), диагностирующий характерный для испытуемого вариант использования автобиографических воспоминаний. Методика содержит пять шкал: «полифункциональность», «коммуникативность», саморегуляция», «прагматика» и «зрелость» [Василевская, 2008];

– проективную методику «Линия жизни» ("Life-line") [Нуркова, 2000, 2009], суть которой заключается в расположении относительно прямой, обозначающей ось времени, значимых событий жизни. Формализация ответов осуществлялась по показателям: «общее количество воспоминаний», «количество позитивных воспоминаний», «количество негативных воспоминаний», «количество жизненных тем», «количество событий детства», «плотность воспоминаний в целом», «возраст первого воспоминания»;

– проективную методику «Метафора прошлого» [Нуркова, 2000, 2009]. Испытуемым предлагается продолжить фразу: «мое прошлое похоже на ...». Формализация ответов производилась по параметрам: «витальность метафорического образа», «статичность / динамичность образа», «локус контроля», «прогноз» и «общая оценка прошлого»;

– опросник социальной желательности BIDR (The Balanced Inventory of Desirable Responding) [Paulhus, 1998] в адаптации Е.Н.Осина [Осин, 2011]. Методика предназначена для исследования влияния мотивации социальной желательности ответов при психологическом дистрессе;

– опросник SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) [Derogatis, 1994], направленный на диагностику динамики симптомов в процессе медикаментозного лечения и психотерапии. Методика позволяет определить выраженность следующих симптоматических шкал: «соматизация», «обсессивность-компульсивность», «интерперсональная сензитивность (межличностная тревожность)», «депрессивность», «тревожность», «враждебность», «фобии», «паранойяльность», «психотизм». Кроме того, в методику включены такие интегральные шкалы, как: «общий симптоматический индекс», «индекс проявления симптоматики» и «индекс выраженности дистресса»;

– опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) [Вассерман и др., 2005], определяющий доминирующие типы отношения к болезни, которые демонстрируют преобладающие особенности реагирования личности на заболевание. Выделены гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, меланхолический, неврастенический, апатический, сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы отношения к болезни (ТОБ).

Методы анализа данных

Статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок, корреляционного анализа (коэффициенты корреляции Спирмена и Пирсона), а также

процедур факторного и ROC-анализа. Анализ данных производился с помощью статистических пакетов SPSS 20.0, Excel 15.0.

Результаты

С целью выявления тех переменных, которые вносят значимый вклад в отнесение испытуемых в группу больных шизофренией, совершивших ООД и без криминального анамнеза, использовался t-критерий Стьюдента для параметрических данных. При этом для всех количественных показателей в исследуемых группах эмпирическое распределение соответствует нормальному: $p > 0,05$ (критерий Колмогорова–Смирнова), отсутствуют также статистически значимые различия в дисперсиях (критерий Ливиня). В результате обнаружено, что группу больных шизофренией, совершивших ООД, значимо отличает большее общее «количество негативных событий» (линия жизни) ($F = 0,049$; $t = 4,797$; $p = 0,000$) (среднее – 3,24 против 1,00). В группе испытуемых без криминального прошлого отмечается преобладание положительных воспоминаний, способствующих сохранению позитивного самоотношения и удовлетворенности прошлым.

Для больных шизофренией, совершивших ООД, на уровне статистической значимости характерны более высокие показатели мотивации социальной желательности, что заключается в значимо более высоких результатах по параметру «произведение впечатления» (BIDR) ($F = 0,019$; $t = 2,621$; $p = 0,013$) (среднее – 85,76 против 69,41). Корреляционный анализ выявил, что тенденция к «произведению впечатления» положительно связана с такими переменными, как «соматизация» ($r = 0,524$; $p = 0,031$), «тревожность» ($r = 0,763$; $p = 0,000$), «дисфорический» ТОБ ($r = 0,557$; $p = 0,020$), «паранойяльный» ТОБ ($r = 0,545$; $p = 0,024$) и «общий симптоматический индекс» ($r = 0,517$; $p = 0,033$). Мотивация произведения впечатления связана с выраженностью дистресса от субъективно воспринимаемой симптоматики и малоадаптивными ТОБ, для которых характерно интерсубъективное агрессивное реагирование.

Таким образом, в группе больных шизофренией с криминальным анамнезом выявлена следующая закономерность. При большей выраженности дистресса от субъективно воспринимаемой симптоматики и неадаптивных ТОБ, сопровождающихся враждебным реагированием, преобладающей мотивацией социальной желательности является произведение впечатления. В группе больных без криминального анамнеза подобных закономерностей не обнаружено.

Для выявления взаимосвязей между конструктами ВКБ и АП внутри групп применялся корреляционный анализ.

В группе больных шизофренией, имеющих криминальный анамнез, отрицательную связь переменной «прагматическая функция АП» с параметром «враждебность» ($r = -0,625$; $p = 0,007$) можно интерпретировать следующим образом. АП выступает в качестве ресурса, направленного на «извлечение уроков» из прошлого опыта, с целью его учета в планируемой и реализуемой деятельности. Это, в свою очередь, предполагает большую опосредствованность поведения и способность сдерживать агрессивные тенденции. Параметр «прагматическая функция АП» имеет отрицательную связь с переменной «депрессивность» ($r = -0,633$; $p = 0,006$). Обнаруженная закономерность скорее отражает аффективное отреагирование больных на социальную ситуацию при одновременном снижении извлечения «жизненных уроков» из прошлого опыта. Также шкала «прагматическая функция АП» имеет отрицательную корреляцию с параметром «общий симптоматический индекс» ($r = -0,490$; $p = 0,046$). Что указывает на снижение возможности извлечения «жизненных уроков» из прошлого опыта при возрастании уровня дистресса от субъективно воспринимаемой симптоматики.

Параметр «Зрелость АП» положительно коррелирует с переменной «гармоничный ТОБ» ($r = 0,511$; $p = 0,036$). В случае опосредствованного и осознанного обращения к личным воспоминаниям у больных формируется более осознанный и адекватный ТОБ, который характеризуется реалистичностью представлений о собственном заболевании.

Также были выявлены положительные корреляции переменной «зрелость АП» с такими формализованными характеристиками АП, как «количество событий жизни, всего» ($r = 0,502$; $p =$

0,040) и «количество позитивных событий» ($r = 0,554$; $p = 0,021$). То есть большая осознанность и опосредствованность автобиографических воспоминаний сопряжена с лучшим пониманием собственного заболевания у больных шизофренией, совершивших ООД. Более насыщенное представление о прошлом с личностно необходимым представлением о его позитивности позволяет сохранять положительное самоотношение и снижает уровень общей напряженности.

Параметр «коммуникативная функция АП» связан с такими переменными, как «апатический» ($r = -0,674$; $p = 0,003$) и «анозогностический» ТООБ ($r = 0,504$; $p = 0,039$). Больные шизофренией, совершившие ООД, которые успешнее реализуют коммуникативные возможности по трансляции и обмену АВ, склонны скорее преуменьшать или вовсе отрицать свое заболевание при одновременно более активной жизненной позиции.

В целом для больных шизофренией, совершивших ООД, развитость прагматической функции АП зависит от выраженности дистресса от субъективно воспринимаемой симптоматики, в частности депрессивности и враждебности, а развитость функции «зрелость АП» связана, главным образом, с гармоничным ТООБ.

Группу больных шизофренией без криминального анамнеза отличали следующие особенности.

Значимый вклад АП в ВКБ отмечен при эргопатическом ТООБ, характеризующемся относительной реалистичностью представлений о заболевании и социальной адаптированностью. Обнаруженные положительные связи переменной «эргопатический ТООБ» с параметрами «количество жизненных тем» ($r = 0,608$; $p = 0,010$), «количество событий всего» ($r = 0,551$; $p = 0,022$), «количество негативных событий» ($r = 0,619$; $p = 0,008$) и «плотность событий в целом» ($r = 0,541$; $p = 0,025$) говорит о достаточной доступности больным шизофренией без криминального анамнеза событий прошлого (преимущественно негативного характера). Последние опосредуют представления о заболевании. «Сензитивный ТООБ» связан с превалированием АВ негативного содержания. Параметр, относящийся к «неврастеническому ТООБ», в группе больных шизофренией без криминального анамнеза коррелирует с переменной «коммуникативная функция АП» ($r = 0,495$; $p = 0,043$). При таком ТООБ значимо отмечается развитие коммуникативных навыков, направленных на трансляцию своего прошлого опыта в ситуациях межличностного взаимодействия.

Переменная «количество негативных событий» имеет положительную корреляцию с параметрами «депрессивность» ($r = 0,642$; $p = 0,005$), «межличностная тревожность» ($r = 0,585$; $p = 0,014$), «психотизм» ($r = 0,559$; $p = 0,020$) и «общий симптоматический индекс» ($r = 0,551$; $p = 0,022$). Что говорит о сопряженности негативного прошлого опыта с симптомами расстройств аффективного спектра и нозоспецифической симптоматики.

При применении факторного анализа для определения структурных взаимосвязей параметров АП и ВКБ внутри групп было обнаружено, что больные шизофренией, совершившие ООД, в отличие от группы без криминального анамнеза, отличаются отсутствием однородных факторов, в которые бы вошли переменные, относящиеся к ТООБ, субъективно воспринимаемой симптоматике и функциональному потенциалу АП. Меньшая интегрированность обозначенных групп переменных указывает на то, что функциональные конструкты АП вносят меньший вклад в опосредствование деятельности и представлений о заболевании, что сопряжено с преобладанием фрагментарных отношений к болезни, низким осознанием и означением собственных симптомов. Результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1

Факторная структура по группе больных шизофренией, совершивших ООД

Наименование фактора (объясняемый % дисперсии / кумулятивный %)	Входящие переменные	
	Положительный полюс	Отрицательный полюс
Дистресс, связанный	Индекс проявления симптоматики (SCL	

с дезорганизацией психического функционирования (16,711 / 16,711)	90–R) 0,951) Обсессивность-компульсивность (SCL–90–R) 0,907) Психотизм (SCL–90–R) (0,832) Общий симптоматический индекс (SCL–90–R) (0,763) Тревожный (ТОБОЛ) (0,649) Депрессивность (SCL–90–R) (0,571) Паранойяльный (ТОБОЛ) (0,530) Враждебность (SCL–90–R) (0,491)	
Общая напряженность (12,068 / 28,779)	Произведение впечатления (BIDR) (0,852) Самообман (BIDR) (0,772) Тревожность (SCL–90–R) (0,746) Соматизация (SCL–90–R) (0,529)	Защитное отрицание (BIDR) (–0,617) Анозогнозический (ТОБОЛ) (–0,570)
Способность к извлечению событий детства (11,427 / 40,206)	Возраст первого воспоминания (Линия жизни) (0,855) Прагматика (ФАП) (0,785)	Количество событий детства (Линия жизни) (–0,946)
Произвольность обращения к АВ (10,619 / 50,825)	Количество жизненных тем (Линия жизни) (0,933) Количество событий всего (Линия жизни) (0,851) Количество негативных (Линия жизни) (0,686) Количество позитивных (Линия жизни) (0,631) Эгоцентрический (ТОБОЛ) (0,503) Гармоничный (ТОБОЛ) (0,472)	
Психологический дистресс (9,034 / 59,859)	Межличностная тревожность (SCL–90–R) (0,801) Саморегуляция (ФАП) (0,775) Паранойяльность (SCL–90–R) (0,624) Индекс выраженности дистресса (SCL–90–R) (0,561)	
Фиксации на симптомах (8,522 / 68,381)	Апатический (ТОБОЛ) (0,885) Ипохондрический (ТОБОЛ) (0,557)	Коммуникативность (ФАП) (–0,842)
Социальная приспособляемость (7,405 / 75,786)	Эргопатический (ТОБОЛ) (0,845) Сензитивный (ТОБОЛ) (0,592)	Полифункциональность (ФАП) (–0,817)

Для больных шизофренией без криминального анамнеза характерна большая интегрированность переменных, связанных с функциональным потенциалом АП, диагностируемыми ТОБ и субъективно воспринимаемой симптоматикой, на что указывает объединенность обозначенных переменных в такие отдельные факторы, как «функциональность АП», «симптоматические проявления» и «тип отношения к болезни», которые объясняют 54,96% дисперсии. Подобная факторная структура отражает более дифференцированное отношение к заболеванию с одновременно более успешным пониманием и означением собственных симптомов на чувственном, эмоциональном, интеллектуальном и волевом уровнях. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Факторная структура по группе больных шизофренией без криминального анамнеза

Наименование фактора (объясняемый % дисперсии / кумулятивный %)	Входящие переменные	
	Положительный полюс	Отрицательный полюс
Симптоматические проявления (25,987 / 25,987)	Общий симптоматический индекс (SCL-90-R) (0,967) Индекс проявления симптоматики (SCL-90-R) (0,933) Фобии (SCL-90-R) (0,912) Обсессивность-компульсивность (SCL-90-R) (0,909) Психотизм (SCL-90-R) (0,893) Межличностная тревожность (SCL-90-R) (0,866) Тревожность (SCL-90-R) (0,850) Враждебность (SCL-90-R) (0,829) Депрессивность (SCL-90-R) (0,828) Индекс выраженности дистресса (SCL-90-R) (0,724) Соматизация (SCL-90-R) (0,723) Паранойяльность (SCL-90-R) (0,696)	Защитное отрицание (BIDR) (-0,561)
Тип отношения к болезни (20,006 / 45,992)	Паранойяльный (ТОБОЛ) (0,945) Эгоцентрический (ТОБОЛ) (0,922) Дисфорический (ТОБОЛ) (0,910) Ипохондрический (ТОБОЛ) (0,879) Тревожный (ТОБОЛ) (0,852) Неврастенический (ТОБОЛ) (0,820) Апатический (ТОБОЛ) (0,734) Сензитивный (ТОБОЛ) (0,583)	
Произвольность АП (14,079 / 60,071)	Количество событий всего (Линия жизни) (0,943) Плотность в целом (Линия жизни) (0,937) Количество позитивных (Линия жизни) (0,922) Количество жизненных тем (Линия жизни) (0,807)	Возраст первого воспоминания (Линия жизни) (-0,778)
Функциональность АП (8,970 / 69,041)	Полифункциональность (ФАП) (0,867) Коммуникативность (ФАП) (0,796) Прагматика (ФАП) (0,748) Саморегуляция (ФАП) (0,639)	Зрелость (ФАП) (-0,602)
Неудовлетворенность прошлым (7,290 / 76,331)	Произведение впечатления (BIDR) (0,692) Самообман (BIDR) (0,654) Количество негативных (Линия жизни) (0,525)	Объем оперативного прошлого (Линия жизни) (-0,813)

При построении ROC кривых относительно такой бинарной зависимой переменной, как «наличие криминального анамнеза», с целью прогнозирования вероятности отнесения (квалификации) диагностируемых независимых переменных обнаружено следующее. При результатах больше 17,5 баллов (чувствительность – 0,706) по параметру «саморегуляционная функция АП»; при значениях, превышающих 19,5 баллов (чувствительность – 0,706), по прагматической функции АП; по параметру «произведение впечатления» – выше 72,0 баллов (чувствительность – 0,706) и по «количеству негативных событий» – больше 2,5 (чувствительность – 0,765) обследуемые будут отнесены к группе лиц, имеющих криминальный анамнез. Наблюдения, находящиеся ниже этих

значений, будут отнесены к группе лиц без криминального анамнеза. По параметру «паранойяльный ТОб» при значениях меньше 1,0 балла (чувствительность – 0,706) обследуемые будут причислены к группе пациентов, имеющих криминальный анамнез. Наблюдения, находящиеся выше этих значений, будут отнесены, соответственно, к группе лиц без криминального анамнеза.

Выводы

Были выделены специфические особенности взаимосвязи параметров, относящихся к АП и ВКБ, у больных шизофренией, совершивших ООД и без криминального анамнеза. Также была подтверждена гипотеза об опосредствующем влиянии АП на ВКБ у больных шизофренией, совершивших ООД. В порядке обобщения полученных результатов можно сделать ряд заключений.

Больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, значимо отличает большее общее количество негативных событий в автобиографической памяти, отсутствие позитивного самоотношения и удовлетворенности прошлым.

Мотивация произведения впечатления связана с выраженностью дистресса от субъективно воспринимаемой симптоматики и малоадаптивными ТОб, для которых свойственно интересубъективное агрессивное реагирование.

Взаимосвязь между конструктами внутренней картины болезни и автобиографической памяти АП отражает аффективное отреагирование больных на социальную ситуацию при одновременном снижении способности извлекать «жизненные уроки» из прошлого опыта.

Функциональные конструкты АП вносят меньший вклад в опосредствование деятельности в целом и в представления о заболевании в частности, что сопряжено с преобладанием фрагментарных отношений к болезни, низким осознанием и означением собственных симптомов.

Литература

Булыгина В.Г., Казаковцев Б.А., Макушкина О.А. Субъективные оценки и реабилитационный потенциал как факторы снижения риска насилия: метод. рекомендации. М.: ГНЦССП им.В.П.Сербского Минздрава России, 2014а.

Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю. Нарушения социальной апперцепции как фактор риска совершения повторных общественно опасных влияний у лиц, страдающих психическими расстройствами. Часть 1. Российский психиатрический журнал, 2014b, No. 4, 4–10.

Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю. Нарушения социальной апперцепции как фактор риска совершения повторных общественно опасных влияний у лиц, страдающих психическими расстройствами. Часть 2. Российский психиатрический журнал, 2014с, No. 5, 4–9.

Василевская К.Н. Разработка и апробация диагностического опросника «Функции автобиографической памяти». Психологическая наука и образование, 2008, No. 4, 101–110.

Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психологическая диагностика отношения к болезни. СПб.: Психоневрол. институт им.В.М.Бехтерева, 2005.

Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер, 2008.

Заякин Ю.Ю. Взаимосвязь клинических особенностей невротических и шизотипических расстройств с внутренней картиной болезни: дис. ... канд. мед. наук. Казан. гос. университет, Казань, 2004.

Иржевская В.П. Нарушения осознания психической болезни при шизофрении: дис. ... канд. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 2009.

Кондратьев Ф.В., Велигорский А.В. Роль личностного фактора в системе реабилитационных мероприятий в отношении больных шизофренией, совершивших ООД. Вопросы реабилитации психически больных, совершивших ООД: сборник научных трудов. М.: ВНИИОСП им.В.П.Сербского, 1989. С. 26–34.

Куколева И.И. Особенности осознания у больных шизофренией с невротоподобными состояниями в сравнении с невротиками. Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации: сборник научных трудов. Куйбышев: Куйбышевский гос. университет, 1982. С. 4–7.

Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 1980, No. 8, 1195–1198.

Нелюбина А.С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 2009.

Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: автореф. дис. ... докт. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 1992.

Нуркова В.В. Автобиографическая память: структура, функции, механизмы: дис. ... канд. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 1998.

Нуркова В.В. Культурно-исторический подход к автобиографической памяти: дис. ... докт. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 2009.

Нуркова В.В. Роль автобиографической памяти в структуре идентичности личности. Мир психологии, 2004, No. 2, 77–87.

Нуркова В.В. Свершенное продолжается: Психология автобиографической памяти личности. М.: УРАО, 2000.

Осин Е.Н. Проблема социальной желательности в исследованиях личностного потенциала. В кн.: Д.А. Леонтьев (Ред.). Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл, 2011, 454–468.

Пантелеева Г.П., Беляев Б.С. Клинические характеристики и прогностическая оценка изменений личности при бредовой шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 1984, No. 1, 63–69.

Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни: автореф. дис. ... докт. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 1991.

Тхостов А.Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сборник научных трудов. Ленинград: Психоневрол. институт им.В.М.Бехтерева, 1990. С. 32–38.

Ханько А.В. Психологическая адаптация к болезни пациентов с первыми приступами шизофрении: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им.А.М.Никифорова МЧС России, СПб., 2014.

Derogatis L.R. Symptom Checklist–90–R: administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: National Computer Systems, 1994.

Paulhus D.L. Manual for the Balanced Inventory of Desirable Responding. Toronto: Multi–Health Systems, 1998.

Tattan T., Greed F.H. Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication. Schizophrenia Bulletin, 2001, Vol. 1, 149–155.

Поступила в редакцию 25 июня 2015 г. Дата публикации: 27 декабря 2015 г.

Сведения об авторах

Дубинский Александр Александрович. Младший научный сотрудник, лаборатория психологических проблем судебно-психиатрической профилактики, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, Кропоткинский переулок, д. 23, 119991 Москва, Россия.

E-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru

Булыгина Вера Геннадьевна. Кандидат психологических наук, руководитель лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, Кропоткинский переулок, д. 23, 119991 Москва, Россия.

E-mail: ver210@yandex.ru

Ссылка для цитирования

Стиль psystudy.ru

Дубинский А.А, Булыгина В.Г. Особенности взаимосвязи внутренней картины болезни и автобиографической памяти у больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия. Психологические исследования, 2015, 8(44), 9. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Дубинский А.А, Булыгина В.Г. Особенности взаимосвязи внутренней картины болезни и автобиографической памяти у больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия // Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 44. С. 9. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n44/1213-dubinsky44.html>

[К началу страницы >>](#)