

## **ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ПОВТОРНЫЕ ООД ПРОТИВ ЛИЧНОСТИ**

**Токарева Г.М.<sup>1</sup>, Белякова М.Ю.<sup>2</sup>, Носс И.Н.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Токарева Галина Михайловна

кандидат психологических наук, медицинский психолог; государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Центральная клиническая психиатрическая больница», ул. 8 Марта, д. 1, Москва, 119034, Россия. Тел.: 8 (495) 612-03-32.

E-mail: galatgala@gmail.com

<sup>2</sup> Белякова Мария Юрьевна

научный сотрудник лаборатории психогигиены и психопрофилактики; федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кропоткинский переулок, д. 23, Москва, 119034, Россия. Тел.: 8 (495) 637-18-20.

E-mail: belyakova.m@serbsky.ru

<sup>3</sup> Носс Игорь Николаевич

доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории психогигиены и психопрофилактики; федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кропоткинский переулок, д. 23, Москва, 119034, Россия. Тел.: 8 (495) 637-18-20.

E-mail: innoss2007@yandex.ru

**Аннотация.** Целью представленной работы является исследование особенностей эмоционального уровня внутренней картины болезни (ВКБ) и типа отношения к болезни у психически больных лиц с криминальным анамнезом, совершивших общественно опасные деяния (ООД) против личности. В исследовании приняли участие 102 пациента мужского пола, страдающих шизофренией и органическим психическим расстройством, находящиеся на принудительном лечении, активном диспансерном наблюдении и лечении. Методический комплекс включал в себя специально разработанную с целью анализа клинико-социальных переменных карту обследования. Эмоциональный уровень ВКБ был исследован при помощи методики диагностики защитных факторов (Булыгина В.Г. и соавт., 2013), тип отношения к болезни — при помощи методики ТООБЛ. Статистическая обработка полученных эмпирических данных проводилась посредством анализа таблиц сопряженности с использованием критерия «Хи-квадрат» и дискриминантного анализа. Было выявлено, что психически больные, совершившие ООД, в гораздо меньшей степени склонны делиться своими болезненными переживаниями с другими людьми, чем больные, не совершавшие ООД ( $p=0,009$ ). Согласно данным, полученным с помощью дискриминантного анализа, для отнесения больных в группу совершивших ООД значимый вклад имеют такие характеристики ВКБ, как нежелание делиться своими переживаниями, ригидность в отношении образа жизни, наличие продуктивной симптоматики, а также неспособность к пониманию условного смысла ( $p=0,000$ ). Тип отношения к болезни лиц, страдающих психическими расстройствами, с высокой криминальной рецидивностью характеризуется нарушением социальной адаптации, эмоциональной нестабильностью и непредсказуемостью поведенческих проявлений. Изучение ВКБ и типа отношения к болезни лиц с психическими расстройствами, совершивших ООД, необходимо для повышения эффективности реабилитационных мероприятий, осуществляемых на принудительном лечении.

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни; отношение к болезни; социальный прогноз; риск насилия; общественная опасность.

УДК 159.923.2:616.89

**Библиографическая ссылка**

Токарева Г.М., Белякова М.Ю., Носс И.Н. Особенности внутренней картины болезни и типа отношения к болезни у психически больных лиц, совершивших повторные ООД против личности // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 4. – С. 10. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-10

Поступила в редакцию: 11.11.2019 Прошла рецензирование: 20.08.2020 Опубликована: 17.09.2020

**Введение**

Согласно статистическим данным, за последние годы неуклонно растет количество случаев общественно опасных деяний (ООД), совершенных пациентами с психическими расстройствами [8]. По-прежнему остается значительной доля агрессивных ООД против личности. Выраженная социальная дезадаптация больных, совершивших тяжкие ООД, и высокая вероятность криминального рецидива обуславливают необходимость изучения факторов, способствующих реализации общественно опасного поведения [9; 12]. Оценка социальной опасности в клинической практике определяет необходимость включения в анализ широкого спектра психологических переменных, в том числе особенностей внутренней картины болезни (ВКБ) и отношения к ней [1; 3].

В.Г. Булыгина с соавт. [11] предлагают рассматривать адекватную ВКБ и типы отношения к болезни, способствующие сохранению социальной адаптации, в качестве факторов, снижающих риск совершения повторных ООД. Адекватная ВКБ облегчает установление терапевтического альянса, способствует формированию приверженности лечению и положительному отношению к фармакотерапии [15]. Практическая значимость оценки особенностей ВКБ и отношения к болезни лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершившими ООД, обусловлена необходимостью совершенствования прогноза их социальной адаптации и приверженности лечению после прекращения применения принудительных мер медицинского характера. Высокая вероятность возвращения этих больных в асоциальное окружение и отсутствие поддержки со стороны членов семьи в сочетании с неадекватной ВКБ и дезадаптивным характером отношения к болезни могут способствовать прерыванию лечения и дальнейшей криминализации данных лиц [9].

Проблема внутренней картины болезни (ВКБ) получила широкое распространение благодаря работам Р.А. Лурии, в которых автор определял ВКБ как переживания, представления, рефлексию и реакцию больного относительно собственного заболевания [6]. В иностранной психологической литературе базовым понятием является «восприятие болезни» (illness perception), которое включает эмоциональные (чувства) и когнитивные (идеи, мысли, убеждения) представления о болезни и ее симптомах [14].

Адекватность суждений о собственной болезни является важным диагностическим и прогностическим критерием оценки состояния психически больных [4]. ВКБ определяет правильность представлений больного о заболевании и об адекватности предлагаемого ему лечения [2], а также влияет на степень адаптированности больного к социальным условиям [15]. Благодаря ВКБ больной формирует представления о своих клинических потребностях, причинах ухудшения состояния, вырабатывает копинг-стратегии и механизмы психологической защиты в условиях заболевания. Среди большого количества подходов к описанию структуры внутренней картины болезни наиболее распространенными и используемыми среди ученых, а также наиболее подробно описанными и обоснованными являются многоуровневые модели внутренней картины болезни, разработанные В.В. Николаевой, Е.Т. Соколовой, А.Ш. Тхостовым, Г.А. Ариной [7; 13].

Согласно модели В.В. Николаевой [7], существует 4 уровня отражения болезни в сознании заболевшего: 1) чувственный — представляет собой совокупность субъективных болезненных, неприятных ощущений; 2) эмоциональный — харак-

теризуется различными видами эмоционального реагирования на определенные симптомы, в целом на заболевание и его последствия; 3) интеллектуальный — соотносится с воззрениями и знаниями больного о собственном заболевании, а также с рассуждениями о его возможных последствиях и причинах (при этом интеллектуальная интерпретация диагноза предполагает когнитивную оценку его тяжести, а также прогнозирование исхода болезни); 4) мотивационный (волевой) уровень связан с формированием специфичного отношения к заболеванию, с вынужденным изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и последующей трансформацией преморбидной мотивационной структуры. При этом неадекватное отношение к своей болезни, патологическое ее переживание становится основанием для перестройки иерархии мотивов и потребностей, изменением всей личности больного [4]. В.В. Николаева указывает на различные соотношения между данными компонентами. В структуре ВКБ уровень ощущений является основой для развития интеллектуального уровня. Особое значение отводится исследователями мотивационному уровню, а именно «отношению к заболеванию» как подструктуре ВКБ [7].

По мнению Л.Л. Рохлина, отношение к болезни складывается из многих факторов и формирует определенное реагирование на болезнь. К таким факторам Л.Л. Рохлин относит телесные ощущения; знания о заболевании; прошлый опыт, связанный с болезнью; действия по преодолению заболевания и адаптации к нему; личностные особенности больного; социальную среду; особенности нервной системы [10].

А.Е. Личко и Н.Я. Ивановой была разработана классификация типов отношения к болезни. По мнению авторов, на тип отношения к болезни оказывают влияние три компонента: этиология заболевания, личностные особенности и социальное значение болезни (отношение к болезни окружающих) [5]. Типы отношения к болезни объединены в 3 блока. Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация не имеет существенных нарушений. При этом для некоторых категорий больных может быть характерно снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющегося поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, отрицанием факта заболевания. Поскольку выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, подобные типы отношения к болезни принято относить скорее к адаптивным.

Во второй и третий блоки включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью. Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с данными типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляции» перед заболеванием — и т.п.

В третий блок типов отношения к болезни вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Такое отношение к болезни, вероятно, в большей степени зависит от преморбидных личностных особенностей и проявляется в дезадаптивном поведении больных. Они склонны стыдиться своего заболевания, использовать статус больного с целью манипуляции окружающими, строить паранойяльные предположения относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявлять гетероагрессию, а также занимать обвинительную позицию по отношению к своему окружению.

Особенности отражения заболевания в психике заболевшего (степень согласованности различных уровней ВКБ), преобладающий тип отношения к болезни, а также умение распознать симптоматику и причины ухудшения состояния можно считать важными диагностическими критериями при оценке риска совершения повторных ООД, внутрибольничной агрессии и протективных факторов личности [1; 9]. Пациентов, неоднократно совершавших ООД, отличают низкий уровень развития тормозной функции волевых процессов, социальной апперцепции, эмпатических способностей, коммуникативных навыков и самоконтроля, а также высокий уровень гнева как аффективного компонента агрессии, типы отношения к заболеванию, которые связаны с риском агрессивного поведения (эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический). Для них характерны отсутствие адекватной ВКБ, зрелых психологических защит, протективных по характеру неформального и формального окружения. К факторам, снижающим риск совершения повторных ООД, относятся адекватная ВКБ, типы отношения к заболеванию, способствующие сохранению социальной адаптации [1].

**Целью** настоящего исследования является выявление особенностей эмоционального уровня ВКБ и типа отношения к болезни психически больных, совершивших повторные ООД против личности.

### **Материал и методы исследования**

В исследовании приняли участие 102 мужчины в возрасте от 27 до 53 лет с психическими расстройствами, совершившие ООД. Среди них 34 пациента находились под активным диспансерным наблюдением врача-психиатра по месту жительства, 34 пациента — на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра по месту жительства и 34 пациента проходили принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. В каждой группе обследованных 50% больных имеют диагноз «органическое психическое расстройство» и 50% имеют диагноз «шизофрения». Группу сравнения составили 34 психически больных, не совершавших ООД, сопоставимых по клинко-социальным характеристикам с основной группой.

Методический инструментарий исследования и методы обработки данных:

1. Специально разработанная карта обследования, включающая клинко-социальные переменные.
2. Методика защитных факторов (Булыгина В.Г. и соавт., 2013) представляет собой 32 защитных фактора, связанных с эмоциональным уровнем ВКБ. Опросник включает в себя утверждения о субъективных, болезненных, неприятных ощущениях, связанных с болезнью [11].
3. Методика ТОБОЛ, направленная на диагностику типов отношения к болезни. Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

Статистический анализ данных проводился при помощи анализа таблиц сопряженности с использованием критерия «Хи-квадрат», дискриминантного анализа и построения ROC-кривых.

### **Результаты исследования и обсуждение**

Анализ таблиц сопряженности характеристик эмоционального уровня ВКБ и типов отношения к болезни пациентов, совершавших и не совершавших ООД, позволил установить, что больные, совершившие ООД, в гораздо меньшей степени склонны делиться своими болезненными переживаниями с другими людьми, чем больные, не совершавшие ООД ( $p=0,009$ ). Также больным, совершившим ООД, в большей степени свойственно испытывать негативные переживания, связанные с обидой, чем психически больным без криминального анамнеза ( $p=0,037$ ). Особенности ВКБ психически больных с криминальным анамнезом графически представлены на рисунке 1.



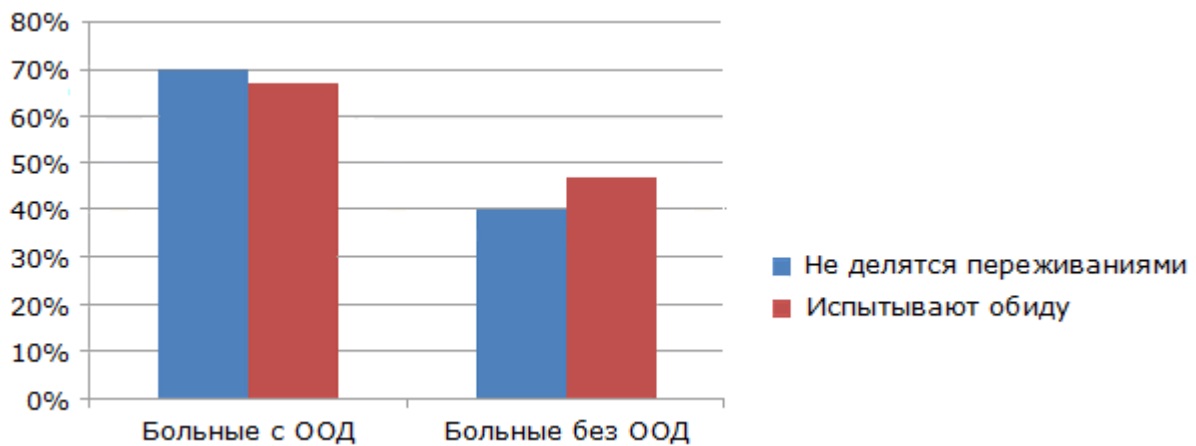


Рисунок 1. Особенности ВКБ психически больных с криминальным анамнезом

Сравнение психологических характеристик ВКБ у психически больных лиц с различной кратностью совершения ООД показало, что больные с высокой кратностью совершения ООД (более 3) демонстрируют эгоцентрический тип отношения болезни в 10 раз чаще, чем больные, совершившие ООД дважды ( $p=0,003$ ). Среди больных, совершивших однократные ООД, и больных без криминального анамнеза эгоцентрический тип отношения к болезни отсутствует ( $p=0,032$ ). Больные, совершившие многократные ООД, значительно чаще утверждают, что у них нет друзей ( $p=0,019$ ), чем больные, совершившие однократные ООД, а также значительно чаще считают, что окружающие относятся к ним враждебно ( $p=0,000$ ). 60% больных, совершивших 3 и более ООД, и 30% больных, совершивших менее одного ООД, предпочитают одиночество и утверждают, что им неприятно общаться с людьми ( $p=0,012$ ).

80% больных, совершивших ООД 3 и более раз, и 49% больных, совершивших ООД менее 3 раз, не любят менять привычный образ жизни ( $p=0,027$ ). Особенности ВКБ психически больных с различным уровнем рецидивности графически отображены на рисунке 2.

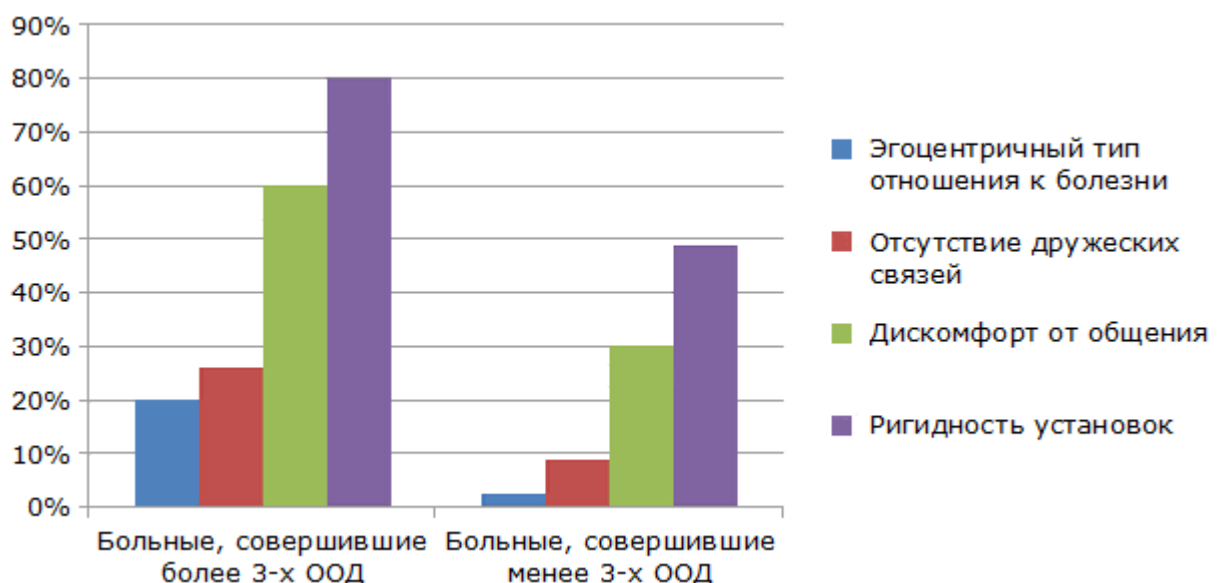


Рисунок 2. Особенности ВКБ психически больных с различным уровнем рецидивности

У лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших агрессивные преступления против личности, были выявлены такие особенности ВКБ, как отсутствие стремления к социальной поддержке ( $p = 0,022$ ), нежелание менять привычный образ жизни ( $p = 0,011$ ), склонность испытывать дискомфорт от общения с людьми ( $p = 0,001$ ), а также приписывание окружающим враждебных намерений ( $p = 0,000$ ). Эти данные графически представлены на рисунке 3.

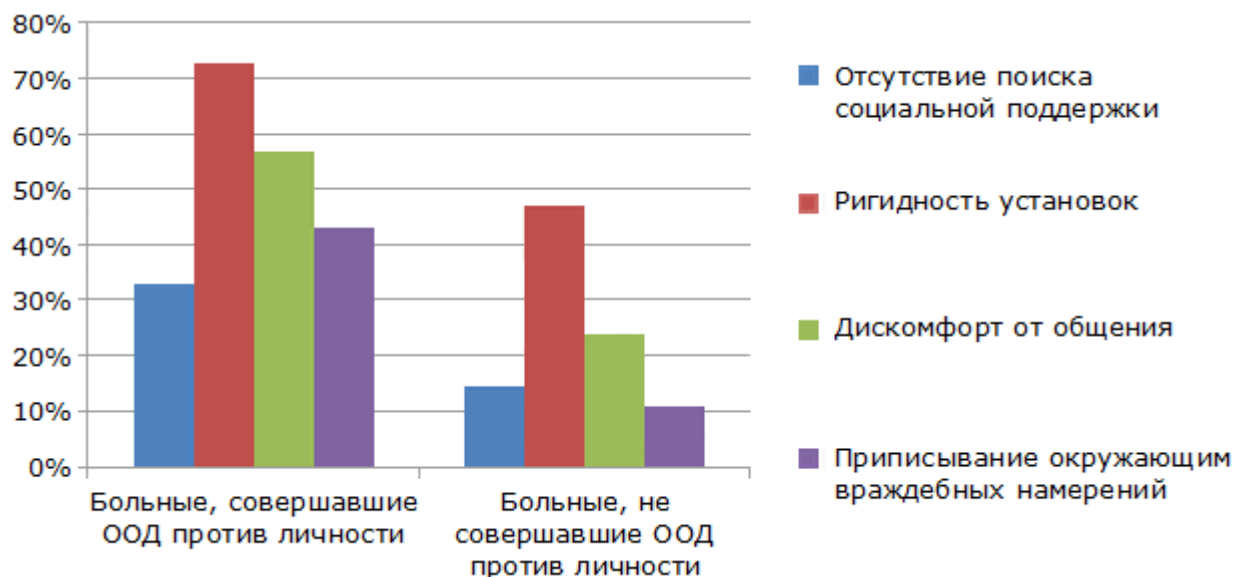


Рисунок 3. Особенности ВКБ психически больных, совершивших агрессивные преступления против личности

Согласно данным, полученным с помощью дискриминантного анализа, для отнесения больных в группу совершивших ООД значимый вклад имеют такие характеристики ВКБ, как нежелание делиться своими переживаниями, ригидность в отношении образа жизни, наличие продуктивной симптоматики, а также неспособность к пониманию условного смысла ( $p = 0,000$ ). Больных, совершивших агрессивные ООД против личности, значительно отличают наличие продуктивной симптоматики, предпочтение одиночества общению с людьми, убежденность во враждебном отношении окружающих ( $p = 0,000$ ).

### Выводы

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что тип отношения к болезни лиц, страдающих психическими расстройствами, с высокой рецидивностью совершения ООД характеризуется нарушением социальной адаптации, эмоциональной нестабильностью и непредсказуемостью поведенческих проявлений. Фактором риска криминализации психически больных является наличие выраженной болезненной симптоматики, ригидность установок, склонность замыкаться в своих переживаниях и враждебность по отношению к окружающим. Являясь значимым для человека, отношение к болезни влияет и на другие отношения личности. Дальнейшее изучение внутренней картины болезни и типа отношения к болезни лиц с психическими расстройствами, совершивших ООД, позволит уточнить мишени психокоррекционных воздействий и повысить эффективность реабилитационных мероприятий, осуществляемых на принудительном лечении.

## Литература

1. Взаимосвязь между факторами риска насилия и защитными факторами у психически больных с криминальным анамнезом / В.Г. Булыгина, А.А. Дубинский, Г.М. Токарева [и др.] // Психология и право. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 105–119.
2. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. – 3-е издание, перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
3. Восприятие болезни больными шизофренией с криминальным анамнезом / М.Ю. Белякова, Г.М. Токарева, Е.В. Шмакова [и др.]. Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / ред. сост. В.В. Вандыш-Бубко. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. – 2015. – Вып. 12. – С. 16–28.
4. Зейгарник Б.В., Кожуховская Н.И., Николаева В.В. Роль отношения к болезни в структуре нарушений личности // VII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1981. – Т. 3. – С. 587.
5. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – № 8. – С. 1195–1198.
6. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
7. Николаева В.В., Арина Г.А., Печникова Л.С. Культурно-деятельностная парадигма в клинической психологии // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – № 4(6) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 10.09.2019).
8. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2017 году: Аналитический обзор / под ред. Е.В. Макушкина. – М.: ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, 2018. – Выпуск 26. – 200 с.
9. Патопсихологические факторы риска внутрибольничной агрессии у различной категории больных. Методические рекомендации / В.Г. Булыгина, Т.Г. Анисимова, Т.Н. Кабанова [и др.]. – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава РФ. – 2013. – 24 с.
10. Рохлин Л.П. Сознание болезни и его значение в клинической практике // Клиническая медицина. – 1957. – Т. 35, № 9. – С. 11–20.
11. Субъективные оценки и реабилитационный потенциал как факторы снижения риска насилия. Методические рекомендации / В.Г. Булыгина, Б.А. Казаковцев, О.А. Макушкина [и др.]. – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава РФ. – 2014. – 28 с.
12. Токарева Г.М. Психологические предикторы криминализации лиц с психическими расстройствами: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2019. – 23 с.
13. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сборник научных трудов. – Ленинград, 1990. – С. 32–38.
14. Kaptein A.A., Broadbent E. Illness cognition assessment // Cambridge handbook of psychology, health and medicine / ed. by S. Ayers, A. Baum, C. McManus [et al.]. – Cambridge: Cambridge University Press, 2007. – P. 268–273.
15. Moore A., Sellwood W., Stirling J. Compliance and psychological reactance in schizophrenia // The British Journal of Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 39, № 3. – P. 287–295.

## Internal image of the disease and attitude to the disease of mentally ill person with violent behavior

Tokareva G.M.<sup>1</sup>

E-mail: galatgala@gmail.com

Belyakova M.Y.<sup>2</sup>

E-mail: belyakova.m@serbsky.ru

Noss I.N.<sup>2</sup>

E-mail: innoss2007@yandex.ru

<sup>1</sup> Central Clinical Psychiatric Hospital  
8 Marta str., 1, Moscow, 119034, Russia  
Phone: +7 (495) 612-03-32

<sup>2</sup> V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology  
23 Kropotkinskiy per., Moscow, 119034, Russia  
Phone: +7 (495) 637-18-20

**Abstract.** The purpose of the presented work is to study the features of the emotional level of the internal picture of the disease (ICD) and the type of attitude towards the disease in mentally ill persons with a criminal history who have committed socially dangerous acts (OOD) against a person. The study involved 102 male patients suffering from schizophrenia and organic mental disorders, who were undergoing compulsory treatment, active dispensary observation and treatment. The methodological complex included a survey card specially developed for the analysis of clinical and social variables. The emotional level of VKB was investigated using the Methodology for the diagnosis of protective factors (Bulygina V.G. et al., 2013), the type of attitude towards the disease — using the TOBOL method. Statistical processing of the obtained empirical data was carried out by analyzing contingency tables using the Chi-square test and discriminant analysis. It was found that mentally ill people who have committed OOD are much less likely to share their painful experiences with other people than patients who have not committed OOD ( $p = 0.009$ ). According to the data obtained using discriminant analysis, for the assignment of patients to the group who have committed OOD, such characteristics of VKB as unwillingness to share their experiences, rigidity in relation to lifestyle, the presence of productive symptoms, and also the inability to understand the conventional meaning ( $p = 0.000$ ). The type of attitude towards the disease of persons suffering from mental disorders, with a high criminal recurrence, is characterized by impaired social adaptation, emotional instability and unpredictability of behavioral manifestations. The study of VKB and the type of attitude towards the disease of persons with mental disorders who have committed OOD is necessary to increase the effectiveness of rehabilitation measures carried out on compulsory treatment.

**Key words:** internal image of the disease; attitude to the disease; social prognosis; risk of violence; social danger.

### For citation

Tokareva G.M., Belyakova M.Y., Noss I.N. Internal image of the disease and attitude to the disease of mentally ill person with violent behavior. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 4, p. 10. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-10 [in Russian, abstract in English].