

## Особенности нарушений мышления, социальной перцепции и саморегуляции у больных шизофренией с криминальным анамнезом

**Белякова М.Ю.**

Национальный медицинский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского  
Минздрава РФ (ФГБУ НМИЦ ПН имени В.П. Сербского), г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8715-0236>, e-mail: [belyakova.m@serbsky.ru](mailto:belyakova.m@serbsky.ru)

**Булыгина В.Г.**

Национальный медицинский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского  
Минздрава РФ (ФГБУ НМИЦ ПН имени В.П. Сербского), г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5584-1251>, e-mail: [ver210@yandex.ru](mailto:ver210@yandex.ru)

Статья посвящена исследованию особенностей социальной перцепции и саморегуляции у больных шизофренией с криминальным анамнезом в связи преобладающим типом нарушений мышления. Представленные материалы эмпирического исследования получены на выборке больных шизофренией с криминальным анамнезом. Исследование включало в себя анализ историй болезни, экспертных заключений, а также диагностику особенностей саморегуляции, самоконтроля, социальной перцепции и негативной симптоматики у больных. Для больных шизофренией с преобладающим нарушением динамики мыслительных процессов характерна низкая сформированность способности к программированию, склонность к оценочным суждениям, отсутствие эмпатии и продуцирование минимального количества вариантов развития ситуации. У лиц с преобладанием нарушений операциональной стороны мышления была выявлена низкая способность к целеполаганию, склонность предлагать социально неприемлемые способы разрешения ситуации. Нарушения мотивационного компонента мышления связаны с привнесением личностных смыслов в интерпретацию ситуации, а также с наличием трудностей в распознавании модальностей эмоций изображенных персонажей.

**Ключевые слова:** нарушения мышления, социальная перцепция, саморегуляция, шизофрения, негативная симптоматика, общественная опасность.

**Для цитаты:** Белякова М.Ю., Булыгина В.Г. Особенности нарушений мышления, социальной перцепции и саморегуляции у больных шизофренией с криминальным анамнезом [Электронный ресурс] // Психология и право. 2020. Том 10. № 4. С. 139 – 151. DOI:10.17759/psylaw.2020100410

## Specifics of Impaired Thinking, Social Perception and Self-Regulation in Schizophrenic Individuals with Criminal Case History

***Mariya Yu. Belyakova***

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8715-0236>, e-mail: [belyakova.m@serbsky.ru](mailto:belyakova.m@serbsky.ru)

***Vera G. Bulygina***

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5584-1251>, e-mail: [ver210@yandex.ru](mailto:ver210@yandex.ru)

The article researches the social perception and self-regulation in people with schizophrenia who had criminal case history (due to the prevailing type of their thinking impairment). The presented materials of empirical study were obtained with the sample of schizophrenic individuals with criminal case records. The study included analysis of the medical histories, expert judgements and also diagnostics of self-regulation, self-control, social perception and negative symptomatology of the patients.

The schizophrenic patients with prevailing impairments in cognitive dynamics are distinguished by underdeveloped ability to program, tendency to value judgement, lack of empathy and producing minimal numbers of possible scenarios. Persons with prevailing impairments in the operational thought are shown to have poor ability for goal-setting, tendency to come up with socially unacceptable ways of resolving situations. Impairments in the motivational aspect of thinking are linked with infusion of the patients' personal ideas in the interpretation process, and also problems in recognizing emotional modalities of displayed characters.

**Keywords:** impaired thinking, social perception, self-regulation, schizophrenia, negative symptomatology, social danger, threat to society.

**For citation:** Belyakova M. Yu., Bulygina V.G. Specifics of Impaired Thinking, Social Perception and Self-Regulation in Schizophrenic Individuals with Criminal Case History. *Psikhologiya i pravo* = *Psychology and Law*, 2020. Vol. 10, no. 4, pp. 139–151. DOI:10.17759/psylaw.2020100410 (In Russ.).

### Введение

Среди лиц, страдающих психическими расстройствами и представляющих повышенную общественную опасность, преобладают больные шизофренией с дефицитарной симптоматикой и изменениями личности [13]. Наряду с позитивными и негативными симптомами в качестве ядерных единиц патологии психики при шизофрении в настоящий момент выделяют элементы когнитивного функционирования и эмоционально-волевой сферы как один из компонентов шизофренического дефекта [7; 8].

Дефект при шизофрении рассматривают как интеллектуальное снижение (нарушение

внимания, восприятия и мышления, регуляторной функции), формирующееся в процессе заболевания; как последовательную цепь негативных изменений — от малозаметной деформации личностного склада до расстройств мышления при редукции энергетического потенциала. Основными характеристиками описанных нарушений психической деятельности являются низкая обратимость нарушений, резистентность симптоматики, невысокий прогноз эффективности лечебных или реабилитационных мероприятий [7; 8].

В отечественной патопсихологии степень выраженности психического дефекта у больных шизофренией определяется на основании качественной оценки состояния мотивационно-личностного компонента мышления, динамики и истощаемости мыслительных процессов, операциональной стороны мышления, памяти и внимания [4; 5; 7; 9; 16]. В судебной психиатрии и судебной психологии наряду с оценкой когнитивного функционирования больных с выраженными психическими расстройствами, совершивших правонарушения, ключевой задачей является определение степени нарушений эмоционально-волевой сферы [3; 11; 13]. В связи с этим особое значение приобретает оценка нарушений операционального уровня саморегуляции [2; 3; 6; 11; 13; 14]. Зарубежные авторы также подчеркивают важность исследования влияния психической патологии на саморегуляцию посредством изучения взаимосвязи степени сохранности и активности когнитивных процессов. При этом особое внимание уделяется изучению роли восприятия и переработки информации психически больными в генезе их криминального поведения [17; 18; 19].

Оценка социальной опасности в экспертной и клинической практике определяет необходимость включения в анализ широкого спектра психологических переменных, в том числе оценку способности пациентов к пониманию социального контекста и адекватному реагированию в ситуациях социального взаимодействия [2; 3; 13]. Исследование особенностей социального познания тем более важно при оценке риска совершения противоправных действий больными шизофренией, поскольку снижение социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения было определено в качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома, специфического для шизофренической патологии [10; 12; 15; 16]. Слаборегулируемые социальными факторами интеллектуальная деятельность и поведение больных шизофренией проявляются в снижении социальной перцепции, в высвобождении из смыслового контекста, в снижении константности восприятия, а также в склонности к конкретно-ситуационным обобщениям [5; 16]. Механизм такого рода нарушений связывается с неспособностью больных войти в роль другого человека и использовать накопленный ранее опыт [1].

По мнению Ю.В. Мухитовой, на сегодняшний день «зоной ближайшего развития» современной патопсихологической диагностики является комплексное изучение психологических и социальных факторов, связи между степенью выраженности когнитивных нарушений и тяжестью социальной дезадаптации. Вместе с тем при определении уровня социальной дезадаптированности особое значение имеет также оценка степени выраженности эмоционально-волевых расстройств [7].

Практическая значимость оценки особенностей социальной перцепции лиц с тяжелыми психическими расстройствами с преобладанием негативной симптоматики и изменений личности обусловлена необходимостью совершенствования прогноза уровня их социальной адаптации и составления программы коррекционных мероприятий.

Таким образом, целью настоящего исследования является определение особенностей

социальной перцепции и саморегуляции и соотнесение их с качественными характеристиками нарушений мышления у больных шизофренией с криминальным анамнезом.

## Материал и методы

В выборку исследования вошли 83 больных шизофренией мужского пола с криминальным анамнезом в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст —  $38,3 \pm 9,4$  года), находящихся на принудительном лечении в психиатрической больнице специализированного типа (52 человека) и психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением (31 человек).

На первом этапе исследования был определен психодиагностический инструментарий и проведен сбор эмпирических данных. Из историй болезни и экспертных заключений были выделены клиничко-социальные характеристики больных, а также проанализированы заключения экспериментального патопсихологического исследования на предмет выявления превалирующих нарушений мышления. Для оценки характеристик мышления применялась классификация нарушений мышления, предложенная Б.В. Зейгарник [4]. Далее была проведена диагностика структуры и степени выраженности негативной симптоматики, особенностей самоконтроля, саморегуляции и социальной перцепции больных при помощи диагностического комплекса, включающего следующие методики.

1. Опросник Р. Грасмика (в адаптации Булыгиной В.Г., Абдраязковой А.М., 2008 год), диагностирующий 6-факторную структуру темперамента, которой соответствуют шкалы опросника: «Импульсивность», «Предпочтение простых задач», «Стремление к риску», «Физическая активность», «Эгоцентризм», «Несдержанность».

2. Опросник «Стиль саморегуляции поведения», направленный на изучение особенностей волевой саморегуляции поведения (Моросанова В.И., 1999).

3. Авторская проективная Методика изучения социальной апперцепции (Белякова М.Ю., Булыгина В.Г., 2012), состоящая из ситуаций, предполагающих различные варианты развития сюжета, относящихся с криминальному, социально-бытовому контексту и контексту, связанному с болезнью. Испытуемым было предложено проинтерпретировать ситуацию, назвать возможные варианты ее развития, а также идентифицировать эмоциональное состояние изображенных персонажей. Методика позволяет исследовать сформированность когнитивных подпроцессов регуляции поведения, связанных с пониманием социального контекста и навыками социального функционирования.

4. Шкала оценки негативной симптоматики SANS, которая позволяет оценить структуру и степень выраженности негативной симптоматики.

На втором этапе исследования при помощи частотного анализа выборка была разделена по характеру преобладающих в структуре патопсихологического симптомокомплекса нарушений динамического, операционального и мотивационного компонентов мышления, выявленных в ходе экспериментального патопсихологического исследования. У 15,7% обследованных преобладали нарушения динамики мыслительной деятельности, у 22,6% — нарушения операциональной стороны мышления, у 14,5% — нарушения мотивационного компонента мышления. У 5% обследованных преобладали нарушения мотивационного и динамического компонентов мышления, у 10,8% — нарушения операционального и динамического компонентов, у 14,5% обследованных — нарушения мотивационного и

динамического компонентов мышления. У 16,9% обследованных были в равной степени выражены нарушения динамического, операционального и мотивационного компонентов мышления. Для повышения достоверности полученных результатов было принято решение исключить из анализа больных с выраженными нарушениями двух и более компонентов мышления одновременно.

В рамках исследования особенностей самоконтроля, саморегуляции и социальной перцепции больных шизофренией с криминальным анамнезом с различной степенью выраженности нарушений операционального, динамического и мотивационного компонентов мышления проводилась статистическая обработка данных. В связи с тем, что эмпирическое распределение данных не соответствовало нормальному, были использованы непараметрические методы статистического анализа: критерии Крускала—Уоллиса и Манна—Уитни, анализ таблиц сопряженности признаков (с использованием критерия Хи-квадрат). Также были проведены дискриминантный и кластерный анализ. Обработка данных производилась в программных пакетах Excel 2019 и SPSS v. 2

### Результаты и их обсуждение

На начальном этапе статистической обработки полученных данных психодиагностического исследования при помощи коэффициента ранговой корреляции Пирсона был проведен анализ взаимосвязей между параметрами саморегуляции, самоконтроля, социальной перцепции и негативной симптоматики и нарушениями операционального, динамического и мотивационного компонентов мышления у больных шизофренией с криминальным анамнезом (табл. 1).

Таблица 1

**Значимые корреляции параметров саморегуляции, самоконтроля, социальной перцепции, негативной симптоматики и выраженности нарушений динамического, операционального и мотивационного компонентов мышления у больных шизофренией с криминальным анамнезом**

Параметр	Динамический	Операциональный	Мотивационный
	Коэффициент корреляции Пирсона		
Нарушение режима	,280*	,122	-,092
Нарушения внимания	,394**	,190	-,063
Физическая активность	-,018	,015	-,290**
Импульсивность	-,069	,034	-,267*
Понимание основного смысла	-,005	,006	,256*
Оценочность суждений	,017	,029	-,223*
Привнесение личностного смысла	,140	,258*	,343**
Присутствие неадекватных вариантов развития событий	,072	,214	,246*

Идентификация с жертвой	-,246*	,043	-,145
Идентификация с агрессором	,231*	,057	,152
Две альтернативы	,227*	,196	,023
Четыре альтернативы	-,258*	-,177	-,017
Нераспознавание эмоций	,294**	,210	,368**
Распознавание модальностей	,092	,008	-,235*
Четкая идентификация эмоций	-,384**	-,234*	,012

Примечание: «\*» — уровень значимости  $p < 0,05$ ; «\*\*» — уровень значимости  $p < 0,01$ .

Согласно полученным результатам, нарушения динамического компонента мышления связаны с большей выраженностью таких негативных симптомов, как склонность к нарушению режима ( $p=0,032$ ) и наличие нарушений внимания ( $p=0,002$ ). Чем более выражены нарушения динамического компонента мышления, тем в большей степени больные склонны идентифицироваться с агрессором ( $p=0,024$ ) и в меньшей степени склонны идентифицироваться с жертвой ( $p=0,035$ ) при анализе ситуаций социального взаимодействия, а также продуцировать не более двух вариантов развития сюжета ситуации ( $p=0,038$ ). Выраженность нарушений динамического компонента мышления связана с неспособностью больных к идентификации эмоций участников ситуации ( $p=0,018$ ).

Выраженность нарушений операционального компонента мышления связана со склонностью к привнесению личностного смысла в трактовку изображенных ситуаций ( $p=0,018$ ), а также с неспособностью к четкой идентификации эмоций изображенных персонажей ( $p=0,032$ ). Чем больше выражены нарушения мотивационного компонента мышления, тем в меньшей степени больные склонны к предпочтению физической активности ( $p=0,008$ ), импульсивному поведению ( $p=0,015$ ), оценочным суждениям ( $p=0,042$ ). Больным с выраженными нарушениями мотивационного компонента мышления доступно понимание ситуационного контекста ( $p=0,019$ ); при этом они склонны к привнесению личностного смысла в интерпретацию ситуации ( $p=0,001$ ), а также к продуцированию неадекватных вариантов развития событий ( $p=0,025$ ). Неспособность к четкой идентификации эмоций ( $p=0,001$ ), а также наличие трудностей в идентификации эмоций по модальности ( $p=0,032$ ) также связаны с выраженностью нарушений мотивационного компонента мышления.

На втором этапе исследования с помощью кластерного анализа (метод  $k$ -средних) были выделены 2 группы больных шизофренией с криминальным анамнезом в зависимости от выраженности нарушений динамического, операционального и мотивационного компонентов мышления.

В первый кластер вошли лица с менее выраженными нарушениями динамического, операционального и мотивационного компонентов мышления. Во второй кластер вошли лица с преобладанием нарушений операционального компонента мышления наряду с

выраженными нарушениями динамического и мотивационного компонентов (рис. 1).

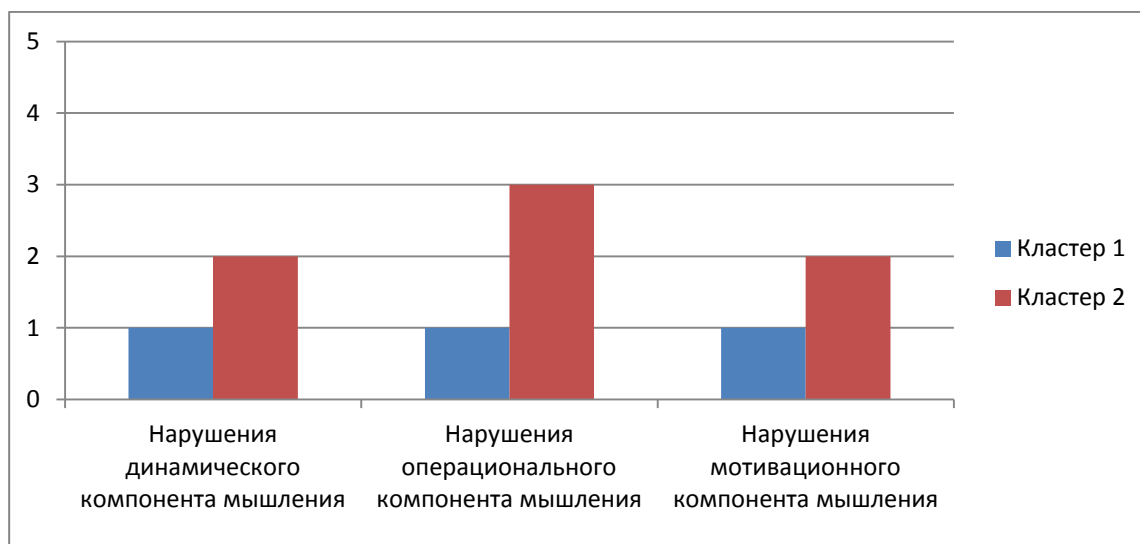


Рис. 1. Средние значения выраженности нарушений динамического, операционального и мотивационного компонентов мышления у больных шизофренией с криминальным анамнезом в выделенных кластерах

Для выявления клинико-социальных и индивидуально-психологических особенностей больных шизофренией, входящих в каждый из кластеров, был проведен анализ таблиц сопряженности для клинико-социальных переменных и анализ значимых различий с использованием критерия Манна—Уитни для показателей негативной симптоматики, саморегуляции, самоконтроля и социальной перцепции (табл. 2).

Таблица 2

**Значимые различия индивидуально-психологических характеристик больных шизофренией с криминальным анамнезом, вошедших в первый и второй кластеры (критерий Манна—Уитни)**

Параметр	1-й кластер	2-й кластер	U Манна—Уитни	p<
	Средний ранг			
Аффективное уплощение	22,62	34,71	240,5	0,007
Нарушения режима	21,82	35,32	220,5	0,002
Нарушения внимания	23,76	33,85	269,0	0,022
Регуляторная гибкость	30,35	21,29	1123,0	0,046
Неадекватные варианты развития ситуации	35,06	26,28	298,5	0,040
Три и более альтернативы развития ситуации	37,72	25,34	257,0	0,004

Идентификация с нейтральным персонажем	29,91	22,26	1106,5	0,038
--	-------	-------	--------	-------

При помощи метода кросстабуляции (критерий Хи-квадрат) было выявлено, что среди лиц, вошедших во второй кластер, значимо больше тех, кто совершал агрессивные преступления против личности ( $p < 0,041$ ). Также в первый кластер вошли лица с интервалом рецидивности более 5 лет, второй кластер включает лиц с интервалом рецидивности менее 5 лет ( $p < 0,047$ ).

Больные шизофренией, вошедшие во второй кластер, в большей степени демонстрируют такие негативные симптомы, как нарушения внимания ( $p < 0,007$ ), аффективное уплощение ( $p < 0,002$ ), а также большую склонность к нарушениям режима, чем представители первого кластера ( $p < 0,022$ ). Представителей первого кластера характеризует большая регуляторная гибкость ( $p < 0,046$ ), способность к продуцированию большего числа альтернатив развития ситуации ( $p < 0,040$ ), а также склонность к идентификации с нейтральным персонажем ( $p < 0,004$ ), при том, что данные больные в большей степени склонны предлагать неадекватные варианты развития событий ( $p < 0,038$ ).

На третьем этапе исследования был проведен дискриминантный анализ данных, полученных при помощи методик оценки негативной симптоматики, самоконтроля, социальной перцепции и осознанной саморегуляции поведения. По результатам дискриминантного анализа были выделены переменные, вносящие значимый вклад в отнесение обследуемых к группе лиц с преобладанием нарушений динамического, операционального и мотивационного компонентов мышления. Зависимая переменная — преобладание нарушений динамического/операционального/мотивационного компонентов мышления; ее значение представлено в виде дихотомической шкалы, где 0 — отсутствие признака, 1 — наличие признака. Качество классификаций оценивалось с помощью построения ROC-кривых (табл. 3).

Таблица 3

**Наиболее значимые переменные для различения обследованных по преобладающему типу нарушений мышления (дискриминантный анализ)**

		<b>Группы больных шизофренией, выделенные в зависимости от преобладающего вида патологии мышления</b>		
<b>№</b>	<b>Компонент линейной дискриминантной функции (переменная)</b>	<b>Преобладание нарушений динамики мыслительной деятельности</b>	<b>Преобладание нарушений операциональной стороны мышления</b>	<b>Преобладание нарушений мотивационного компонента мышления</b>
	AuROC	0,793	0,811	0,592
	Чувствительность %	67	83	25
	Специфичность %	93	78	95
x1	Полное непонимание смысла ситуации	-31,29	-	-
x2	Детализированность	-29,72	-	-



	описания ситуации			
x3	Продуцирование единственного варианта развития ситуации	28,37	-	-
x4	Построение программы исполнительских действий	-26,06	-	-
x5	Наличие оценочных суждений	22,64	-	-
X6	Склонность к нарушению режима	-	-24,78	-
x8	Планирование	-	-31,40	-
	Предложение неконструктивных решений	-	-20,20	-
	Апато-абулические нарушения	-	15,03	-
	Преобладание социально неприемлемых способов разрешения проблемной ситуации	-	13,55	-

В группе лиц с преобладанием нарушений динамики мыслительной деятельности значимыми для классификации переменными являются полное непонимание смысла ситуации (коэффициент линейной дискриминантной функции (ЛДФ) = -31,29), детализированность описания ситуации (ЛДФ = -29,72), неспособность к продуцированию нескольких вариантов развития ситуации (28,37), способность к построению программы исполнительских действий (-26,06), наличие оценочных суждений (22,64).

В группе лиц с преобладанием нарушений операциональной стороны мышления значимыми для классификации переменными являются способность к целеполаганию (ЛДФ=-31,40), склонность к нарушению режима (-24,78), предложение неконструктивных способов разрешения проблемной ситуации (-20,20), наличие апато-абулических нарушений (15,03), предпочтение социально неприемлемых способов разрешения проблемной ситуации (13,53).

Низкое качество модели, построенной с целью отнесения обследованных к группе лиц с преобладанием нарушений мотивационного компонента мышления, не позволяет проводить дальнейший анализ и выделение переменных значимых для классификации по данному признаку.

### Заключение

Полученные результаты позволяют описать значимые индивидуально-психологические характеристики больных шизофренией с криминальным анамнезом, имеющих различные по выраженности и структуре нарушения мышления. Так, для лиц с преобладанием нарушений динамики мыслительных процессов в структуре патопсихологического симптомокомплекса характерно наличие нарушений внимания, что может быть связано с игнорированием деталей ситуации и может способствовать недостаточному пониманию ситуационного

контекста. Низкая сформированность способности к программированию свидетельствует о неумении продумывать последовательность своих действий, что в сочетании со склонностью к оценочным суждениям может способствовать совершению импульсивных поступков. Импульсивность наряду с неспособностью к распознаванию эмоций участников ситуации, а также с отсутствием эмпатии по отношению к потенциальной жертве может обуславливать предпочтение идентификации с персонажем-агрессором. Также представители данной группы, как правило, продуцируют минимальное количество вариантов развития ситуации, что может снижать вероятность выбора конструктивного решения.

Для лиц с преобладанием нарушений операциональной стороны мышления характерна низкая способность к целеполаганию и планированию своей деятельности. Цели зачастую выдвигаются ситуативно, что наряду с неспособностью к четкой идентификации эмоций участников ситуации способствует привнесению личностных смыслов в интерпретацию ситуационного контекста. Представители данной группы склонны предлагать социально неприемлемые способы разрешения ситуации, которые могут способствовать достижению сиюминутных целей, но при этом не быть конструктивными в долгосрочной перспективе.

Больные шизофренией с преобладанием нарушений мотивационного компонента мышления способны к пониманию заданного контекста ситуации. При этом привнесение личностных смыслов в интерпретацию отношений между ее участниками, а также неспособность к четкой идентификации и наличие трудностей в распознавании модальностей эмоций изображенных персонажей могут способствовать продуцированию неадекватных контексту вариантов развития событий.

Сравнительный анализ индивидуально-психологических особенностей обследованных, больных шизофренией, в зависимости от выраженности нарушений мышления в целом позволил сделать следующие выводы. Совершение агрессивных общественно опасных действий против личности, а также снижение интервала рецидивности характерно для больных с большей выраженностью нарушений мышления. Данных лиц также значительно отличает преобладание негативной симптоматики, в частности склонности к нарушению режима, аффективного уплощения и нарушений внимания. Для больных шизофренией с менее выраженными нарушениями мышления характерна большая степень регуляторной гибкости, что находит отражение в их способности продуцировать большее число альтернативных сценариев развития ситуации. Также представители данной группы избегают идентификации с жертвой или агрессором, предпочитая предлагать способы разрешения проблемной ситуации от имени нейтрального персонажа. На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что для больных шизофренией, обладающих большей степенью общественной опасности, характерна большая выраженность нарушений мышления и негативной симптоматики в сочетании с низкими показателями регуляторной гибкости и нарушениями социальной перцепции.

Представленное исследование носит поисковый характер. Полученные данные эмпирически уточняют и подтверждают основные теоретические представления об особенностях социальной перцепции и саморегуляции у больных шизофренией. В перспективе предполагается целесообразным дополнить исследование не только качественной, но и количественной оценкой состояния когнитивных функций больных шизофренией с криминальным анамнезом, а также расширить выборку.

Белякова М.Ю., Булыгина В.Г.  
Особенности нарушений мышления, социальной  
перцепции и саморегуляции у больных шизофренией с  
криминальным анамнезом  
Психология и право. 2020. Том 10. № 4. С. 139–151.

*Belyakova M. Yu., Bulygina V.G.*  
Specifics of Impaired Thinking, Social Perception and  
Self-Regulation in Schizophrenic Individuals with  
Criminal Case History  
Psychology and Law. 2020. Vol. 10, no. 4, pp. 139–151.

### **Литература**

1. Белякова М.Ю. Нарушения социальной апперцепции как фактор риска криминализации больных шизофренией // Психическое здоровье. 2020. № 1. С. 57—64. DOI: 10.25557/2074-014X.2020.01.57-64
2. Белякова М.Ю. Психологические факторы риска совершения повторных общественно опасных действий у лиц с негативно-личностными расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2015. № 4. С. 11—16.
3. Булыгина В.Г. Психологическая концепция профилактики общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами: дисс. ... д-ра психол. наук. М., 2015. 393 с.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986. 287 с.
5. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.
6. Лапина Е.Н. Саморегуляция лиц с пограничной психической патологией, совершивших правонарушение и признанных ограниченно вменяемыми // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 4. С. 47—54.
7. Морозова М.А., Бениашивили А.Г. Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении // Психиатрия. 2007. № 4. С. 7—25.
8. Мухитова Ю.В. Диагностика когнитивных дисфункций у больных шизофренией при оценке степени выраженности психического дефекта // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2017. Т. 9. № 2(43). С. 7.
9. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения их в клинике: практическое руководство. М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. 224с.
10. Руденко С.Л. Нарушение социального восприятия у больных параноидной шизофренией: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 2013. 34 с.
11. Савина О.Ф., Макушкин Е.В., Морозова М.В. Алгоритм экспертного исследования дизрегуляции деятельности в криминальной ситуации у лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2018. № 1. С. 31—42.
12. Социальное познание как высшая психическая функция и его развитие в онтогенезе / Ред.-сост. А.Б. Холмогорова. М.: НЕО-ЛИТ, 2016. 312 с.
13. Токарева Г.М. Психологические предикторы криминализации лиц с психическими расстройствами: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2019. 23 с.
14. Шеховцова Е.С. Психологические факторы и особенности принятия решений лицами с различными формами психической патологии, совершившими общественно опасные действия // Сборник тезисов участников межвузовской научно-практической интернет-конференции по юридической психологии (24—27 мая 2017 года). М.: МГППУ, 2017. С. 81—85.
15. Etchepare A., Roux S., Destailats J-M. et al. What are the specificities of social cognition in schizophrenia? A cluster-analytic study comparing schizophrenia with the general population // Psychiatry Research. 2019. Vol. 272. P. 369—379.
16. Kritskaya V.P., Meleshko T.K. Patopsikhologiya shizofrenii [Abnormal Psychology of Schizophrenia]. Moscow: «Institut psikhologii RAN» Publ., 2015. 389 p.
17. Kopelowicz A., Liberman P. Integration of Care: Integrating Treatment With Rehabilitation for Persons With Major Mental // Inesses Psychiatr Serv. 2003. Vol. 54. P. 1491—1498.
18. Kupper Z., Hoffmann H. Course patterns of psychosocial functioning in schizophrenia patients

Белякова М.Ю., Булыгина В.Г.  
Особенности нарушений мышления, социальной  
перцепции и саморегуляции у больных шизофренией с  
криминальным анамнезом  
Психология и право. 2020. Том 10. № 4. С. 139–151.

Belyakova M. Yu., Bulygina V.G.  
Specifics of Impaired Thinking, Social Perception and  
Self-Regulation in Schizophrenic Individuals with  
Criminal Case History  
Psychology and Law. 2020. Vol. 10, no. 4, pp. 139–151.

attending a vocational rehabilitation program // *Shizophr. Bull.* 2000. Vol. 26. P. 681—698.

19. Monahan J. The evolution of violence risk assessment / J. Monahan, L. Skeem // *CNS Spectr.* 2014. Vol. 19(5). P. 419—424.

## References

1. Belyakova M.Yu. Deficiency of social apperception as a risk factor for criminalization of schizophrenia patients. *Psikhicheskoe zdorovie[Mental Health]*, 2020, no.1, pp. 57-64. DOI:10.25557/2074014X.2020.01.5764 (In Russ.).
2. Belyakova M.Yu. Psihologicheskie faktory riska soversheniya povtornykh obshchestvenno opasnykh dejstvij u lic s negativno-lichnostnymi rasstrojstvami // *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal*, 2015, no. 4, pp. 11—16.
3. Bulygina V.G. Psihologicheskaya koncepciya profilaktiki obshchestvenno opasnykh dejstvij lic s tyazhelymi psihicheskimi rasstrojstvami: dis. ... d-ra psihol. nauk. M., 2015. 393 p.
4. Zejgarnik B.V. Patopsihologiya. Moscow: Izd-vo MGU, 1986. 287 p.
5. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov YU.F. Patologiya psihicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivaciya, obshchenie, poznanie. Moscow: Izd-vo MGU, 1991. 256 p.
6. Lapshina E.N. Samoregulyaciya lic s pograničnoj psihicheskoy patologiej, sovershivshih pravonarushenie i priznannyh ogranichenno vmenyaemymi // *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*, 2006, no 4, pp. 47—54.
7. Morozova M.A., Beniashvili A.G. Aktual'nye problemy v razvitii koncepcii psihicheskogo defekta pri shizofrenii // *Psihiatriya*, 2007, no 4, pp. 7—25.
8. Muhitova YU.V. Diagnostika kognitivnyh disfunkcij u bol'nyh shizofreniej pri ocenke stepeni vyrashennosti psihicheskogo defekta // *Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.*, 2017. Vol. 9, no. 2(43), p. 7.
19. Rubinshtejn S.YA. Eksperimental'nye metodiki patopsihologii i opyt ih primeneniya ih v klinike. (Prakticheskoe rukovodstvo). Moscow: Aprel'-Press, Psihoterapiya, 2010 — 224 p.
10. Rudenko S.L. Narushenie social'nogo vospriyatiya u bol'nyh paranoidnoj shizofreniej. Avtoref. diss. na soiskanie uchenoj stepeni k. psihol. n. Saint-Petersburg, 2013. 34 p.
11. Savina O.F., Makushkin E.V., Morozova M.V. Algoritm ekspertnogo issledovaniya dizregulyacii deyatel'nosti v kriminal'noj situacii u lic s psihicheskimi rasstrojstvami // *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal*, 2018, no 1, pp. 31—42.
12. Social'noe poznanie kak vysshaya psihicheskaya funkciya i ego razvitie v ontogeneze. Red. sost. A.B. Holmogorova. Moscow: NEO-LIT, 2016. 312 p.
13. Tokareva G.M. Psihologicheskie prediktory kriminalizacii lic s psihicheskimi rasstrojstvami: Avtoref. dis. Na soiskanie uchenoj stepeni k. psihol. n. Moscow, 2019. 23 p.
14. Shekhovcova, E.S. Psihologicheskie faktory i osobennosti prinyatiya reshenij licami s razlichnymi formami psihicheskoy patologii, sovershivshimi obshchestvenno opasnye dejstviya / E.S. Shekhovcova // *Sbornik tezisev uchastnikov mezhdvuzovskoj nauchno-prakticheskoy internet-konferencii po yuridicheskoy psihologii (24-27 maya 2017 goda)*. Moscow: MGPPU, 2017. P. 81—85.
15. Etchepare A., Roux S., Destaillets J-M. et al. What are the specificities of social cognition in schizophrenia? A cluster-analytic study comparing schizophrenia with the general population // *Psychiatry Research*, 2019. Vol. 272., pp. 369—379.
16. Kritskaya V.P., Meleshko T.K. Patopsihologiya shizofrenii [Abnormal Psychology of

Белякова М.Ю., Булыгина В.Г.  
Особенности нарушений мышления, социальной  
перцепции и саморегуляции у больных шизофренией с  
криминальным анамнезом  
Психология и право. 2020. Том 10. № 4. С. 139–151.

*Belyakova M. Yu., Bulygina V.G.*  
Specifics of Impaired Thinking, Social Perception and  
Self-Regulation in Schizophrenic Individuals with  
Criminal Case History  
Psychology and Law. 2020. Vol. 10, no. 4, pp. 139–151.

Schizophrenia]. Moscow, "Institut psikhologii RAN" Publ., 2015. 389 p.

17. Kopelowicz A., Liberman P. Integration of Care: Integrating Treatment With Rehabilitation for Persons With Major Mental// *Innesses Psychiatr Serv.*, 2003. Vol.54, P.1491—1498.

18. Kupper Z., Hoffmann H. Course patterns of psychosocial functioning in schizophrenia patients attending a vocational rehabilitation program // *Shizophr. Bull.*, 2000. Vol. 26, pp.681—698.

19. Monahan J. The evolution of violence risk assessment / J. Monahan, L. Skeem // *CNS Spectr.* 2014. Vol. 19(5). P. 419—424.

### **Информация об авторе**

*Белякова Мария Юрьевна*, научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава РФ (ФГБУ НМИЦ ПН имени В.П. Сербского), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8715-0236>, e-mail: [belyakova.m@serbsky.ru](mailto:belyakova.m@serbsky.ru)

*Булыгина Вера Геннадьевна*, доктор психологических наук, руководитель лаборатории психогигиены и психопрофилактики, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: 0000-0001-5584-1251, e-mail: [ver210@yandex.ru](mailto:ver210@yandex.ru)

### **Information about the author**

*Mariya Yu. Belyakova*, Researcher, The V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8715-0236>, e-mail: [belyakova.m@serbsky.ru](mailto:belyakova.m@serbsky.ru)

*Vera G. Bulygina*, Doctor of Psychology, Head of Laboratory the Laboratory of Psychohygiene and Psychoprophylaxis, The National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0001-5584-1251, e-mail: [ver210@yandex.ru](mailto:ver210@yandex.ru)

Получена 10.06.2020

Принята в печать 16.11.2020

Received 10.06.2020

Accepted 16.11.2020