

Гендерные аспекты субъективного отношения к перенесённому психозу и мотивация пациенток к лечению / М. Ю. Сорокин // Женское психическое здоровье – от истерии к гендерно-сенситивному подходу: сб. научных трудов / [НМИЦ им. В.М. Бехтерева]: авторы-сост.: А. В. Васильева, Т. А. Караваева; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: Изд. дом «Алеф-Пресс», 2018. – С. 283-290

## **Гендерные аспекты субъективного отношения к перенесённому психозу и мотивация пациенток к лечению**

**Введение.** Общеизвестно, что развитие психического расстройства связано со значительным ухудшением качества жизни человека. Пациенты, страдающие верифицированными аффективными расстройствами, равно как и перенёвшие психоз, демонстрируют достоверное снижение качества жизни по сравнению со здоровыми добровольцами (Brissos S. et al, 2016; Рассказова Е.И. и др., 2017). Снижение удовлетворённости различными аспектами жизни имеет место среди пациентов с отягощённым социально-психологическим анамнезом и манифестирует уже на продромальном этапе психического расстройства (Ruhrmann S. et al, 2008; Sweeney S. et al, 2015). Существенно, что оценки качества жизни разнятся между мужчинами и женщинами, а также зависят от ряда других социально-психологических переменных, в частности образования и возраста испытуемых. (Malla A.K. et al, 2004).

Объективный уровень качества жизни снижен среди женщин, страдающих психическими расстройствами, а также у больных зрелого возраста или с низким уровнем образования (Ruggeri M. et al, 2005). Субъективные оценки качества жизни у женщин зачастую также низки (Hofer A. et al., 2005; Domínguez-Martinez T. et al., 2015). Среди больных шизофренией удовлетворённость повседневной активностью и уровнем социальных контактов выше также у молодых и лучше образованных пациентов (Browne S. et al, 1996; Narvaez J.M. et al, 2008). Дисперсия субъективных оценок состояния при самоотчётах пациентов рассматривается в литературе как следствие различий их глобальных мотивационных сценариев. В рамках теории отношений В.Н. Мясищева качество жизни играет роль внутренней оценки человеком внешних условий; таким образом, мотивационные диспозиции определяют выбор предпочитаемых для анализа отношений (Васильева А.В. и др., 2012). Например, генерализованные представления пациентов о возможности в произвольных ситуациях предпринимать активные действия (локус контроля «грандиозного Я») оказались связаны с большей удовлетворённостью больных психическими расстройствами своим эмоциональным состоянием, а также экономическим статусом и времяпрепровождением (Ruhrmann S. et al, 2008).

Вероятно, изменением ценностных установок можно объяснить непостоянство гендерных различий в том, что женщины при отсутствии у них указаний на наличие психического расстройства меньше удовлетворены своим физическим здоровьем, но больше, чем мужчины, удовлетворены уровнем психосоциального функционирования при наличии продромальных симптомов психоза (Ruhrmann S. et al, 2008). При этом показано, что в целом, при принятии решений в отношении здоровья у женщин достоверно большую роль играют как автономный, так и безличный (спонтанный) локусы каузальности (Tkhostov A., 2013). Своеобразием аффективной и мотивационной регуляции у больных шизофренией в сравнении с больными непсихотическими депрессиями объясняют также меньший вклад удовлетворённости общением в комплексную субъективную оценку качества жизни психотическими пациентами (Рассказова Е.И. и др., 2017). Таким образом, логичными выглядят подход к рассмотрению внутренней картины болезни через выделение мотивационного уровня ВКБ, характеризуемого как личностный смысл болезни и её лечения (Николаева В., 1987; 2009).

Одна из наиболее ранних концепций рассмотрения взаимоотношений личности пациента и психического расстройства постулировала, что ведущим мотивационным механизмом участия больных в лечебном процессе является давление страданием (Вид В.Д., 2008). В ней субъективное неблагополучие становится негативным мотивом-стимулом для формирования нового для личности пациента мотива-цели: восстановления здоровья в ходе терапии. Недавние исследования подтверждают роль мотивации, фундированной давлением страданием в формировании медикаментозного комплайенса больных психическими расстройствами (Sorokin M.Yu. et al., 2017). Таким образом, сознаваемое пациентом снижение качества жизни могло бы рассматриваться как залог его активной вовлечённости в лечебный процесс. Однако исследования показывают, что низкие оценки качества жизни связаны с низким комплайенсом (Hofer A. et al, 2004). Таким образом, становится очевидно, что больные по-разному относятся к развитию у них психического расстройства.

С субъективными убеждениями больных о превалировании биологических предпосылок психического расстройства связаны лучшая приверженность терапии и её ведущий фактор – отношение к медикации, основанные, в свою очередь, лишь на отдельных компонентах инсайта (осознание необходимости лечения и атрибуция нарушений психическому расстройству). Напротив, представления пациентов о ведущей роли психологических факторов в развитии заболевания негативно коррелируют с комплайенсом (M.Wiesjahn et al., 2014). Известно, что для существенной части

психически больных психологическим последствием заболевания становится формирование стигмы. Однако также описаны варианты отношения к болезни по типу «изоляции», когда пациенты обесценивают и вытесняют сам факт психических нарушений, а также вариант «интеграции» болезненных переживаний в контекст их жизни (L.Tait et al., 2003). При этом, у больных шизофренией в течение полугода после острого периода заболевания распространённость тенденций «изоляции», нарастая, становится преобладающей и не зависит от выраженности симптоматики или общего уровня инсайта. В то время как с вовлечённостью пациентов в терапевтический процесс, их лучшей обращаемостью за специализированной помощью, выстраиванием терапевтического альянса и комплаёнсом оказывался связан альтернативный вариант отношения к болезни по типу «интеграции».

В последние годы в литературе всё шире обсуждается способность больных наделять факт заболевания субъективным смыслом, что может являться предпосылкой интеграции психотического опыта в контекст жизни пациента (Bock T., 2005; 2010; Haddock G. et al., 2011). В традициях отечественной психологической школы роли смысла отводится особое место – как производного мотивационных процессов поведения человека (Леонтьев Д.А., 2014). Тем не менее, до настоящего времени исследования субъективного смысла заболевания у пациентов, перенёсших психоз, остаются несистемными. В то же время, накапливающиеся данные прямо указывают на необходимость исследовать влияние таких биологических факторов как пол пациентов на их отношение к здоровью сочетано с «латентными» социальными и психологическими параметрами (Ahlawat K.S. et al., 1988; Рассказова Е.И., 2010). Так, несмотря на весь массив данных о гендерных различиях мотивационно-ценностных характеристик больных, в малой выборке пациентов, перенёсших психоз, отношение женщин к заболеванию отличалось от мужчин лишь достоверно более положительным субъективным влиянием получаемой внешней поддержки при психотических переживаниях (Martins F. et al., 2015). Таким образом, требует уточнения сам перечень биологических факторов, связанных с формированием того или иного типа отношения пациентов к психическому расстройству («психологическая реакция» на болезнь). Отдельного внимания заслуживает исследование характера вовлечённости психиатрических больных в лечебный процесс («социально-поведенческая» манифестация) в зависимости от их внутренней картины болезни.

**Цель исследования:** изучить влияние гендерного фактора на психологию лечебного процесса у больных психическими расстройствами. Гипотезой

исследования являлось присутствие различий в отдельных компонентах отношения к перенесённому психозу у мужчин и женщин, а также специфическая связь этих различий с формированием у пациентов мотивации к лечению. Задачи исследования включали оценку влияния социо-демографических характеристик больных на их субъективное отношение к болезни и мотивацию к лечению с прицельным исследованием гендерного фактора, а также изучение специфики взаимосвязей субъективного смысла перенесённого психоза и терапевтической мотивации у больных психическими расстройствами.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 150 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, перенёвших в анамнезе психоз и находящихся в состоянии ремиссии; мужчин - 68, женщин – 82. Средний возраст составил  $34,8 \pm 11,19$  лет (женщины в среднем на 4 года старше мужчин;  $p < 0,05$ ). Средняя продолжительность заболевания составила  $11,8 \pm 10,02$  лет, среднее количество госпитализаций – 5. По МКБ-10 больных с диагнозом, кодируемым в рубрике F2 - 124, F3 - 16, F0 – 10; без достоверных различий в выраженности продуктивной и негативной симптоматики по шкалам CGI-Pos./Neg.

Параметры субъективного смысла перенесённого психоза исследованы с использованием Гамбургского самоопросника SuSi (K. Klapheck et al., 2012), содержащего в русскоязычной версии 28 утверждений, сгруппированных по 3-м уровням: «Возникновение психоза у Вас», «То, что Вы переживаете во время психоза», «Какое влияние оказал психоз на Вас». Ответы с запрограммированным выбором в нём оцениваются по четырёхбалльной шкале Лайкерта от 1 балла – соответствует, до 4 баллов – не соответствует. Валидизация опросника SuSi, проведённая в отделении, подтвердила корректность использования в русскоязычной популяции трёх из пяти субшкал (Н.Б. Лутова и др., 2018). Из 2-го уровня «переживание симптомов», который фокусируется на содержании и конкретных симптомах психоза, была подтверждена корректность субшкалы «негативное переживание симптомов». Она отражает установку, противоположную тому, что симптомы не только имеют свою историю, но и являются посланием, означающим целесообразность пристального рассмотрения психотического опыта, поскольку он может стать источником обогащения личности. Таким образом здесь пациенты высоко оценивали высказывания о том, что психоз не имеет ни смысла, ни значения и острая симптоматика является лишь отягощающей и мучительной. Также валидным для русскоязычной популяции являлось использование всех разделов 3-го уровня «последствия психоза», который

отражает взгляд в будущее – может ли из психотического опыта быть извлечен урок, оказывающий положительное влияние на жизнь (субшкала «конструктивные последствия»), или он никак не повлиял на жизнь, либо оказал лишь отрицательное воздействие (субшкала «деструктивные последствия»)

Исследование мотивации к лечению проводилось с помощью оригинального стандартизованного опросника ОЦМЛ (Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д., 2016, 2018). В нём с помощью 5-ти балльной шкалы Лайкерта в ходе самоотчёта больных по 20 приведённым мотивировкам поведения оцениваются общая интенсивность мотивации к лечению (суммарный балл), а также особенности её внутренней организации в соответствии с четырехфакторной структурой опросника: опора на знания и навыки о способах преодоления болезни, осознание необходимости лечения, осознание психологических механизмов болезненной дезадаптации, готовность активно сотрудничать с врачом в терапии. Результаты применения методики представляют собой z-оценки, где средней является 0, а 95,44% дисперсии укладываются в диапазон значений от  $-2$  до  $+2$ .

Результаты статистического анализа приведены с указанием средних  $M \pm S.D.$  Сравнение групповых показателей проведено по t-критерию Стьюдента (параметрические данные); U-критерию Манна-Уитни (непараметрические). Также использованы H-критерий Краскела-Уоллеса, дисперсионный анализ ANOVA с post-hoc тестами. Корреляционный анализ осуществлён с помощью коэффициентов Пирсона (параметрические данные) и Спирмена (непараметрические). Для оценки параметров распределения использован z-критерий Колмогорова-Смирнова.

**Результаты.** Женщины, участвовавшие в исследовании, продемонстрировали разнонаправленные паттерны формирования субъективного смысла психоза. Они достоверно конструктивнее воспринимали последствия перенесённого психоза для их жизни ( $3,0 \pm 0,79$  и  $2,7 \pm 0,70$ ;  $p < 0,05$ ), а также на уровне тенденции к достоверности различий были менее склонны к негативной субъективной реакции на психотические симптомы чем мужчины ( $2,3 \pm 0,77$  и  $2,5 \pm 0,78$ ;  $p = 0,08$ ). Среди остальных социодемографических характеристик больных единственной, связанной с различиями в параметрах субъективного восприятия психоза был образовательный уровень: пациенты с высшим образованием достоверно менее негативно относились к симптомам психоза, чем те, кто получил лишь среднее или специальное образование: ( $2,1 \pm 0,79$  против  $2,5 \pm 0,84$  и  $2,5 \pm 0,65$  соответственно;  $p < 0,05$ ). Поскольку в обследованной выборке мужчины и женщины не имели достоверных различий в уровне полученного образования,

последний оказался дополнительным и независимым от гендерных особенностей фактором, определяющим готовность пациентов к негативной субъективной реакции на переживаемые симптомы психоза. Учитывая отсутствие влияния возрастных различий больных в обследованной выборке на параметры субъективного смысла перенесённого ими психоза, гендерные особенности здесь также являлись самостоятельным фактором формирования отношения в болезни. Семейный, трудовой статус пациентов, наличие или отсутствие инвалидности, собственных детей и, кроме того, нозологические различия не оказывали значимого влияния на формирование субъективного смысла перенесённого психоза.

Женщины в обследованной выборке имели достоверно более интенсивную мотивацию к лечению (суммарный балл опросника ОЦПЛ -  $0,35 \pm 0,98$  и  $-0,75 \pm 0,99$  соответственно;  $p < 0,05$ ), что определялось их большей опорой на собственные знания и навыки в преодолении болезни (фактор 1 опросника ОЦМЛ  $-0,05 \pm 1,03$  и  $-0,60 \pm 1,12$  соответственно;  $p < 0,05$ ), а также тенденцией в большей степени, чем мужчины, ориентироваться на активное сотрудничество с врачом в ходе лечения (фактор 4  $0,03 \pm 1,17$  и  $-0,33 \pm 0,97$  соответственно;  $p = 0,06$ ). При этом суммарная интенсивность терапевтической мотивации и один из её компонентов – опора больных на собственные знания и навыки в преодолении болезни – были прямо связаны с возрастом пациентов ( $r = 0,19$  и  $r = 0,22$  соответственно;  $p < 0,05$ ). Зависимости между параметрами терапевтической мотивации и образовательным уровнем пациентов выявлено не было.

В ходе исследования взаимосвязей структуры мотивации к лечению у больных обследованной выборки и параметров их субъективного отношения к перенесённому психозу получены ожидаемые с учётом литературных сведений данные: в прямой зависимости находились способность пациентов к конструктивному восприятию последствий психоза на их жизнь и суммарная интенсивность мотивации к лечению ( $r = 0,159$  на уровне  $p = 0,07$ ). Выявлены достоверные обратные корреляции между субшкалой SuSi «деструктивные последствия психоза» и двумя факторами терапевтической мотивации: опорой на знания и навыки в преодолении заболевания, а также готовностью активно сотрудничать с врачом в процессе лечения ( $r = -0,18$  и  $r = -0,196$  соответственно;  $p < 0,05$ ), что на уровне тенденции к достоверности приводило к снижению суммарной интенсивности мотивации к лечению ( $r = -0,16$ ;  $p = 0,08$ ). Оценка последствий психоза как более деструктивных для жизни коррелировала с более негативным субъективным восприятием больными симптомов психоза ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,01$ ). В свою очередь негативное отношение пациентов к

симптоматике было связано с укреплением мотивационного фактора «осознание необходимости лечения» (фактор 2 ОЦМЛ;  $r=0,218$  при  $p<0,05$ ).

**Обсуждение.** Полученные данные подтвердили основную гипотезу исследования: субъективное восприятие заболевания и отношение к лечению у пациентов с психическими расстройствами имеют гендерные особенности. Исследование также выявило наряду с гендерным, дополнительные социо-демографические факторы, способные определять специфику отношения больных к психотическому расстройству и его лечению. Негативное субъективное отношение к симптоматике психоза свойственно пациентам, получившим высшее образование вне зависимости от их пола. Возраст пациентов являлся параметром, оказывавшим сходное с гендерным фактором влияние на сформированную у обследованных пациентов мотивацию к лечению. Сочетанный характер влияния ряда социо-демографических факторов на психологию здоровья, выявленный в ходе исследования, согласуется с литературными данными (Ahlawat K.S. et al., 1988; Рассказова Е.И., 2010).

Специфической особенностью женщин, перенёвших психоз, являлось умение лучше видеть конструктивные последствия психического расстройства для собственной жизни. Это частично определяло их большую, по сравнению с обследованными мужчинами, суммарную интенсивность мотивации к лечению. В то же время особенностью обследованных женщин была склонность менее негативно воспринимать психотические симптомы. Эти данные, во-первых, отражают их потенциальную уязвимость в аспекте формирования мотивации к лечению, связанной с механизмом осознания необходимости терапии, поскольку последний во многом определяется способностью пациентов воспринимать психотические симптомы как исключительно негативный факт. При этом известно, что именно осознание необходимости лечения является ключевым фактором приверженности терапии (Wiesjahn M. et al., 2014). Во-вторых, менее негативное отношение к симптоматике среди всех обследованных пациентов коррелировало со снижением их способности к деструктивной оценке последствий перенесённого психоза. Эти данные также находят подтверждение в литературе (Haddock G. et al., 2011; Martins F. et al., 2015). В подобном случае направление взаимосвязей показателей субшкалы SuSi «деструктивные последствия» с параметрами опросника оценки мотивации полностью совпадают со специфическими особенностями структуры мотивации к лечению обследованных женщин – более выраженной опорой на собственные знания и навыки в преодолении болезни и готовностью к активному сотрудничеству с врачом, способствующими повышению интенсивности

терапевтической мотивации. Таким образом, при анализе полученных данных нашла подтверждение вторая часть исследовательской гипотезы: гендерные различия в субъективном отношении обследованных пациентов к перенесённому ими психозу оказались связаны с специфическими особенностями мотивации больных к лечению.

Более зрелый возраст больных коррелировал лишь с повышением одного специфичного для структуры мотивации женщин фактора – опоры пациентов на собственные знания и навыки в преодолении болезни и также был связан с существенном ростом интенсивности мотивации к лечению. В итоге более зрелый возраст обследованных женщин лишь отчасти определял их отношение к лечению и усиливал специфическое влияние отношения к болезни, свойственного женщинам с перенесённым психозом, на их мотивацию к лечению.

**Выводы.** Проведённое исследование подчёркивает необходимость рассмотрения проблем, связанных с психическим здоровьем в рамках биопсихосоциального подхода. Основополагающими биологическими факторами, определявшими специфику отношения обследованных психиатрических пациентов к их заболеванию и мотивацию к лечению, являлись пол и возраст. Причём если возраст больных был связан только с параметрами терапевтической мотивации, то гендерные особенности пациентов с психическими расстройствами определяли как специфику мотивации к лечению, так и формирование субъективного смысла перенесённого психоза. Наличие у пациентов высшего образования являлось социальным фактором, способным оказывать прицельное влияние на формирование субъективного смысла перенесённого психоза как на психологический компонент адаптации к психическому расстройству. Полученные результаты не содержат исчерпывающий перечень биологических, социальных и психологических параметров пациентов с перенесённым психозом, определяющих весь спектр их поведенческих реакций в рамках лечебного процесса. Проведённое исследование демонстрирует принципиальную возможность изучения взаимосвязей различных факторов поведения больных и подчёркивает существенную роль гендерного аспекта в психологии лечебного процесса.

В целом женщины, перенёвшие психоз, демонстрировали более благоприятный чем мужчины профиль мотивации к лечению, специфически связанный со свойственными для них особенностями отношения к болезни. Тем не менее, склонность менее негативно воспринимать психотические симптомы делает женщин, имевших психотический опыт, потенциально уязвимыми в отношении лучшего понимания деструктивных последствий

психоза для их жизни и формирования терапевтической мотивации к лечению, связанной с опорой на процесс осознания необходимости лечения.

#### Литература.

1. Васильева А.В., Бочаров В.В., Сарайкин Д.М. Мотивация и качество жизни при невротических и личностных расстройствах. // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. №8. С. 8–24.
2. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. Питер, 3-е издание. 2008.
3. Леонтьев Д.А. Понятие мотива у А.Н. Леонтьева и проблема качества мотивации. // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2016. №2 С. 3-18. doi: 10.11621/vsp.2016.02.03
4. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Новикова К.Е., Вид В.Д. Субъективное восприятие психоза у больных шизофренией: опыт транскультурального исследования. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018. №3.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
6. Николаева В.В. Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни // Психосоматика: телесность и культура: Учеб. пособие для вузов / Под ред. В.В. Николаевой. М., 2009.
7. Рассказова Е.И. Самодетерминация как фактор отношения к здоровью и болезни: апробация методики принятия решения в отношении лечения. // Психологическая диагностика. 2010. № 2. С. 112–135.
8. Рассказова Е.И., Ениколопов С.Н., Гульдан В.В. Оценка психологического благополучия как принятия решения: особенности субъективных критериев при психических заболеваниях (на моделях непсихотической депрессии и первого психотического приступа в юношеском возрасте). // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2017. Т. 14. № 2. С. 298–319. doi: 10.17323/1813-8918-2017-2-298-319.
9. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. №4, вып. 1. С. 32–36. doi: 10.17116/jnevro20161164132-36.
10. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Типология больных психическими расстройствами в зависимости от структуры мотивации к лечению и приверженности терапии. // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. № 2. С. 12-17.
11. Ahlawat, K., & Subbarini, M. (1988). Gender and the subjective meaning of health: An integrated approach. *Quality And Quantity*, 22(2). doi: 10.1007/bf00223039

12. Bock, T., Bryzinski, T., Klapheck, K., Bening, U., Lenz, A., & Naber D. (2010). On subjective meaning of psychosis. Construction, validation and first application of a new questionnaire – The SuSi-Project (Hamburg). *Psychiatr Prax.*, 37(6), 285-291. doi: 10.1055/s-0030-1248424.
13. Bock, T., & Priebe, S. (2005). Psychosis Seminars: An Unconventional Approach. *Psychiatric Services*, 56(11), 1441-1443. doi: 10.1176/appi.ps.56.11.1441
14. Brissos, S., Dias, V., Carita, A., & Martinez-Arán, A. (2008). Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: Clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*, 160(1), 55-62. doi: 10.1016/j.psychres.2007.04.010
15. Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., & Kinsella, A. et al. (1996). Quality of life in schizophrenia: its relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Schizophrenia Research*, 18(2-3), 238. doi: 10.1016/0920-9964(96)85728-8
16. Domínguez-Martínez, T., Kwapil, T., & Barrantes-Vidal, N. (2013). Subjective quality of life in At-Risk Mental State for psychosis patients: relationship with symptom severity and functional impairment. *Early Intervention In Psychiatry*, 9(4), 292-299. doi: 10.1111/eip.12111
17. Haddock, G., Wood, L., Watts, R., Dunn, G., Morrison, A., & Price, J. (2011). The Subjective Experiences of Psychosis Scale (SEPS): Psychometric evaluation of a scale to assess outcome in psychosis. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 244-249. doi: 10.1016/j.schres.2011.09.023
18. Hofer, A., Baumgartner, S., Edlinger, M., Hummer, M., Kemmler, G., & Rettenbacher, M. et al. (2005). Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *European Psychiatry*, 20(5-6), 386-394. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.02.005
19. Klapheck, K., Nordmeyer, S., Cronjäger, H., Naber, D., & Bock, T. (2011). Subjective experience and meaning of psychoses: the German Subjective Sense in Psychosis Questionnaire (SUSE). *Psychological Medicine*, 42(01), 61-71. doi: 10.1017/s0033291711001103
20. Malla AK, Norman RMG, McLean TS, MacDonald C, McIntosh E, Dean-Lashley F, et al. Determinants of quality of life in first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109: 46–54.
21. Martins, F., Soares, S., Bem-Haja, P., Roque, C., & Madeira, N. (2015). The other side of recovery: validation of the Portuguese version of the subjective experiences of psychosis scale. *BMC Psychiatry*, 15(1). doi: 10.1186/s12888-015-0634-3
22. Narvaez, J., Twamley, E., McKibbin, C., Heaton, R., & Patterson, T. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 201-208. doi: 10.1016/j.schres.2007.09.001
23. Ruggeri, M., Nosè, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., & Salvi, G. et al. (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. *British Journal Of Psychiatry*, 187(02), 121-130. doi: 10.1192/bjp.187.2.121

24. Ruggieri, M., Nosè, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., & Salvi, G. et al. (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. *British Journal Of Psychiatry*, 187(02), 121-130. doi: 10.1192/bjp.187.2.121
25. Ruhrmann, S., Paruch, J., Bechdolf, A., Pukrop, R., Wagner, M., & Berning, J. et al. (2008). Reduced subjective quality of life in persons at risk for psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(5), 357-368. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01152.x
26. Sorokin, M., Lutova, N., & Wied, V. (2017). The Role of Treatment Motivation Subsystems in the Overall Structure of Compliance in Patients Undergoing Psychopharmacotherapy. *Neuroscience And Behavioral Physiology*, 47(8), 890-894. doi: 10.1007/s11055-017-0486-z
27. Sweeney, S., Air, T., Zannettino, L., & Galletly, C. (2015). Gender Differences in the Physical and Psychological Manifestation of Childhood Trauma and/or Adversity in People with Psychosis. *Frontiers In Psychology*, 6. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01768
28. Tait, L., Birchwood, M., & Trower, P. (2003). Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *British Journal Of Psychiatry*, 182(02), 123-128. doi: 10.1192/bjp.182.2.123
29. Wiesjahn, M., Jung, E., Lamster, F., Rief, W., & Lincoln, T. (2014). Explaining Attitudes and Adherence to Antipsychotic Medication: The Development of a Process Model. *Schizophrenia Research And Treatment*, 2014, 1-11. doi: 10.1155/2014/341545