



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет «Юридическая психология»
Кафедра «Клиническая и судебная психология»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (дипломная работа)

на тему: «Особенности принятия решений и
операциональный уровень саморегуляции у психически
больных»
название ВКР

Специальность - 37.05.01- Клиническая
психология

(код)

(наименование)

Направленность программы Патопсихологическая диагностика и
психотерапия (в экспертной деятельности)

(наименование)

Студент

_____ Е.С. Шеховцова
(подпись) (дата)

Оригинальность текста - _____ %

Начальник отдела МКПО
_____ Л.М.Шишлянникова

_____ (подпись) (дата)

«Допустить к защите»

Зав. кафедрой
Сафуанов

_____ Ф.С.
(подпись) (дата)

Руководитель
Булыгина

_____ В.Г.
(подпись) (дата)

Рецензент
Дворянчиков

_____ Н.В.
(подпись) (дата)

Печатная версия ВКР соответствует цифровой _____
(Е.С.Шеховцова)

(подпись студента)

ВКР (в формате adobe PDF) принята
для размещения в электронной библиотеке _____
(К.В. Эсипова)

(подпись ответственного по кафедре за размещение ВКР в

ЭБ)

Москва, 2018

АННОТАЦИЯ

Выпускная квалификационная работа посвящена изучению особенностей принятия решений и операционального уровня саморегуляции у психически больных. Используемые в работе методы: анализ научной литературы и материалов судебно-психиатрической экспертизы, направленное психологическое исследование, статистический анализ эмпирических данных. В результате исследования были выявлены особенности принятия решения и операционального уровня саморегуляции, характерные для психически больных, информативные для оценки риска совершения повторных общественно опасных действий (ООД). Психически больных лиц отличают нарушения всех подпроцессов операционального уровня регуляции, при этом эмоциональная насыщенность ситуации выбора связана с повышением адекватности и социальной приемлемости выдвигаемых альтернатив выбора. У больных с органическими и личностными расстройствами эмоциональная артикулированность ситуации вне зависимости от ее информационной насыщенности, увеличивает количество выдвигаемых социально приемлемых вариантов решения (интерпретации) ситуации. При избыточности информации отмечаются нарушения способности прогнозировать последствия выбора. В условиях недостаточного и избыточного количества информации для принятия решения у лиц с расстройствами шизофренического спектра возрастает риск агрессивных реакций. Факторами риска совершения ООД у данной группы являются нарушения эмоциональной регуляции, трудности прогнозирования последствий выбора и выраженная интолерантность к неопределенности. Наибольшее влияние

на принятие решения у больных с органическими и личностными расстройствами оказывает информационная и эмоциональная перегруженность ситуации, степень ее неопределенности. Результаты исследования позволяют уточнить представления о механизмах совершения ООД лицами с психической патологией, а также предоставляют дополнительный материал для совершенствования методов диагностики риска совершения противоправных действий.

Оглавление

Введение.....	4
1. Теоретико-методологический анализ подходов к пониманию проблемы принятия решения.....	8
1.1. Современные общепсихологические представления о процессе принятия решения.....	8
1.2. Психологические факторы принятия решений, выделенные в рамках общепсихологических исследований..	12
2. Теоретический анализ проблемы принятия решений и саморегуляции в клинической психологии.....	15
2.1. Связь с процесса принятия решений с конструктом саморегуляции.....	15
2.2. Нарушения принятия решений и произвольной регуляции у лиц с различными формами психической патологии.....	17
2.3. Роль принятия решения в реализации противоправного поведения.....	26
3. Эмпирическое исследование особенностей принятия решений и операционального уровня саморегуляции у психически больных.....	29
3.1. Объем и условия проведения исследования.....	29
3.2. Статистическая обработка данных.....	32
3.3. Описание и анализ результатов.....	32
3.3.1. Психологические компоненты принятия решения и особенности операционального уровня саморегуляции у психически больных лиц.....	33

3.3.2. Взаимосвязи психологических особенностей принятия решений и операционального уровня саморегуляции с патопсихологическими особенностями.....	36
3.3.3. Психологические компоненты принятия решения и особенности операционального уровня саморегуляции у психически больных лиц, совершивших ООД.....	39
3.3.4. Влияние психологических компонентов принятия решения и особенностей операционального уровня саморегуляции на реализацию криминального поведения у психически больных.....	56
Заключение.....	62
Выводы.....	66
Список использованной литературы.....	69
Приложение.....	83

Введение

Актуальность. Психическая патология, личностные изменения ей сопутствующие и патопсихологические особенности во многом определяют специфику принятия решения и саморегуляции индивида, в том числе и в уголовно значимой ситуации.

В настоящее время при объяснении механизмов противоправного поведения психически больных, оценки риска их опасности и разработки мер предупреждения повторных общественно опасных действий (ООД), центральное место отводится проблеме психической саморегуляции.

Вопрос о степени контроля поведения и осуществления выбора приобретает особое значение в нескольких ситуациях, связанных с оценкой общественной опасности человека. Во-первых, в ситуации судебной экспертизы решается вопрос о способности человека регулировать свое поведение в уголовно значимой ситуации. Во-вторых, в ситуации оценки риска совершения правонарушений в будущем, что имеет приоритетное значение при выписке пациента из психиатрического стационара.

В современных исследованиях криминальное поведение рассматривается как частный случай общей организация деятельности и поведения, соответственно, для объяснения противоправного поведения необходимо опираться на теории регуляции деятельности в целом [117]. Отечественными исследователями подчеркивается особое влияние мотива на реализацию преступного деяния, однако, деятельность

определяется общими механизмами [78]. Психическая патология и сопутствующие ей изменения личности придают процессу принятия решения и самому выбору специфические особенности, имеющие значение в юридически значимой ситуации.

Согласно нормам уголовного права (ст. 60 Уголовного Кодекса Российской Федерации), наказание, назначаемое судом, должно рассматривать не только характер и общественную опасность деяния, но и решать вопрос индивидуализации наказания [94]. Достижение данной задачи решается путем учета особенности личности виновного и оценки влияние того или иного вида наказания на достижение задачи исправления индивида. Соответственно, приобретает особое значение учет степени регуляции поведения индивида не только в момент совершения ООД, но и в деятельности вообще, т.е. общего уровня развития саморегуляции [56].

Оценка степени нарушения регуляции поведения в случае уголовного судопроизводства производится в рамках судебной экспертизы (ст. 196 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации), назначаемой при наличии у следователя или суда подозрений относительно вменяемости индивида или способности самостоятельно защищать свои права [93]. Следовательно, в рамках проведения судебной психолого-психиатрической экспертизы необходимо согласовывать правовую (степень осознанности поведения), психопатологическую и психологическую (особенности саморегуляции, включающие в себя процесс принятия решения) категории [35].

Проведение дополнительных исследований, направленных на изучение особенностей саморегуляции, обусловлено как увеличением количества судебно-психиатрических экспертиз (за последние 10 лет их количество увеличилось на 40%), так возрастающей сложностью экспертных задач [67].

Таким образом, актуальность исследования и его практическая значимость работы затрагивает два аспекта. Первый аспект связан с необходимостью уточнения методического комплекса, применяемого при экспертной оценке способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Второй аспект также затрагивает оценку риска опасности для себя и окружающих, при этом включая в себя и решение вопроса о выборе программы комплексного психолого-психиатрического воздействия.

Цель: выделение индивидуально-психологических особенностей принятия решений и операционального уровня саморегуляции у лиц с психической патологией.

Объект: особенности саморегуляции у лиц с психической патологией.

Предмет: психологические особенности принятия решений и операционального уровня саморегуляции у лиц психической патологией.

Задачи:

1. Провести теоретико-методологический анализ подходов к пониманию проблемы принятия решений и произвольной

регуляции и степени её разработанности у лиц с различными формами психической патологии.

2. На основе сравнительного анализа с лицами условной нормы определить психологические компоненты принятия решения и особенности операционального уровня саморегуляции у психически больных лиц и их взаимосвязь с патопсихологическими характеристиками.

3. Выявить психологические особенности принятия решения и операционального уровня саморегуляции у психически больных, совершивших ООД, в зависимости от их нозологической принадлежности и нормосообразности поведения.

4. Определить влияние психологических особенностей принятия решения и саморегуляции на реализацию криминального поведения у психически больных.

5. Обосновать методический комплекс диагностики индивидуально-психологических особенностей принятия решений для решения экспертных задач и оценки степени общественной опасности.

Гипотезы:

1. Выраженность нарушений саморегуляции психически больных, связанных с дефицитностью анализа ситуации выбора, сужением оснований принятия решения, увеличивается в ситуациях как недостатка, так и избытка информации.

2. Уровень неопределенности, информационной и эмоциональной насыщенности ситуации оказывают различное влияние на особенности принятия решений и саморегуляции у психически больных в зависимости от нозологической принадлежности.

1. Теоретико-методологический анализ подходов к пониманию проблемы принятия решения

1.1. Современные общепсихологические представления о процессе принятия решения

Принятие решения является специфической формой активности, подразумевающей организацию деятельности индивида, ведущей к осуществлению выбора в ситуации неопределенности и включающей в себя определение цели и средств ее достижения, переработку доступной информации, формирование последовательности действий, ведущих к достижению поставленной цели и результат данного выбора [16, 17; 46, 47]. Принятие решений часто протекает в условиях риска и определяются возможными альтернативами, гипотезами и исходами [36]. Для успешного выбора требуется сократить количество альтернатив, сделав ситуацию определенной, при этом в принятии решения должны быть задействованы как внешние (предметная и социальная среда), так и внутренние (особенности мотивационно-потребностной сферы, свойства личности и т.д.) условия. Соотношение данных условий определяет уровень неопределенности ситуации [86].

В рамках изучения процесса принятия решений существует несколько подходов к выделению его этапов. В зарубежной психологии выбор рассматривается от стадии определения цели принятия решения до стадии его реализации и оценки. В соответствии с целью выбора

индивидом осуществляется поиск необходимой информации, создание моделей альтернатив и собственно выбор альтернативы с учетом рисков и последствий [101].

В рамках теории установки Д.Н. Узнадзе рассматривал осуществление выбора на этапах анализа доступной индивиду информации, собственно принятия решения путем сопоставления альтернативы с эталоном, построение определенной программы действия и ее реализация [46, 47, 95].

Г.М. Зараковский выделяет интенциональный, операциональный и санкционирующий этапы принятия решений. На первом этапе происходит анализ значимости данного выбора для индивида, на втором – предпринимаются попытки по снижению неопределенности и оптимизации решения, на третьем – достигается субъективная уверенность в принятом решении [20].

Рациональный выбор описывается Ю. Козелецким как процесс, имеющий четыре этапа. На первом этапе – субъективном – происходит создание собственного образа ситуации выбора. Затем проводится анализ различных альтернатив, оценка последствий каждой из них, прогнозирование условий, определяющих наступление этих последствий и итоговый выбор альтернативы [36].

Существует несколько подходов к типологии выборов. В зависимости от степени контроля и осознанности процесса принятия решения выделяются два уровня. Первый уровень – бессознательный – представляет собой интуитивное принятие решения, выбор субъективно воспринимается как инсайт, так как начальные этапы процесса принятия решения проходят без контроля сознания. Второй уровень – сознательный – в

большой степени соответствует рациональному принятию решения, которое на протяжении всех этапов подконтрольно сознанию индивида [53, 68, 89]. На основании преобладания психических процессов выделяют волевой, интеллектуальный или эмоциональный выборы. По степени контроля выдвижения гипотез различают импульсивное (выдвижение гипотез без сознательного контроля), с риском (частичный контроль выдвижения гипотез), осторожное (чрезмерный контроль выдвижения гипотез) и инертное (минирование сознательного контроля подавляет процесс выдвижения гипотез) [8].

Зарубежные теории принятия решения основаны на экономической модели выбора (М. Фармер; Д. Канеман, А. Тверски; Дж. Коулман), предусматривающей стремление человека осуществить выбор в пользу удовлетворяющей его потребности максимально выгодной альтернативы. Отмечается, что выбор является обусловлен ожидаемой выгодой, которую может принести та или иная альтернатива. При этом существенное влияние на принятие решения оказывает эффект формулировки, который описывает стремление принимать решение в пользу альтернативы описанной в терминах выигрыша, на степень риска в принятии решения оказывает влияние наличие терминов риска в самой ситуации выбора. В рамках изучения влияния группы на процесс принятия решения, отмечается, что на сам выбор оказывают влияние различные социальные институты, при этом субъективное восприятие группового решения не отвечает критерию оптимальности, в то время как индивидуальные решения участников группы по данной ситуации не были рациональными [33, 49, 96].

Г. Саймон, разрабатывая данную модель принятия решения, отмечает, что следует рассматривать рациональность не только как характеристику окончательного выбора, но и как параметр процесса его осуществления, учитывая субъективное восприятие человеком ситуации выбора. В рамках данных исследований было установлено, что в реальности человек принимает решение не только абстрагировано анализируя ситуацию, но и с привлечением личного опыта, и выбирает не максимально выгодную альтернативу, а достаточно хорошую [83, 116].

В рамках личностной теории принятия решений (Н. Коган, М.А. Валлах) было дано определение рискованным решениям, как выборам, приводящим человека в пограничное состояние относительно общества, и была выделена готовность к риску, которая обуславливает рискованные стратегии осуществления выбора независимо от ситуаций [71].

Максимально приближенные к реальности модели принятия решения с элементами изучались в рамках экологического подхода Г. Гигерензера, в рамках которого уделяется особое внимание влиянию социальных факторов и изучению морального выбора. Основой данного подхода является предположение о частотном, а не о вероятностном характере информации о ситуации выбора [104, 105, 109].

При рассмотрении процесса принятия решений в рамках биологического подхода (И.Бауэр), выбор связывается с проблемой свободы воли. Планирование действий, связанных с принятием решений, обуславливается деятельностью сетью нервных клеток, создающих пространство образов действий,

для активации которых нужно лишь представление о них, без обязательной активации программы [5, 91].

В отечественной психологии принятие решения рассматривается в рамках культурно-исторического, деятельностного подходов и теории установки. Л.С. Выготский понимает процесс принятия решения как единство когнитивного и личностного компонентов [12]. Д.Н. Узнадзе отмечает, что установка при принятии решений выполняет функцию уменьшения напряжения и субъективного чувства облегчения при выборе, согласующемся с данной установкой [46, 48, 95].

А.Н. Леонтьев подчеркивает значение мотивов и смыслов для успешного выбора и его реализации, которые являются базовой структурой, на которой основана деятельность. Различные значимые «конкурирующие» мотивы, выполняя функции смыслообразования и побуждения, в норме должны быть организованы в иерархическую структуру. Смыслы являясь более осознанным конструктом позволяют человеку противостоять импульсивным желаниям, т.к. через соотнесение себя с окружающим миром происходит организация поведения и деятельности. Также как и мотивы, для успешной регуляции деятельности смыслы должны быть осознанны, соотнесены с общечеловеческими ценностями и распространены за пределы актуальной ситуации. Это объясняет тот факт, что при доминировании потребностной регуляции человек более склонен к импульсивному поведению, а при ценностной регуляции он ориентируется на устойчивые социальные ориентиры [63, 63]. Д.А. Леонтьев, продолжая разрабатывать теорию смыслов, говорит о том, что смысл является

движущей силой поведения, а система смыслов может служить целевым ориентиром деятельности [64].

О.К. Тихомиров рассматривает процесс принятия решения через анализ мышления при решении различных задач, которое понимается как выбор в ситуации неопределенности одного варианта из множества и выбор действий, который необходимо с этим выбором осуществить. Отмечается, что решение задачи может проходить на двух уровнях: вербальном и невербальном, которые охватывают различные формы саморегуляции [42, 43, 90].

Т.В. Корнилова, разрабатывая теорию О.К. Тихомирова, отмечает, что ведущей целью выбора является снятие ощущения неопределенности, а не реализация выбора. В рамках функционально-уровневого подхода дается определение рационального выбора, как такого, который осуществляется в ситуации неопределенности с использованием интеллектуально-личностной регуляции ситуации, включающих в себя определение целей, создание человеком критериев выбора, опору на ценности. Отдельно Т.В. Корнилова говорит о моральном выборе, который характеризуется такой ситуацией, в которой человек имеет приобретения ценностного уровня при риске потерь личностного характера [43, 46, 47].

1.2. Психологические факторы принятия решений, выделенные в рамках общепсихологических исследований

Рассматривая особенности принятия решений в норме, можно выделить четыре группы факторов, которые оказывают на них влияние [36, 46, 47]:

- ситуация (очередность и контраст полученной информации [76], ограничение времени [60], формулировка проблемы [33]);
- характер задачи (стремление получить максимальную выгоду, минимизировав потери [76], затрагивание гендерных и ценностных позиций человека [68]);
- личностные характеристики (принятие/избегание риска, импульсивность [46, 98, 100]);
- факторы группового принятия решения: пассивность и конформизм членов группы, отсутствие поиска аргументов [19], снижение чувства ответственности за решение (явление социальной лени) [76].

Одним из факторов, влияющих на особенности принятия решений является неопределенность, которая определяется как состояние человека, характерное для ситуации недостатка или избытка информации [16, 17, 46, 47]. Неопределенность затрагивает как особенности ситуативных факторов, так и факторов задачи, и зависит от наличия у индивида представлений о возможных альтернативах выбора и вариантах поведения в данной ситуации [46, 47]. Неопределенность напрямую связана с познавательной активностью индивида, т.к. мотивирует к исследовательской деятельности [51].

Осуществление выбора в ситуации неопределенности сопряжено с ощущением дискомфорта, в связи с этим был предложен термин «толерантность к неопределенности»,

отражающий степень выраженности негативных переживаний в момент принятия решения [100].

Принятие решений и особенности поведения в условиях неопределенности связаны с разнонаправленными стремлениями: преодоление неопределенности и избегание предопределенности [25, 26, 45].

Необходимо отметить, что в ситуации принятия решения данный факторы не действуют изолированно. Было выявлено, что готовность к риску связана с импульсивностью, агрессивностью, стойкостью в достижении целей, более молодым возрастом; избегание риска – с личностной тревожностью, высоким уровнем самоконтроля и саморегуляции [29, 31, 41, 46, 48, 79]. Также обнаруживаются гендерные особенности выборов: мужчины в ситуации принятия решения в большей степени склонны к рисковому стратегиям поведения, независимы от окружающих, при этом проводят анализ различных альтернатив; женщины стремятся упорядочивать ситуацию принятия решения в соответствии со своими представлениями о правильном выборе, особенно в ситуациях межличностного взаимодействия [31].

Базой для данных факторов принятия решения является жизненный опыт, содержащий различные модели поведения в ситуациях выбора [5, 91], которые актуализируются в ситуации не угрожающей ценностям индивида, а также принимают особое значение в ситуации неопределенности [46, 69, 106]. Успешное принятие решений связано с высоким уровнем практического интеллекта, склонностью к доминированию и низким уровнем чувства вины [98]. Рациональный выбор связан с необходимостью

упорядочивания различных альтернатив с учетом предпочтений человека и выбор той, которая субъективно воспринимается как наилучшая [36].

2. Теоретический анализ проблемы принятия решений и саморегуляции в клинической психологии

2.1. Связь с процесса принятия решений с конструктом саморегуляции

В рамках клинической психологии процесс принятия решения чаще рассматривается в совокупности с регуляцией поведения и деятельности.

Саморегуляция, как и процесс принятия решений, включает в себя цель, способы ее достижения с учетом внутренних (ценности, личностные смыслы) и внешних условий, возможности гибкого реагирования и ожидаемый результат выбора [37, 40, 46, 57, 91]. Регуляция поведения понимается как основанная на рефлексивной позиции по отношению к себе и своей деятельности совокупность функций, обеспечивающих целенаправленное поведение, планирование, организацию, саморегуляцию и инициацию действий, формирование новых паттернов поведения и способов мышления, т.е. обеспечивает осознанность, произвольность и опосредованность поведения [1, 37, 64, 72, 80, 81, 82, 85]. Саморегуляция отражает не только уровень самоконтроля и способность принимать адекватные ситуации решения, с учетом социальных критериев, но и уровень самосознания личности, ее критичность в целом, что обеспечивает успешную социальную адаптацию [52]. Так как регуляция поведения связана с опосредованием деятельности, индивид может применять различные

вспомогательные средства для достижения поставленных целей. На данный процесс оказывают влияние различные факторы, такие как характер деятельности, особенности ситуации, цели, мотивы и смыслы [23, 24, 62, 63]. Управление поведением осуществляется с учетом социальных критериев и условий, в которых протекает деятельность [52] и которые обеспечивают успешную социальную адаптацию [84].

Процесс принятия решений напрямую связан с саморегуляцией и через осуществление выбора, который нацелен на изменение или сохранение конкретной ситуации, в которой протекает процесс саморегуляции [73].

Являясь произвольным и осознанным процессом управления своим поведением, саморегуляция связана с субъективной активностью познавательных процессов [91], а также подразумевает личностную включенность, самостоятельное определение усилий для выбора, осознание последствий выбора [46, 47]. Соответственно, саморегуляция является одним из компонентов принятия решения в совокупности с интеллектуальным компонентом [41].

Выделяют две формы произвольной саморегуляции: смысловую, включающую в себя мотивы, ценности и установки в их связи с целями и средствами деятельности, и предметную, включающую планирование, программирование, моделирование, оценку и коррекцию результатов действий, т.е. целеполагание и целедостижение [25].

Регуляция поведения, с точки зрения нейробиологии, обеспечивается первым и третьим функциональными блоками головного мозга, особое значение приобретают лобные и теменно-височные отделы, обеспечивающие

необходимый уровень активации мозга, программирование, регуляцию и контроль выполняемой деятельности, т.е. управление поведением. В соответствии с этим, выделяются две функции регуляции поведения: побудительная и исполнительная [1, 72, 80, 81, 82, 84, 85]. Побудительная функция определяет принятие решение о необходимости совершения определенного действия, придает ему смысловую нагрузку и дает необходимый уровень энергии для его реализации; исполнительная функция связана с координацией действий и реализацией поведения с учетом внутренних (мотивы, смыслы, способности и т.д.) и внешних условий, в которых оно совершается. Таким образом, регуляция поведения связана с инициацией (включающей целеполагание, принятие решения, планирование), пролонгированием (организацией поведения во время достижения поставленной цели) и прекращением определенного поведенческого акта (что также связано с принятием решения). Чтобы успешно функционировать человек должен быть способен гибко реагировать в актуальной ситуации, быть способным изменить свое поведение в соответствии с изменяющимися условиями, осуществлять организованный поиск, формировать новые паттерны поведения и способы мышления, т.е. должен быть способен осуществить осознанный выбор стратегии поведения [72, 84].

В условиях неопределенности, по сравнению с ситуацией определенности для условно здоровых людей характерно увеличение количества гипотез, которые носят содержательный характер и связаны с процессом смыслообразования. При этом в условия чрезмерной

неопределенности служат преградой к смыслообразованию и, соответственно, количество содержательных гипотез снижается [24].

2.2. Нарушения принятия решений и произвольной регуляции у лиц с различными формами психической патологии

Психическая патология, независимо от нозологических особенностей, оказывает существенное влияние как сам выбор, специфику процесса принятия решения, так и на нарушения регуляции поведения и деятельности [23, 24, 70]. В связи с этим целесообразно дать патопсихологическую характеристику влияния отдельных психических процессов на принятие решения.

Анализируя различные формы патологии познавательных процессов, можно выделить следующие механизмы их влияния на осуществление выбора. Нарушение концентрации внимания оказывает существенное влияние на процесс анализа альтернатив, ввиду невозможности удерживать внимание на одной ситуации в течение времени, необходимого для принятия адекватного решения. Нарушения в сфере памяти отражаются на способности больного извлекать из прошлого опыта возможные альтернативы и модели поведения в сходных ситуациях, соответственно, сужается круг возможных вариантов выбора. Нарушения кратковременной и рабочей памяти делают невозможным полноценный анализ текущей ситуации принятия решения. При патологии мышления нарушается

возможность адекватного анализа альтернатив вследствие нарушения всех компонентов мышления. Патология эмоционально-волевой сферы снижает самоконтроль за действиями в рамках принятого решения [23, 70].

Нарушения мотивационной сферы личности могут включать в себя деформацию иерархии мотивов, наличие патологических мотивов. На сознательную регуляцию поведения оказывает влияние различие между побуждающей и смыслообразующей функциями мотива. Патологические изменения данных функций могут включать в себя ослабление побудительной силы или искажение, патологическая стабилизация или сужение круга смысловых образований [23], т.к. мотивы являются фактором, влияющим на продуктивность деятельности [90].

Нарушения произвольной регуляции поведения и деятельности у лиц с психической патологией проявляются в низком общем уровне сформированности способности к осознанной произвольной саморегуляции поведения, нарушениях регуляторной гибкости, эмоциональной регуляции, вследствие чего нарушается социальное функционирование [6].

Регуляция поведения протекает на двух уровнях: смысловом и операционально-техническом. Смысловой уровень включает в себя целеполагание, которое опирается на смысловые установки, мотивы, личностные ценности, понимание социального значения своих действий и способность к рефлексии [11, 39].

Операционально-технический уровень регуляции поведения включает в себя связанные между собой процессы планирования, моделирования, программирования, оценки

результатов и коррекции поведения, т.е. данный уровень связан с инициацией и управлением различными видами деятельности. Основные процессы операционально-технического уровня связаны с когнитивными подпроцессами, включающим в себя восприятие социального и эмоционального контекста, интерпретацию ситуации, продуцирование альтернатив и принятие оптимального решения. На данных этапах возможна реализация таких устойчивых паттернов поведения как импульсивность, стремление к риску, предпочтение простых задач и др. [7, 11].

Успешность деятельности зависит от уровня согласованности как основных процессов, так и подпроцессов системы саморегуляции, т.е. от ее целостности, а нарушение в одном из звеньев может привести к дисрегуляции поведения в целом [7, 11]. При выраженных нарушениях регуляции в большей степени характерны рискованные и импульсивные стратегии принятия решений, сочетающиеся с недостаточным анализом доступной информации и реализацией привычных поведенческих стереотипов [99].

Характеристикой лиц с незначительной дисрегуляцией своего поведения является в качестве ведущего критерия достижение успеха любой ценой без учета нравственных принципов и социально-правовых норм. Моральные нормы имеют характер формальной знаемости, но не являются реально действующими [54]. Также для таких лиц характерна субъективно высокая оценка способности к целеполаганию, независимости от обстоятельств, гибкости реагирования, а также достаточно целенаправленные стратегии организации собственной деятельности [99].

При этом у лиц без нарушений регуляции, не совершавших общественно опасных действий (ООД), ведущее значение имеет оценка действия с точки зрения нравственных ценностей, правомерности, особенностей ситуации и собственных возможностей [54].

Таким образом, наибольшее влияние на выраженность дисрегуляции оказывают неспособность целостно воспринять и проанализировать ситуацию принятия решения, высокий уровень интолерантности к неопределенности и тенденция упорядочивать окружающий мир в соответствии со своими представлениями о нем [99].

Рассмотрим нарушения регуляции, специфичные для больных шизофренией, шизотипическим расстройством, расстройствами личности и больных с органической патологией головного мозга.

Для больных шизофренией патология мотивационной сферы является ведущей в структуре дефекта саморегуляции [21, 23] и проявляется в изменении иерархической структуры организации мотивов, которая становится бессистемной и неустойчивой. Общее количество мотивов, представленных в сознании больного шизофренией, их побудительная и смыслообразующая функции снижаются, сужается круг значимых смысловых образований. У таких больных присутствует несколько необычных или несущественных мотивов, быстро сменяющих друг друга. Нарушение функций мотивов ведет к изменениям в системе целей, трудностям выделения их в ситуации, нарушению процесса их достижения, отсутствию связи успеха и неуспеха [22, 27, 50, 52], т.е. нарушаются функции как целеполагания, так и целедостижения.

Нарушения планирования, включающего в себя способность учитывать объективную ситуацию, быстро реагировать, выдвигать гипотезы, поддерживать внимание и реализовывать принятое решение, и инициацию этого процесса [22, 23], у больных шизофренией в большей степени связаны с нарушениями целеполагания, снижением активности при построении действия, [1] и искажением образа цели [107]. Нарушения ориентировочного этапа деятельности проявляются в снижении функции избирательности актуализируемых сведений на основе прошлого опыта, что приводит к нестандартному принятию решений и обусловлено патологией психических процессов [77]. Смысловой уровень регуляции деятельности у больных шизофренией нарушается вследствие патологического образования смыслов, во многих случаях за счет искаженного представления больного о проблемной ситуации, апатических нарушений нарушается и целевой уровень [38].

Социальное функционирование больных шизофренией нарушается вследствие снижения социальной активности и способности накапливать и закреплять социальный опыт, неспособности учитывать позиции другого человека [82]. Социальные ценности и нормы не являются для больных шизофренией значимой ценностью, способность ориентироваться в своем поведении на социальные нормы снижена, отсутствуют характерные для здоровых лиц цели в будущем. Содержательный анализ смысловых тем показал, что для больных шизофренией наиболее значимы удовольствие, любовь, здоровье, познание нового в мире,

помощь и милосердие к другим людям, благосостояние [34, 65].

Нарушение социального восприятия, навыков и функционирования, снижение социальной направленности решения оказывают влияние на способность управлять социальным поведением и приводят к социальной дезадаптации [80, 81]. Больные шизофренией не способны критично оценивать собственные мысли и намерения других людей, т.е. у них нарушается так называемая «модель психического» [80], их поведение преломляется через отличное от нормативного отношение больных к задаче, созданию дополнительных правил, обусловленных собственными искаженными представлениями о правильном поведении в данной ситуации [1], они не способны целостно воспринять ситуацию, что приводит к нестандартной и неэффективной деятельности больных [108, 114, 115]. Больные шизофренией испытывают трудности в совместной деятельности, у них не формируется общая с партнером цель, патологически измененный мотив занимает доминирующую позицию и не связан с ожиданиями партнера относительно результата взаимодействия [52].

Поведение больных шизофренией в большинстве случаев обуславливается не продуктивно-психотическими механизмами, а неадекватной оценкой и поведением в проблемных ситуациях. В экспериментальных условиях при выполнении нейропсихологических проб, связанных с копированием сложных фигур (Комплексные фигуры Рея-Остеррица и Тейлора), больные воспринимают информацию фрагментарно, они в большей степени уделяют внимание деталям изображения, в то время как целостное восприятие

объекта и контроль за выполнением копирования у них страдает, таким образом, для них характерен дефицит стратегии организации копирования [108, 114].

В реальной деятельности для больных шизофренией характерен неадекватный ригидный уровень притязаний, что приводит к неспособности провести достаточный содержательный анализ предстоящей деятельности и невозможности организовать систему действий, направленных на ее реализацию [22, 27, 50, 52, 64].

Для больных шизофренией с первым эпизодом заболевания наиболее характерно нарушение функционирования глубинных структур головного мозга и лобных долей, а с развитием заболевания значимые изменения наблюдаются в лобных отделах [85] и в механизме взаимодействия подкорковых образований с лобными и височными зонами коры [30]. Так как данные отдела головного мозга являются биологической основой, обеспечивающей произвольную регуляцию поведения, дефицитарность этих областей существенно затрудняет способность управлять своим поведением. Нарушения программирования, а именно нарушение избирательности при актуализации следов памяти, трудности формирования и удержания программы, характерные для больных шизофренией, также связаны с патологией мозжечка, которая синдромально соответствует патологии, характерной для инсульта мозжечка, однако, в отличие от органической патологии, наибольшее значение приобретает именно синдром дефицита программирования и контроля [13].

Таким образом, у больных шизофренией в большей степени нарушены произвольные формы регуляции,

связанные с опорой на социальные факторы и характеризующиеся нарушениями планирования, эмоциональной регуляции, отсутствием инициативны, ригидностью и предпочтением стереотипных моделей поведения [10, 40, 58, 97], в то время как произвольные компоненты регуляции являются относительно сохранными [52].

Больные шизотипическим расстройством также испытывают трудности планирования и целеполагания [59, 113]. Однако, в отличие от больных шизофренией, у данной категории больных подобные нарушения связаны в большей степени с нарушением исполнительских функций и характеризуются трудностями организации деятельности в момент непосредственной ее реализации [102, 103, 111, 112], т.е. нарушается как конструктивная, так и мобилизующая функции саморегуляции. Трудности реализации цели, т.е. нарушение операционального компонента регуляции в сочетании с отсутствием отдаленных целей в будущем, приводят к нецеленаправленности поведения таких больных, при сохранной потенциальной способности к адекватному принятию решений и целеобразованию [50, 59].

Доминирующими смысловыми темами у больных шизотипическим расстройством выступают: здоровье, любовь, признание и уважение людей, высокий социальный статус и материальное благосостояние, помощь и милосердие к другим людям, возможность управлять окружающими, оказывать на них влияние, социальная активность для достижения изменений в обществе, поиск и наслаждение прекрасным, познание нового, приятное времяпрепровождение, отдых и общение, работа, семья, дети.

При этом, несмотря на достаточно большое количество смысложизненных ориентаций, чаще реализуются ценности, связанные со здоровьем и отношением к обществу [34].

В повседневном социальном взаимодействии нарушения саморегуляции больных шизотипическим расстройством проявляются в снижении социальной компетентности, социальной дисфункции и асоциальном поведении [103]. Поведение больных в ситуации общения носит формальный характер, они предпочитают привычные, стереотипные ситуации социального взаимодействия, которые предъявляют к ним низкие требования [112].

У лиц с расстройствами личности, особенно при выраженном истеро-возбудимом радикале, обнаруживается недостаточная сформированность эмоционально-смыслового опыта, устойчивых смысловых образований; в мотивационной сфере преобладают упрощенные, конкретные темы, связанные с удовлетворением физиологических или сиюминутных потребностей, а также темами самосохранения и самозащиты. Нарушения регуляции у таких больных проявляется в импульсивности поведения, непосредственном реагировании на внешние стимулы без соотнесения с социальными нормами, что в совокупности с ситуацией эмоциональной напряженности может приводить к правонарушениям. Лица с расстройствами личности не способны в полной мере опираться на прошлый опыт и прогнозировать свое поведение как в конкретных ситуациях, так и в отдаленной перспективе [64].

На целевом уровне нарушения регуляции больных с расстройством личности характеризуются непереносимостью рассогласования реальной и идеальной целей. На этапе

реализации целей их деятельность характеризуется отсутствием этапа проверки гипотез и стремлением к непосредственной реализации идеальной цели. Вследствие этого ситуация выбора воспринимается как испытание, а успех или неудача воспринимаются крайне болезненно [9, 23].

Импульсивные и маломотивированные поступки у лиц с расстройствами личности обусловлены также снижением роли «внутреннего фильтра», т.к. возникающее побуждение немедленно реализуются без учета последствий и соотнесения их с требованиями общества и особенностями ситуации, т.к. при значительном сокращении ориентировочного этапа деятельности. Однако, при психастеническом варианте расстройства личности характерны длительные колебания при выборе цели действий и вариантов ее реализации. Соответственно, у каждой группы лиц с расстройствами личности присутствует специфические особенности: у группы возбудимых – агрессивная тенденция к реализации потребностей, при тормозимом типе – стремление к ограничению контактов, отказ от действия, при истерическом радикале – стремление произвести впечатление, привлечь к себе внимание [27].

Таким образом, поведение лиц с расстройствами личности в конкретной ситуации характеризуется неадекватностью, непредсказуемостью, преобладанием стереотипных моделей реагирования, неспособностью к осознанию ошибочных оснований собственной деятельности, что приводит к социальной дезадаптации данных лиц [64].

У лиц с органической патологией головного мозга поведение характеризуется постепенным огрублением,

ослаблением контроля за своим поведением, в том числе и за агрессивными импульсами. В случае злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) деятельность постепенно подчиняется только мотиву, связанному с удовлетворением патологической потребности, которая занимает доминирующее положение. Поведение таких больных становится менее осознанным, более импульсивным, утраивается способность учитывать отдаленную перспективу при планировании своих действий [9, 64]. В случае начала злоупотребления ПАВ в подростковом возрасте, характерными чертами таких больных являются повышенная внушаемость, зависимость от значимой группы, равнодушие к своему будущему, отсутствие жизненных планов [75].

Нарушения саморегуляции у больных с органическим синдромом обусловлены недостаточностью операционального обеспечения процессов моделирования и оценки результатов, возникающей вследствие конкретности мышления и неспособности оперировать абстрактными понятиями. Данный вид нарушений проявляется в виде существенных трудностей выделения значимых элементов ситуации, неадекватной оценке своих возможностей, чрезмерной актуальности конкретных ее составляющих и невозможности отвлечься от них, а также ограниченной способности выстраивать собственную программу действий. В поведении данные нарушения проявляются в виде замены целенаправленных действия на случайные или стереотипные, также высокое влияние на поведение оказывают ситуативные факторы [23, 24]. У больных с органическим синдромом снижена способность к выдвижению адекватных ситуации целей, значительно снижена потребность планировать свои

действия. Социальное функционирование таких больных также нарушается из-за отсутствия в сознании социально ожидаемых эталонов поведения, что приводит к отсутствию учета социальных аспектов конкретной ситуации. В целом, органический синдром приводит к тому, что больные адаптируются к узкому диапазону ситуаций, однако, даже в данных ситуациях саморегуляция может нарушаться вследствие воздействия различных факторов, таких как сложность задачи, ее чрезмерная эмоциональная насыщенность [61].

2.3. Роль принятия решения в реализации противоправного поведения

Психическая патология в механизме реализации противоправного поведения является одним из условий (наряду с личностными особенностями и конкретной ситуацией), обуславливающих поведение больного, а не непосредственной причиной преступных действий [28].

Ввиду того, что регуляция деятельности внеситуативна и зависит от смысловых, ценностных и нравственных образований личности [54], можно говорить о типах мотивации, обуславливающих механизмы совершения противоправных действий. Первый тип мотивации объясняется отсутствием связи между потребностью, мотивом и поведением (например, импульсивные действия, связанные с помрачением сознания). Второй тип мотивации включает в себя реализацию патологических мотивов (при бредовых синдромах) и подразумевает подготовку,

планирование и контроль за реализацией мотива. В рамках третьего типа формирование мотивации происходит в процессе актуализации потребностей человека [2, 3, 4, 55].

В рамках описания процесса принятия решения в ситуации правонарушения оценивается степень произвольной регуляции деятельности [56], которая может выражаться в дефицитности способности к самокоррекции и саморегуляции [5, 89], нарушении регулятивной и прогностической функции, в том числе, на уровне целей [54], нарушении критичности при актуализации мотивов [15] или бессознательном характере мотивов [4].

В.Н. Кудрявцев выделяют две группы факторов, влияющие на принятие решения в уголовно значимых ситуациях: факторы, ускоряющие принятие решения (наличие соучастников и определенное поведение потерпевшего) и факторы, замедляющие принятие решения (страх наказания и осуждения) [56]. При этом агрессивность и ее роль в реализации противоправного поведения рассматривается больше с точки зрения способности сдерживать агрессивные побуждения, а не выраженности показателя агрессивности, т.е. прямое влияние уровня агрессивности на криминальное поведение отсутствует. Так у лиц с органическим расстройством личности и расстройствами личности в целом слабо развиты именно сдерживающих агрессию факторов. Совершению агрессивных преступлений способствует влияние психопатологии на систему ценностей личности, а также на особенности восприятия ситуации, т.е. на создание мотивации к совершению противоправных действий [32].

В механизм совершения правонарушения вносит значимый вклад склонность психически больных интерпретировать ситуации с привнесением субъективно значимых смыслов, неконструктивных способов разрешения ситуации, носящих более агрессивный характер, по сравнению с группой психически больных, не совершавших общественно опасных действий [6]. Основные нарушения, определяющие уровень общественной опасности, связаны с нарушениями этапа программирования, снижением устойчивости целей, затруднениями в поиске средств их достижения, поведение в данном случае организуется без учета значимых условий ситуации. Также нарушается взаимосвязь процессов саморегуляции между собой, вследствие чего поведение характеризуется стремлением к риску, низким самоконтролем и снижением вариантов выбора альтернативных способов поведения [18].

Совершение ООД лицами с расстройствами шизофренического спектра протекает по патологическим мотивам, которые можно объединить в две группы: продуктивно-психотические и негативно-личностные. Большее влияние на криминальное поведение оказывает вторая группа, которая связана с утратой высших эмоций и искажением мотивационной сферы [92]. В связи с этим, совершаемые данной группой лиц ООД часто носят характер «безмотивных» или «холодных» поступков, что объясняет преобладание преступлений против личности и здоровья в отношении близких и знакомых людей. Подобные нарушения связаны как с нарушением мотивационной сферы личности, так и с особенностями эмоциональной регуляции поведения и деятельности, которые базируются на патологии головного

мозга, а именно соотношения нарушений в корковых и подкорковых отделах [14, 88].

Определяющими факторами противоправного поведения лиц с органическими повреждениями головного мозга являются нарушение контроля за своими эмоциями, импульсивность, эмоциональная лабильность, раздражительность, легкость возникновения приступов агрессии [92].

Преступления, совершаемые лицами с расстройствами личности, связаны с патологией характера и искажением в соответствии с ним смысловой сферы, деформацией самосознания, отсутствием навыков продуктивного разрешения конфликтов. У данной группы агрессия часто выступает в качестве способа самореализации, снятия напряжения или мести [66].

Данные, представленные в литературе, в большей степени описывают мотивационные нарушения у лиц с различными формами психической патологии, т.е. рассматриваются нарушения смыслового уровня саморегуляции. В связи с этим, представляется целесообразным проведение исследования, направленного на изучение операционального уровня саморегуляции, который обеспечивает инициацию действий и управление поведением в течение его непосредственной реализации.

3. Эмпирическое исследование особенностей принятия решений и операционального уровня саморегуляции у психически больных

3.1. Объем и условия проведения исследования

Объект: особенности саморегуляции у лиц с психической патологией.

Предмет: психологические особенности принятия решений лицами и операционального уровня саморегуляции у лиц психической патологией.

Характеристика выборки

Выборку составили три группы испытуемых.

Первая группа включает 87 мужчин в возрасте от 18 до 66 (средний возраст – 34,3 года), проходивших стационарную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в Федеральном Государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Из них диагноз параноидная шизофрения имеют 18 человек, шизотипическое расстройство – 18 человек, органическое поражение головного мозга – 20 человек и расстройство личности – 31 человек.

Критерии включения: наличие психического расстройства (расстройства шизофренического спектра (F20–F29), расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга

(F07), специфические и смешанные расстройства личности (F60–F61)), возбуждение уголовного дела по факту совершения правонарушения.

Вторая группа испытуемых состоит из 20 мужчин с диагнозами, относящимся к расстройствам шизофренического спектра, в возрасте от 24 до 48 лет (средний возраст – 32,2 года), находящихся на стационарном лечении в Государственном Бюджетном Учреждении Московской области «Центральная Клиническая Психиатрическая Больница» и не совершавших ООД.

Критерии включения: наличие установленного диагноза, относящегося к расстройствам шизофренического спектра (F20–F29).

Критерии исключения: иные психические расстройства и расстройства поведения, криминальный анамнез.

Контрольная группа включает 23 мужчин в возрасте от 19 до 59 (средний возраст – 30 лет), не страдающих психическими расстройствами с нормосообразным поведением.

Выбор данных групп был обусловлен необходимостью описания особенностей принятия решения и операционального уровня саморегуляции у психически больных, в том числе и совершивших противоправные действия. Соответственно, такое разделение позволит выявить особенности принятия решения не только в зависимости от наличия психического заболевания, но и от способности индивида соблюдать правовые нормы, а также провести сравнение с группой условной нормы, т.е. людей, которые не страдают психическими расстройствами и не совершали ООД.

Гипотезы исследования:

1. Выраженность нарушений саморегуляции психически больных, связанных с дефицитностью анализа ситуации выбора, сужением оснований принятия решения, увеличивается в ситуациях как недостатка, так и избытка информации.

2. Уровень неопределенности, информационной и эмоциональной насыщенности ситуации оказывают различное влияние на особенности принятия решений и саморегуляции у психически больных в зависимости от нозологической принадлежности.

Процедура исследования

На первом этапе исследования было проведено изучение особенностей принятия решения и организации деятельности психически больными, совершавшими ООД. Первичный анализ полученных данных выявил необходимость трансформации методического комплекса и расширения выборки. Соответственно, в методический комплекс были добавлены две методики: «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой и полупроективная методика «Ситуационный анализ» В.Г. Булыгиной, направленная на изучение особенностей операционального уровня саморегуляции в зависимости от специфики ситуации выбора.

Таким образом, в методический комплекс включал в себя следующие методики:

- «Словесно-цветовая интерференция» Дж. Струпа, направленная на оценку ригидности/гибкости в ситуации необходимости преодоления интерферирующих факторов [110].

- «Сравнение похожих рисунков» Дж. Кагана, направленная на оценку рефлексивности/импульсивности [87].

- «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой [74].

- Новый опросник толерантности к неопределенности Т.В. Корниловой, направленный на диагностику толерантности к неопределенности (ТН), интолерантности к неопределенности (ИТН), в том числе в межличностных отношениях (МИТН) [44].

- Методика «Выявление осознанности мотивов» А. В. Ермолина и Б. П. Ильина, используемая нами для оценки степени планирования своего поведения и учета различных ситуативных факторов при организации деятельности: опора на интересы (ИН), долженствование (Д), социальные нормы (СН), оценка эмоционального состояния (ОС), оценка своих возможностей (ОВ), оценка условий (ОУ), прогнозирование последствий (ПП) [27].

- Полупроективная методика «Ситуационный анализ» (Булыгина В.Г., 2017), направленная на изучение особенностей анализа ситуаций с учетом избыточности/недостаточности информационной и эмоциональной составляющих для анализа, уровня неопределенности, чувствительности к противоречиям.

- Для оценки патопсихологических особенностей обследованных были использованы данные экспериментально-психологических исследований.

3.2. Статистическая обработка данных

Исходя из целей и задач исследования, а также с учетом специфики анализируемых переменных были выполнены следующие статистические операции:

- расчет частотных таблиц;
- проверка статистических гипотез на основе t-критерия Стьюдента;
- статистическое сравнение групп с использованием критерии U-Mann-Whitney и Краскела-Уолиса для независимых выборок;
- анализ таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 , позволяющий совместить частоты появления наблюдений на разных уровнях рассматриваемых факторов;
- расчет корреляционных матриц на основе линейной корреляции и непараметрических методов. Для непараметрических данных был применен коэффициент корреляции Спирмена, для метрических – Пирсона;
- дисперсионный однофакторный анализ с применением попарных межгрупповых сравнений по методу Шеффе;
- регрессионный анализ для разработки моделей прогнозирования;
- построение ROC-кривых для оценки качества моделей.

Критерием статистической достоверности получаемых выводов мы считали общепринятую в психологии величину $P \leq 0,05$.

Статистическая обработка полученных данных производилась в программе IBM SPSS Statistics v23.

3.3. Описание и анализ результатов

3.3.1. Психологические компоненты принятия решения и особенности операционального уровня саморегуляции у психически больных лиц

Сравнительный анализ особенностей принятия решений и операционального уровня саморегуляции (табл. 1) показал, что для лиц с психической патологией характерны существенные нарушения саморегуляции по сравнению с группой лиц, не страдающих психическими расстройствами (0,000). Данные нарушения проявляются в трудностях изменения своего поведения в соответствии с изменяющимися условиями (0,003) и переключения с одного вида деятельности на другой (0,000), что приводит к большому количеству ошибок при принятии решения (0,000).

Таблица 1 - Особенности принятия решения и операционального уровня саморегуляции у лиц с психической патологией

	$U_{эмп.}$	Р	Средние ранги	
			Группа лиц с психической патологией	Группа с нормы
ТН	20,545	0,003	49,3271	57,2609
Рефлексивность	7,525	0,000	6,4340	10,6087

Ригидность	12,763	0,00 0	15,4667	3,6957
ОИ	18,864	0,02 5	0,0841	0,2609
Д	11,762	0,00 1	0,3178	1,4348
ОС	10,532	0,00 3	0,4860	1,3478
ОУ	23,097	0,00 0	0,1589	0,7826
ПП	79,008	0,00 0	0,0561	0,6087
Самостоятельность	9,056	0,03 1	4,5500	5,6522
Общий уровень саморегуляции	9,288	0,00 0	24,2250	36,0000

Лиц с психической патологией характеризует меньшая развитость регуляторной автономности (0,031), что проявляется в несамостоятельности выдвижения планов и построения программ действий.

При принятии решения для психически больных характерен меньший анализ ситуации выбора, так у группы статистической нормы в большей степени представлены различные основания совершения выбора, относящиеся как удовлетворению собственных потребностей (опора на интересы при принятии решения (0,025)), так и ориентированные на обязанности перед другими людьми (0,001), социальные ценности, связанные с развитыми эмпатическими способностями (0,003), оценку условий протекания деятельности и необходимых усилий для достижения результата (0,000) и прогнозирование последствий решения (0,000).

В ходе анализа особенностей организации деятельности было выявлено, что лица с психической патологией в ситуации недостатка информации склонны воспринимать ситуацию выбора не в полном объеме (60%), не уделяя внимания существенным деталям (57,5%). Адекватность интерпретации ситуации этом сохранна частично (60%), однако, является недостаточно социально направленной (30%) и содержит в себе агрессивные тенденции (30%). Учет социального контекста ситуации затруднен в большинстве случаев (70%).

В условиях повышенной неопределенности лица с психической патологией склонны привносить личностный смысл в интерпретацию ситуации выбора (57,5%). Прогнозирование альтернативных вариантов развития событий и последствий выбора затруднено (45%).

При эмоциональной насыщенности ситуации недостатка информации количество привнесений личностного смысла резко сокращается (15,8%), при этом более выражен учет социального контекста при принятии решения (63,2%).

В условиях достаточного для принятия решения количества информации увеличивается количество адекватных (92,3%), детализированных (73,1%) интерпретаций ситуации выбора у лиц с психическими расстройствами. В данных условиях испытуемые данной группы способны прогнозировать последствия выбора (64,1%) и учитывать социальный контекст выбора (56,4%), однако эмоциональная составляющая ситуации в большинстве случаев игнорируется (59%).

При увеличении неопределенности ситуации существенно снижается адекватность (48,7%) и детализация

(35,9%) интерпретаций, количество различных альтернатив выбора (41%), что свидетельствует о снижении функции прогнозирования в ситуации повышенной неопределенности. Учет социального контекста при принятии решения производится в меньшей степени (33,4%), также более выражены нарушения анализа эмоциональной составляющей ситуации (74,4%).

В условиях эмоциональной насыщенности при достаточном количестве информации практически отсутствуют привнесение личностного смысла (5,1%), интерпретации носят социально приемлемый характер (64,1%), эмоциональный контекст при этом не учитывается (38,4%).

В ситуации избытка информации по сравнению с условиями достаточного количества информации в меньшей степени характерны детализированные интерпретации (53,8%), прогнозирование последствий снижено (43,6%), социальный (48,7%) и социальный контекст (46,1%) учитываются в меньшей степени. При увеличении неопределенности отсутствуют значимые изменения, однако, повышается количество агрессивных тенденций (25,6%).

В эмоционально насыщенной ситуации в условиях избытка информации увеличивается количество адекватных (92,5%), при этом полнота (55%) и детализация (37,5%) восприятия не является сильно выраженной характеристикой. Социальная приемлемость интерпретаций (52,5%) и ориентация на эмоциональный контекст (50%) находятся на достаточно высоком уровне, однако, присутствуют достаточные нарушения прогнозирования последствий выбора (52,5%).

Анализируя способность учитывать противоречия при принятии решений и организации деятельности было выявлено, что лица с психической патологией в значительной степени реже (0,000) вне зависимости от количества информации для принятия решения не включают в анализ ситуации, существующие в ней противоречия.

3.3.2. Взаимосвязи психологических особенностей принятия решений и операционального уровня саморегуляции с патопсихологическими особенностями

По результатам корреляционного анализа переменных, отражающих психологические особенности принятия решений и патопсихологические особенности, были выявлены следующие значимые взаимосвязи у группы лиц, совершивших ООД.

Оценка собственных способностей при планировании деятельности и принятии решения связана с нарушениями критичности ($R_{эмп} = - 0,300$, $p = 0,005$), достаточной способностью ориентироваться в практических, житейских ситуациях ($R_{эмп} = 0,336$, $p = 0,001$), нормальной работоспособностью ($R_{эмп} = 0,319$, $p = 0,003$) и формальностью ассоциаций ($R_{эмп} = - 0,323$, $p = 0,002$).

Способность к планированию коррелирует с высоким общим уровнем познания ($R_{эмп} = 0,570$, $p = 0,009$) и адекватными ассоциативными образами ($R_{эмп} = 0,468$, $p = 0,037$).

Моделирование, как способность выделять значимые условия для достижения целей, связано с формальностью ассоциативных образов ($R_{эмп} = 0,539$, $p = 0,014$), снижением уровня обобщения ($R_{эмп} = - 0,617$, $p = 0,004$), опорой при принятии решения на значимые социальные нормы и ценности ($R_{эмп} = 0,712$, $p = 0,000$), достаточным анализом ситуации выбора ($R_{эмп} = 0,544$, $p = 0,016$), адекватной оценкой результатов своей деятельности ($R_{эмп} = 0,613$, $p = 0,004$) и низкой обучаемостью ($R_{эмп} = - 0,334$, $p = 0,002$).

Программирование, как способность продумывать способы достижения целей, коррелирует с отсутствием нарушений внимания ($R_{эмп} = 0,601$, $p = 0,005$).

Ригидность связана с высоким общим уровнем познания ($R_{эмп} = - 0,340$, $p = 0,001$), высоким объемом сведений и знаний ($R_{эмп} = - 0,334$, $p = 0,002$) и соскальзываниями ($R_{эмп} = 0,312$, $p = 0,003$). Гибкость при этом коррелирует с адекватностью ассоциативными образами ($R_{эмп} = 0,472$, $p = 0,036$), их эмоциональной насыщенностью ($R_{эмп} = - 0,458$, $p = 0,042$) и снижениями памяти ($R_{эмп} = - 0,532$, $p = 0,016$). Вследствие того, что гибкость тесно связана с толерантностью к неопределенности ($R_{эмп} = 0,658$, $p = 0,002$), то можно говорить и о связи с высоким общим уровнем саморегуляции ($R_{эмп} = 0,493$, $p = 0,027$).

Самостоятельность при принятии решения связана с достаточным общим уровнем познания ($R_{эмп} = - 0,457$, $p = 0,043$), замедленным темпом работоспособности ($R_{эмп} = 0,647$, $p = 0,002$) и значительным влиянием потребностей в момент совершения выбора ($R_{эмп} = 0,456$, $p = 0,043$).

Адекватность интерпретации ситуации выбора связана с колебаниями внимания ($R_{эмп} = - 0,480$, $p = 0,032$), с

отсутствием нарушений внимания связано выдвижение социально приемлемых альтернатив ($R_{эмп} = 0,493, p = 0,027$), в том числе и в условиях повышенной неопределенности ($R_{эмп} = 0,522, p = 0,018$), а также полнотой восприятия ($R_{эмп} = 0,529, p = 0,016$) и социальной приемлемостью альтернатив ($R_{эмп} = 0,493, p = 0,027$) в условиях эмоциональной насыщенности ситуации выбора. Также в эмоционально насыщенных условиях полнота анализа ситуации выбора положительно связана с высоким общим уровнем познания ($R_{эмп} = 0,587, p = 0,007$).

Адекватность ассоциаций связана с отсутствием нарушений функции прогнозирования ($R_{эмп} = 0,464, p = 0,039$) и социальной приемлемостью выдвигаемых альтернатив ($R_{эмп} = 0,525, p = 0,017$), в том числе и в условиях повышенной неопределенности ($R_{эмп} = 0,464, p = 0,039$; $R_{эмп} = 0,606, p = 0,005$). Выхолощенность ассоциаций коррелирует с адекватностью интерпретации ситуации выбора в условиях повышенной неопределенности ($R_{эмп} = -0,471, p = 0,036$). Адекватность ассоциаций также связана с полнотой восприятия ситуации выбора ($R_{эмп} = 0,677, p = 0,001$), отсутствием нарушений прогнозирования ($R_{эмп} = 0,464, p = 0,039$) и достаточной детализацией интерпретаций ($R_{эмп} = 0,546, p = 0,013$) в эмоционально насыщенных условиях.

Проведение обобщения по субъективному критерию коррелирует с адекватностью интерпретации ситуации выбора ($R_{эмп} = -0,480, p = 0,032$), снижение уровня обобщения с функцией прогнозирования ($R_{эмп} = -0,452, p = 0,045$), отсутствие нарушений операционального компонента

мышления связано с социальной приемлемостью альтернатив ($R_{эмп} = 0,605, p = 0,005$).

С нарушением мотивационного компонента мышления в виде резонерства связаны адекватность интерпретации ситуации выбора ($R_{эмп} = -0,538, p = 0,014$), функция прогнозирования ($R_{эмп} = -0,453, p = 0,045$), наличие социально приемлемых альтернатив ($R_{эмп} = -0,474, p = 0,035$).

Таким образом, для лиц с психической патологией характерны следующие взаимосвязи между особенностями операционального уровня саморегуляции и патопсихологическими характеристиками. Способность к планированию связана с высоким уровнем познания и адекватностью ассоциативных образов; моделирование связано с некоторой формальностью ассоциативных образов, опорой при принятии решения на значимые социальные нормы и ценности, достаточным анализом ситуации выбора, адекватной оценкой результатов своей деятельности. С высоким общим уровнем саморегуляции связана гибкость и адекватность ассоциативных образов.

С нарушением функции прогнозирования и учета социального контекста связана неадекватность ассоциативных образов, снижением уровня обобщения, нарушения внимания. При нарушении мотивационного компонента мышления способность адекватно интерпретировать ситуацию выбора, выдвигать социально приемлемые альтернативы и прогнозировать дальнейшее развитие ситуации снижается.

3.3.3. Психологические компоненты принятия решения и особенности операционального уровня саморегуляции у психически больных лиц, совершивших ООД

Сравнительный анализ особенностей принятия решения и операционального компонента саморегуляции проводился между группами больных с расстройствами шизофренического спектра. Было выявлено (табл. 2), что для лиц, совершивших ООД (группа А) характерны следующие особенности (по сравнению с группой психически больных ООД не совершавших (группа В)).

Таблица 2 - Особенности принятия решений психически больных лиц, совершивших ООД

Переменная	$U_{\text{эмп.}}$	Р	Средние ранги	
			Группа А	Группа В
МИТН	465, 5	0,02 1	27,25	33,78
Ригидность	566, 0	0,00 0	22,78	38,80
ОС	488, 0	0,04 3	26,66	34,90
ПП	295, 0	0,00 8	27,26	33,75

Для больных с расстройствами шизофренического спектра, совершивших ООД, характерна меньшая оценка своего эмоционального состояния в момент принятия решения, неспособность прогнозировать последствия выбора и более выраженная способность к изменению своего

поведения в изменяющихся условиях, что отражается и в ситуациях межличностного взаимодействия, т.е. испытуемые данной группы не испытывают дискомфорта в случае неопределенности в отношениях с другими людьми.

Анализируя особенности организации деятельности в зависимости от количества информации, содержащейся в ситуации выбора было выявлено следующее.

В ситуации недостатка информации больные с расстройствами шизофренического спектра, совершившие ООД, достоверно чаще приносят в ситуацию личные смыслы (0,022), интерпретации не являются социально приемлемыми (0,000). При этом эмоциональный контекст ситуации испытуемые данной группы способны учитывать в большей степени (0,006) по сравнению с группой лиц, не совершавших ООД. В условиях повышенной неопределенности резко снижается адекватность интерпретации ситуации у психически больных, совершивших ООД, в то время как у второй группы испытуемых адекватность интерпретаций частично сохраняется (0,012). В эмоционально насыщенных условиях больные с расстройствами шизофренического спектра, совершившие ООД, склонны продуцировать агрессивные варианты развития ситуации (0,007).

При достаточном количестве информации для принятия решения лица, совершившие ООД, дают менее адекватные интерпретации по сравнению с больными с расстройствами шизофренического спектра, не совершавшими ООД (0,046).

Интерпретации ситуации больных с расстройствами шизофренического спектра, совершивших ООД, в условиях избыточного количества информации характеризуются

большой степенью агрессивности (0,016). При эмоциональной насыщенности ситуации выбора для данной группы характерно приносить большое количество личностных смыслов (0,005), а также выдвигать социально неприемлемые интерпретации и альтернативы дальнейшего развития ситуации (0,046).

В ходе анализа криминологических характеристик лиц в зависимости от нозологической принадлежности были выявлены следующие особенности:

- преступления, связанные с незаконным хранением и распространением наркотических средств, более чем в 40% случаев совершают больные шизофренией (Хи-квадрат = 10,718, $p = 0,013$);
- преступления против половой неприкосновенности в 50% случаев совершают больные шизотипическим расстройством (Хи-квадрат = 8,037, $p = 0,045$);
- агрессивные преступления против личности почти в 54% случаев совершают лица с органическим поражением головного мозга (Хи-квадрат = 8,931, $p = 0,030$).

Первичный анализ особенностей принятия решения и организации деятельности психически больными, совершившими ООД, в зависимости от установленного им диагноза, показал наличие значимых различий по переменным «толерантность к неопределенности» (0,0014), «ригидность» (0,045) и «оценка условий» (0,049).

Более детальный анализ показал, что лица с расстройством личности значительно чаще способны более гибко реагировать в ситуации неопределенности, оценивать ситуативные условия (по сравнению с группой больных

шизофренией), при этом в ситуации межличностного взаимодействия, они испытывают потребность в стабильности, т.е. им характерна повышенная интолерантность к неопределенности (табл. 3).

Таблица 3 - Особенности принятия решений больными шизофренией и расстройством личности

Переменная	$U_{эмп.}$	р	Средние ранги	
			Шизофрения	Расстройство личности
ТН	111,0	0,000	15,53	29,42
МИТН	162,5	0,029	18,56	27,76
ОУ	194,0	0,000	20,41	26,74

Различия по критерию интолерантности к неопределенности также являются статистически значимыми между группами больных шизофренией и шизотипическим расстройством ($U_{эмп.} = 94,0$, $p = 0,033$), причем у группы лиц с шизотипическим расстройством в большей степени характерны трудности принятия решений в ситуации неопределенности (средний ранг группы больных шизотипическим расстройством - 22,05, у группы больных шизофренией - 14,53).

Для лиц с органическим поражением головного мозга характерна повышенная ригидность (табл. 4), по сравнению с группами лиц расстройством личности и больных шизофренией, что приводит к нарушению способности гибко реагировать в ситуации неопределенности.

Таблица 4 - Выраженность трудностей ориентации в новой ситуации у психически больных

Переменная	$U_{эмп.}$	P	Средние ранги	
			Шизофрения	Органическое поражение головного мозга
Ригидность	99,0	0,030	14,82	22,55
			Расстройство личности	Органическое поражение головного мозга
	173,0	0,008	21,58	32,85

По результатам проведенного однофакторного дисперсионного анализа (табл. 5) было выявлено, что наибольшее значение имеет толерантность к неопределенности, как фактор обуславливающий способность гибко ориентироваться в ситуации принятия решения. В наибольшей степени толерантность к неопределенности выражена у лиц с расстройствами личности, что говорит об их способности гибко менять свое поведение в различных ситуациях. В меньшей степени толерантность к неопределенности характерна для больных шизофренией, что может приводить к предпочтению стереотипного поведения и нарушает регуляцию в момент совершения ООД.

Таблица 5 - Роль толерантности к неопределенности

	Среднее	Уровень P
Шизофрения	44,0000	0,016
Шизотипическое расстройство	49,7895	
Органическое поражение головного мозга	49,5500	

Расстройство личности	55,6129	
-----------------------	---------	--

Анализ особенностей принятия решения и организации деятельности в зависимости от количества информации, содержащейся в ситуации выбора, а также от ее особенностей показал следующее.

В условиях недостатка информации (табл. 6) было выявлено, что больные шизофренией (группа 1) склонны воспринимать информацию менее детализировано, не учитывая социальный контекст, принося в ситуацию выбора личностный смысл. Прогнозирование возможных последствий у таких больных нарушается, вследствие в целом неадекватного восприятия ситуации.

Больные шизотипическим расстройством (группа 2) в целом анализируют ситуацию выбора схожим образом с больными шизофренией. При этом отличительной особенностью восприятия ситуации выбора данной нозологической группой является более детализированный анализ ситуации.

Лица с органическим поражением головного мозга (группа 3), в большинстве случаев, воспринимают ситуацию выбора не детализировано, без существенного привнесения личностного смысла, учитывая социальный контекст. Прогнозирование возможных последствий доступно, выдвигаемые возможные альтернативы достаточно адекватны ситуации.

Лица с расстройствами личности (группа 4) воспринимают ситуацию выбора достаточно детализировано, без привнесения личностных смыслов, учитывая в

достаточной степени социальный контекст. Прогнозирование последствий выбора у данной группы не нарушено.

Таблица 6 - Особенности восприятия ситуации выбора и организации деятельности в условиях недостатка информации

	Групп а 1	Групп а 2	Групп а 3	Групп а 4
Адекватность ситуации (Хи-квадрат = 20,148, p = 0,003)				
Отсутствует	100%	100%	57,1%	0%
Частично присутствует	0%	0%	28,6%	0%
Присутствует	0%	0%	14,3%	100%
Детализация (Хи-квадрат = 14,545, p = 0,024)				
Отсутствует	100%	0%	85,7%	16,7%
Частично присутствует	0%	66,7%	0%	66,7%
Присутствует	0%	33,3%	14,3%	16,7%
Привнесение личностного смысла (Хи-квадрат = 10,372, p = 0,016)				
Отсутствует	0%	100%	85,7%	65%
Присутствует	100%	0%	14,3%	35%
Наличие альтернатив (Хи-квадрат = 11,534, p = 0,009)				
Отсутствует	100%	66,7%	71,4%	0%
Присутствует	0%	33,3%	28,6%	100%
Социальная приемлемость (Хи-квадрат = 14,312, p = 0,026)				
Отсутствует	100%	100%	57,1%	0%
Присутствует	0%	0%	42,9%	100%

В ситуации повышенной неопределенности стимульного материала для всех категорий исследуемых психически больных характерно (табл. 7) более адекватное восприятие информации по сравнению с ситуацией меньшей

неопределенности. При этом по критериям полноты, детальности восприятия информации, а также прогнозирования возможных последствий подобных изменений не обнаружено.

У лиц с расстройствами личности возрастает количество привнесений личностного смысла в интерпретации ситуации выбора.

Лица с органическим поражением головного мозга совершают выбор стратегии своего дальнейшего поведения с учетом социальных норм, т.е. в ситуации меньшей неопределенности для них характерна большая социальная приемлемость ответов.

Таблица 7 - Особенности восприятия ситуации выбора и организации деятельности в условиях повышенного уровня неопределенности при недостатке информации

	Группа 1	Групп а 2	Групп а 3	Группа 4
Адекватность ситуации (Хи-квадрат = 10,179, p = 0,017)				
Частично присутствует	100%	66,7%	14,3%	83,3%
Присутствует	0%	33,3%	85,7%	16,7%
Полнота описания ситуации (Хи-квадрат = 17,403, p = 0,008)				
Отсутствует	100%	0%	85,7%	16,7%
Частично присутствует	0%	66,7%	0%	83,3%
Присутствует	0%	33,3%	14,3%	0%
Детализация (Хи-квадрат = 17,403, p = 0,008)				
Отсутствует	100%	0%	85,7%	16,7%
Частично присутствует	0%	66,7%	0%	83,3%
Присутствует	0%	33,3%	14,3%	0%
Привнесение личностного смысла (Хи-квадрат = 24,317, p =				

	0,000)			
Отсутствует	100%	100%	85,7%	16,7%
Присутствует	0%	0%	14,3%	83,3%
Наличие альтернатив (Хи-квадрат = 11,534, p = 0,009)				
Отсутствует	100%	66,7%	71,4%	0%

Продолжение таблицы

Присутствует	0%	33,3%	28,6%	100%
Социальная приемлемость (Хи-квадрат = 18,026, p = 0,006)				
Отсутствует	100%	100%	57,1%	0%
Присутствует	0%	0%	42,9%	100%

В условиях эмоциональной насыщенности при недостатке информации обнаружены следующие изменения (табл. 8). Больные шизотипическим расстройством в данных условиях в большей степени склонны интерпретировать ситуацию как угрожающую и прогнозировать дальнейшее развитие ситуации с наличием агрессивных элементов, что в сочетании с низкой социальной направленностью, может представлять собой фактор риска совершения ООД.

Также агрессивные тенденции характерны для лиц с органическим поражением головного мозга, однако, в сочетании с высокой социальной приемлемостью интерпретаций и прогнозов их влияние на поведение будет снижено, т.к. значение социального контекста является фактором, сдерживающим противоправное поведение.

У больных шизофренией и шизотипическим расстройством специфических изменений особенностей принятия решения выявлено не было, восприятие ситуации выбора, собственно принятие решения и организация

деятельности протекает таким же образом, как и при отсутствии эмоционального контекста.

Таблица 8 - Особенности восприятия ситуации выбора и организации деятельности в эмоционально насыщенных условиях недостатка информации

	Группа а 1	Группа 2	Группа а 3	Группа 4
Адекватность ситуации (Хи-квадрат = 16,169, p = 0,013)				
Отсутствует	100%	100%	57,1%	0%

Продолжение таблицы

Присутствует	0%	0%	42,9%	100%
Привнесение личностного смысла (Хи-квадрат = 11,950, p = 0,008)				
Отсутствует	0%	100%	85,7%	83,3%
Присутствует	100%	0%	14,3%	16,7%
Наличие альтернатив (Хи-квадрат = 11,534, p = 0,009)				
Отсутствует	100%	66,7%	71,4%	0%
Присутствует	0%	33,3%	28,6%	100%
Социальная приемлемость (Хи-квадрат = 14,312, p = 0,026)				
Отсутствует	100%	100%	57,1%	0%
Присутствует	0%	0%	42,9%	100%
Агрессивные тенденции (Хи-квадрат = 23,810, p = 0,001)				
Отсутствует	100%	0%	71,4%	100%
Присутствует	0%	100%	28,6%	0%

В условиях достаточного для принятия решения количества информации для исследуемых психологических групп характерны следующие особенности (табл. 9).

Больные шизофренией склонны действовать также, как и в условиях недостатка информации, т.е. им характерно неадекватное восприятие ситуации выбора, с привнесением личностного смысла, без учета социального контекста, нарушение способности выдвигать различные альтернативы.

Больные шизотипическим расстройством, как и в условиях недостатка информации, анализируют ситуацию выбора также, как и больные шизофренией. Отличием данной нозологической группы является меньшее привнесение личностных смыслов в ситуацию выбора.

Лица с органическим поражением головного мозга в условиях достаточной информации, по сравнению с ситуацией недостатка информации воспринимают информацию более адекватно и детализировано, частично прогнозируя возможные варианты развития ситуации, учитывая социальный контекст и незначительно привнося в ситуацию выбора личностные смыслы.

Лица с расстройствами личности в большинстве случаев воспринимают информацию адекватно и детализировано, незначительно привнося личностные смыслы, учитывая социальный контекст и прогнозируя дальнейшее развитие ситуации.

Таблица 9 - Особенности восприятия ситуации выбора и организации деятельности в условиях достаточного количества информации

	Групп а 1	Групп а 2	Групп а 3	Группа 4
Адекватность ситуации (Хи-квадрат = 11,950, p = 0,008)				
Отсутствует	100%	0%	14,3%	16,7%
Присутствует	0%	100%	85,7%	83,3%
Детализация (Хи-квадрат = 14,545, p = 0,024)				
Отсутствует	100%	0%	85,7%	16,7%
Частично присутствует	0%	66,7%	0%	66,7%
Присутствует	0%	33,3%	14,3%	16,7%
Привнесение личностного смысла (Хи-квадрат = 10,179, p = 0,017)				

Отсутствует	0%	33,3%	85,7%	83,3%
Присутствует	100%	66,7%	14,3%	16,7%
Наличие альтернатив (Хи-квадрат = 12,857, p = 0,005)				
Отсутствует	100%	0%	57,1%	0%
Присутствует	0%	100%	42,9%	100%
Социальная приемлемость (Хи-квадрат = 11,380, p = 0,016)				
Отсутствует	100%	33,3%	57,1%	0%
Присутствует	0%	66,7%	42,9%	100%

При увеличении неопределенности стимульного материала (табл. 10) лица с расстройствами личности сохраняют способность к адекватному восприятию информации, прогнозированию возможных последствий, учету социального контекста, при этом детализация сохраняется лишь частично, а также достаточно часто присутствует привнесение личностного смысла на неопределенный материал.

Для больных шизотипическим расстройством в данных условиях характерна достаточно детальное восприятие, без привнесений личностного смысла, которое при этом не является адекватным ситуации. Способность к прогнозированию своей деятельности потенциально сохранна, однако, может нарушаться из-за отсутствия учета социального контекста ситуации.

У лиц с органическим поражением головного мозга в случае повышения неопределенности материала обнаруживается уменьшение количества адекватных интерпретаций, увеличивается количество привнесений личностных смыслов, уменьшается потенциальная способность к прогнозированию, при этом повышается количество деталей.

На способность к организации деятельности больных шизофренией увеличение неопределенности не оказывает существенного влияния.

Таблица 10 - Особенности восприятия ситуации выбора и организации деятельности в условиях повышенного уровня неопределенности при достаточном количестве информации

	Групп а 1	Групп а 2	Групп а 3	Группа 4
Адекватность ситуации (Хи-квадрат = 13,074, p = 0,004)				
Отсутствует	100%	100%	57,1%	0%
Присутствует	0%	0%	42,9%	100%
Детализация (Хи-квадрат = 14,345, p = 0,026)				
Отсутствует	100%	0%	71,4%	16,7%
Частично присутствует	0%	66,7%	14,3%	83,3%
Присутствует	0%	33,3%	14,3%	0%
Привнесение личностного смысла (Хи-квадрат = 10,179, p = 0,018)				

Продолжение таблицы

Отсутствует	0%	100%	71,4%	65,0%
Присутствует	100%	0%	28,6%	35,0%
Наличие альтернатив (Хи-квадрат = 15,238, p = 0,018)				
Отсутствует	100%	66,7%	71,4%	0%
Присутствует	0%	33,3%	28,6%	100%
Социальная приемлемость (Хи-квадрат = 16,169, p = 0,013)				
Отсутствует	100%	100%	57,1%	0%
Присутствует	0%	0%	42,9%	100%

Анализируя особенности принятия решения в условиях эмоциональной насыщенности при достаточном количестве информации (табл. 11) можно говорить о повышении опоры на социальные критерии у лиц с органическим поражением головного мозга и расстройствами личности (по сравнению с

эмоционально насыщенной ситуацией при недостатке информации).

Адекватность восприятия ситуации у лиц с расстройствами личности повышается, в то время как у лиц с органическим поражением головного мозга данная способность в эмоционально насыщенной ситуации снижается (по сравнению с эмоционально не насыщенной ситуацией). Также лица с органическим поражением головного мозга выдвигают меньшее количество альтернатив и воспринимают данную ситуацию как более определенную.

Эмоциональная насыщенности ситуации не оказывает существенного влияния на особенности принятия решения и организации деятельности у больных шизофренией и шизотипическим расстройством.

Таблица 11 - Особенности восприятия ситуации выбора и организации деятельности в эмоционально насыщенных условиях достаточного количества информации

	Групп а 1	Групп а 2	Групп а 3	Группа 4
--	--------------	--------------	--------------	-------------

Продолжение таблицы

Адекватность ситуации (Хи-квадрат = 16,169, p = 0,013)				
Отсутствует	100%	100%	57,1%	0%
Частично присутствует	0%	0%	14,3%	0%
Присутствует	0%	0%	28,6%	100%
Привнесение личностного смысла (Хи-квадрат = 11,950, p = 0,008)				
Отсутствует	0%	100%	85,7%	83,3%
Присутствует	100%	0%	14,3%	16,7%
Наличие альтернатив (Хи-квадрат = 15,238, p = 0,018)				
Отсутствует	100%	66,7%	71,4%	0%
Присутствует	0%	33,3%	28,6%	100%
Социальная приемлемость (Хи-квадрат = 16,169, p = 0,013)				

Отсутствует	100%	100%	57,1%	0%
Частично присутствует	0%	0%	14,3%	0%
Присутствует	0%	0%	28,6%	100%

В условиях избыточного для принятия решения количества информации для исследуемых нозологических групп характерны следующие особенности (табл. 12).

Больные шизофренией склонны действовать также, как в условиях недостаточного и достаточного количества информации, т.е. с существенным привнесением личностных смыслов, без учета существенных деталей, возможных альтернативных вариантов развития ситуации, социальных норм и требований, при этом отмечается увеличение количества адекватных интерпретаций.

Больные шизотипическим расстройством воспринимают ситуацию выбора без привнесения личностных смыслов, акцентируя внимание на деталях, при этом адекватность восприятия, продуцирование альтернатив и учет социального контекста нарушается.

Лица с органическим поражением головного мозга в условиях избыточной информации в целом способны адекватно воспринимать информацию, без существенных привнесений личностного смысла, при этом детализация, прогнозирование и учет социального контекста нарушаются.

Лица с расстройствами личности в ситуации избытка информации действуют также, как и в ситуации достаточного для принятия решения количества информации, т.е. воспринимают ситуацию в большей степени адекватно и детализировано, без существенного привнесения в интерпретацию личностного смысла, выдвигая различные

альтернативы и опираясь на социальные нормы при принятии решения.

Таблица 12 - Особенности восприятия ситуации выбора и организации деятельности в условиях избыточного количества информации

	Групп а 1	Групп а 2	Групп а 3	Группа 4
Адекватность ситуации (Хи-квадрат = 9,639, p = 0,022)				
Частично присутствует	100%	66,7%	85,7%	16,7%
Присутствует	0%	33,3%	14,3%	83,3%
Детализация (Хи-квадрат = 13,763, p = 0,032)				
Отсутствует	100%	0%	85,7%	16,7%
Частично присутствует	0%	66,7%	14,3%	66,7%
Присутствует	0%	33,3%	0%	16,7%
Привнесение личностного смысла (Хи-квадрат = 11,950, p = 0,008)				
Отсутствует	0%	100%	85,7%	83,3%
Присутствует	100%	0%	14,3%	16,7%
Наличие альтернатив (Хи-квадрат = 11,534, p = 0,009)				
Отсутствует	100%	66,7%	71,4%	0%
Присутствует	0%	33,3%	28,6%	100%
Социальная приемлемость (Хи-квадрат = 16,169, p = 0,013)				
<i>Продолжение таблицы</i>				
Отсутствует	100%	100%	57,1%	0%
Частично присутствует	0%	0%	14,3%	0%
Присутствует	0%	0%	28,6%	100%

При увеличении неопределенности стимульного материала (табл. 13) у лиц с расстройствами личности повышается адекватность восприятия, при этом снижается полнота восприятия ситуации и ее детализация. Альтернативы, выдвигаемые испытуемыми данной группы,

являются социально приемлемыми и свидетельствуют о сохранности функции программирования.

У больных шизотипическим расстройством в условиях неопределенности отсутствуют адекватные интерпретации ситуации, при этом их описание остается достаточно подробным. Социальный контекст в данном случае не учитывается, а прогнозирование доступно в меньшей степени.

У лиц с органическим поражением головного мозга, наоборот, повышается адекватность восприятия ситуации выбора, в то время как полнота и детализация описания снижаются. Социальный контекст потенциально учитывается при принятии решений, однако, прогнозирование последствий в значительной степени нарушено.

В ситуации повышенной неопределенности больные шизофренией дают в целом адекватные интерпретации с большим количеством альтернатив, при этом восприятие ситуации не является целостным и социально приемлемым.

Таблица 13 - Особенности восприятия ситуации выбора и организации деятельности в условиях повышенного уровня неопределенности при избыточном количестве информации

	Групп а 1	Групп а 2	Групп а 3	Группа 4
--	--------------	--------------	--------------	-------------

Продолжение таблицы

Адекватность ситуации (Хи-квадрат = 17,727, p = 0,007)				
Отсутствует	0%	100%	71,4%	0%
Присутствует	100%	0%	28,6%	100%
Полнота описания ситуации (Хи-квадрат = 12,627, p = 0,049)				

Отсутствует	100%	0%	85,7%	83,3%
Присутствует	0%	100%	14,3%	16,7%
Детализация (Хи-квадрат = 17,700, p = 0,007)				
Отсутствует	100%	0%	85,7%	16,7%
Частично присутствует	0%	66,7%	14,3%	83,3%
Присутствует	0%	33,3%	0%	0%
Наличие альтернатив (Хи-квадрат = 13,651, p = 0,003)				
Отсутствует	0%	66,7%	85,7%	0%
Присутствует	100%	33,3%	14,3%	100%
Социальная приемлемость (Хи-квадрат = 18,027, p = 0,006)				
Отсутствует	100%	100%	71,4%	0%
Присутствует	0%	0%	28,6%	100%

Анализируя особенности принятия решения в условиях эмоциональной насыщенности при избыточном количестве информации (табл. 14), можно говорить об увеличении адекватности и детализации интерпретаций, учета социального контекста и количества альтернатив и прогнозов больных шизотипическим расстройством. В то же время у данной категории испытуемых увеличивается количество привнесений личностных смыслов.

Для больных шизофренией эмоциональный контекст является фактором препятствующим адекватному восприятию и интерпретации ситуации в условиях избыточного количества информации. Также в данных условиях снижается способность выдвигать различные альтернативы и прогнозировать дальнейшее развитие ситуации.

У лиц с расстройствами личности на фоне способности к адекватной и достаточно детализированной интерпретации ситуации, способности учитывать альтернативные варианты развития ситуации, без привнесений личностного смысла,

снижается способность учитывать социальный контекст ситуации.

Для лиц с органическим поражением головного мозга характерно увеличение количества адекватных и детальных интерпретаций (по сравнению с эмоционально не насыщенной ситуацией). По сравнению с эмоционально насыщенными ситуациями в условиях недостаточного и достаточного количества информации изменений не выявлено.

Таблица 14 - Особенности восприятия ситуации выбора и организации деятельности в эмоционально насыщенных условиях избыточного количества информации

	Группа 1	Групп а 2	Групп а 3	Группа 4
Адекватность ситуации (Хи-квадрат = 13,376, p = 0,037)				
Отсутствует	100%	33,3%	57,1%	0%
Частично присутствует	0%	0%	14,3%	0%
Присутствует	0%	66,7%	28,6%	100%
Детализация (Хи-квадрат = 15,317, p = 0,018)				
Отсутствует	100%	0%	71,4%	0%
Частично присутствует	0%	66,7%	28,6%	83,3%
Присутствует	0%	33,3%	0%	16,7%
Привнесение личностного смысла (Хи-квадрат = 13,302, p = 0,004)				
Отсутствует	0%	33,3%	85,7%	100%
Присутствует	100%	66,7%	14,3%	0%
Наличие альтернатив (Хи-квадрат = 14,228, p = 0,003)				
Отсутствует	100%	0%	71,4%	0%
Присутствует	0%	100%	28,6%	100%

Продолжение таблицы

Социальная приемлемость (Хи-квадрат = 14,519, p = 0,024)				
Отсутствует	100%	33,3%	57,1%	0%
Частично присутствует	0%	0%	14,3%	66,7%
Присутствует	0%	66,7%	28,6%	33,3%

Анализируя способность учитывать противоречия при принятии решений и организации деятельности было выявлено (табл. 15), что в большей степени это характерно для лиц с органическим поражением головного мозга в ситуации достаточного количества информации. В ситуациях недостаточного и избыточного количества информации значимых различий выявлено не было.

Таблица 15 - Способность учитывать противоречия в ситуации выбора в условиях достаточного количества информации

	Групп а 1	Групп а 2	Группа 3	Групп а 4
Противоречие (Хи-квадрат = 17,402, p = 0,008)				
Отсутствует	100%	57,1%	14,3%	66,7%
Присутствует	0%	42,9%	85,7%	33,3%

Также для лиц с органическим поражением головного мозга характерна стереотипность восприятия (0,013), что может быть связано с высоким уровнем ригидности, характерным для данной группы испытуемых.

3.3.4. Влияние психологических компонентов принятия решения и особенностей операционального уровня саморегуляции на реализацию криминального поведения у психически больных

Для выделения психологических переменных, являющихся значимыми для прогноза вероятности влияния психологических особенностей на показатель реализации

криминального поведения, был проведен регрессионный анализ (табл. 16).

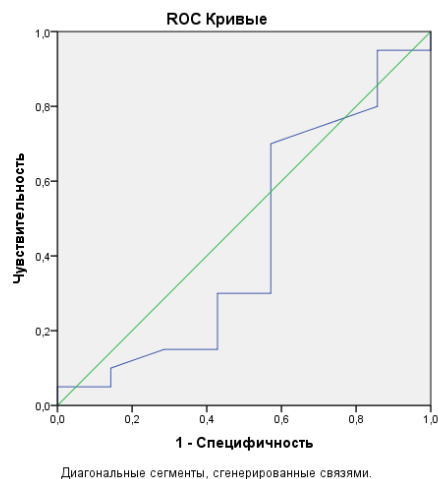
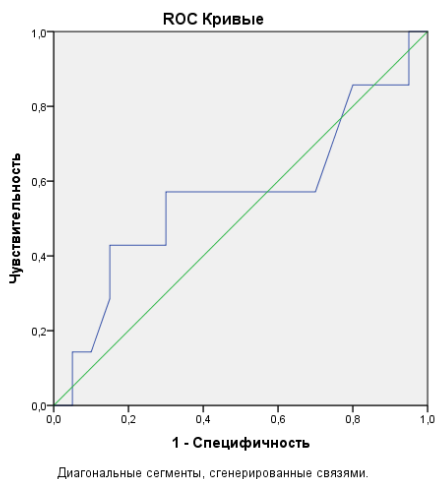
Таблица 16 - Результаты регрессионного анализа переменных, оказывающих значимое влияние криминальное поведение лиц с расстройствами шизофренического спектра

Параметр	Бета-коэффициент	Коэффициент	t	P
Intercept		0,295	0,577	0,000
Общий уровень саморегуляции	0,020	0,020	1,316	0,005
ПП	0,349	0,545	2,788	0,007
ИТН	0,011	0,011	1,860	0,045
МИТН	-0,086	-0,086	-1,770	0,049
Множественный коэффициент корреляции	0,665			
Коэффициент детерминации	0,442			
Статистика Фишера F	4,361			
Уровень p	0,010			

Наибольшее значение получили следующие психологические переменные: общий уровень саморегуляции (0,005) и интолерантность к неопределенности (0,045), в том числе в межличностном взаимодействии (0,049).

Для оценки качества каждой из построенных моделей были построены ROC-кривые.

Модель «общий уровень саморегуляции» (рис. 1) обладает большей прогностической ценностью для лиц, совершивших ООД (0,56) по сравнению группой психически больных, не совершавших ООД (0,44).



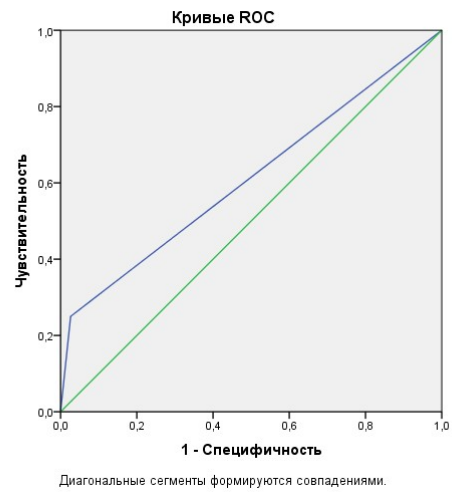
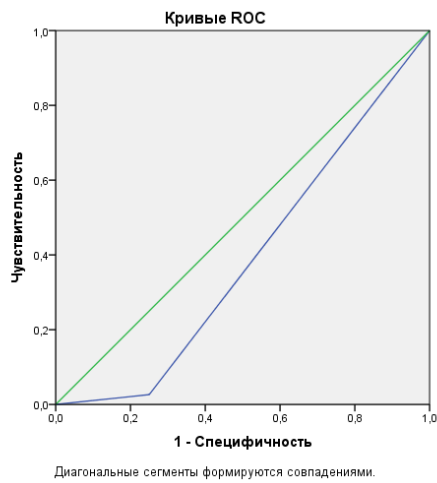
*Психически больные,
больные,
совершившие ООД*

*Психически
не совершавшие ООД*

Рисунок 1 – ROC-кривая, отображающая качество модели «общий уровень саморегуляции» для выборок в зависимости от наличия криминального поведения

Показатели чувствительности, отражающие процент идентифицированных случаев криминального поведения у психически больных, является достаточно высоким у группы лиц, совершивших ООД (85,5%), так у лиц, ООД не совершавших (95,7%).

Модель «прогнозирование последствий» (рис. 2) обладает большей прогностической ценностью для лиц, не совершавших ООД (0,61), по сравнению группой психически больных, совершивших ООД (0,39).



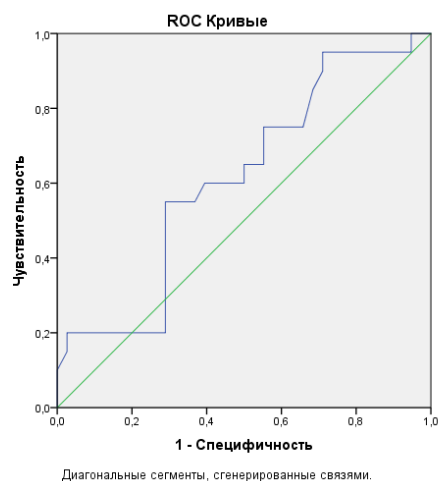
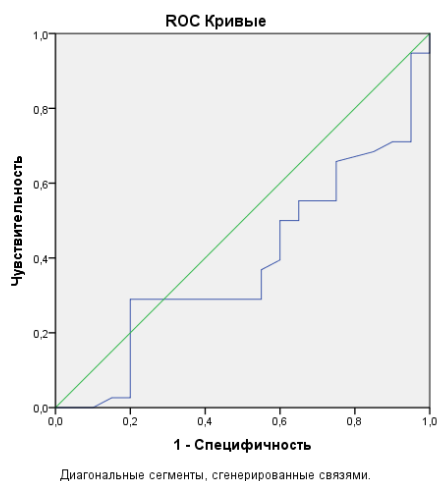
*Психически больные,
совершившие ООД*

*Психически больные,
не совершавшие ООД*

Рисунок 2 – ROC-кривая, отображающая качество модели «прогнозирование последствий» для выборок в зависимости от наличия криминального поведения

Показатели чувствительности, отражающие процент идентифицированных случаев криминального поведения у психически больных, является достаточно высоким у группы лиц, ООД не совершавших (79,2%), так и у психически больных, совершивших ООД (71,4%).

Модель «интолерантность к неопределенности» (рис. 3) обладает большей прогностической ценностью для лиц, не совершавших ООД (0,61), по сравнению группой психически больных, совершивших ООД (0,39).



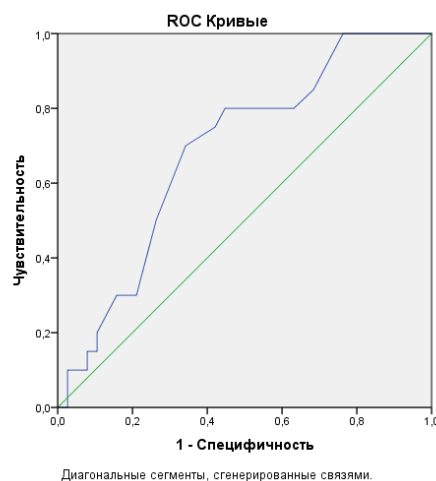
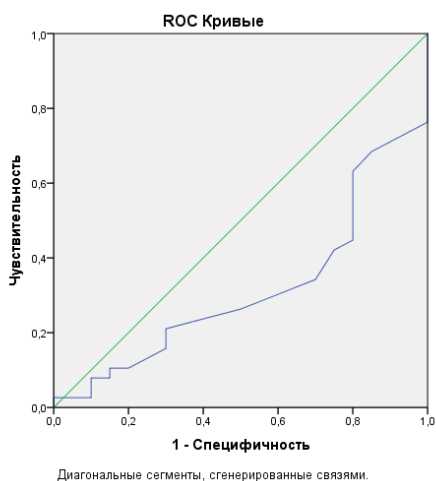
*Психически больные,
совершившие ООД*

*Психически больные,
не совершавшие ООД*

Рисунок 3 – ROC-кривая, отображающая качество модели «интолерантность к неопределенности» для выборок в зависимости от наличия криминального поведения

Показатели чувствительности, отражающие процент идентифицированных случаев криминального поведения у психически больных, является достаточно высоким у группы лиц, ООД не совершавших (95,0%), так и у психически больных, совершивших ООД (97,4%).

Модель «межличностная интолерантность к неопределенности» (рис. 4) обладает большей прогностической ценностью для лиц с психической патологией, не совершавших ООД (0,69) по сравнению группой психически больных, совершивших ООД (0,32).



*Психически больные,
совершившие ООД*

*Психически больные,
не совершавшие ООД*

Рисунок 4 – ROC-кривая, отображающая качество модели «межличностная интолерантность к неопределенности» для выборок в зависимости от наличия криминального поведения

Показатели чувствительности, отражающие процент идентифицированных случаев криминального поведения у психически больных, является достаточно высоким у группы лиц с психической патологией, ООД не совершавших (95,0%), так и у психически больных, совершивших ООД (97,4%).

Таким образом, для лиц с психической патологией, не совершавших ООД, характерны более высокие показатели общего уровня саморегуляции и интолерантности к неопределенности, в том числе в сфере межличностных отношений, а также более выраженная способность к прогнозированию последствий выбора по сравнению с группой психически больных, совершивших ООД.

Заключение

В работе был произведен анализ классических и современных представлений о процессе саморегуляции и особенностях принятия решений у психически больных и лиц условной нормы. Были рассмотрены факторы, влияющие на принятие решения и степень нарушения регуляции поведения психически больных в зависимости от их нозологической принадлежности. Также было проведено эмпирическое исследование особенностей принятия решений и операционального уровня саморегуляции у психически больных в зависимости от нормосообразности их поведения и нозологической принадлежности.

В теоретической части работы проводился анализ представлений о процессе принятия решения в рамках общей и клинической психологии, выделены психологические факторы принятия решений, характерные для лиц условной нормы. Были установлены связи принятия решения и саморегуляции, проанализированы нарушения принятия решения и регуляции поведения, возникающие у лиц с психической патологией, и их влияние на реализацию противоправного поведения.

Эмпирическое исследование позволило выявить особенности принятия решений и операционального уровня саморегуляции у психически больных в сравнении с группой лиц условной нормы, были установлены взаимосвязи выявленных особенностей с патопсихологическими характеристиками. Был проведен сравнительный анализ нарушений саморегуляции и принятия решения у лиц с расстройствами шизофренического спектра с криминальным

анамнезом и нормосообразным поведением, а также выделены переменные, оказывающие влияние на реализацию противоправного поведения. В рамках оценки нозоспецифичных особенностей у психически больных, совершивших ООД, были выявлены статистически значимые различия у исследуемых нами групп (больные параноидной шизофренией, шизотипичским расстройством, лица с органическим поражением головного мозга и лица с расстройствами личности).

В ходе исследования подтвердились все выдвигаемые гипотезы:

- выраженность нарушений саморегуляции психически больных, связанных с дефицитарностью анализа ситуации выбора, сужением оснований принятия решения, увеличивается в ситуациях как недостатка, так и избытка информации;
- уровень неопределенности, информационной и эмоциональной насыщенности ситуации оказывают различное влияние на особенности принятия решений и саморегуляции у психически больных в зависимости от нозологической принадлежности.

В ходе исследования было выявлено, что для психически больных характерна меньшая регулятивная автономность, узкий диапазон возможных оснований принятия решения. Также были выявлены существенные трудности адекватной интерпретации ситуации выбора в условиях недостатка информации, нарушение способности прогнозировать последствия в ситуации избытка информации. В ситуации повышенной неопределенности в условиях достаточного для принятия решения количества информации возрастает

количество неадекватных интерпретаций ситуации выбора. Эмоциональная насыщенность ситуации способствует повышению адекватности и социально приемлемости интерпретаций.

Соответственно, можно говорить о том, что подтверждается гипотеза об увеличении выраженности нарушений саморегуляции психически больных в ситуациях как недостатка, так и избытка информации.

Для группы лиц, совершивших ООД, характерны следующие нозологические различия. Лица с расстройством личности значительно чаще способны более гибко реагировать в ситуации неопределенности, оценивать ситуативные условия (по сравнению с группой больных шизофренией). Для них характерны в целом адекватные интерпретации ситуации выбора, при этом в условиях повышенной неопределенности отмечается наличие привнесений личностных смыслов, а в эмоционально насыщенных условиях в ситуации избытка информации снижается способность учитывать социальный контекст ситуации.

Для больных с шизотипическим расстройством в большей степени характерны трудности принятия решений в ситуации неопределенности по сравнению с группой больных шизофренией.

У лиц с органическим поражением головного мозга нарушается способность гибко реагировать в ситуации неопределенности. В ситуации достаточного и избыточного количества информации испытуемые данной группы способны адекватно интерпретировать ситуацию выбора, прогнозировать последствия и учитывать социальный

контекст. При этом в эмоционально насыщенных условиях ситуации как недостаточного, так и достаточного количества информации способность к адекватной интерпретации снижается и проявляются агрессивные тенденции.

Для больных с расстройствами шизофренического спектра характерны нарушения адекватности интерпретации ситуации выбора и прогнозирования последствий (вне зависимости от информационной насыщенности ситуации). В эмоционально насыщенных условиях было обнаружено, что для больных шизотипическим расстройством характерны агрессивные интерпретации и их низкая социальная направленность. В условиях эмоциональной насыщенности при избыточном количестве информации у больных шизотипическим расстройством увеличивается адекватность интерпретаций и прогнозов, в большей степени учитывается социальный контекст, при этом увеличивается количество привнесений личностных смыслов.

У больных шизофренией в эмоционально насыщенных условиях снижается способность выдвигать различные альтернативы и прогнозировать дальнейшее развитие ситуации.

Таким образом, подтверждается гипотеза о наличии различном уровне влияния уровня неопределенности, информационной и эмоциональной насыщенности ситуации на особенности принятия решений и саморегуляции у психически больных в зависимости от нозологической принадлежности.

Полученные результаты позволят повысить точность оценки риска опасности индивида для себя и окружающих, в том числе при выборе программы комплексного психолого-

психиатрического воздействия. В заключение можно сделать вывод, что существует необходимость изучения особенностей саморегуляции и принятия решений в момент совершения правонарушения, что не только повысит точность экспертных решений, но и позволит создать программу профилактики правонарушений психически больных.

Выводы

1. Проблема саморегуляции и принятия решений в клинической психологии рассматривалась с точки зрения влияния на поведение патологии мотивационной составляющей (смыслового уровня саморегуляции). Операциональный уровень саморегуляции рассматривался в рамках судебно-психиатрического направления, в том числе, профилактики совершения повторных преступлений лицами с психической патологией. Также разрабатывается проблема вклада особенностей принятия решения в механизм реализации противоправного поведения.

2. Для психически больных (по сравнению с группой условной нормы) были выявлены следующие особенности принятия решений и операционального уровня саморегуляции.

2.1. Лиц с психической патологией характеризует низкий уровень регулятивной автономности, узкий диапазон возможных оснований принятия решения, эмоциональная насыщенность ситуации способствует повышению адекватности и социально приемлемости интерпретаций

2.2. В условиях недостатка информации отмечаются существенные трудности адекватной интерпретации ситуации выбора; в ситуации избытка информации – нарушение способности прогнозировать последствия. В ситуации повышенной неопределенности в условиях достаточного для принятия решения количества информации возрастает количество неадекватных интерпретаций ситуации выбора.

3. Были установлены взаимосвязи особенностей принятия решений и саморегуляции с патопсихологическими особенностями.

3.1. Для лиц с психической патологией характерно наличие взаимосвязи между подпроцессами операционального уровня саморегуляции, в том числе опорой на социальные нормы при принятии решения, и такими патопсихологическими характеристиками как уровень познания, адекватностью и формальность ассоциативных образов, снижением уровня обобщения, нарушения внимания.

3.2. При нарушении мотивационного компонента мышления снижается способность адекватно интерпретировать ситуацию выбора, выдвигать социально приемлемые альтернативы и прогнозировать дальнейшее развития ситуации.

4. Для психически больных, совершивших ООД, в зависимости от их нозологической принадлежности и нормосообразности поведения, характерны следующие психологические особенностей принятия решения и операционального уровня саморегуляции.

4.1. Для больных с расстройствами шизфренического спектра, совершивших ООД, характерна меньшая оценка своего эмоционального состояния в момент принятия решения, неспособность прогнозировать последствия выбора и менее выраженная интолерантность к неопределенности. В условиях недостатка и избытка информации для принятия решения альтернативы носят более агрессивный и менее адекватный характер, нарушается способность прогнозировать последствия выбора.

4.2. Лица с расстройством личности, совершившие ООД, более гибко реагировать в ситуации неопределенности, оценивать ситуативные условия, при этом им характерна повышенная межличностная интолерантность к неопределенности (по сравнению с группой больных шизофренией).

4.3. Для больных с шизотипическим расстройством, совершивших ООД, характерны трудности принятия решений в ситуации неопределенности по сравнению с группой больных шизофренией.

4.4. У лиц с органическим поражением головного мозга и расстройствами личности особенности восприятия ситуации и организации деятельности существенно зависят от как информационной насыщенности и степени неопределенности ситуации, так и от наличия или отсутствия эмоционального компонента.

5. Было установлено, что наибольшее влияние на реализацию криминального поведения у больных с расстройствами шизофренического спектра оказывает низкий общий уровень саморегуляции и интолерантности к неопределенности, в том числе в сфере межличностных отношений, и нарушение функции прогнозирования последствий выбора.

6. Наибольшей прогностической значимостью обладают следующие методики: «Опросник индивидуальной саморегуляции» В.И. Моросановой (0,56), «Выявление осознанности мотивов» А. В. Ермолина и Б. П. Ильина (0,61), «Новый опросник толерантности к неопределенности» Т.В. Корниловой (0,69).

Список использованной литературы

1. Алексеев А.А. Нарушения планирования при шизофрении / А.А. Алексеев, Г.Е. Рупчев, С.В. Катенко // Психологические исследования, 2012. – Т. 5, № 23. – URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2012v5n23/679-alekseev23.html> (дата обращения: 1.07.2017).

2. Антонян, Ю.М. Криминальная патопсихология : монография / Ю.М. Антонян, В.В. Гульдан. – Москва : Наука, 1991. – 248 с.

3. Антонян, Ю.М. Личность преступника с психическими аномалиями / Ю.М. Антонян, В.В. Гульдан // Юридическая психология : криминальная психология. Судебно-психологическая экспертиза. Исправительно-трудовая психология. Судебная психология / сост. Т.Н. Курбатова. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 91-111 с.

4. Балабанова, Л.М. Судебная патопсихология : вопросы определения нормы и отклонений / Л.М. Балабанова. – Донецк : Сталкер, 1998. – 432 с.

5. Бауэр, И. Почему я чувствую, что чувствуешь ты. Интуитивная коммуникация и секрет зеркальных нейронов / И. Бауэр. – СПб : Издательство Вернера Регена, 2009. – 112 с.

6. Белякова М.Ю. Исследование когнитивных подпроцессов саморегуляции, связанных с социальной апперцепцией, у лиц с психической патологией, совершивших общественно опасные деяния (ООД) / М.Ю. Белякова, В.Г. Булыгина // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова). :

сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции – Москва, 2013. – С. 28–29.

7. Белякова М.Ю. Социально-психологические и патопсихологические факторы риска совершения повторных общественно опасных деяний у лиц с негативно-личностными расстройствами / М.Ю. Белякова, В.Г. Булыгина, Г.М. Токарева [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2015. – Том 5. – № 1. – С. 1–14. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2015/n1/76141.shtml> (дата обращения: 21.09.2017).

8. Бодров, В.А. Психология профессиональной пригодности. Учебное пособие для вузов / В.А. Бодров – Москва : ПЕР СЭ, 2001 – 511 с.

9. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме /Б.С. Братусь – Москва : Издательство Московского университета, 1974. — 96 с.

10. Булыгина В.Г. Нарушения саморегуляции у несовершеннолетних с выраженными психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия: дис. ... канд. психол. наук. / В.Г. Булыгина. – Москва, 2003. – 200 с.

11. Булыгина В.Г. Нарушения социальной апперцепции как фактор риска совершения повторных общественно опасных деяний у лиц, страдающих психическими расстройствами (часть 2) / В.Г. Булыгина, О.А. Макушкина, М.Ю. Белякова // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №5. – С. 4–9.

12. Выготский, Л. С. Проблемы развития психики // Собрание сочинений / под ред. А. М. Матюшкина. – Москва : Педагогика, 1983. – Том 3. – 368 с.

13. Герасимова О.В. Нейропсихологические синдромы, связанные с патологией мозжечка, при шизофрении / О.В. Герасимова, И.Н. Орехов, И.И. Михайлова // Сборник «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова)» : материалы Всероссийской научно-практической конференции – Москва, 2013. – С. 183–184.

14. Голенков А.В. Клинико-социальные особенности больных шизофренией, совершивших общественно опасные деликты против жизни и здоровья / А.В. Голенков // Российский психиатрический журнал. – 2015. – №5. – С. 17–23.

15. Гульдман, В.В. Исследование некоторых механизмов регуляции поведения при психопатиях : автореф. дис. ... канд. психол. наук. / В.В. Гульдман – Москва : Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, 1975. – 17 с.

16. Диев, В.С. Неопределенность как атрибут и фактор принятия решений / В.С. Диев // Вестник Томского государственного университета. Философия. – 2010. – №1. – С. 3–8.

17. Диев, В.С. Риск и неопределенность в философии, науке, управлении / В.С. Диев // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2011. – №2. – С. 79–93.

18. Дубинский, А.А. Взаимосвязь индивидуально-психологических и индивидуально-типологических характеристик у лиц с расстройствами личности, совершившими общественно опасные деяния / А.А. Дубинский, Г.М. Токарева, А.С. Васильченко [Электронный

ресурс] // Психология и право. 2016. – Том 6. – № 4. – С. 105–125. doi:10.17759/psylaw.2016060411

19. Заикин, В.А. Эмпирический анализ характеристик реального субъекта морального функционирования в ситуации принятия групповых моральных решений / В.А. Заикин // Образование личности. – 2015. – №4. – С. 100–109.

20. Зараковский, Г. М. Психологические критерии сложности процесса принятия решения человеком-оператором / Г. М. Зараковский, В. Д. Магазаник // Методология инженерной психологии, психологии труда и управления / отв. ред. Б. Ф. Ломов, В. Ф. Венда. — М. : Наука, 1981. – С. 63–78.

21. Зверева Н.В. Развитие идей А.Р. Лурии в концепции психологии дизонтогенеза / Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина // Культурно-историческая психология. – М., 2012. – № 2. – С. 45–51.

22. Зейгарник Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь. – Москва : Издательство МГУ, 1980. – 157 с.

23. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.Ф. Зейгарник – Москва : Издательство Московского университета, 1986. – 287 с.

24. Зейгарник, Б.В. Психология личности : норма и патология / Б.В. Зейгарник. – Москва-Воронеж : Институт практической психологии ; Воронеж : НПО 'МОДЭК', 1998. – 352 с.

25. Зинченко, В.П. Истоки культурно-исторической психологии: философско-гуманитарный контекст / В.П. Зинченко, Б.И. Пружинин, Т.Г. Щедрина. – Москва : 2010. – 415 с.

26. Зинченко, В.П. Толерантность к неопределенности: новость или психологическая традиция? /В.П. Зинченко // Вопросы психологии. – 2007. – № 6. – С. 3–20.

27. Ильин, И.П. Мотивация и мотивы / И.П. Ильин. – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – 512 с.

28. Ильюк, Е.В. Ограниченная вменяемость и применение принудительных мер медицинского характера: проблемы применения и пробелы законодательства / Е.В. Ильюк // Уголовная политика и проблемы правоприменения: сборник статей по материалам международной научно-практической конференции. – Москва, 2013. – С. 188–192.

29. Индина, Т. А. Регуляторные и личностные детерминанты принятия решений : на материале политического голосования : автореф. дис. ... канд психол. наук / Т.А. Индина. – Москва : Психологический институт Российской академии образования, 2007. – 23 с.

30. Исаева, Е.Р. Сравнительный анализ отечественного и зарубежного подходов к изучению когнитивных процессов у пациентов с шизофренией / Е.Р. Исаева, Г.Г. Лебедева / Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография, Москва : Издательство МГППУ, 2016. – С. 65–82.

31. Кабанова, Т.Н. Принятие решений у специалистов судебно-психиатрического профиля (психологический аспект) / Т.Н. Кабанова, Е.М. Попова, Е.С. Шеховцова [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2016. – Том 6. – № 2. – С. 57–71. doi:10.17759/psylaw.2016060205 (дата обращения: 3.03.2017).

32. Калашникова, А.С. Роль психических расстройств, не исключających вменяемости, в формировании

разнонаправленной агрессии / А.С. Калашникова, Ф.С. Сафуанов // Российский психиатрический журнал. - 2010. - №4. - С. 16-22.

33. Канеман, Д. Рациональный выбор, ценности и фреймы / Д. Канеман, А. Тверски // Психологический журнал. - 2003. - №4. - С. 31-43.

34. Катан Е.А. Особенности смысложизненных и ценностных ориентаций личности больных шизотипическим расстройством и больных шизофренией после первого психотического эпизода / Е.А. Катан // Психическое здоровье человека XXI века : Сборник научных статей по материалам Конгресса, 2016. - С. 262-264.

35. Киренская, А.В., Сторожева З.И., Ткаченко А.А. Нейрофизиологические эндофенотипы как инструмент для изучения внимания и контроля поведения: перспективы исследований и диагностики / А.В. Киренская, З.И. Сторожева, А.А. Ткаченко - Санкт-Петербург.: Нестор-История, 2015. - 336 с.

36. Козелецкий, Ю. Психологическая теория решений / Ю. Козелецкий. - Москва : Прогресс, 1979. - 504 с.

37. Конопкин, О.А. Осознанная саморегуляция как критерий субъектности / О.А. Конопкин // Вопросы психологии. - 2008. - №3. - С.22-34.

38. Корзун, Д.Н. Нарушения уровней регуляции деятельности и юридический критерий ограниченной дееспособности вследствие психических расстройств / Д.Н. Корзун, А.А. Ткаченко // Пенитенциарная психиатрия. - 2013. - С. 68-73.

39. Корзун, Д.Н. Судебно-психиатрическая оценка юридически значимых способностей и механизмов регуляции

поведения / Д.Н. Корзун, А.А. Ткаченко // Российский психиатрический журнал. – 2013. – №3. – С. 4–12.

40. Корнилов, А. П. Нарушения целеобразования у психически больных: автореф. дис. ... канд. психол. наук. / А.П. Корнилов – Москва : Московский государственный университет, 1980. – 24 с.

41. Корнилова, Т.В. Диагностика личностных факторов принятия решений / Т.В. Корнилова // Вопросы психологии. – 1994. – №6. – С. 99–109.

42. Корнилова, Т.В. Методологические проблемы психологии в трудах О.К. Тихомирова и его школы / Т.В. Корнилова // Вестник Московского Университета. Психология. – 2008. – №2. – С.59–73.

43. Корнилова, Т.В. Неопределенность, выбор и интеллектуально-личностный потенциал человека (в развитие смысловой теории мышления) / Т.В. Корнилова // Методология и история психологии. – 2009. – № 4. – С. 47–59.

44. Корнилова, Т.В. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности / Т.В. Корнилова [Электронный ресурс] // Сайт межкафедральной научной группы под руководством Т.В. Корниловой. – 2009. URL: http://www.cognitivepsy.ru/Pubs/2010_NTN_Kornilova.pdf (дата обращения: 12.04.2017).

45. Корнилова, Т.В. Принцип неопределенности в психологии: основания и проблемы / Т.В. Корнилова [Электронный ресурс] // Психологические исследования. – 2010. – № 3. URL: <http://www.psystudy.com/index.php/num/2010n3-11/320-kornilova11.html> (дата обращения: 30.09.2017).

46. Корнилова, Т.В. Психологическая регуляция принятия интеллектуальных решений : дис. ... доктора психол. наук / Т.В. Корнилова. - Москва, 1999. - 466 с.
47. Корнилова, Т.В. Психология риска и принятия решений / Т.В. Корнилова. - Москва : Аспект Пресс, 2003. - 286 с.
48. Корнилова, Т.В. Интуиция, интеллект и личностные свойства (результаты апробации шкал опросника С.Эпстайна) / Т.В. Корнилова, С.А. Корнилов [Электронный ресурс] // Психологические исследования. - 2013. - № 28. - URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n28/804-corniliva28.html> (дата обращения: 30.09.2017).
49. Коулман, Дж. Экономическая социология с точки зрения теории рационального выбора / Дж. Коулман // Экономическая социология. - 2004. - № 3. - С. 35-44.
50. Коченов М.М.. Мотивация при шизофрении / Коченов М.М., Николаева В.В. - Москва : Издательство Московского университета, 1978. - 88 с.
51. Кригер, Е.Э. Ситуации неопределенности и проблемные ситуации: общее и особенное / Е.Э. Кригер // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - №2. - С. 581-582.
52. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. - Москва : Издательство МГУ, 1991 - 256 с.
53. Кудашов, В.И. Проблема бессознательного в принятии решений // Вестник Новосибирского

государственного университета. Философия. – 2013. – №2. – С. 30–36.

54. Кудрявцев И.А. Судебно-психологическая экспертиза направленности личности и особенностей нарушения саморегуляции социального поведения при пограничной психической патологии / И.А. Кудрявцев // Российский психиатрический журнал. – 2013. – №4. – С.9–19.

55. Кудрявцев, В.Н. Криминальная мотивация / В.Н. Кудрявцев – Москва : Наука, 1986. – 302 с.

56. Кудрявцев, В.Н. Механизм преступного поведения / В.Н. Кудрявцев – Москва : Наука, 1981. – 248 с.

57. Кудрявцев, И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза : научно-практическое руководство / И.А. Кудрявцев. – Москва : Издательство Московского университета, 1999. – 497 с.

58. Курек, Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь / Н.С. Курек. — Москва : Институт психологии РАН, 1996. — 246 с.

59. Кутарев, Ф. Л. Отдаленные этапы шизотипического расстройства: ранние критерии клинико-социального прогноза : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ф.Л. Кутарев. – Москва : Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, 1999. – 20 с.

60. Лаврова, Н.А. Психологические особенности принятия решений: влияние контекста / Н.А. Лаврова [Электронный ресурс] // Вестник МГГУ им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. – 2011. – №2. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-prinyatiya-resheniy-vliyanie-konteksta> (дата обращения: 29.09.2016).

61. Лапшина, Е.Н. Саморегуляция лиц с пограничной психической патологией, совершивших правонарушение и признанных ограниченно вменяемыми / Е.Н. Лапшина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т.16. №4. – С. 47-54.
62. Леонтьев, А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – 2-е изд. – Москва : Политиздат, 1977. – 304 с.
63. Леонтьев, А. Н. Потребности, мотивы и эмоции / А.Н. Леонтьев. – Москва : Издательство МГУ, 1971. – 40 с.
64. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. 2-е, испр. изд. — Москва : Смысл, 2003. — 487 с.
65. Леонтьева, Е.М., Использование методики «классификация ценностей» как инструмента изучения ценностного мышления больных шизофренией / Е.М. Леонтьева, А.А. Корнеев // Экспериментальная психология, 2014. – Т. 7. – № 4. – С. 100–109.
66. Макушкин Е.В. Мотивационная агрессия / Е.В. Макушкин, В.В. Горинов // Российский психиатрический журнал. – 2016. – №2. – С. 11-19.
67. Макушкин, Е.В. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2015 году: Аналитический обзор / Е.В. Макушкина, А.Р. Мохонько, Л.А, Муганцева – Москва : ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2016. – Вып.24. – 212 с.
68. Малюгин, Д.В. Психологические детерминанты морального выбора: дис. ... канд. психол. наук / Д.В. Малюгин. – Москва, 2007. – 170 с.

69. Марарица, Л.В. Когнитивные эффекты группового принятия решений / Л.В. Марарица // Вестник Санкт-Петербургского университета. Философия. Культурология. Политология. Право. Международные отношения. – 2007. – №1. – С. 202–209.

70. Марилов В.В. Общая психопатология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / В.В. Марилов – Москва : «Академия», 2002. – 224 с.

71. Матюх, Е.Т. Теории «общества риска» в современной гуманитарной науке / Е.Т. Матюх // Теория и практика общественного развития. – 2012. №7. – С. 33–37.

72. Микадзе, Ю.В. Нейропсихологический контекст понятия «регуляция психической деятельности» / Ю.В. Микадзе / Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. Научное издание. Коллективная монография по проблемам современной медицинской (клинической) психологии / Под общей ред. Н.В.Зверевой, И.Ф.Рощиной, Москва : Издательство МГППУ, 2013. – С. 181–188.

73. Моросанова, В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека / В.И. Моросанова. – Москва : Наука, 1998. – 192 с.

74. Моросанова, В.И. Психическая саморегуляция: на пересечении подходов / В.И. Моросанова. – Москва : Институт психологии РАН, 2011. – С.12–37.

75. Пирогова, А.В. Психологические особенности подростков с органическим расстройством личности, совершивших общественно опасные деяния / А.В. Пирогова, Е.В. Малинина, О.В. Котлованова // Вестник Южно-

Уральского государственного университета. Психология. - 2015. - Т.8. №2 . - С. 117-123.

76. Плаус, С. Психология оценки и принятия решений / С. Плаус. - Москва : Филинь, 1998. - 368 с.

77. Поляков, Ю.Ф. Использование многомерных методов в генетическом анализе некоторых характеристик познавательных процессов при шизофрении / Ю.Ф. Поляков, В.П. Критская, Т.К. Мелешко // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова) : : материалы Всероссийской научно-практической конференции - Москва, 2013. - С. 11-37.

78. Романова Н.М. Психологическое описание криминальной деятельности / Н.М. Романова // Известия Саратовского университета. Философия. Психология. Педагогика. - 2011. - Т. 11 - №3. - С. 98-101.

79. Румянцева, А.В. Личностные факторы принятия решений в старшем школьном возрасте / А.В. Румянцева // Известия Российского Государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2008. - №. 60. - С. 448-452.

80. Рычкова, О.В. Исследования социального познания при шизофрении / О.В. Рычкова // Консультативная психология и психотерапия, 2013. - № 1. - С. 63-89.

81. Рычкова, О.В. Концепция «социального мозга» как основы социального познания и его нарушений при психической патологии. Часть I. Концепция «Социальный мозг» — продукт современной нейронауки / О.В. Рычкова, А.Б. Холмогорова // Культурно-историческая психология, 2012. - № 3. - С. 86-94.

82. Рычкова О.В. Основные теоретические подходы к исследованию нарушений социального познания при

шизофрении: современный статус и перспективы развития
Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. // Консультативная
психология и психотерапия, 2014. – Том 22. – № 4. – С. 30–43.

83. Саймон, Г.А. Рациональность как процесс и продукт мышления / Г.А. Саймон // THESIS. – 1993. – № 3. – С.16–38.

84. Семенова, О.А. Возрастные изменения произвольной регуляции деятельности в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте / О.А. Семенова, Д.А. Кошельков, Р.И. Мачинская // Культурно-историческая психология, 2007. – № 4. – С. 39–49.

85. Синицкий, И.В. Нейропсихологический метод оценки когнитивных функций в клинике шизофрении / И.В. Синицкий, Н.А. Дзеружинская // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова) : сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции : Москва, 2013. – С. 187–189.

86. Солнцева, Г.Н. Принятие решения и решение проблем: соотношение понятий и психологических закономерностей / Г.Н. Солнцева // Мир психологии. – 2016. – №4. – С. 121–131.

87. Соломин, И.Л. Тест сравнения похожих рисунков Дж. Кагана / И.Л. Соломин// Школьные технологии. - 2008. - N 6. - С. 156–163.

88. Спирина И.Д. Некоторые патологические механизмы антисоциальных поступков и общественно опасных действий при шизофрении / И.Д. Спирина // Материалы Международной конференции психиатров : Москва, 1998. – С. 174.

89. Степаносова, О В. Интуитивные компоненты в процессе принятия решения : автореф дис. ... канд. психол. наук / О.В. Степаносова. - Москва : Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, 2004. - 24 с.

90. Тихомиров, О. К. Психология мышления: Учебное пособие / О.К. Тихомиров. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1984. — 272 с.

91. Ткаченко, А.А. Предмет судебно-психиатрической экспертизы и трансляционная медицина / А.А. Ткаченко // Психическое здоровье. - 2016. - №11. - С. 3-14.

92. Ткаченко А.А. Руководство по судебной психиатрии : практ. пособие. / А.А. Ткаченко. - Москва : Издательство Юрайт, 2015. — 966 с.

93. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. От 29.07.2016) [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/ (дата обращения: 09.10.2017).

94. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 26.08.2017) [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699 (дата обращения: 09.10.2017).

95. Узнадзе, Д.Н. Психологические исследования / Д.Н. Узнадзе. - Москва : Наука, 1966. - 451 с.

96. Фармер, М. Рациональный выбор: теория и практика / М. Фармер // Полис, 1994. № 3. - С. 47-58.

97. Холмогорова А. Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности у больных шизофренией: автореф. канд. дис. / А.Б. Холмогорова -

Москва: Московский государственный университет, 1983. – 17 с.

98. Чумакова, М.А. Личностные предпосылки рационального выбора в условиях неопределенности : дис. ... канд. психол. наук / М.А. Чумакова. – Москва, 2010. – 185 с.

99. Шеховцова Е.С. Психологические факторы и особенности принятия решений лицами с различными формами психической патологии, совершившими общественно опасные действия / Е.С. Шеховцова // Межвузовская научно-практическая интернет-конференция по юридической психологии: сборник тезисов : Москва, 2017. – С. 81-85.

100. Шляхтина, Е.Г. Индивидуальные особенности принятия решений в условиях риска и их взаимосвязь с личностными характеристиками / Е.Г. Шляхтина // Вестник Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского. Социальные науки. – 2004. – №1. – С.87-93.

101. Adair, J. Decision making and problem solving strategies / J. Adair. – London : Replika Press Pvt Ltd, 2007. – 96 pp.

102. Chan, R.C. Subjective awareness of everyday dysexecutive behavior precedes 'objective' executive problems in schizotypy: a replication and extension study / R.C. Chan, C. Yan, Y.H. Qing // Psychiatry Res., 2011. Vol. 3. –P. 340-346.

103. Cohen A.S., Mohr C., Chan R.C. Schizotypy as an organizing framework for social and affective sciences / A.S. Cohen, C. Mohr, R.C. Chan // Schizophr Bull., 2015. – Vol. 2. – P. 427-435.

104. Gigerenzer, G. Ecological intelligence: an adaptation for frequencies // The evolution of mind / G. Gigerenzer, D.D.

Cummis, C Allen. Oxford : Oxford University Press. - 1998. - P. 9-29.

105. Gigerenzer, G. Moral intuition - fast and frugal heuristics? / G. Gigerenzer// The cognitive science of morality: Intuition and diversity. - Vol. 2. - 2008. - P. 1-28.

106. Hallman, R.J. The necessary and sufficient conditions of creativity / R.J. Hallman // Readings in Humanistic Psychology - 1969. - P. 217-235.

107. Jogems-Kostermana, B.J.M. Psychomotor slowing and planning deficits in schizophrenia / B.J.M. Jogems-Kostermana, F.G. Zitmanb, J.J.M. Van Hoofa // Schizophrenia Research, 2001. - Vol. 48. P. 317-333.

108. Kim M.S. Effect of organizational strategy on visual memory in patients with schizophrenia / M.S. Kim, Y. Namgoong, T. Youn // Psychiatry Clin Neurosci, 2008. - Vol. 4. - P. 427-434.

109. Kurz-Milcke, E., Gigerenzer G. Heuristik decision making / E. Kurz-Milcke, G. Gigerenzer // Marketing JRM, 2007. - Vol. 1. - P. 48-60.

110. MacLeod, C.M. The Stroop task: The «gold standard» of attentional measures / C.M. MacLeod // Journal of Experimental Psychology: General. - 1992. - 121. - P. 12-14.

111. Mohanty A. Specificity of emotion-related effects on attentional processing in schizotypy / A. Mohanty, W. Heller, N.S. Koven, // Schizophr Res., 2008. - P. 129-137.

112. Quirk S.W. Effects of situational demand upon social enjoyment and preference in schizotypy / S.W. Quirk // J Abnorm Psychol., 2007. - Vol. 3. - P. 624-631.

113. Quirk, S.W. Effects of situational demand upon social enjoyment and preference in schizotypy / S.W. Quirk, L.

Subramanian, M. Hoerger // J Abnorm Psychol., 2007. – Vol. 3. P. 624-631.

114. Seidman, L.J. Organizational and visual memory deficits in schizophrenia and bipolar psychoses using the Rey-Osterrieth complex figure: effects of duration of illness / L.J. Seidman, M. Lanca, W.S. Kremen // J Clin Exp Neuropsychol, 2003. – Vol.7. – P. 949-964.

115. Silverstein S.M. Rey-Osterrieth Complex Figure Test performance in acute, chronic, and remitted schizophrenia patients / S.M. Silverstein, L.M. Osborn, D.R. Palumbo // J Clin Psychol, 1998. – Vol. 7. – P. 985-94.

116. Simon, H.A. Models of Man: Social and Rational / H.A. Simon. – New York: John Wiley and Sons, Inc., 1957. – 279 pp.

117. Ward, T. Prediction and agency: The role of protective factors in correctional rehabilitation and desistance / T. Ward // Aggression and Violent Behavior, 2017. – 32. – P. 19-28.

Приложение

Полупроективная методика «Ситуационный анализ» (Булыгина В.Г., 2017).

Цель: изучение особенностей операционального уровня саморегуляции в зависимости от специфики ситуации выбора (количество информации, уровень неопределенности, эмоциональная насыщенность).

Стимульные материалы: 3 группы изображений (недостаточное, достаточное и избыточное количество информации), в каждой из них 4 категории изображений: силуэтные изображения, зашумленные изображения (повышенная неопределенность), изображение, содержащее противоречие, эмоционально насыщенные изображения. Всего методика содержит 12 изображений социального взаимодействия.

Процедура исследования: испытуемому предъявляются изображения, по каждой картинке задавались следующие вопросы:

1. Что изображено на картинке? Что на ней происходит? Что за ситуация?
2. Как Вам кажется, что будет дальше?
3. Как Вам кажется, что происходило до этого? Что привело к текущей ситуации?
4. Как бы Вы поступили на месте одного из участников ситуации? (Вы можете выбрать любого)
5. Какие эмоции испытывают участники ситуации? О чем они думают?
6. Как Вам кажется, все ли в этой картинке правильно?

Перечень параметров: адекватность анализа ситуации, детализация интерпретаций, прогнозирование последствий, учет социального контекста, чувствительно к противоречиям, привнесение личностного смысла.