

---

# Психологические компоненты принятия решений у психически больных лиц

**Шеховцова Е.С.**, младший научный сотрудник Отделения психогений и расстройств личности, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации ([shiha.l@mail.ru](mailto:shiha.l@mail.ru))

**Дубинский А.А.**, младший научный сотрудник Лаборатории психогигиены и психопрофилактики, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации ([aleksandr-dubinskij@yandex.ru](mailto:aleksandr-dubinskij@yandex.ru))

---

Статья посвящена исследованию индивидуально-психологических особенностей принятия решений у лиц с психической патологией. Исследованы 99 лиц мужского пола (средний возраст = 34,1±10,6 года) со следующими психиатрическими диагнозами: органические психические расстройства (F07) (ОПР), шизофрения и шизотипическое расстройство (F20, F21), расстройства личности и поведения (F60, F61). Методический комплекс включал: тесты «Словесно-цветовая интерференция» Дж. Струпа и «Сравнение похожих рисунков» Дж. Кагана, опросники «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой и Новый опросник толерантности к неопределенности Т.В. Корниловой, полупроективные методики «Выявление осознанности мотивов» А.В. Ермолина и Б.П. Ильина и «Ситуационный анализ» (Булыгина В.Г., 2017). Выявлено, что наибольшей нозоспецифичностью обладают параметры «толерантность к неопределенности», «оценка условий», «когнитивная ригидность», «влечения» и «оценка результатов». В рамках ситуативного анализа было установлено влияние количества доступной информации, уровня ее неопределенности и эмоциональной насыщенности на адекватность интерпретации ситуации, количество и адекватность выдвигаемых альтернатив, социальную приемлемость ответов.

**Ключевые слова:** принятие решений, ситуационный анализ, лица с психической патологией.

Для цитаты:

*Шеховцова Е.С., Дубинский А.А.* Психологические компоненты принятия решений у психически больных лиц. [Электронный ресурс] // Психология и право. 2018 (8). №2. С. 1-14.  
doi: 10.17759/psylaw.2018080201

**For citation:**

Shekhovtsova E.S., Dubinsky A.A. Psychological components of decision-making in mentally ill persons. [Elektronnyi resurs]. Psikhologiya i pravo [Psychology and Law], 2018(8), no. 2. pp. 1-14.  
doi: 10.17759/psylaw.2018080201

## **Введение**

Определение диагностически значимых переменных, отражающих способность индивида к осознанному выбору, является актуальной проблемой судебной психиатрии и медицинской психологии.

В рамках клинической психологии принятие решения рассматривается как один из компонентов, обеспечивающих произвольную регуляцию деятельности и поведения, и соотносится как со смысловым уровнем, включающим целеполагание, так и с операционально-техническим уровнем, связанным с выбором способов достижения целей, составлением конкретных программ действий, их оценкой и гибким реагированием в текущей ситуации [5].

Во многом специфика протекания процесса принятия решений определяется личностными изменениями, сопутствующими той или иной психической патологии. Однако существуют и общие закономерности, связанные с нарушением познавательных процессов, а именно невозможностью целостно воспринять и проанализировать ситуацию выбора, в том числе ее социальный и эмоциональный контекст, удерживать на ней внимание и неспособностью извлечь из прошлого опыта модели поведения в альтернативных ситуациях. Также для различных видов психической патологии характерны сходные изменения мотивационной (нарушение иерархии мотивов, наличие патологических мотивов, различие между смыслообразующей и побуждающей функциями мотива) и личностной сферы (чрезмерно высокий уровень интолерантности к неопределенности, особенности восприятия себя и окружающего мира) [8].

Изучение особенностей принятия решений находится в тесной связи с оценкой способности индивида к саморегуляции и самоконтролю своего поведения. В качестве основных индивидуально-психологических характеристик, отражающих эффективность функционирования регуляторной системы и процесса принятия решений, в частности, выделяются склонность к риску, импульсивность, способность воспринимать и интерпретировать контекст ситуации выбора, продуцировать различные альтернативы вариантов развития ситуации. Также в качестве фактора, оказывающего влияние на принятие решений, рассматривается способность распознавать эмоциональное состояние и понимать особенности межличностных взаимодействий других лиц [1; 2]. Так, у лиц с органическими психическими расстройствами (ОПР) процесс принятия решения нарушается вследствие когнитивных нарушений (конкретность мышления, неспособность оперировать абстрактными понятиями, ригидность психических процессов, снижение объема и концентрации внимания, нарушения запоминания и воспроизведения прошлого опыта), неадекватной оценки ситуации, отсутствия целостного ее восприятия, фиксированности на конкретных ее составляющих и ограниченной способности к выдвижению адекватных целей и способов ее достижения. Это приводит к снижению контроля за своим поведением, предпочтению простых задач, возрастанию влияния

ситуативных факторов и риска возникновения агрессивных реакций [2; 3; 9]. Риск нарушений принятия решения возрастает при возникновении непривычной ситуации, требующей осуществления выбора в ограниченный временной период, или при возрастании субъективной неопределенности ситуации [2; 11].

Для больных шизофренией и шизотипическим расстройством ведущим звеном в нарушении процесса принятия решений являются обусловленные патологией мотивационной сферы (бессистемность и неустойчивость иерархии мотивов, сужение круга смысловых образований) снижение активности действий, трудности выделения целей (в том числе искажение их образов и отношения к задаче) и средств для их достижения [3; 6; 7], нарушения планирования и продуцирования гипотез, снижение избирательности актуализируемых сведений из прошлого опыта, искажение восприятия актуальной ситуации [12]. Такая неспособность провести полноценный содержательный анализ ситуации выбора и организовать процесс его реализации приводит к нестандартным решениям [6; 7], наиболее ярко подобные нарушения проявляются в ситуации неопределенности. При этом в состоянии ремиссии в привычных условиях больные шизофренией способны учитывать возможные негативные последствия решения [11].

У лиц с расстройством личности и поведения нарушения процесса принятия решений обусловлены нарушениями эмоциональной регуляции поведения и преобладанием в мотивационной сфере упрощенных и конкретных смысловых тем, связанных с удовлетворением физиологических или сиюминутных потребностей. Цель выбора и способы ее достижения формулируются на основе аффективных полярных оценок. Ситуация принятия решения воспринимается недостаточно реалистично, ее значимость переоценивается, характерны полярные оценки [11]. Решения, принимаемые лицами с расстройствами личности возбудимого круга, характеризуются отсутствием или незначительной выраженностью этапа продуцирования и анализа гипотез, прошлого опыта и прогноза последствий выбора, что приводит к недостаточной оценке социального контекста, стремлению к непосредственной реализации идеальной цели и импульсивному принятию решения [10]. У лиц с расстройствами личности, относящихся к кругу тормозимых, нарушения процесса принятия решений возникают вследствие длительных колебаний при определении цели и способов ее достижения, что может привести к отказу от осуществления выбора [3; 4].

Таким образом, вышесказанное свидетельствует о необходимости уточнения критериев, информативных для решения задач дифференциальной диагностики и оценки степени общественной опасности лиц с психической патологией. Это и определило *цель нашего исследования* — выделение индивидуально-психологических особенностей принятия решений у лиц с психической патологией.

## **Материал и методы исследования**

Общий объем выборки составил 99 лиц мужского пола ( $M_{\text{возраст}} = 34,1 \pm 10,6$  года). Для выявления нозоспецифических особенностей принятия решения и организации деятельности обследуемые были разделены на три подгруппы в зависимости от нозологической принадлежности. Процентное соотношение лиц с психиатрическими диагнозами было следующим: ОНР (F07) — 13,1% ( $M_{\text{возраст}} = 44,3 \pm 14,3$  года); шизофрения и шизотипическое расстройство (F20, F21) — 57,6% ( $M_{\text{возраст}} = 31,7 \pm 8,1$  года); расстройства личности и поведения (F60, F61) — 29,3% ( $M_{\text{возраст}} = 34,3 \pm 10,6$  года). Выбор данных групп

был обусловлен необходимостью изучения индивидуально-психологических особенностей в зависимости от нозологической принадлежности испытуемых.

Клинико-социальные характеристики обследуемых каждой группы были сопоставимы. Исследование проводилось на базе Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» и Центральной клинической психиатрической больницы. *Критериями включения* в исследование были: наличие верифицированного психиатрического диагноза, отсутствие острой психотической симптоматики и дементных состояний, согласие на участие в исследовании.

Был применен **диагностический комплекс**, включающий в себя следующие методики:

1. «Словесно-цветовая интерференция» Дж. Струпа, нацеленная на оценку ригидности/гибкости когнитивного контроля в ситуации необходимости преодоления интерферирующих факторов. Формализация ответов выполнялась на основе следующих показателей: время чтения названий цветов, напечатанных черным шрифтом (t текст); время называния цветов (t цвет); время чтения названий цветов, где цвет шрифта отличается от значения слов (t цвет-текст); время называния цвета слова, где цвет шрифта отличается от значения слова (t текст-цвет).

2. «Сравнение похожих рисунков» Дж. Кагана (1966), направленная на оценку рефлексивности/импульсивности при интеллектуальном контроле, обуславливающих индивидуальные различия в склонности принимать решения быстро (без анализа альтернатив) либо медленно (с тщательным предварительным анализом). Формализация ответов осуществлялась по следующим параметрам: латентное время ответа, общее количество ошибок, общее количество правильных ответов.

3. «Выявление осознанности мотивов» А.В. Ермолина и Б.П. Ильина (2004) для оценки степени планирования своего поведения и учета различных ситуативных факторов при организации деятельности и принятии решений. Содержит шкалы: ссылка на внешние обстоятельства (Вне), ориентация на потребности (П), ориентация на влечения (Вл), опора на интересы (Ин), долженствование (Д), мотивационная установка (Му), нравственный контроль декларируемый (НКд), нравственный контроль недеклаируемый (НКн), предпочтение внешнее (Пр. внешн.), предпочтение внутреннее (Пр. внутр.), оценка эмоционального состояния (ОС), оценка своих возможностей (ОВ), оценка условий (ОУ), прогнозирование последствий (ПП), опредмеченные действия (ОД), процесс удовлетворения потребности (ПУП), потребностная цель (ЦП).

4. «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой (1998), диагностирующая степень развитости осознанной саморегуляции поведения и ее индивидуальные профили, компонентами которых являются частные регуляторные процессы: «планирование»; «моделирование»; «программирование»; «оценивание результатов»; «гибкость»; «самостоятельность».

5. Новый опросник толерантности к неопределенности Т.В. Корниловой (2009), направленный на диагностику толерантности к неопределенности (ТН), интолерантности к неопределенности (ИТН), в том числе в межличностных отношениях (МИТН).

6. 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. Методика представляет собой 12 изображений ситуации социального взаимодействия. Сами изображения отличаются по количеству информации (недостаток, избыток и достаточное количество информации — варьировалось количество изображенных людей) и по качественным характеристикам изображения (простые силуэты, зашумленное-расплывчатое изображение, изображение эмоций на лицах людей, наличие в изображенной ситуации противоречия). Все ответы протоколировались, после соответствующей кодировки проводилась их качественная оценка по следующим параметрам: адекватность интерпретации ситуации; полнота описания ситуации; детализация описания ситуации; привнесение личностного смысла в интерпретацию ситуации; количество альтернатив дальнейшего развития ситуации; адекватность предложенных альтернатив контексту ситуации; социальная приемлемость предложенных вариантов развития ситуации; наличие агрессивных вариантов развития ситуации; распознавание эмоций участников ситуации.

### **Статистическая обработка данных**

Для выявления значимых различий формализованных параметров полупроективной методики «Ситуационный анализ», измеренных в ранговой шкале, применялся непараметрический критерий Крускала—Уоллиса. Для выявления значимых различий распределения метрических параметров принятия решений и организации деятельности в зависимости от нозологической принадлежности был использован однофакторный дисперсионный анализ. Нозоспецифический вклад метрических показателей принятия решений и организации деятельности и прогностические модели нозологических категорий были выделены с помощью дискриминантного анализа. Для оценки прогностических качеств дискриминантных моделей были построены ROC-кривые. Уровень  $p \leq 0,05$  являлся критерием статистической достоверности получаемых результатов. Статистическая обработка полученных данных производилась в программе IBM SPSS Statistics v20 и Excel v14.

### **Результаты и их интерпретация**

Первым этапом анализа данных было выявление нозоспецифических особенностей ситуативного анализа при организации деятельности (табл. 1). Так, в ситуации недостатка информации, в том числе и при сенсорных помехах, у лиц, страдающих ОПР, снижается адекватность интерпретации ситуации, по сравнению с адекватностью продуцируемых альтернатив. У больных шизофренией отмечается обратная тенденция: адекватность предложенных альтернатив ниже в сравнении с адекватностью интерпретации ситуации. У лиц с расстройствами личности сохраняется адекватность интерпретации ситуации при меньшей адекватности предложенных альтернатив. В ситуации наличия перцептивных помех у лиц с расстройствами личности отмечается большее число предложенных альтернатив, по сравнению с больными шизофренией и, особенно, лицами с ОПР.

При достаточном количестве информации, при предъявлении ситуации выбора, содержащую сенсорные помехи, выявляется высокая встречаемость интерпретаций с привнесением личностного смысла у больных шизофренией по сравнению с группами больных с ОПР и расстройствами личности. В ситуациях с высокой неопределенностью и эмоционально насыщенными ситуациями при достаточном количестве информации

выявляется более высокая адекватность интерпретации ситуации с большим числом альтернатив, адекватностью предложенных альтернатив в эмоционально насыщенной ситуации и социальной приемлемостью ответов в группе лиц с расстройствами личности.

**Таблица 1**

**Значимые различия ранговых параметров ситуативного анализа в группах в зависимости от нозологической принадлежности обследованных (критерий Крускала—Уоллиса)**

Параметр	Нозология	Количество информации							
		Недостаток		Достаточно		Избыток			
		Вариант ситуации							
		Простые ситуации	Зашумленность	Высокая неопределенность	Эмоционально насыщенная	Простые ситуации	Зашумленность	Высокая неопределенность	Эмоционально насыщенная
Адекватность ситуации	ОПР	16,5	15,7	18,2	16	15,6	15,2	17,4	17,3
	Ш	17,5	17,6	16,2	16,9	16,8	18	17,2	17,1
	РЛ	31,0	31	32	30,5	31,5	30	31,5	32
	p	0,009	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Количество предложенных альтернатив	ОПР	—	14,8	15,4	15	14,8	13,1	15,5	14,7
	Ш		18	16,9	17	17,3	18,5	17,6	17,7
	РЛ		30	31	31	30	29,5	31,5	31,5
	p		0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Адекватность предложенных альтернатив	ОПР	30,8	31,1	—	21,1	18,9	21,8	23,6	—
	Ш	17,2	16,8		15,9	16,6	16,6	16,2	
	РЛ	20,7	21,9		30,9	29,7	30,7	30,8	
	p	0,01	0,01		0,00	0,00	0,01	0,00	
Социальная приемлемость	ОПР	—	—	15,6	16	17,4	14,4	16,7	17,9
	Ш			17,5	17,2	16,1	17,7	17,6	17,7
	РЛ			28,5	29,5	33	32	30,5	28,8
	p			0,03	0,01	0,00	0,00	0,01	0,05

Детализация	ОПР					15,5		8	13,1
	Ш	—	—	—	—	17,7	—	20,4	18,6
	РЛ					27,8		24,8	29,1
	Р					0,03		0,01	0,02
Распознавание эмоций	ОПР					28,5	31,1		
	Ш	—	—	—	—	17,8	17,6	—	—
	РЛ					16,2	18,4		
	Р					0,02	0,00		
Полнота описания ситуации	ОПР						12,2		
	Ш	—	—	—	—		22,6	—	—
	РЛ						11,6		
	Р						0,01		
Противоречие	ОПР	30,5							
	Ш	17,4							
	РЛ	19,8							
	Р	0,015							

Более низкие результаты (почти в 2 раза) по обозначенным показателям ситуативного анализа отмечены в группе лиц, страдающих ОПР. При этом показатели социальной приемлемости ответов и количества предложенных альтернатив несколько выше в группе больных шизофренией по сравнению с группой ОПР. Также отмечалась тенденция к снижению адекватности интерпретации ситуации в эмоционально насыщенной ситуации, по сравнению с ситуацией с высокой степенью неопределенности, у лиц с ОПР и расстройствами личности. Обратная тенденция была выявлена в группе лиц, страдающих шизофренией.

В ситуации избытка информации адекватность интерпретации ситуации, количество и адекватность предложенных альтернатив, социальная приемлемость и детализация ответов значительно выше в группе обследуемых с расстройствами личности. Способность распознавать эмоции была значительно выше в группе лиц с ОПР, ниже и примерно на одном уровне в группах больных шизофренией и расстройствами личности. При этом у лиц с расстройствами личности способность распознавать эмоции возрастала в ситуации перцептивного шума. Адекватность предложенных альтернатив в группе больных ОПР возрастала в зашумленной ситуации и, особенно, в ситуации с высокой степенью неопределенности. Полнота описания ситуации при перцептивной сенсibilизации была выше в группе больных шизофренией. Также только в группе больных шизофренией,

особенно в эмоционально насыщенных ситуациях, выявлена повышенная встречаемость ответов с привнесением личностного смысла. При этом в группе больных шизофренией детализация ответов возрастала в ситуации с высокой степенью неопределенности. В остальных нозологических группах детализация ответов в ситуации неопределенности была минимальной относительно остальных вариантов предъявления ситуации с избыточным количеством информации. Кроме того, у лиц больных шизофренией возрастало количество предложенных альтернатив в ситуации избытка информации при сенсорных помехах, в других нозологических группах данное значение снижалось. Противоречия в ответах и стереотипные повторы наиболее выражены в группе больных ОПР. При этом, противоречивые ответы наименее характерны для больных шизофренией, а ответы с многочисленными повторами — для больных с расстройствами личности.

Дальнейшим этапом анализа было выделение нозоспецифических особенностей принятия решений и организации деятельности (табл. 2).

Были выявлены следующие значимые различия. Лица с расстройствами личности демонстрировали большую толерантность к неопределенности, т. е. открытость новому опыту, стремление к новизне, устойчивость в отношении ситуаций с неясным исходом, по сравнению с больными шизофренией и ОПР, у которых данный показатель был почти одинаков. Также у лиц с расстройствами личности отмечалась меньшая цветовая ригидность и разница во времени чтения названия цветов, где цвет шрифта отличается от значения слова по результатам теста Струпа, показывая меньшую выраженность узкости познавательного контроля. Цветовая ригидность была значительно выше и примерно на одном уровне в остальных нозологических группах, при этом разница во времени чтения названия цветов, где цвет шрифта отличается от значения слова, несколько меньше у больных шизофренией, что указывает на высокую ригидность когнитивного контроля в данных группах. В отношении осознанности компонентов мотивов у лиц с расстройствами личности обнаружено меньшее влияние влечений («влекло», «манило») на их поступки и действия в качестве оснований для принимаемых решений и большая оценка условий, связанная с осознанием необходимости конкретных усилий. Наименьшая оценка условий и связанных с ними предстоящих усилий выявлена в группе больных шизофренией.

Таблица 2

**Значимые различия распределения метрических параметров в группах в зависимости от нозологической принадлежности обследованных (однофакторный дисперсионный анализ — ANOVA)**

Параметр	Органическое психическое расстройство	Шизофрения	Расстройство личности	p
Толерантность к неопределенности	47,00	46,12	54,86	0,007
t цвет-текст	182,42	176,84	141,69	0,016
Ригидность цветовая	80,54	80,27	54,17	0,020
Влечения	0,38	0,11	0,03	0,048



Оценка условий	0,15	0,09	0,34	0,010
Оценка результатов	3,60	3,11	5,17	0,040

Процесс принятия решений у лиц с ОПР в наибольшей степени определяется влечениями личности. У обследуемых с расстройствами личности отмечались более высокие средние значения показателя оценки результатов, которая является одним из этапов процесса саморегуляции, указывая на достаточную сформированность и устойчивость субъективных критериев оценки себя, результатов своей деятельности и поведения. Средние значения показателя оценки результатов были низкими как в группе больных ОПР, так и страдающих шизофренией.

Для определения вклада метрических показателей принятия решений и организации деятельности в отнесение обследуемых в группы в зависимости от нозологической принадлежности был применен дискриминантный анализ (табл. 3). Сравнение вклада исследуемых параметров показало, что наибольшей нозоспецифичностью обладает параметр толерантность к неопределенности, затем по степени убывания вклада представлены следующие параметры: оценка условий, цветная ригидность, влечения, оценка результатов и разница во времени чтения названия цветов при отличии цвета шрифта от значения слова. Кроме того, на основе общей линейной дискриминантной функции (ЛДФ) были сформированы линейные дискриминантные функции для лиц, страдающих ОПР (ЛДФ<sub>1</sub>), шизофренией (ЛДФ<sub>2</sub>) и расстройствами личности (ЛДФ<sub>3</sub>). Значения признаков ЛДФ при  $p \leq 0,05$ , выявленные в обследовании (табл. 3), подставляли в уравнение и решали его. Обследуемых относили в ту нозологическую группу, для которой данные ЛДФ оказались наибольшими.

Для оценки прогностических качеств линейной дискриминантной функций в зависимости от нозологической принадлежности были построены ROC-кривые. Показателями прогностических качеств дискриминантной модели являлись: площадь под ROC-кривой (AuROC), чувствительность (доля истинно положительных случаев принадлежности к целевой нозологической группе) и специфичность (доля истинно отрицательно случаев принадлежности к целевой нозологической группе).

Так, выявлено, что модель дифференцирует случаи принадлежности к группе лиц с ОПР очень высоко, прогностическая ценность составляет 91,1%. Чувствительность максимальна и равна 100%, специфичность удовлетворительная и составляет 75,8%. Прогностическая ценность модели по отнесению обследуемых к группе больных шизофренией высокая — 84,4%. При этом чувствительность является очень высокой — 92,6%, а специфичность средняя и равна 80%. Прогностическая ценность модели дифференциации принадлежности обследуемых к группе с расстройствами личности высокая и равна 88,2%. Чувствительность при этом также является высокой 83,3%, специфичность составляет 93,5%.

Таблица 3

**Структурные компоненты и коэффициенты линейных дискриминантных функций (ЛДФ), вклад структурных компонентов и показатели прогностических свойств дискриминантных моделей в зависимости от нозологической принадлежности обследованных**

Компонент ЛДФ	Нозология			р	Степень вклада
	ОПР	Шизофрения	Рас-во личности		
	ЛДФ <sub>1</sub>	ЛДФ <sub>2</sub>	ЛДФ <sub>3</sub>		
AuROC, %	91,7	84,4	88,2	—	—
Чувствительность, %	100	92,6	83,3		
Специфичность, %	75,8	80	93,5		
(Константа)	-29,896	-19,137	-24,327	—	—
Толерантность к неопределенности	0,536	0,445	0,534	0,006	0,540
Оценка условий	-0,631	-4,396	-3,068	0,044	0,473
Ригидность цветовая	1,414	1,116	1,782	0,017	0,448
Влечения	2,588	0,065	0,271	0,035	0,413
Оценка результатов	-0,029	-0,056	-0,052	0,025	0,383
t цвет-текст	0,093	0,094	0,077	0,010	-0,347

**Заключение**

В ходе исследования были выделены следующие индивидуально-психологические особенности принятия решений у лиц с психической патологией (ОПР, шизофрения и шизотипическое расстройство и расстройства личности и поведения). Установлено, что наибольшей нозоспецифичностью обладают параметры «толерантность к неопределенности», «оценка условий», «когнитивная ригидность», «влечения» и «оценка результатов». Так, для лиц с расстройствами личности характерна большая открытость новому опыту, устойчивость в ситуации неопределенности, меньшая выраженность узкости познавательного диапазона, по сравнению с больными шизофренией и ОПР.

У лиц с расстройствами личности отмечается достаточная сформированность и устойчивость субъективных критериев оценки себя, результатов своей деятельности и поведения. Принятие решения у данной группы в большей степени обусловлено оценкой условий и осознанием необходимости конкретных усилий. В то же время больных шизофренией отличает отсутствие оценки условий и связанных с ними предстоящих усилий, а больных ОПР — наибольшее влияние влечений в качестве фактора, определяющего мотивы поведения. У больных шизофренией и ОПР были обнаружены сходные индивидуально-психологические особенности, связанные с процессом принятия решений. Так, для этих групп больных характерна высокая ригидность когнитивного контроля, недостаточная сформированность и устойчивость субъективных критериев оценки себя, результатов своей деятельности и поведения.

При анализе особенностей ситуативного анализа было обнаружено, что для больных шизофренией в условиях недостатка информации характерно снижение количества и адекватности предлагаемых альтернатив. При увеличении количества информации и наличии сенсорных помех больные шизофренией склонны к значительным привнесениям личностного смысла. Однако в ситуациях с высокой неопределенностью и эмоционально насыщенных ситуациях количество альтернатив и социальная приемлемость ответов повышаются. Снижение способности распознавать эмоции в большей степени проявляется в ситуации избытка информации, тем не менее в условиях наличия сенсорных помех или повышенной неопределенности способны достаточно полно и детализировано описывать ситуацию, а также выдвигать большое количество альтернатив.

Лица, страдающих ОПР, обладают высокой способностью к распознаванию эмоций, однако при наличии сенсорных помех, высокого уровня неопределенности и эмоциональной насыщенности ситуации отмечается снижение адекватности интерпретации ситуации. При этом адекватность предложенных альтернатив увеличивается в условиях избытка информации, особенно в зашумленной ситуации с высокой степенью неопределенности.

Лица с расстройствами личности и поведения способны адекватно интерпретировать ситуацию, выдвигать большое количество адекватных социально приемлемых альтернатив как в ситуации достаточного количества информации, в том числе с высокой неопределенностью и эмоциональной насыщенностью, так и в ситуации избытка информации. В условиях недостаточного количества информации у лиц с расстройствами личности снижается адекватность предложенных альтернатив, при этом адекватность интерпретации ситуации сохраняется. При наличии перцептивных помех количество альтернатив, предложенных лицами с расстройствами личности, больше, чем у лиц с ОПР и шизофренией.

В ситуации с избыточным количеством информации у лиц с расстройствами личности и ОПР отмечалось резкое сокращение детализации ответов по сравнению с другими вариантами предъявления. Наибольшее влияние на снижение адекватности интерпретации ситуации у данных групп оказывает эмоциональная насыщенность ситуации.

## Литература

1. Булыгина В.Г. Психологическая концепция профилактики общественно опасных действий лиц с тяжелыми психическими расстройствами: дис. ... д-ра психол. наук. М., 2015. 393 с.
2. Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю. Нарушения социальной апперцепции как фактор риска совершения повторных общественно опасных деяний у лиц, страдающих психическими расстройствами (Ч. 2) // Российский психиатрический журнал. 2014. № 5. С. 4—9.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986. 287 с.
4. Ильин И.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2003. 512 с.
5. Конопкин О.А. Осознанная саморегуляция как критерий субъектности // Вопросы психологии. 2008. № 3. С.22—34.
6. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М.: Изд-во МГУ, 1978. 88 с.
7. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.
8. Кудрявцев И.А., Лапшина Е.Н. Психологические механизмы и эффекты влияния патологии характера на саморегуляцию общественно опасных деяний // Российский психиатрический журнал. 2008. № 3. С. 29—35.
9. Лапшина Е.Н. Саморегуляция лиц с пограничной психической патологией, совершивших правонарушение и признанных ограниченно вменяемыми // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16. № 4. С. 47—54.
10. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 2-е изд., испр. М.: Смысл, 2003. 487 с.
11. Савина О.Ф., Макушкин Е.В., Морозова М.В. Алгоритм экспертного исследования дизрегуляции деятельности в криминальной ситуации у лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2018. № 1. С. 31—42.
12. Jogems-Kostermana B.J.M., Zitmanb F.G., Van Hoofa J.J.M., Hulstijnс W. Psychomotor slowing and planning deficits in schizophrenia // Schizophrenia Research, 2001. Vol. 48. P. 317—333.

# ***Psychological components of decision-making in mentally ill persons***

**Shekhovtsova E.S.**, Junoir researcher of the Department of psychogenic and personality disorders, Federal State Budgetary Institution "V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation (shiha.l@mail.ru)

**Dubinsky A.A.**, Junoir researcher of Mental Hygiene and Psychoprophylaxis Laboratory, Federal State Budgetary Institution "V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation (aleksandr-dubinskij@yandex.ru)

---

The article is devoted to the study of individual psychological characteristics of decision-making in persons with mental pathology. The material of the empirical study of 99 men (mean age = 34.1 ± 10.6 years) with the following psychiatric diagnoses: organic mental disorders (F07) (OMD), schizophrenia and schizotypic disorder (F20, F21), personality and behavior disorders (F60, F61). The methodological complex included: "Verbal and color interference" tests by J. Stroop and "Comparison of similar drawings" by J. Kagan, questionnaires "Style of self-regulation of behavior" V.I. Morosanova and New Questionnaire of Tolerance to Uncertainty Kornilovoy, semiprojective methods "Identification of the awareness of motives" A.V. Ermolina and B.P. Ilyin and "Situational analysis" (Bulygina VG, 2017). It was revealed that the parameters of "tolerance to uncertainty", "assessment of conditions", "cognitive rigidity", "drives" and "evaluation of results" have the greatest nosocertainty. Within the context of the situational analysis, the influence of the amount of information available, the level of its uncertainty and emotional saturation on the adequacy of the interpretation of the situation, the number and adequacy of the proposed alternatives, and the social acceptability of the answers was established.

**Key words:** decision-making, situational analysis, persons with mental pathology.

---

## **References**

1. Bulygina V.G. Psihologicheskaja koncepcija profilaktiki obshhestvenno opasnyh dejstvij lic s tjazhjolymi psihicheskimi rasstrojstvami: Dis. ... d-ra psihol. nauk. M., 2015. 393 p.
2. Bulygina V.G., Makushkina O.A., Beljakova M.Ju. Narushenija social'noj apperpcpii kak faktor riska sovershenija povtornyh obshhestvenno opasnyh dejanij u lic, stradajushhih psihicheskimi rasstrojstvami (chast' 2) // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2014. №5. P. 4-9.
3. Zejgarnik, B.V. Patopsihologija. M.: Izd-vo MGU, 1986. 287 p.
4. Il'in, I.P. Motivacija i motivy. SPb.: Piter, 2003. 512 p.
5. Konopkin, O.A. Osoznannaja samoreguljacija kak kriterij sub#ektnosti // Voprosy psihologii.

2008. №3. S.22—34.

6. Kochenov M.M., Nikolaeva V.V. Motivacija pri shizofrenii. M.: Izd-vo MGU, 1978. 88 p.
7. Kritskaja V.P., Meleshko T.K., Poljakov Ju.F. Patologija psihicheskoj dejatel'nosti pri shizofrenii: motivacija, obshhenie, poznanie. M.: Izd-vo MGU, 1991. 256 p.
8. Kudrjavcev I.A., Lapshina E.N. Psihologicheskie mehanizmy i jeffekty vlijanija patologii haraktera na samoreguljaciju obshhestvenno opasnyh dejanij // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2008. №3. P. 29—35.
9. Lapshina E.N. Samoreguljacija lic s pogramichnoj psihicheskoj patologiej, sovershivshih pravonarushenie i priznannyh ogranichenno vmenjaemymi // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2006. T.16. №4. P. 47—54.
10. Leont'ev, D.A. Psihologija smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoj real'nosti. 2-e, ispr. izd. M.: Smysl, 2003. 487 p.
11. Savina O.F., Makushkin E.V., Morozova M.V. Algoritm jekspertnogo issledovanija dizreguljicii dejatel'nosti v kriminal'noj situacii u lic s psihicheskimi rasstrojstvami // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2018. №1. P. 31-42.
12. Jogems-Kostermana B.J.M., Zitmanb F.G., Van Hoofa J.J.M., Hulstijnc W. Psychomotor slowing and planning deficits in schizophrenia // Schizophrenia Research, 2001. Vol. 48. P. 317—333.