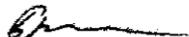


10  
Б-908

*На правах рукописи*



**Булыгина Вера Геннадьевна**

**Нарушения саморегуляции у несовершеннолетних  
с выраженными психическими расстройствами,  
совершивших общественно опасные действия**

**Специальность 19.00.04 - Медицинская психология  
(психологические науки)**

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук**

**Москва – 2003**

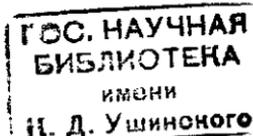
Работа выполнена в Отделении профилактики общественно опасных действий психически больных Государственного Научного Центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского

**Научный руководитель** доктор психологических наук,  
старший научный сотрудник  
**Сафуанов Фарит Суфиянович**

**Научный консультант** доктор медицинских наук, профессор  
**Котов Вячеслав Павлович**

**Официальные оппоненты:**

доктор психологических наук  
**Коробейников Игорь Александрович**  
кандидат психологических наук  
**Печникова Леонора Сергеевна**



01-09695

**Ведущее учреждение** Государственное учреждение  
«Научный Центр психического здоровья РАМН».

Защита диссертации состоится 6 июня 2003 г. в 15 час. на заседании диссертационного совета Государственного Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова по адресу: ул. Моховая, д.11 корп.5, аудитория 303.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке им. М.Горького.

Автор: ф.и.о. кал 2003 г.

Ученый секретарь диссертационного совета Балашова Е.Ю.



## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### *Актуальность исследования.*

Происходящая в последнее время эволюция научных взглядов на генез общественно опасных действий (ООД) психически больных отразилась и на практике принудительного лечения (ПЛ). Особое значение вторичной профилактики и ведущая роль социально-реабилитационных мероприятий связаны с тем, что удельный вес повторных ООД достигает 40-60% от всех деликтов, совершенных психически больными (Котов В.П., Мальцева М.М., 1995, 2001), а в 70% случаев ООД совершаются больными вне психического состояния (Лифшиц А.Е., 1988; Первомайский В.Б., 1988; Юрьева Л.П., 1994 и др.).

Дифференцированные программы мероприятий для лиц с различными психологическими формами разрабатываются с учетом психопатологического механизма совершенных деликтов, однако они ориентированы на ПЛ взрослых психически больных. Важной научно-практической задачей является разработка принципов клинико-психологической реабилитации *несовершеннолетних* правонарушителей с психическими расстройствами.

Немногочисленные работы психологов в этой области посвящены преимущественно анализу личностно-смыслового уровня саморегуляции в генезе ООД (Кудрявцев И.А., 1984; Ситковская О.Д., 1985; Сафуанов Ф.С., 1986; Васильева Ю.А., 1998; Дозорцева Е.Г., 2000). Недостаточно использованы при исследовании психически больных подростков методологические и методические разработки по изучению структурно-динамических особенностей регуляции поведения взрослых с психической патологией (Коченов М.М., Николаева В.В., 1978, 1991; Гульдман В.В., 1975, 1985; Холмогорова А.Б., 1982; Курек Н.С., 1982; Корнилов А.П., 1980, 1991).

Исследования выраженной психической патологии, обуславливающей криминальное поведение несовершеннолетних необходимо для 1) объективации судебной клинико-психологической оценки их способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, 2) уточнения критериев определения степени их общественной опасности, 3) разработки дифференцированных рекомендаций по назначению принудительных мер медицинского характера и принципов организации психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

Общепсихологический аспект актуальности исследования связан с 1) дальнейшей разработкой проблемы онтогенеза осознанной регуляции поведения человека, 2) комплексным изучением влияния биологических и социальных факторов на формирование регуляторных возможностей человека.

Вышесказанное определяет актуальность исследования проблемы осознанной саморегуляции у подростков с выраженной психической патологией, находящихся на принудительном лечении в связи с совершенными ими общественно опасными деяниями.

*Теоретико-методологической основой* исследования является положение об опосредованности психической деятельности в отечественной патопсихологической школе (Зейгарник Б.В., 1971-1986; Поляков Ю.Ф., 1974-1982; Лебединский В.В., 1974-1985; Николаева В.В., 1970-1978; Соколова Е.Т., 1976-1999): теоретические положения школы Л.С. Выготского, А.Р. Лурия и их последователей (Ольконин Д.Б., 1971-1994; Божович Л.И., 1968-1995; Петровский А.В., 1982-1996) о социальной ситуации развития, психологических новообразованиях на различных возрастных этапах, асинхронии их созревания; структурно-функциональный подход к изучению процессов саморегуляции (Копонкин О.К., Моросанова В.И., Степанский В.И., 1980-2000).

*Цель работы* - исследование нарушений процессов осознанной психической саморегуляции у подростков с выраженными психическими расстройствами и определение их роли в генезе общественно опасных действий.

*Объект исследования:* подростки в возрасте от 14 до 18 лет с диагнозом шизофрения и органическое психическое расстройство, признанные невменяемыми в отношении совершенных ими ООД, находящиеся на принудительном лечении.

*Предмет исследования* - структурно-динамический аспект саморегуляции подростков и его нарушения у несовершеннолетних с выраженными психическими расстройствами.

#### *Теоретическая гипотеза исследования*

При различных формах психической патологии происходят определенные нарушения процесса саморегуляции. За различными проявлениями общественно опасных действий у несовершеннолетних больных шизофренией и органическим психическим расстройством лежат различные структурные нарушения саморегуляции. Расстройства их способности к осознано-волевому контролю в первую очередь определяются дефицитностью различных звеньев саморегуляции. А их общественная опасность определяется нарушениями системных взаимоотношений этих звеньев.

#### *Задачи исследования:*

1. Изучение возрастных закономерностей становления основных звеньев процесса осознанной саморегуляции и структурных составляющих самосознания (самоотношение, самооценка, уровень притязаний).
2. Определение роли биологически обусловленных и средовых факторов в формировании процесса саморегуляции у подростков.

3. Выделение типичных вариантов расстройств саморегуляции у несовершеннолетних, больных психозами и органическим психическим расстройством.

4. Выделение у несовершеннолетних, страдающих психозами и органическим психическим расстройством, клинико-психологических особенностей, повышающих вероятность делинквентного поведения.

5. Выявление особенностей самосознания и саморегуляции, определяющих способность подростков с выраженными психическими расстройствами осознавать значение своих действий и руководить ими при совершении ООД, являющихся предикторами общественной опасности.

6. Разработка рекомендаций по оптимизации клинико- и экспериментально-психологического обследования несовершеннолетних обвиняемых:

а) при судебной-экспертной оценке способности подэкспертных осознавать значение своих действий и руководить ими, степени их общественной опасности, назначении и изменении принудительных мер медицинского характера.

б) при составлении дифференцированных психокоррекционных программ и при оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в рамках принудительного наблюдения и лечения.

#### *Положения, выносимые на защиту*

1. Формирование в онтогенезе отдельных составляющих процесса осознанной саморегуляции происходит гетерохронно. Биологические диспозиции развития, характеризующиеся дефицитностью внимания и памяти, снижают эффективность этапов контроля и оценки результатов деятельности. Малоадаптивные формы родительских практик отрицательно влияют на формирование у подростков способности планировать и программировать свою деятельность.

2. У подростков с различной психической патологией обнаруживаются различные друг от друга структурные нарушения осознанной саморегуляции как целостного процесса и дефицитность его различных звеньев. У больных психозами выявляется изолированность процессов саморегуляции, отсутствие преемственности и поэтапности ее отдельных звеньев. У больных ОПР, напротив, обнаруживается излишняя «сплоченность», недифференцированность и неразвернутость последовательного осуществления этапов регуляции поведения.

3. Криминогенными факторами поведения у подростков с выраженными психическими расстройствами являются такие нарушения регуляторных возможностей как: отсутствие поэтапной связи между звеньями саморегуляции и их цикличности; недостаточное влияние уровня притязаний и нормобразующих элементов самосознания на этапы регуляции

поведения. Прогностически важным признаком перехода девиаций поведения на делинквентный уровень у подростков с выраженной психической патологией является сочетание синдрома оппозиционного поведения в дошкольном периоде с агрессивными формами поведения. Спецификой факторов риска криминального поведения у больных шизофренией является сочетание ранней алкоголизации и агрессивности, у больных органическим психическим расстройством - сочетание импульсивного варианта синдрома дефицита внимания и гиперактивности с тревожностью.

#### ***Научная новизна и теоретическое значение работы***

В работе впервые выделены возрастные закономерности формирования звеньев саморегуляции (асинхронность, недостаточная способность к моделированию значимых условий осуществления деятельности). Определены присущие в целом подростковому возрасту особенности структурных элементов самосознания (самоотношения и самооценки) и их связей с процессом осознанной психической саморегуляции с преимущественным влиянием самоотношения на этап инициации деятельности.

Рассмотрены внутренние и внешние условия социальной ситуации развития подростков, ее нарушения в зависимости от присутствия фактора психической патологии и девиаций поведения. Обнаружено, что дефицитарность внимания и памяти отрицательно влияет преимущественно на формирование этапа контроля и оценки результатов своей деятельности.

Показан криминогенный комплекс нарушений регуляторных возможностей (отсутствие поташности, цикличности), процессов целеполагания (сочетание низкой мотивации достижения и неадекватных тактик промежуточного целеполагания) и структурных составляющих самосознания у подростков с выраженными психическими расстройствами.

Определено, что прогностически неблагоприятными в плане риска перехода девиаций поведения на делинквентный уровень у несовершеннолетних больных шизофренией является сочетание ранней алкоголизации и агрессивных форм реагирования, у больных органическим психическим расстройством – сочетание импульсивного варианта синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) с трудностями социальных контактов, сопровождающихся тревожностью и депрессивными расстройствами.

***Практическое значение работы*** состоит в возможности применения разработанных рекомендаций по оптимизации, формализации и объективизации процедуры клинико- и экспериментально-психологического обследования несовершеннолетних обвиняемых: а) в рамках комплексной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ), при оценке их способности осознавать значение своих действий и руководить ими, б) в рамках принудительного наблю-

ления и лечения, при прогностической оценке степени общественной опасности подростка, оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Предложенные основные подходы и принципы проведения психокоррекционных мероприятий в рамках принудительного лечения несовершеннолетних позволяют сделать лечебно-реабилитационные воздействия «мишенеориентированными», успешнее решать задачи вторичной профилактики ООД.

**Публикация и апробация работы.** Материалы диссертации были доложены на конференциях: «Принципы типологии и дифференцированного принудительного лечения психически больных с преобладанием дефицитарных расстройств и изменений личности» (1995); на 5-ой Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии «Душевное здоровье человека – духовное здоровье нации» (2002).

Диссертация обсуждалась на заседании Проблемного Совета по судебной психиатрии ГИЦ СиСН им. В.П.Сербского (2002), на заседании кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В.Ломоносова (2002). По материалам диссертации опубликовано 19 работ.

**Внедрение.** Результаты работы используются в экспертной и лечебно-диагностической практике в Московской психиатрической больнице № 5, в Казанской ПБСТИП. Материалы, представленные в диссертации, использованы в методических рекомендациях, руководствах и пособиях для врачей, утвержденных Министерством здравоохранения РФ, в учебном процессе постдипломного образования по медицинской и судебной психологии (учебно-методический отдел ГИЦ СиСН им. В.П.Сербского).

**Структура и объем работы.** Диссертация, изложенная на 200 с., состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, списка литературы, включающего 322 наименования и 5 приложений. Работа иллюстрирована 20 рисунками, 9 таблицами.

**Материал и методы исследования.** В работе реализована схема *квалиэксперимента «контроль после» с использованием стратегии отбора и подбора групп* (Кухибелл Дж., 1980; Корнилова Т.В., 1998, 2000). Подбор экспериментального материала осуществлялся так, чтобы при сравнительном анализе можно было объединять или разделять испытуемых по принципу присутствия трех факторов: психопатологического, девиантного (поведенческого) и возрастного, и сочетания двух и трех факторов одновременно.

*Основную группу* составили 52 подростка: 26 больных малопрогредиентной психопатией с психопатоподобными состояниями (F20.6 по МКБ-10) и 26 больных органическим психическим расстройством (ОПР) (F07.08). В *контрольной группе* были испытуемые с аналогичной психической патологией, не совершавшие ООД (по 21 чел.). *Группы сравнения* соста-

вили психически здоровые подростки с просоциальным (31 чел.) и девиантным поведением (20 чел.). Для определения роли *возрастного фактора* были обследованы взрослые психически здоровые испытуемые (35 чел.) и психически больные лица с диагнозом шизофрения и ОПР, как совершавшие, так и не совершавшие ООД (60 человек). Всего было обследовано 240 человек.

**Критерии отбора:** отсутствие психотического состояния на момент деликта, выраженных когнитивных нарушений, массивной алкоголизации и злоупотребление наркотическими веществами в течении последнего года.

**Методы исследования:** 1) *Опросник ССП – «Стиль саморегуляции поведения»* (Марсанова В.И., 1999), выявляющий 6 звеньев процесса саморегуляции: планирование, моделирование, программирование, оценка результатов, гибкость, самостоятельность, 2) *Опросник МПК – Методика исследования самооотношения* (Папугин С.Р., 1993), 3) *Методика УП «Уровень притязаний»* (модифицированный вариант методики Юкнат-Хоппе), 4) *Методика СО – «Самооценка»* (модифицированный вариант методики Дембо-Рубинштейн), с использованием семи балльных шкал - традиционных и дополнительных, характеризующих особенности регуляции поведения (степень обдуманности принимаемых решений, решительность и т.п.) и разведением «реальной», «идеальной» и «достижимой» самооценок, 5) *Опросник ADOК – «Подростки о родителях»* (Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ремицына Е.Е., 1994), выявляющий типы воспринимаемого ребенком отношения к нему родителей.

Кроме экспериментальных, для выявления эмоциональных и поведенческих проблем испытуемых, применялись клинически ориентированные методы: *полуструктурированное интервью А.Кауфман К-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6-18 Years))* и *Check-list Т.Ахенбах*, позволяющие на основе направленного наблюдения и качественного анализа анамнестических данных количественно оценить степень выраженности имеющихся эмоциональных и поведенческих проблем апробированы на российской выборке Картер А., Григоренко Е. И. и др., 1996, Корниловой Т.В., Смирновым С.Д., 2001). Использовалась формализованная карта обследования, позволяющая выделить социально-демографические характеристики, криминологические, клинические характеристики, особенности психического развития на основе анализа материалов уголовного дела и медицинской документации (включает 83 показателя).

**Статистическая обработка данных:** t- критерий Стьюдента, корреляционный анализ с построением граф-схем; факторный анализ (Quartimax normalized). Использовались статистические пакеты SPSS-10.05 и Statistika-5.0.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

*Во введении* обосновывается актуальность исследования, формулируется гипотеза, определяются цель, задачи и предмет исследования, раскрываются научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, приводятся положения, выносимые на защиту.

*Первая глава (постановка проблемы)* содержит аналитический обзор литературы по проблемам общественной опасности взрослых и несовершеннолетних психически больных, регуляции поведения при различных психических расстройствах; рассматриваются теоретические и экспериментальные разработки проблем психологического возраста, девиаций поведения.

Анализ истории вопроса и современного состояния проблемы общественной опасности взрослых и несовершеннолетних с различными психическими заболеваниями показывает, что как в рамках клинико-психопатологического подхода (Бунеев А.П., 1942; Фрейсров О.Е., 1967; Луцк Д.Р., 1966 –1974; Ильинский Ю.А., 1987 и др.), так и в рамках клинико-статистического направления (Качасв А.К., 1971; Шумаков В.М., 1975-1987 и др.) психопатоподобные состояния рассматриваются как одни из наиболее криминогенных при шизофрении и органическом психическом расстройстве. В рамках судебно-психиатрического направления проводились психологические исследования, в которых изучались криминогенные факторы у обвиняемых с психическими расстройствами (в большинстве случаев пограничными) на основе изучения особенностей мотивационной, личностно-смысловой регуляции, агрессии (Гульдан В.В., 1975-1985; Кудрявцев И.А., 1978 -2000; Дозорцева Е.Г., 1988 - 2000; Сафуанов Ф.С., 1986-2001).

На настоящий момент психологических работ, посвященных выявлению патопсихологических факторов, являющихся предикторами общественной опасности больных (особенно – подростков с *выраженной психической патологией*) немного. Это обстоятельство определяет актуальность патопсихологических исследований психически больных подросткового возраста с психопатоподобными состояниями при шизофрении и органическом психическом расстройстве. При этом специфика подростковой выборки диктует необходимость при планировании исследований учета основных закономерностей развития в онтогенезе, особенностей социальной ситуации развития, структурных и содержательных характеристик новообразований данного возрастного периода.

В комплексных клинико-психологических исследованиях внутренних, в том числе биологически обусловленных, факторов социальной ситуации развития (ССР) детей и подростков с нарушениями психического развития описаны специфические особенности структуры познавательной деятельности при шизофрении и при патологиях органического генеза (Яс-

перс К., 1963; Поддубная М.Г., 1976; Шоших П.Б., Переслени Л.И., 1981 и др.; Поляков Ю.Ф., 1974; Критская В.П., Мелешко Т.К., 1982-2000 и др.). Подчеркивается важность изучения генетических и нейрофизиологических predispositions. Минимальные мозговые дисфункции (ММД) и причисляемый к ним синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) (Quay, H. C. 1991; Frick P.J., 1994; Hinshaw S. P., 1993; Moffit T. E., 1994), дефицитарность процессов социального информирования (Dodge K. A. и др., 1982-1991; Матвеев В.Ф., Лебедев А.В., 1984) рассматриваются в качестве факторов риска поведенческих расстройств в подростковом периоде.

Изучение внешних (социальных) условий ССР показывает, что семейная дисфункция является одним из наиболее важных факторов личностных и поведенческих девиаций у детей и подростков (Сокольская Т.М., 1985; Столин В.В., Варга А.М., 1989; Сливачковская А.С., Соколова Е.Т., 1986-1999; Kochanska G., 1991; Patterson G.R. и др., 1992; Alexander J. и др., 1999). Показано, что реализуемые родителями воспитательные практики, их структурный и содержательный компоненты, существенным образом влияют на успешность социализации детей и подростков и непосредственно участвуют в формировании способности к саморегуляции.

В исследованиях, посвященных изучению новообразований, проводится разделение негативной и позитивной фаз психического развития в подростковом возрасте, с выделением таких особенностей негативной фазы как крайняя вариативность, ситуационную зависимость, неоднородность и сложность поведения. В экспериментальных работах выявлена специфика переходного возраста с возникающими новообразованиями - рефлексией, самопознанием, самоопределением, целостной идентичностью (Божович Л.И., 1968, 1985; Эриксон Э., Марсиа Дж., 1996), изменениями в мотивационной сфере, иерархизацией ее структуры, окончательной эмансипацией и автономизацией самооценки, переориентацией на оценку значимых других или на собственную самооценку (Савонько Е.И., 1972; Головаха Е.И., Кролик А.А., 1984; Соколова Е.Т., Чеснова И.Г., 1986; Некрасова Е.В., 1991; Олькотин Д.Б., 1994). На примере подростков с аномалиями развития и девиантным поведением была выявлена недостаточная сформированность потребности в самоактуализации и интегрирующей функции Я, преобладание низкого и неадекватного уровня притязаний, низкий уровень самооценки, самоценности (Глоточкин Д.А., Корнева Т.И., 1982; Дмитриева Т.П., 1996; Кржечковский А.Ю., 2000), нарушение сроков созревания самоприятия и самоотношения, изменение содержательных характеристик и соотношения между такими их функциями как регуляторная и защитная (Соколова Е.Т., 1989-1990; Столин В.В., 1983; Пантислев С.Р., 1988, 1990).

Эти данные соответствуют принятым в психологии и психиатрии положениям о подростковых кризах, законе гетерохронии, дизонтогенезе (Выготский Л.С., 1934; Сухарева Г.Е., 1937-1959; Лебединская К.С., 1969; Ковалев В.В., 1974, 1979; Лебединский В.В., 1985; Личко А.Е., 1985; Гурьева В.А., 1996; Макушкин Е.В., 2001).

Содержательные и структурные изменения саморегуляции при дизонтогенезе определяют разнообразные нарушения поведения подростков с выраженными психическими расстройствами. Их изучение имеет огромное значение для определения их общественной опасности в рамках КСППЭ (Коченов М.М., 1991; Кудрявцев В.Н., 1986; Гульдан В.В., 1986; Дозорцева Е.Г., 1988; Кудрявцев И.А., 1988; Ситковская О.Д., 1983; Сафуанов Ф.С., 2001 и др.).

Проблема закономерностей регуляции человеком своей активности издавна занимает одно из центральных мест в рамках субъектного подхода к изучению психики человека (Бернштейн П.А., 1947-1966; Анохин П.К., 1978; Рубинштейн С.Л., 1946, 1957; Леонтьев А.П., 1965, 1975; Абульханова-Славская К.А., 1982; Брушлинский А.В., 1982).

В настоящее время разработаны функциональные модели (Коночкин О.А., 1980; Степанский В.И., 1997; Моросанова В.И., 1998 и др.), в которых саморегуляция понимается как внутренняя психическая активность, использующая психологические средства и осуществляющая процессы планирования, программирования, оценки и коррекции результатов (таблица 1).

Таблица 1

Структурно-динамическая модель саморегуляции

Этапы	характеристика
 <p>ПЛАНИРОВАНИЕ</p>	осознанность, временная перспектив процессов планирования, реалистичность, действенность выдвигаемых целей
МОДЕЛИРОВАНИЕ	способность к моделированию условий различных ситуаций, оценке и прогнозу изменений
ПРОГРАММИРОВАНИЕ	развитость осознанного программирования поведения, адекватность, действенность и иерархичность программ поведения
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ	развитость осознанного оценивания своего поведения, строгость критериев успешности достижений
КОНТРОЛЬ	точность и своевременность коррекции модели условий, планов и программ, оценки результата - при изменении условий
КОРРЕКЦИЯ	

Важность сознательной регуляции человеком своего поведения подчеркивается и во многих работах отечественных психологов (Зейгарник Б.В., 1956, 1976, 1986; Поляков Ю.Ф., 1982; Соколова Е.Т., 1976-1999 и др.).

Проблемы мотивационной, целевой и ценностно-смысловой регуляции теоретически и методически достаточно разработаны в психологии. В фундаментальных и прикладных исследованиях изучены возрастные особенности в норме, их связи с личностными характеристиками, другими структурными составляющими самосознания, при различных типах аномального развития и психической патологии (Зейгарник Б.В., 1971; Коченов М.М., Николаева В.В., 1978; Братусь Б.С., 1980; Гульян В.В., 1975, 1985; Кудрявцев И.А., 1982, 1986; Курек Н.С., 1981; Стехлик М., 1984; Холмогорова А.Б. и др., 1991; Корнилов А.П., 1980, 1991). Однако, психологических исследований, посвященных несовершеннолетним больным с выраженными психическими расстройствами, крайне мало.

Разработка проблемы нарушения регуляции поведения у несовершеннолетних в общей и судебной психиатрии проводилась через анализ девиаций поведения. Подчеркивалось, что нарушения поведения являются не только клиническим феноменом, так как их выделение осуществляется на основе социальной значимости совершаемых действий (Вроно М.Ш., 1986, 1989; Цуцуньковская М.Я., 1986; Личко А.Е., 1979; Королев В.В., 1992; Королев В.В., 1992). Данный феномен был дифференцирован по трем основным направлениям: социально-психологическому, клинико-психопатологическому, личностно-динамическому. Исследования зарубежных авторов (Bellak L., 1987-1999; Lindenmayer J.P. и др., 1981, 1999; Biederman J., 1991; Lilienfeld S.O. и др., 1994; Alexander J., 1994, 1999; Frick P.J., 1994-1998 и др.) также сфокусированы на определении оснований классификации девиаций поведения. Авторами выделяются траектории развития расстройств поведения с учетом сопутствующих эмоциональных расстройств и гендерных различий.

При этом зарубежные исследователи (клиницисты и психологи) преимущественно ориентированы на изучение проблемы коморбидности, понимание каузальных процессов в формировании расстройств поведения. В отечественных социально- и судебно-психиатрических работах последнего десятилетия акцент смещен на исследование патологического делинквентного поведения, связанного с нарушениями ранней социализации детей и психическим дизонтогенезом. Психологические работы посвящены изучению аномального развития подростков с девиантным поведением (Заика Е.В., 1990; Беляничев В.В., 1996; Шишкин Ю.М., 1996; Горьковая И.Г., 1996; Дозорцева Е.Г., 1990-2002). Решаются задачи конкретизации психологических переменных, сопутствующих или каузально связанных с

развитием отклоняющегося поведения (Григоренко Е.Л., Смирнов С.Д., Корнилова Т.В., 1988-2001).

Проведенный анализ накопленных эмпирических данных позволяет сделать заключение, что фактически в медицинской психологии существует пробел в исследовании структурно-динамического уровня осознанной регуляции поведения у подростков при выраженной психической патологии. В то же время именно аспект саморегуляции тесно связан с понятием общественной опасности и его учет необходим для решения диагностических и экспертных задач в рамках КСППЭ, а также решения проблемы вторичной профилактики в рамках осуществления принудительных мер медицинского характера.

**Результаты эмпирического исследования** приведены в главах 2-5.

Во *второй главе* обсуждаются принципы выбора и группировки материала, приводится статистическая, клиничко-социальная характеристика исследуемой выборки. Обосновывается применение методов исследования, раскрываются их содержательные характеристики, направленность; описываются способы обработки.

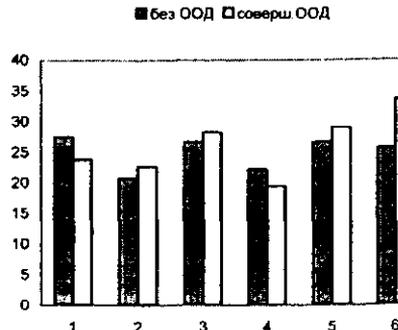
В *третьей главе* рассматриваются возрастные особенности процесса саморегуляции, закономерности формирования отдельных его звеньев, характеристики перспективного и промежуточного целеполагания, а также таких структурных составляющих самосознания как самооценка и самоотношение.

При исследовании *стилей саморегуляции поведения* (рис. 1-2) по параметру «планирование» и «оценка результатов» максимальные баллы имели подростки с просоциальным поведением психически больные и здоровые. Несовершеннолетние, находящиеся на принудительном лечении по данным параметрам имели минимальные значения, а по параметрам «программирование» и «самостоятельность» - максимальные (28,22). По параметру «гибкость» - подростки с девиациями поведения демонстрировали максимальные значения, со значительным увеличением их в группе психически больных. По параметру «моделирование» не было выявлено значимых различий, однако средние значения во всех группах подростков были меньше, нежели значения по другим параметрам саморегуляции (Рис. 1,2).

Сопоставление результатов опросника ССП у психически здоровых взрослых и несовершеннолетних показало, что средние показатели по шкале «моделирование» у подростков достоверно ниже, чем у взрослых. По другим шкалам средние значения значительно различались. Можно сделать вывод, что формирование отдельных компонентов (планирование, оценки, контроля и т.п.) осознанной регуляции поведения в подростковом возрасте происходит гетерохронно, при этом способность моделировать (выявлять основные условия дости-

жения цели, оценивать и прогнозировать возможные изменений внешних обстоятельств) является самым поздним онтогенетическим новообразованием.

При исследовании *самоотношения* в рамках психической нормы выраженных различий между группами не было выявлено, за исключением естественных для подростка более высоких показателей по шкале «внутренняя конфликтность», обусловленных генезом самоотношения в сторону большей внутренней согласованности во взрослом состоянии.



психически здоровые испытуемые

психически больные подростки

Рис. 1-2 Средние значения показателей саморегуляции

Условные обозначения: 1-планирование, 2- моделирование, 3- программирование, 4- оценка результатов, 5- гибкость, 6- самостоятельность.

Характерным для подростков с девиациями поведения (психически здоровых больных) было максимальное расхождение достижимых, идеальных и реальных оценок себя, успеха и законопослушности. У подростков значения достижимых самооценок были выше идеальных.

При исследовании особенностей *промежуточного целеполагания* были выявлены следующие особенности уровня призываний: более высокие по сравнению со взрослыми значения показателя подвижности (отношение изменений УП при переходе к следующей задаче к количеству неизменных) и устойчивости УП (отношение суммы изменений в баллах к количеству изменений), меньшая стабильность УП (средний показатель абсолютной разницы между высотой предыдущего и последующего выборов). Кроме того, для подросткового возраста характерна меньшая «осторожность» в стратегии промежуточного целеполагания, меньшая поляризация по всей выборке относительно предпочитаемой зоны трудности выби-

расных заданий. У подростков высота первого выбора ниже, чем у взрослых, а последнего - выше.

Таким образом, в результате сравнительного анализа обследованных групп подростков и сопоставления их со взрослыми испытуемыми были выявлены *возрастные особенности самосознания и регуляторных профилей, являющиеся неспецифическими по факторам психопатологии и девиаций поведения*. Для подросткового возрастного периода характерны более высокие показатели внутренней конфликтности в самоотношении; более высокое оценивание себя по склонности к риску и более низкое - по степени обдуманности принимаемых решений, а также - меньшее по сравнению со взрослыми испытуемыми расхождение между реальной, идеальной и достижимой самооценками; большая подвижность и соответственно - меньшая устойчивость уровня притязаний, меньшая «осторожность» в тактиках промежуточного целенаправленного поведения, меньшая поляризация относительно предпочитаемой зоны трудности выбираемых целей.

Естественным («нормальным») для подросткового возраста является недостаточная сформированность, по сравнению с другими блоками саморегуляции, звена моделирования; недостаточная связанность между собой процессов программирования, планирования и оценки результатов; недостаточная «вовлеченность» элементов самоотношения в процессы саморегуляции. Самоотношение как новообразование подросткового возраста связано у несовершеннолетних преимущественно с этапом инициации деятельности и меньше влияет на процессы контроля и коррекции осуществляемой деятельности.

*Четвертая глава посвящена изучению влияния биологически условий и средовых факторов социальной ситуации развития на формирование процесса саморегуляции.*

Изучение *биологических предпосылок развития ребенка* (наследственной отягощенности алкоголизацией родителей, видов перенесенных вредностей, а также операционально-динамических характеристик памяти, внимания) при экспериментальном психологическом исследовании, анализе данных медицинской документации, полуструктурированного интервью Кауфман показало, что в группе нормы лишь в 3,2% случаев в анамнезе отмечалась наследственная отягощенность, в то время как в других группах обследуемых подростков этот показатель достигал 33,3% (психически больные, совершившие ООД). Алкоголизация родителей чаще всего наблюдалась у психически здоровых и больных подростков с девиантным поведением: в 30% случаев алкоголизировались оба родителя. Патология беременности отмечалась во всех группах. Но перенесенным постнатальным вредностям травматического генеза подростки с девиациями поведения имели максимальные показатели (40% психически здоровых и 39,2% психически больных). Постнатальные соматогении чаще наблюдались у

подростков с психической патологией: у 33,3% не совершавших и у 36,3% совершивших ООД.

СДВГ наблюдался у 90% подростков с девиантным поведением, у 93,9% больных, совершивших ООД, и у 64,6% подростков, не совершавших ООД, в то время как в группе нормы этот синдром отмечался лишь у 3,2% испытуемых. Снижение миелинистических функций в целом отмечалось у 60% девиантов, у 81,8% больных, не совершавших ООД, и у 86% подростков, находящихся на ПЛ. Колебания внимания чаще (56%) отмечались у больных, совершивших ООД (в норме у 19,4%), а снижение активности внимания выявлялось в 40% случаев у девиантов и в 45,5% случаев у больных, состоящих на учете в ПНД (в норме - 16,1%). Колебания темпа умственной работоспособности в 30% случаев наблюдались у больных и психически здоровых подростков с девиациями поведения. У многих испытуемых из этих групп отмечалось замедление темпа психической деятельности (50% и 40% соответственно).

Таким образом, для *подростков с девиациями поведения* вне зависимости от присутствия психопатологического фактора характерно: наследственная отягощенность алкоголизацией обоих родителей, большой удельный вес постнатальных перенесенных вредностей травматического генеза, СДВГ, дефицитарность памяти, умственной работоспособности, внимания. У *лиц с выраженной психической патологией* вне зависимости от фактора риска девиаций поведения отмечается возрастание удельного веса постнатальных соматогений, преобладание импульсивного типа СДВГ.

Были выявлены значимые связи между отдельными переменными саморегуляции (методика ССП) и шкалами опросников Кауфман и Ахенбах, диагностирующих СДВГ, проблемы внимания и мышления. Для *больных, находящихся на принудительном лечении*, специфичной была связь расстройств внимания и нарушенной социализации с блоками саморегуляции. При этом у *больных шизофренией* адекватность оценки результатов была ограничена имеющимися проблемами с вниманием, а у *больных органическим психическим расстройством* со звеном программирования были связаны нарушения мышления, со звеном коррекции - синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Исследование *особенностей родительских практик* у разных групп испытуемых и их влияния на разные параметры процесса саморегуляции (ADOR, ССП, материалы индивидуальной карты обследования) выявило, что низкий образовательный уровень родителей и невысокий социально-экономический статус семьи, сочетался с алкоголизацией отца и матери. В таких семьях с дошкольного возраста обследуемых преобладало эмоциональное отвержение и жестокое обращение с ребенком обоих родителей.

Для подростков с психической патологией более характерна оценка стиля воспитания матери как непоследовательного и воспитания отца как директивного, оценка которого в зависимости от наличия девиаций поведения у ребенка основывалась на интерпретации совершенно разных паттернов поведения родителя. Группу психически здоровых и больных подростков с девиациями поведения характеризовало восприятие рассогласованности родительских воспитательных тактик, с преобладанием оценки стиля воспитания матери как непоследовательного, отца - как враждебного (рис.3.4).

К факторам, определяющим нарушение социализации ребенка и повышающим риск серьезных девиаций поведения, следует отнести: преимущественное оценивание *отношения матери* как равнодушного, эмоционально отстраненного при пассивной подчиняемости воле отца, непредсказуемости дисциплинарных мер (враждебность, автономность и выраженная непоследовательность), *отношения отца* - как агрессивно непримиримого, деспотично стремящегося к подавлению других при одновременном отсутствии жестких наказаний и осуждения в случаях нарушений поведения (директивность, враждебность, автономность).

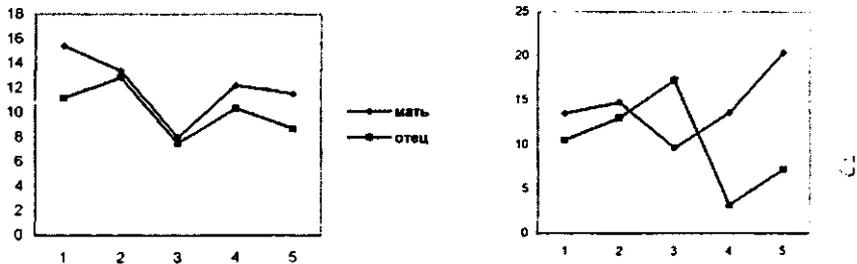


Рис.3.4 Данные методики ADOR в группе психически больных подростков, совершивших (слева) и не соверживших ООД (справа)

Условные обозначения: 1 – позитивный, 2-директивный, 3-враждебный, 4- автономный, 5 -непоследовательный

Преобладание непоследовательности воспитательных стратегий матери, директивности отца, фиксируемое по мере увеличения степени выраженности эмоциональных и поведенческих проблем у ребенка, является отражением снижения адаптивных возможностей родителей, несмотря на разные смысловые нагрузки их восприятия в зависимости от делинквентности подростков. В группах подростков с просоциальным поведением психическое и психологическое благополучие ребенка обуславливает снижение структурированности и

последовательности стиля воспитания у матери, а у отца - преобладание своевременной коррекции поведения ребенка в сочетании с излишней беспристрастностью в общении.

*Пятая глава посвящена установлению роли психопатологических факторов в нарушении саморегуляции у подростков и описанию типичных вариантов расстройств саморегуляции у несовершеннолетних больных шизофренией и органическим психическим расстройством.*

Корреляционный анализ показателей всех методик обнаружил, что для *взрослых психически здоровых* лиц характерной является связанность процесса планирования с оценкой результатов, связь перспективного целеполагания с промежуточным. Реалистичность выборов критериев успешности деятельности обеспечивалась за счет связи последних с самооценочными категориями успешности, обдуманности решений, умственных способностей и уважения других. Развитость контрольно-оценочных функций саморегуляции у взрослых не связана с перспективной оценкой себя как склонного к риску человека. «Сквозные блоки» - гибкость и самостоятельность - были положительно связаны со стабильностью уровня притязаний и высотой уровня притязаний соответственно.

У *психически здоровых подростков с просоциальным поведением* этап планирования связан с таким параметром самоотношения как «саморуководство». Испытуемые этой группы соотносили ожидаемые результаты с реальной самооценкой законопослушности. У них выявлялась связь контрольно-коррекционных функций с мотивацией социального одобрения. Устойчивость и стабильность уровня притязаний оказывали влияние на этап моделирования, определяли критерии успешности достигаемых результатов.

Характерным для процессов саморегуляции у *психически здоровых подростков с девиантным поведением* является отсутствие значимой связи планирования с блоками оценки результатов и коррекции действий, промежуточных целей, а также с параметрами самооценки, ориентированными на социально одобряемые эталоны поведения.

У *подростков с ОНР, не совершивших ООД*, большинство блоков саморегуляции, за исключением оценки результатов и гибкости, сильно взаимосвязаны. При планировании деятельности, контроле и оценке результатов больные этой группы ориентируются на мнение окружающих. В то же время, как и у всех подростков с выраженной психической патологией, у них отсутствуют значимые связи основных блоков регуляции поведения с параметрами целеполагания и целедостижения.

Для *подростков с ОНР, совершивших ООД*, характерна недифференцированность и «спешность» процессов саморегуляции. Отсутствие пресметственности между этапом ини-

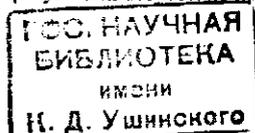
циации деятельности (планирование) и ее операциональным наполнением (программирование) клинически (феноменологически) проявляется как импульсивность. Переменные самоотношения слабо представлены в связях с основными этапами саморегуляции. Внутренние критерии успешности деятельности соотносятся со склонностью к риску. Отсутствует связь нормообразующих элементов самооценки и самоотношения (социальное одобрение, уважение, законопослушность) с блоками саморегуляции. Обнаружена «невовлеченность» основных характеристик целенаправленного и целедостижения в процессы саморегуляции, за исключением переменных, характеризующих стремление избегать неуспеха. Последние оказывают отрицательное влияние на продуктивность этапов оценки и своевременной коррекции своих действий. Отмечается значительное снижение гибкости саморегуляции.

В группе *больных шизофренией, не совершивших ООД*, ограничение адекватности и эффективности контрольно-коррекционных процессов обусловлено наличием тревожности и склонности к внутренней фиксации имеющихся проблем. Несмотря на положительную корреляцию между блоками планирования и оценки результатов, самооценочные категории, касающиеся социального одобрения, не участвуют в процессах инициации и осуществления конкретной деятельности. Элементы реальной и идеальной самооценок по шкалам «успех», «счастье», «законопослушность», «уважение других» группируются вокруг проблем социальных контактов. Особенности перспективного и промежуточного целенаправленного поведения не коррелируют с процессами регуляции поведения.

04-09695  
010

Специфичным для регуляции *поведения больных шизофренией, совершивших ООД*, является отсутствие корреляций между звеньями саморегуляции. Чем более выраженными были нарушения на этапе планирования, тем больше выявлялось поведенческих проблем, агрессивных форм реагирования. Адекватность оценки результатов была ограничена имеющимися нарушениями внимания, внутренними проблемами, закрытостью. Параметры самооценок, отражающие позитивное отношение и социальное одобрение, связаны не с процессами регуляции, а с проблемами социальных контактов. Клинически (феноменологически) это проявляется как нескритичность в осмыслении актуальных и возможных ситуаций и обстоятельств. Элементы самоотношения не «включены» в осознанную психическую регуляцию поведения. Особенности перспективного и промежуточного целенаправленного поведения не коррелируют с процессами регуляции поведения.

В целом, у *больных шизофренией* была обнаружена изолированность процессов саморегуляции, отсутствие преемственности и полноты ее отдельных звеньев. Их несую-



способность к осознанно-волевому контролю в первую очередь обусловлена нарушениями саморегуляции в звеньях моделирования и оценки результатов. У больных органическим психическим расстройством, напротив, отмечается излишняя «сцепленность», недифференцированность и неразвернутость последовательного осуществления этапов регуляции поведения. Их неспособность к осознанно-волевому контролю в первую очередь обусловлена нарушениями саморегуляции в звене программирования.

*Шестая глава посвящена выявлению таких особенностей саморегуляции и самосознания, которые являются предикторами общественной опасности подростков с выраженными психическими расстройствами*

Анализ особенностей самосознания и регуляторных возможностей обследованных групп испытуемых, описанных в предыдущем разделе работы, позволил выделить следующее (таблица 2).

«Связанность» этапов программирования, планирования и оценки результатов между собой, влияние нормообразующих элементов самооценки на регуляторные процессы и «вовлеченность» динамических и операциональных компонентов уровня притязаний в процессы саморегуляции присуща испытуемым с *просоциальным поведением - психически здоровым и больным* (преимущественно с диагнозом ОПР).

У больных с выраженными психическими расстройствами, не совершивших ООД, к «сильным звеньям» процесса саморегуляции можно отнести положительную корреляцию планирования и отраженного самоотношения, и учетом таких своих качеств как законопослушность и склонность к риску.

У подростков с выраженными психическими расстройствами, совершивших ООД, снижение эффективности этапов планирования и программирования деятельности определялась существенным влиянием осознаваемой склонности к риску. На этапе составления исполнительских программ действий - неадекватностью уровня притязаний и тактик промежуточного целеполагания, а также такой особенностью мотивации достижения как стремление избегать неудач. На этапах контроля и коррекции деятельности и условий достижения намеченных целей - неадекватностью самооценок, касающихся критериев социальной нормообразности. Увеличение автономности функционирования отдельных звеньев процесса саморегуляции, приводило к отсутствию связи, преемственности и поэтапности психических процессов осознанной регуляции поведения.

Таким образом, к факторам риска девиаций поведения у подростков с выраженными психическими расстройствами относятся такие нарушения регуляторных возможностей.

как отсутствие поэтапной связи между звеньями саморегуляции, цикличности с переходом после коррекции на первоначальный этап планирования, «исвовлеченность» динамических и операциональных компонентов уровня притязаний в процессы саморегуляции, отсутствие влияния нормообразующих элементов самооценки и самоотношения на любой из этапов регуляции поведения с субъективным увязыванием склонности к риску с возможностью достижения успеха.

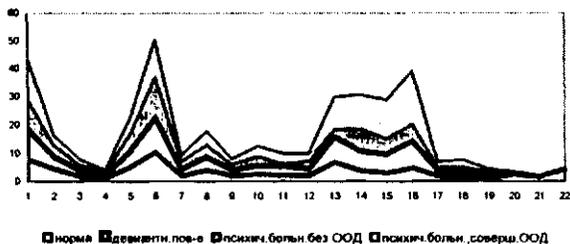
Таблица 2

## Показатели особенностей саморегуляции

	группы	Психически здоровые		Психически больные			
		Просоц. поведение	Девинтн. пов-е	Шизофрения		ОПР	
	Параметры	Взр-е	Подростки	Без ООД	ООД	Без ООД	ООД
1	Связь блоков саморегуляции между собой	+		+		+	
2	Связь особенностей целеполагания с саморегуляцией	+	+				
3	Нормообразующие параметры самооценки	+	+				
4	Влияние склонности к риску на саморегуляцию						+
5	Связь параметров самоотношения с саморегуляцией	+	+			+	
6	Элементы самоотношения, связанные с социальн. нормативами	+	+			+	
7	Преобладание малоадаптивных форм воспитания						+
8	Низкая мотивация достижениях						+

*Седьмая глава посвящена выявлению сопутствующих деликвентному поведению эмоциональных и поведенческих расстройств (данные корреляционного и факторного анализа опросников Кауфман (Рис.5) и Ахенбаха).*

Группу подростков с *девиантным поведением* отличала связь деликвентности с тревожностью, соматическими проблемами. Обращает на себя внимание отсутствие связи между агрессией и внешними проблемами, а также положительная корреляция эмоциональных проблем в виде тревоги, связанной с боязнью разлуки, с поведенческими отклонениями и синдромом оппозиционного поведения в настоящем.



*Рис.5 Средние мет.Кауфман по всей выборке подростков*

Условные обозначения: параметры методики Кауфман- 1. Депрессивные болезни, 2. Мания, 3. Психотические расстройства (Психозы), 4. Панические расстройства, 5. Тревожность, связанная с боязнью разлуки, 6. Заболевания на почве избегания / Социофобия, 7. Агорафобия и специфичные страхи, 8. Сверхтревожность / Общая тревожность, 9. Синдром навязчивых идей и поступков, 10. Энурез, 11. Энокпрез, 12. Истощение (анорексия) на первой почве, 13. Повышенный аппетит (булимия) на первой почве, 14. Синдром гиперактивности и расстройства внимания, 15. Синдром оппозиционного поведения, 16. Поведенческие отклонения, 17. Тики, 18. Курение, 19. Злоупотребление алкоголем, 20. Злоупотребление наркотическими веществами, 21. Посттравматические стрессовые ситуации

У *больных шизофренией, совершивших ООД*, выявлена положительная связь между деликвентностью, общим показателем поведенческих проблем, внешними проблемами и синдромом оппозиционного поведения в прошлом. Наличие внешних проблем значимо было связано с агрессивными формами реагирования. Синдром оппозиционного поведения в прошлом был связан с поведенческими отклонениями в прошлом, агрессией и злоупотреблением алкоголем.

Для *больных органическим психическим расстройствам, совершивших ООД*, деликвентность значимо связана с общим показателем проблем и с внешними проблемами, с синдромом оппозиционного поведения в настоящем и с проблемами внимания. Агрессия положительно связанная только с проблемами мышления, отрицательно коррелирует с внешними

проблемами, делинквентностью и общим показателем поведенческих проблем. Алкоголизм в настоящем и прошлом связан с депрессивными расстройствами в прошлом, то есть по механизму является скорее симптоматическим.

На основании проведенного анализа *факторной структуры* эмоциональных и поведенческих проблем у обследованных подростков было выделено три фактора. Сооставление между группами испытуемых выявило отличия в степени вклада в общую дисперсию и в содержательном наполнении факторов.

Фактор *«способы канализации проблем»* выявил следующую тенденцию. Чем больше выражены расстройства психопатологического регистра с тенденцией перевода их во внутренний план, тем меньше выраженность внешних поведенческих расстройств и протестных реакций, которые являются скорее маркерами психологического и социального неблагополучия. Присутствие СДВГ в дошкольном периоде является коморбидным переводу имеющихся проблем во внешний план. Фактором риска перехода девиаций поведения на криминальный уровень является сочетанность алкоголизации, синдрома оппозиционного поведения и СДВГ.

Содержание фактора *«девиации поведения»* позволяет выделить дополнительные закономерности. Можно говорить о сквозном характере триады – синдром оппозиционного поведения, СДВГ и поведенческие отклонения - при манифестации в раннем дошкольном возрасте. При утяжелении степени внутреннего и внешнего психологического неблагополучия, обусловленного семейной дисфункцией, облигатным является присоединение к вышеуказанным симптомам тревожности, связанной с боязнью разлуки. Проблемы социального раскодирования больше связаны с эмоциональными проблемами и трудностями социализации, проблемы с вниманием - с девиациями поведения.

Фактор *«делинквентное поведение»* выявил прогностическую значимость степени аффектированности переводимых во внешний план проблем, определяющую протестный и агрессивный способ реагирования у психически здоровых и больных подростков. У подростков с выраженной психической патологией сочетание синдрома оппозиционного поведения в дошкольном периоде с агрессивными формами поведения является прогностически важным признаком дальнейших девиаций поведения с переходом их на криминальный уровень.

У *больных шизофренией* к факторам риска делинквентного и криминального поведения следует отнести сочетание ранней алкоголизации и агрессивности, у *больных органическим психическим расстройством* - сочетание импульсивного варианта синдрома гиперактивности и расстройств внимания с проблемами социализации.

В *Заключении* обобщаются итоги работы и намечаются возможные пути дальнейших исследований.

На основании выделенных общих и специфических характеристик нарушений саморегуляции у подростков, совершивших ООД, можно выделить мишени психокоррекционной работы с учетом этапности принудительного лечения и психологической принадлежности испытуемых. На *адаптационно-диагностическом* этапе важным представляется работа с эмоциональными проблемами, связанными с осмыслением и переживанием ситуации назначения ПЛ. На этапе *интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий* психокоррекционная работа должна проводиться в плане компенсации дефицитарности *внимания, памяти, мышления* и развития недостаточно сформированных звеньев регуляции поведения. На *этапе стабилизации достигнутого эффекта* необходима работа по «связыванию» (больные психозом), выстраиванию и разведению (больные ОПР), соподчинению и иерархизации этапов саморегуляции поведения. На *заключительном этапе* (подготовка к выписке) реабилитационные мероприятия должны быть направлены на профилактику явлений гомеостаза и дальнейшее расширение репертуара алгоритмов решения возникающих проблем.

## ВЫВОДЫ

1. Формирование звеньев процесса осознанной саморегуляции у подростков в онтогенезе и происходит гетерохронно. Самым поздним онтогенетическим новообразованием саморегуляции является способность к моделированию. Самоотношение у несовершеннолетних преимущественно связано с этапом инициации деятельности и в меньшей мере участвует в процессах контроля и коррекции осуществляемой деятельности. При выраженной психической патологии самоотношение и процессы перспективного целеполагания не вовлечены в процессы саморегуляции.

2. Социальная ситуация развития ребенка определяет особенности формирования процесса саморегуляции. Биологические диспозиции социальной ситуации развития, характеризующиеся дефицитарностью внимания, памяти влияют на эффективность этапов контроля и оценки результатов своей деятельности. Малоадаптивные формы родительских практик (сочетание праждебного и непоследовательного стиля воспитания матери и директивного стиля воспитания отца) отрицательно влияют на формирование у подростков способностей планировать и программировать свою деятельность.

3. При различных видах психической патологии отмечаются дефицитарность разных звеньев и различные нарушения структуры процесса саморегуляции. У *больных психозом* выявляется изолированность процессов саморегуляции, отсутствие преемственности и целостности

ее отдельных звеньев. Их расстройства осознано-волевого контроля в первую очередь обусловлено нарушениями саморегуляции в звеньях моделирования и оценки результатов. У *больных органическим психическим расстройством* обнаруживается недифференцированность и свернутость отдельных звеньев процесса саморегуляции, обусловленная их «сцепленностью». Соответственно у них отсутствует преемственность между этапом инициации деятельности и ее операциональным наполнением. Расстройства их способности к осознано-волевому контролю в первую очередь определяется нарушениями в звене программирования.

4. У *подростков с выраженной психической патологией* сочетание синдрома оппозиционного поведения в дошкольном периоде с агрессивными формами поведения имеет важное прогностическое значение для оценки динамики, массивности расстройств поведения, вектора их социальной направленности. К факторами риска делинквентного и криминального поведения у *больных инфофренией* следует отнести сочетание ранней алкоголизации и агрессивности, у *больных органическим психическим расстройством* - сочетание импульсивного варианта синдрома дефицита внимания и гиперактивности с тревожностью и депрессивными расстройствами.

5. Предиктором общественной опасности несовершеннолетних с выраженными психическими расстройствами являются *такие особенности самосознания и регуляторных возможностей*, как нарушение критических возможностей, не связанность нормообразующих элементов самооценки и самоотношения с процессами осознанной психической регуляции, сочетание низкой мотивации достижения с неадекватностью тактик промежуточного целеполагания, отсутствие логичной связи между звеньями саморегуляции, цикличности с переходом после коррекции на первоначальный этап планирования.

6. Проведенное исследование позволяет рекомендовать в *рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы и принудительного лечения*:

6.1. для судебной-экспертной оценки способности подэкспертных *осознавать значение своих действий и руководить ими* - при экспериментально-психологическом исследовании проводить дифференцированную диагностику особенностей саморегуляции у несовершеннолетних и использовать апробированные, компактные методики - модифицированный вариант «Уровня притязаний», методику исследования стилевых особенностей саморегуляции, опросник Ахенбаха.

6.2. для судебной-экспертной *оценки степени общественной опасности* несовершеннолетних и рекомендаций по назначению принудительных мер медицинского характера - определять наличие кримиогенных психопатологических факторов, учитывать:

коморбидность симптоматики, возраст ее появления при помощи ретроспективного анализа уголовного дела и приобщенных к нему материалов, клинически ориентированных методик.

6.3. при составлении и проведении дифференцированных поэтапных программ психокоррекционных мероприятий учитывать необходимость: а) компенсации дефицитарности восприятия, памяти, мышления; б) «эмоциональной нейтрализации» возрастных, ситуационных аффективно заряженных комплексов; в) развития несформированных регуляторных функций; д) структурирования и соподчинения различных этапов и уровней регуляции поведения.

6.4. для оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий - проводить методiku исследования самоотношения, доказавшую свою чувствительность к диагностике психического и психологического неблагополучия у подростков, а также пробы на исследование операционально-динамических особенностей психических функций.

*писок работ, опубликованных по теме диссертации*

*Пособия, методические рекомендации:*

1. Принудительное лечение психически больных: Пособие для врачей / Под ред. В.И.Котова. М., 1996. С.28-97 (в соавторстве).
2. Принудительное лечение психически больных: Научно-практическое пособие/ Под ред. В.И.Котова. М., 1999 – 24 с. ( в соавторстве).
3. Психокоррекционные мероприятия в процессе принудительного лечения больных с хроническими бредовыми психозами: Методические рекомендации. М., 1999. - 20 стр. (в соавторстве).
4. Принудительное лечение психически больных (лечебно-реабилитационные программы): Пособие для врачей/Под ред. В.И.Котова. М., 2001 – 24 с. (в соавторстве).
5. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц с тяжкими психическими расстройствами: Методические рекомендации. М., 2003. – 28 стр. (в соавторстве).

*Статьи и главы в монографиях:*

6. Нарушения регуляции поведения у больных психозомией с психопатоподобными состояниями, совершивших общественно опасные деяния // Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. М., 1988. С. 42-46.
7. Особенности целеобразования у больных психозомией с психопатоподобными состояниями // Актуальные вопросы общей и судебной психиатрии. М., 1990. С. 9-13.
8. Представление себя другим // Вопросы психологии. 1990. № 2. С. 164-165.

9. Типология целевых тактик у больных шизофренией // Вопросы психологии. 1991. №4. С. 151-158 (в соавторстве).

10. Личностные факторы рискованного поведения // Психологический журнал. 1993. №1. С. 90-99 (в соавторстве).

11. Синдром гиперактивности и дефицита внимания у здоровых и психически больных подростков// Журнал Практического психолога. М., 2000. № 3-4. С. 38-56 (в соавторстве).

12. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей/ Под ред. В.П.Котова. М.,2001. - С. 26-110. 177-225 ( в соавторстве).

13. Особенности саморегуляции у подростков с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния // Российский психиатрический журнал. М., 2002. № 5. С. 37-42 (в соавторстве).

14. Половой диморфизм родительских стратегий воспитания и их восприятие подростками с расстройствами поведения (Сообщение 1)// Сексология. М.,2003.№ 1. С. 25-31

15. Половой диморфизм родительских стратегий воспитания и их восприятие подростками с расстройствами поведения (Сообщение 2)// Сексология. М.,2003. № 2. С. 7-13.

#### *Тезисы и материалы конференций:*

16. Основные принципы дифференцированных подходов в психокоррекции больных, находящихся на принудительном лечении // XII съезд психиатров России (1-4 ноября 1995 г.), М., 1995. С. 467-468 (в соавторстве).

17. Факторы социального и психологического неблагополучия у подростков с расстройствами поведения// XIII съезд психиатров России. М., 2000. С. 215 (в соавторстве).

18. Восприятие детско-родительских отношений подростками с выраженной психической патологией, совершивших общественно опасные деяния (ООД) // Материалы 5-ой Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии «Душевное здоровье человека – духовное здоровье нации». М.,2002 (в соавторстве). С.4.

19. Исследования нарушений саморегуляции у подростков с выраженными психическими расстройствами // Материалы 5-ой Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии «Душевное здоровье человека – духовное здоровье нации». М.,2002. С.3.

**Издательство ООО «ПКЦ Альтекс»**  
**Издательская лицензия ЛП065802 от 09.04.98**  
**Подписано в печать 22.04.03 Усл.печ л. 1,5**  
**Тираж 100 экз. Заказ № 75**

9695 4/184