

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г.
ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

Кафедра Консультативной психологии

«Исследование когнитивной сферы и отчуждения моральной
ответственности у подростков с разным уровнем психического здоровья»

**АВТОРЕФЕРАТ ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ
МАГИСТРА**

студентки 2 курса 266 группы

направления
(специальности) 37.04.01 «Психология»

факультета психологии

Суравенковой Виктории Руслановны

Научный руководитель
(руководитель)
доктор психологических наук,
профессор

Т.В. Белых

подпись, дата

Зав. кафедрой,
доктор психологических наук,
профессор

Т.В. Белых

подпись, дата

Саратов 2021

Общая характеристика исследования

Первые десятилетия XXI века обострили проблему увеличения возраста «подростковой юности», расширение границ «подросткового периода», инфантилизации молодежи, что приводит к росту случаев отчуждения моральной ответственности, в то же время исследования последних лет отмечают, что в последние годы рост числа детей-инвалидов с психическими заболеваниями обусловлен в первую очередь значительным увеличением количества пациентов, состояние которых диагностируется в рамках рубрики «расстройства психологического (психического) развития», что позволяет говорить о влиянии психических заболеваний и особенностей когнитивной сферы таких подростков на принятие моральных установок и ценностей. Кроме того, психологи, работающее в сфере образования, а также практикующие клинические психологи отмечают значительное увеличение количества детей-подростков с отторжением моральной ответственности именно в подростковом возрасте, так как по их мнению, «...реальные изменения, связанные с возрастными особенностями и затрагивающие все сферы личности современного подростка, оказывают существенное влияние на процесс формирования моральных ценностей».

Особенности подросткового возраста связываются специалистами с двумя переломными моментами этого возраста: психофизиологическим – половое созревание и все, что с ним связано, и социальным – конец детства, вступление в мир взрослых. Первый из этих моментов связан с внутренними гормональными и физиологическими изменениями, влекущими за собой изменения телесные, а также эмоционально-чувственные. Последние разворачиваются в подсознании и активно влияют на сферу сознательного. Вступление в мир взрослых в современном социуме обусловлено также возникшей неустойчивостью в социальной, экономической и идеологической обстановке, дискредитацией многих нравственных ориентиров, сопровождающихся присвоением чуждых нашей культуре образцов поведения и ценностей и, как следствие, знаковыми изменениями в

когнитивной, аффективной, рефлексивной и мотивационной сферах современного подростка.

Таким образом, в изменившихся социально-экономических и политических условиях актуальность проблемы изучения трансформации когнитивной сферы подростка, имеющего в онтогенезе психическое заболевание, в контексте усвоения принципов принятия моральной ответственности, формирования моральных ценностей приобретает особую значимость.

Безусловно, механизмы и закономерности, лежащие в основе формирования когнитивных процессов, являются одной из актуальных проблем психологии. С этой точки зрения представляет особый интерес сравнительный анализ влияния психических заболеваний на показатели отторжения моральной ответственности в зависимости от исходного уровня развития когнитивной сферы.

Проблема исследования взаимосвязи конструктов когнитивной сферы носит многосторонний и недостаточно изученный характер. Это обусловлено когнитивной сложностью психологической характеристики индивида, учитывающей степень ее категориальной дифференцированности, субъективное семантическое (смысловое) пространство. Следующая причина, объясняющая сложность и неоднозначность изучаемых конструктов, – это различные мнения и взгляды представителей когнитивной психологии, как зарубежных, так и отечественных. В когнитивной психологии изучались структурные элементы познавательных, а затем исполнительских процессов. Например, Дж. Брунер подвергает критике бихевиоризм, а психоанализ отстаивает интеллектуалистические позиции.

Существует теория индивидуальных различий по М. Айзенку, общая теория личности Дж. Келли, и др., которые позволяют исследовать теоретическую многоаспектность структурных элементов когнитивной сферы в подростковом онтогенезе.

Современные психологи, например Г.А. Остапенко полагает, что в подростковом возрасте необходимо учитывать условия и факторы когнитивной сферы в решении подростком моральных дилемм: социально-психологические условия (культура, социоэкономический статус, семья, школа), личностные особенности (моральные ценности, моральные чувства и переживания – чувство вины, симпатия, эмпатия и дистресс, наличие социо-когнитивных конфликтов в прошлом опыте, близость к жертве и переживаемая личностная идентификация с ней, возраст, пол), уровень когнитивного развития и атрибутивные процессы (восприятие субъектом просоциального поведения других людей как «хорошего», а самого себя как «доброе», осознание альтруистических мотивов своего поведения и сущности своего поведения как поведения заботы ради пользы и блага других, адекватная оценка потребности другого человека в оказании помощи и ее объективной необходимости), ситуативные факторы и структурно-содержательные особенности самих моральных аспектов и установок (по степени вовлеченности – личностные и социальные, по степени соответствия социальным ожиданиям – антисоциальные, просоциальные пр.).

Таким образом, высокая распространенность психических заболеваний у современных подростков, недостаточная диагностическая разработанность, высокая социальная значимость проблемы делают ее актуальной.

Кроме вышеизложенного, актуальность темы исследования обусловлена следующими факторами:

- 1) практическое отсутствие клинико-психологических исследований подростков в контексте отторжения моральной ответственности;
- 2) важное диагностическое и прогностическое значение исследования влияния психологических факторов и особенностей психического состояния подростков, имеющих психические заболевания на уровень принятия моральных установок;
- 3) важность исследования когнитивной сферы подростков с психическими заболеваниями для психопрофилактики возникновения

отторжения моральной ответственности и успешной психокоррекции и адаптации таких подростков.

Цель исследования: комплексное изучение особенностей когнитивной сферы подростков с психическими заболеваниями в контексте принятия и отторжения моральной ответственности.

Объект исследования: когнитивная сфера подростков 13-17 лет с различными психическими заболеваниями.

Предмет исследования: особенности когнитивной сферы подростков с различными психическими заболеваниями в контексте моральных установок.

Гипотезы исследования:

1. Уровень отношения к болезни связан со степенью тяжести и протяжённости психического заболевания подростка: чем тяжелее диагноз по МКБ -10 и протяжённее период болезни, тем менее развита способность к адекватной оценке заболевания и тем более высокий уровень искажения реального состояния.
2. Уровень когнитивных способностей зависит от тяжести психического заболевания и влияет на способность принятия моральной ответственности.
3. Собственно, принятие ответственности и отношение к субъективному контролю ситуации связано с наличием или отсутствием психических отклонений что связано со степенью сформированности отношений к терминальным и инструментальным ценностям.
4. Уровень принятия моральной ответственности зависит от наличия или отсутствия психических отклонений, при этом чем дольше подросток болеет и чем сложнее диагноз, тем ниже уровень принятия моральных оснований.
5. Существуют различия в уровне готовности принятия ответственности на уровне личностных черт у подростков в группах с разными уровнями развития психических отклонений.

Цель и гипотезы определили постановку следующих задач исследования:

- обозначить особенности когнитивной сферы и ее трансформацию у подростков с разным уровнем психического здоровья;
- определить исследовательскую парадигму моральной сферы подростков в психологической науке;
- исследовать моральную ответственность и трансформацию моральных установок у подростков с разным уровнем психического здоровья;
- провести эмпирическое исследование когнитивной сферы, моральных установок и ответственности у подростков с различным уровнем психического здоровья;
- представить анализ и интерпретацию результатов диагностики когнитивной сферы, моральных установок и ответственности у подростков с различным уровнем психического здоровья;
- разработать программу для психологов по профилактике и повышению уровня принятия моральной ответственности для подростков с психическими отклонениями.

Исследование выполнено на базе ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» г. Саратова в 2019-2020 гг.

В исследовании приняло участие 60 подростков в возрасте от 12 до 17 лет. Из них 45 подростки с различными психоневротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (невроз F40-F48 по МКБ - 10) – 15 человек, подростки с аффективными расстройствами (психопатия F60-F69 по МКБ 10) – 15 человек, подростки с шизофреническими расстройствами (шизофрения F20.0 –F20.8 по МКБ 10). Контрольную подгруппу составили подростки того же возрастного диапазона, признанные условно здоровыми – 15 человек.

В работе использованы следующие методы и методики:

- 1) проективный метод «Незаконченные предложения» (Шац И.К., 2010), направленный на изучение основных представлений о здоровье, болезни и связанных с ними переживаний у подростков с диагностированными заболеваниями. В данной методике испытуемому предлагается закончить 28 предложений, охватывающих основные аспекты внутренней картины болезни: представление о здоровье, представление о болезни, отношение к болезни, отношение к лечению, представление о будущем, отношение семьи к болезни, отношение к госпитализации.
- 2) Методика «Таблицы Шульце» с помощью которой определялись показатели развития когнитивной сферы: устойчивость внимания, динамика работоспособности, развитие памяти. Использование данной методики основывалось на необходимости определения зависимости между когнитивным уровнем развития и уровнем принятия (отвержения) моральной ответственности.
- 3) Диагностика ранних дезадаптивных схем (Young Schema Questionnaire-Short Form Revised) (YSQ S3R) (Джеффри Янг), (Касьяник П.М., Романова Е.В., перевод и адаптация, 2014). Методика предназначена для диагностики ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга в рамках схема-ориентированного подхода в когнитивной психотерапии. Диагностируется 18 дезадаптивных схем, которые формируются в детстве.
- 4) Группа методик для оценки ответственности «Ответственный ли Вы человек?» (А. Махач), «Уровень субъективного контроля» Дж. Роттера.
- 5) Для диагностики уровня отчуждения моральной ответственности и ее принятия (отчуждения) у подростков был дополнительно использован русифицированный опросник (краткая версия шкалы отчуждения моральной ответственности MD-8), созданного и

валидизированного С. Мур и ее коллегами на основе теории А. Бандуры, по версии Я. А. Ледовой и коллег [4].

Количественный анализ результатов диагностики проводился в программах Statistica 10. С целью статистического подтверждения гипотез научного исследования и выявления различий между показателями отчуждения моральной ответственности респондентов был использован непараметрический статистический критерий для нескольких независимых выборок Н-Крускала-Уоллиса, включая методы корреляционного, кластерного анализа и сравнительного анализа различий.

Теоретическая и практическая значимость заключается в том, что разработанные в исследовании методы и концепции оценки когнитивной сферы могут быть использованы в практике клинической диагностики и разработке системы коррекционного сопровождения подростков с психическими заболеваниями (в соответствии с группировкой (невроз F40-F48, психопатия F60-F69, шизофрения F20.0 –F20.8 по МКБ 10), а также использованы для других подростков с иными диагнозами в дальнейших исследованиях. Материалы данного исследования могут служить информационной основой для индивидуальных коррекционных программ работы в области клинической и возрастной психологии.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертационного исследования докладывались на научной конференции «Психология интегральной индивидуальности в информационном обществе» 23 апреля 2021 года. Отдельные положения диссертации внедрены в практику деятельности ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии» г. Саратова.

Публикации. Основные положения исследования опубликованы в 1 научной статье на 11 печатных листах.

Объем и структура работы. Структура работы отвечает логике проводимого исследования и включает в себя введение, две главы, заключение, список использованной литературы и источников из 90

источников, 6 приложений, 11 рисунков, 11 таблиц, представленных на 85 страницах.

Положения, выносимые на защиту:

Полученные результаты, содержащие научную новизну, которые представляются на защиту, включают в себя следующее:

1. Результаты методики «Незаконченные предложения» в модификации Шаца и Кагана показали, что отношение к болезни и здоровью имеет как общие, так и отличительные особенности в исследуемых группах подростков. По данным статистики $t_{\text{эмп.}} = 6,84821$, $p = 0,0769$, следовательно, гипотеза подтверждена практически полностью, статистически значимые различия между результатами групп отмечаются по всем шкалам, наиболее существенные отличия в отношении к здоровью демонстрируют подростки с диагнозом психопатия, которые по всем показателям кроме шкалы отношения к будущему как от здоровых подростков, так и от подростков с иными диагнозами по МКБ-10.
2. Сравнивая результаты важно отметить, что у здоровых подростков и подростков с неврозами более важным остаётся понимание будущего, а для остальных подростков характерна более высокая оценка представлений о лечении и заботы и лояльности семьи, принятия их диагнозов со стороны родных.
3. Полученные данные по методике Шульте по группам с позиций типа когнитивного развития показали, что в группах подростков с различными уровнями психического здоровья, прослеживается определенная связь выраженности когнитивных нарушений с диагнозом. Все три группы подростков с диагнозом имеют когнитивное развитие в пределах нормы, но у больных с шизофренией отмечаются нарушения устойчивости внимания, тогда как у обеих групп с разными вариантами неврозов и психопатии они

находятся на уровне здоровых (различия значимы на уровне $p \leq 0,01$ по критерию Краскала-Уоллиса).

4. Диагностика ранних дезадаптивных схем (Young Schema Questionnaire-Short Form Revised) (YSQ S3R) (Джеффри Янг) показала достоверные различия на уровне 0,01, которые были обнаружены по следующим шкалам: дефективность, неуспешность, зависимость, привилегированность, поиск одобрения, подавленность эмоций, спутанность, негативизм / пессимизм.
5. Группа методик для оценки ответственности «Ответственный ли Вы человек?» (А. Махач), «Уровень субъективного контроля» Дж. Роттера показала статистически значимые различия в показателях уровня ответственности, общей интернальности, интрональности в области учебы, интернальности межличностных отношений, здоровья и достижений, неудач. Таким образом, можно сказать о том, что у подростков здоровых и с диагнозом невроз. выше развито чувство ответственности и долга, они в большей степени считают себя ответственными за то, что происходит в их жизни, более ответственно относятся к своей учебной деятельности и в большей степени берут ответственность на себя за отношения с другими людьми.
6. Подростки с диагнозом психопатия менее ответственны и склонность к интернальности ниже, самый низкий уровень принятия ответственности и низкий уровень контроля у подростков с диагнозом шизофрения.
7. Результаты по методике «Отчуждение моральной ответственности» по короткой шкале MD-8 показали прямые связи между уровнем психического здоровья и высоким уровнем отвержения моральной ответственности подростками с диагнозом, причем при легкой тяжести заболевания, например, неврозе (F40-F48 по МКБ-10) уровень принятия ответственности совпадает с уровнем здоровых

подростков, чем сильнее изменения психики, тем существеннее различия в уровне притяжения.

Исходя из результатов исследования, было выявлено, что у здоровых подростков значимо более развита рефлексия на морально-этические ситуации, более высокий уровень ответственности и интернальные характеристики субъективного контроля, морально-этические ценности и общий уровень морально-этической ответственности, а также выявлена тенденция к более развитому уровню принятия моральной ответственности, по сравнению с подростками имеющими подтвержденный диагноз. Таким образом все заявленные гипотезы подтверждены частично или полностью.

Результаты методики «Незаконченные предложения» в модификации Шаца и Кагана показали, что отношение к болезни и здоровью имеет как общие, так и отличительные особенности в исследуемых группах подростков.

По данным статистики $t_{\text{эмп.}} = 6,84821$, $p = 0,0769$, следовательно, гипотеза подтверждена практически полностью, статистически значимые различия между результатами групп отмечаются по всем шкалам, наиболее существенные отличия в отношении к здоровью демонстрируют подростки с диагнозом психопатия, которые по всем показателям кроме шкалы отношения к будущему как от здоровых подростков, так и от подростков с иными диагнозами по МКБ-10.

Сравнивая результаты важно отметить, что у здоровых подростков и подростков с неврозами более важным остаётся понимание будущего, а для остальных подростков характерна более высокая оценка представлений о лечении и заботы и лояльности семьи, принятия их диагнозов со стороны родных.

Полученные данные по методике Шульте по группам с позиций типа когнитивного развития. показали, что в группах подростков с различными уровнями психического здоровья, прослеживается определенная связь выраженности когнитивных нарушений с диагнозом. Все три группы

подростков с диагнозом имеют когнитивное развитие в пределах нормы, но у больных с шизофренией отмечаются нарушения устойчивости внимания, тогда как у обеих групп с разными вариантами неврозов и психопатии они находятся на уровне здоровых (различия значимы на уровне $p \leq 0,01$ по критерию Краскала-Уоллиса).

Диагностика ранних дезадаптивных схем (Young Schema Questionnaire-Short Form Revised) (YSQ S3R) (Джеффри Янг) показала достоверные различия на уровне 0,01, которые были обнаружены по следующим шкалам: дефективность, неуспешность, зависимость, привилегированность, поиск одобрения, подавленность эмоций, спутанность, негативизм / пессимизм.

Группа методик для оценки ответственности «Ответственный ли Вы человек?» (А. Махач), «Уровень субъективного контроля» Дж. Роттера показала статистически значимые различия в показателях уровня ответственности, общей интернальности, интрональности в области учебы, интернальности межличностных отношений, здоровья и достижений, неудач. Таким образом, можно сказать о том, что у подростков здоровых и с диагнозом невроз. выше развито чувство ответственности и долга, они в большей степени считают себя ответственными за то, что происходит в их жизни, более ответственно относятся к своей учебной деятельности и в большей степени берут ответственность на себя за отношения с другими людьми.

Подростки с диагнозом психопатия менее ответственны и склонность к интернальности ниже, самый низкий уровень принятия ответственности и низкий уровень контроля у подростков с диагнозом шизофрения.

Результаты по методике «Отчуждение моральной ответственности» по короткой шкале MD-8 показали прямые связи между уровнем психического здоровья и высоким уровнем отвержения моральной ответственности подростками с диагнозом, причем при легкой тяжести заболевания, например, неврозе (F40-F48 по МКБ-10) уровень принятия ответственности

совпадает с уровнем здоровых подростков, чем сильнее изменения психики, тем существеннее различия в уровне принятия.

Исходя из результатов исследования, было выявлено, что у здоровых подростков значимо более развита рефлексия на морально-этические ситуации, более высокий уровень ответственности и интернальные характеристики субъективного контроля, морально-этические ценности и общий уровень морально-этической ответственности, а также выявлена тенденция к более развитому уровню принятия моральной ответственности, по сравнению с подростками имеющими подтвержденный диагноз. Таким образом все заявленные гипотезы подтверждены частично или полностью.

В результате встает вопрос о необходимости коррекции и проведении работы с подростками, априори имеющими низкий уровень принятия моральной ответственности.

Отчуждение моральной ответственности – важный психологический конструкт, применение которого к описанию и объяснению поведения подростков с разнообразными уровнями психических отклонений весьма продуктивно.

По итогам проведенного исследования нами обозначены следующие условия, как необходимые для достижения положительной динамики в коррекционной работе с подростками, имеющими высокий уровень отчуждения моральной ответственности и соответствующие психические отклонения: обеспечение согласованной помощи всех специалистов, вне зависимости от организационной принадлежности, участвующих в коррекционной работе и лечении; наличие возможности подобрать эффективный вариант программы по профилактике и повышению уровня принятия моральной ответственности для подростков с психическими отклонениями в условиях квалифицированной специальной психиатрической и педагогической помощи; разработка адаптированных программ, соответствующих индивидуальным особенностям подростков с психическими отклонениями; организация особой психологической среды,

т.е. атмосферы принятия подростков с психическими отклонениями со стороны всех без исключения субъектов образовательного и терапевтического пространства (в условиях стационара и амбулаторного лечения).

Подростки, имеющими высокий уровень отчуждения моральной ответственности и соответствующие психические отклонения имеют проблемы в межличностном взаимодействии и социальной адаптации, для них предпочтительнее будет работа по следующим направлениям.

1. Формирование устойчивой и позитивной самооценки, уверенности в себе.

2. Развитие коммуникативных навыков и восстановление межличностных отношений: ориентация на благоприятные межличностные отношения, адекватное восприятие критики, умение слушать и понимать собеседников, эмпатийность, искренность, развитие способности устанавливать доверительные контакты, строить долговременные дружеские отношения с людьми, терпимость к другим людям.

3. Самопознание: способность к самоанализу, знание своих слабых и сильных сторон и умение компенсировать и использовать их соответственно, способность к критическому восприятию действительности, умение прогнозировать, рефлексия.

4. Развитие навыков самоконтроля и саморегуляции: осознанное целеполагание, ответственность, умение решать свои проблемы самостоятельно, не перекладывая их решение на других.

5. Социально-психологическая адаптация: повышение стрессоустойчивости, активности.

Также, для работы психологов с подростками, имеющими высокий уровень отчуждения моральной ответственности и соответствующие психические отклонения была подобрана профилактическая программа по профилактике и снижению уровня отчуждения.

Цель данной программы - профилактика высокого уровня отчуждения моральной ответственности у подростков с психическими отклонениями.

В заключении следует отметить, что более глубокое изучение проблем отчуждения моральной ответственности у подростков с психическими отклонениями, трудностей ее принятия в силу особенностей заболевания, либо вытекающих из личностных особенностей подростка, рациональная оценка возможностей уровня отчуждения моральной ответственности подростка, подвергшегося какому-либо хроническому заболеванию, помогает определить показания к семейным, индивидуальным либо групповым занятиям с психотерапевтом, психокоррекции личностных изменений, а также проведение реабилитационных мероприятий различного характера, способствующих наиболее оптимальному выходу из состояния дезадаптации в вопросах моральной ответственности и ответственности как социального конструкта.