

Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv.
Series "Psychology". № 2(12), pp. 38-44 (2020)
УДК 159.923
DOI: [https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2\(12\).7](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).7)

ISSN 1728-3817
© Taras Shevchenko National University of Kyiv,
Publishing and Polygraphic Center "Kyiv University", 2020

Людмила Крупельницька, д-р психол. наук, проф.
ORCID: 0000-0002-0594-2369;
Олександр Тельчаров, асп.
ORCID: 0000-0002-3381-6693

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМПЛІЦИТНОЇ ТЕОРІЇ СВІДОМОСТІ В ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Метою статті є аналіз особливостей імпліцитної теорії свідомості в осіб, залежних від психоактивних речовин, і встановлено взаємозв'язки досліджуваної психічної властивості з алекситимією й особистісними диспозиціями. Використано "ToM assessment scale", ТАС 26 та П'ятифакторний особистісний опитувальник. Імпліцитна теорія свідомості залежних осіб вирізняється редукованим розумінням власних емоцій і утрудненою алокативною перспективою, високими показниками алекситимії, низькими показниками емоційної нестабільності.

Ключові слова: алекситимія, імпліцитна теорія свідомості, особи, залежні від психоактивних речовин, емпіричне дослідження, особистісні диспозиції.

Вступ. Уживання психоактивних речовин (надалі ПАР) і залежність від них уже традиційно належать до загрозливих тенденцій, які спостерігаються в українському суспільстві. Протягом останнього десятиліття спостерігається стабільно високий рівень поширеності психічних і поведінкових розладів унаслідок уживання ПАР та ускладнень їхнього перебігу [2]. Пошук нових підходів не лише до медичного лікування, але й до психологічної та соціальної реабілітації осіб, залежних від ПАР, залишається актуальним. Перспективним у цьому плані може бути включення до реабілітаційних і психокорекційних програм розробок із використанням мало-дослідженого сьогодні конструкта імпліцитної теорії свідомості (надалі ІТС). ІТС забезпечує розуміння людей між собою, і отже, відіграє суттєву роль у комунікації та будь-якій соціальній взаємодії. У контексті клінічної психології дослідження цієї властивості важливі для розширення можливостей як психологічної діагностики, так і психологічних реабілітації та корекції. Особливо важливими є дослідження ІТС у осіб, залежних від ПАР: знання щодо її структури та механізмів функціонування здатні створити ґрунт для кращого розуміння особливостей взаємодії цих осіб з іншими людьми та принципів ефективної комунікації з ними в умовах лікувального закладу і поза ним.

Теоретичні основи дослідження. ІТС, в оригіналі "Theory of Mind" [16], у російському варіанті – "імпліцитна теорія розуму" [9] – це здатність пояснювати і приписувати психічні стани – переконання, бажання, емоції, знання тощо – собі та іншим, а також розуміння того, що інші мають вірування, бажання, наміри та ставлення, які відрізняються від власних.

Саме завдяки ІТС вищі примати і люди здійснюють соціальну взаємодію, коли аналізують, оцінюють і намагаються зрозуміти поведінку інших [12].

Більшість досліджень ІТС стосувались специфіки цієї здатності у тварин, тобто в контексті порівняльної та еволюційної психології [16], у дітей [11; 13; 19], у тому числі дітей із нетиповим розвитком [4; 20], а також певних категорій дорослих із психічними розладами [8; 17; 18; 21], зокрема осіб із залежністю від алкоголю [6; 14; 15].

В останньої категорії осіб було показано дефіцит ІТС. У метааналізі [15] показано, що в осіб, залежних від алкоголю, спостерігається афективний дефіцит ІТС, який може бути специфічним аспектом симптоматики залежності від алкоголю. Такий дефіцит розглядається як можливий наслідок специфічного пошкодження, імовірно в передньомедіальній лобній ділянці мозку внаслідок уживання алкоголю. Отримані висновки не

залежали від рівня IQ та освіти, які є показниками кристалізованого інтелекту. Авторами зроблено висновок про те, що ІТС, швидше за все, є когнітивною властивістю, не пов'язаною або погано пов'язаною із кристалізованим інтелектом, але це не стосується текучого інтелекту й екзекутивних функцій. На міжособистісному рівні результати цього дослідження свідчать про те, що особи, залежні від алкоголю, можуть частіше, ніж інші, неправильно сприймати емоції інших людей, що, своєю чергою, може провокувати конфлікти. Втручання, спрямоване на зменшення афективних дефіцитів ІТС під час лікування, може сприяти довгостроковому відновленню пацієнтів.

Рой. Онуоха, Данієл Куїнтана, Міхаел Ливерс, Адам Гуастелла [15] зазначають необхідність досліджень, які б проливали світло на специфіку ІТС у осіб, залежних від інших ПАР, і осіб, психічні та поведінкові розлади яких спричинені вживанням різних ПАР. З огляду на це наше дослідження є актуальним, а його результати можуть доповнити знання про специфіку ІТС у різних категорій осіб, залежних від ПАР.

Метою статті є аналіз особливостей ІТС у осіб, залежних від ПАР, і встановлення взаємозв'язків досліджуваної психічної властивості з алекситимією й особистісними факторами.

Методологія. Для проведення емпіричного дослідження ІТС, виходячи з вимог до дослідження осіб, залежних від ПАР, пов'язаних із їхньою високою реактивністю, зниженою здатністю до саморегуляції та самоконтролю, що на нейробіологічному рівні відображується в ураженні ділянок субстрату, які вважаються корелятами ІТС та емоційного інтелекту, нами було обрано методики, які ми вважаємо найбільш адекватними, з одного боку, меті дослідження, з іншого – специфіці вибірки. Вони були обрані за такими критеріями: 1) попереднє використання й адаптація на клінічній вибірці; 2) невеликий обсяг, тобто максимальне спрощення процедури проведення для того, щоб зменшити ризик отримання випадкових даних через втому пацієнта; 3) результати за кожним тестом отримуються в метричних шкалах, що поліпшує наочність отриманих даних, на відміну від зображення рангів виявлення властивості, і є більш показовим у виділенні певних тенденцій серед групи.

Для вимірювання ІТС у осіб, залежних від ПАР, доцільним є використання "Theory of Mind assessment scale", скорочено Th.o.m.a.s [7]. Беручи до уваги зв'язок між залежністю від ПАР і негативним впливом цього фактора на ділянки мозку, особливості функціонування

яких вважаються корелятами ІТС та емоційного інтелекту, цю психологічну властивість доцільно досліджувати разом із параметрами, які ілюструватимуть особливості афективної сфери досліджуваних осіб. Зокрема, ідеться про рівень збереженості афективної сфери, можливості розуміння власних переживань та інші здібності, які, як вважається, є показниками емоційного інтелекту. Тому до переліку методик ми також включили Торонтську алекситимічну шкалу ТАС 26, адаптовану в НДІ ім. Бехтерева [1], для вимірювання того, наскільки збереженою є здатність до розпізнавання власних емоцій і тілесних відчуттів, емоційного відгуку, а також можливості до розуміння емоцій інших, здатності поставити себе на місце іншого, що вкладається в понятійне поле емоційного інтелекту. Ураховуючи, що функціонування ІТС та його вияви в поведінці значною мірою залежать від особистісних характеристик, доцільним є також використання опитувальника для висвітлення особистісних диспозицій досліджуваних. Із цією метою нами використано п'ятифакторний особистісний опитувальник 5PFQ в адаптації Хромова [3].

Якщо ТАС 26 та 5PFQ доволі відомі у вітчизняній психології та валідизовані тестові інструменти, то щодо Th.o.m.a.s цього стверджувати не можемо. Така ситуація породжена складністю дослідження ІТС і відсутністю несуперечливого методологічного базису, що описано в літературі. Зокрема, А. Голдман [10] описав проблему дослідження ІТС і основні давно існуючі та сучасні методологічні підходи до вивчення й розуміння цієї психологічної властивості. На даний момент є багато підходів і методик дослідження ІТС, однак представлений адаптований тестовий інструментарій недостатній.

Методика Th.o.m.a.s. – це опитувальник, що складається із 39 відкритих запитань (деякі з них опціональні та входять до структури інших запитань, тому фактично запитань у методиці 37), які направлені на дослідження різних особливостей ІТС. Перевагою методу щодо завдань нашого дослідження є те, що він використовувався його авторами для дослідження клінічних груп, зокрема осіб, залежних від алкоголю. Окрім того, цей метод, на відміну від комп'ютеризованих, уможливує тестування досліджуваних в умовах реабілітаційних центрів, лікарень тощо.

Процедура проходження методики доволі проста: дослідник пропонує низку запитань, на які респондент відповідає як йому завгодно. Беручи до уваги існуючі можливості, ми пропонуємо модифікацію цього тесту у вигляді суб'єктивного опитувальника, який можна давати в малій групі досліджуваних (при цьому дослідник обов'язково помічає поведінкові та інші особливості, а також допомагає респонденту у випадку складнощів із проходженням).

Шкали тесту

Шкала А: Я-мене (I-Me) – запитання містяться у площині розуміння власних емоцій та їх впливу на респондента, того, наскільки людина добре розуміє власні емоційні стани, бажання, може вплинути на власний емоційний стан (егоцентрична перспектива).

Шкала В: Інші-я (Other-Self) – запитання лежать у площині того, як добре розуміє респондент емоційні стани інших людей і як вони відображаються у поведінці респондента, того, як добре респондент може уявити емоційні стани, бажання інших людей, а також чи можуть люди впливати на стани інших людей (алокативна перспектива).

Шкала С: Я-інший (I-Other) – запитання лежать у площині, як людина ставиться до гіпотетичних інших і чи розуміє зміну їхніх емоційних переживань, чи може поставити себе на їхнє місце й уявити, що вони можуть відчувати, хотіти, чи може респондент вплинути на

емоційний стан іншого, його бажання (егоцентрична перспектива).

Шкала D: Інші-мене (Other-Me) – запитання у площині того, як респондент думає стосовно ставлення інших до його/її емоційних станів, переживань і поведінки інших щодо нього (алокативна перспектива) [7].

Опис вибірки дослідження. Дослідження проводилося на 44 особах, залежних від психоактивних речовин. Під час проведення опитування вони перебували на лікуванні в реабілітаційному центрі "Медлюкс", м. Київ. Усі досліджувані мали в анамнезі попередній епізод тривалого вживання психоактивних речовини не менше ніж за три тижні до моменту проведення дослідження, що було обов'язковим критерієм для гомогенності вибірки. Усі досліджувані належали до однієї із трьох категорій, а саме: 1) алкогольна залежність (код МКБ F10); 2) від стимуляторів (код МКБ F15); 3) від одночасного вживання кількох наркотичних засобів (код МКБ F19.2).

Дослідження здійснювали в кілька етапів унаслідок того, що проведення у великих групах ускладнене через специфіку вибірки, тому опитування необхідно було проводити в малих групах або окремо з пацієнтом. Після опитування бланки кодували для збереження персональних даних пацієнтів. Окрім власне психологічних тестових методик, також збиралася інформація щодо віку, статі пацієнта, приблизного часу, протягом якого досліджуваній не вживає ПАР. Адміністрацією центру надавалася класифікація діагнозів за кодуванням МКБ, крім того, надавалися пояснення, якщо досліджуваній уживав різні типи ПАР.

Після первинного аналізу було вирішено, що до етапу статистичної обробки даних слід віднести результати 32 досліджуваних, інші анкети внаслідок різних причин (усі стосуються відповідей досліджуваних на опитувальники ТАС 26 та 5PFQ, зокрема це пропуски деяких відповідей, відмова досліджуваних відповідати на певні запитання або небажання закінчити проходження опитування) віднесені до категорії таких, що неможливо адекватно інтерпретувати без уникнення спотворення даних.

Щодо гендерного розподілу: 26 осіб становили чоловіки та 6 – жінки, тому при аналізі результатів слід зважати на переважну кількість чоловіків. Отже, ми не можемо стверджувати, що виявлені закономірності та зв'язки коректно розглядати щодо жіночої частини вибірки.

Щодо структури вибірки за критерієм залежності від певного класу ПАР, у трьох досліджуваних було діагностовано залежність від кількох препаратів у поєднанні з уживанням алкоголю, що відображено в подальшому кодуванні залежностей. 17 осіб віднесено до групи залежних від алкоголю, 5 осіб – до групи залежних від стимуляторів і 13 – до одночасного вживання без можливості виділити основну речовину.

Щодо вікових особливостей вибірки: досліджуваними були пацієнти від 20 до 70 років (див. рис. 1), медіана – 41 рік, SD = 11.83.

У віковій когорті 40–46 років перебувають 34,5 % від усієї вибірки, а у діапазоні від 20 до 46 років – 71,9 % усієї вибірки, тому можемо підсумувати, що основну частину вибірки становлять люди віком від 30 до 46 років, а саме 56,3 % вибірки, тому гіпотезу щодо фактора впливу вікових змін на когнітивні здібності, що могло суттєво вплинути на результат, відхиляємо.

Оскільки дослідження проводилося на клінічній вибірці, ми припустили, що вона не має відповідати критерію нормального розподілу. Для перевірки нами використано критерій Колмогорова – Смірнова, адже вибірка обиралася за певним критерієм (залежність),

крім того, кількість результатів невелика. За результатами застосування критерію Колмогорова – Смірнова (перевірялися результати за основними змінними, а саме за методикою TAS 26, чотирма шкалами тесту Th.o.m.a.s і основними факторами 5PFQ) виявлено, що результати майже за всіма шкалами відповідають нормальному розподілу (Sig. 2 tailed >0.05). Винятками є результат тесту за четвертою шкалою Th.o.m.a.s (Other-Me), (sig. 2 tailed = 0.022), а також дуже близький

результат за третьою шкалою Th.o.m.a.s (I-Other), (sig. 2 tailed = 0.057), що вище за мінімально необхідне значення для відхилення гіпотези про ненормальність розподілу, проте такі параметри, як мала кількість респондентів, велике значення середньоквадратичних відхилень щодо абсолютних значень середнього ставлять під сумнів нормальність розподілу (див. табл. 2).

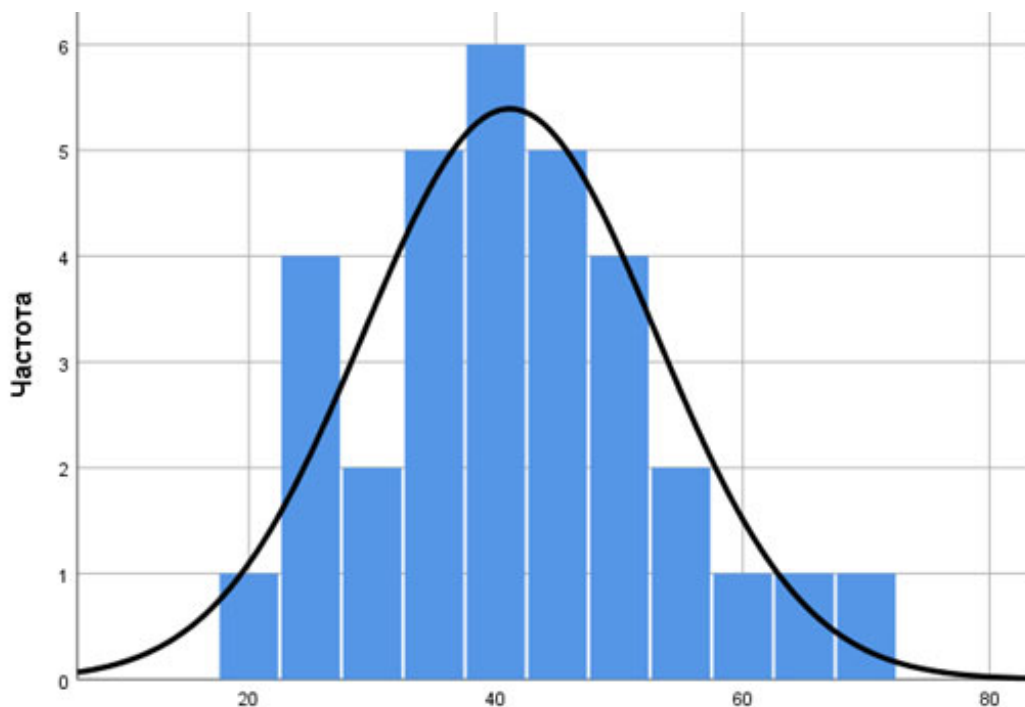


Рис. 1. Частотний аналіз вікового розподілу вибірки

Таблиця 1

Показники тесту Колмогорова – Смірнова

Показники	TAS26	ITC(A)	ITC(B)	ITC(C)	ITC(D)	Big1	Big2	Big3	Big4	Big5
N	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Середнє	67,09	2,472	2,131	2,138	1,789	48,69	52,63	52,59	44,88	48,94
SD	12,225	,5232	,4568	,4241	,3797	8,797	12,469	12,271	11,650	8,144
Абсолютне	,116	,105	,090	,152	,168	,066	,136	,108	,082	,125
Позитивне	,099	,105	,090	,143	,114	,066	,052	,078	,082	,104
Негативне	-,116	-,075	-,079	-,152	-,168	-,056	-,136	-,108	-,072	-,125
Статистика критерію	,116	,105	,090	,152	,168	,066	,136	,108	,082	,125
Асимп. знач.	,200	,200	,200	,057	,022	,200	,142	,200	,200	,200

Примітка. Використані скорочення TAS26 – відповіді за методикою "Торонтська алекситимічна шкала"; ITC(A) – результати шкали А тесту Th.o.m.a.s; ITC(B) – результати шкали В тесту Th.o.m.a.s; ITC(C) – результати шкали С тесту Th.o.m.a.s; ITC(D) – результати шкали D тесту Th.o.m.a.s; Big1 – результати першого генерального фактора за тестом 5PFQ; Big2 – результати другого генерального фактора за тестом 5PFQ; Big3 – результати третього генерального фактора за тестом 5PFQ; Big4 – результати четвертого генерального фактора за тестом 5PFQ; Big5 – результати п'ятого генерального фактора за тестом 5PFQ.

Виходячи з вищезазначеного та зважаючи на невелику кількість результатів, ми вважаємо доцільним використання непараметричних засобів статистичної обробки даних, зокрема коефіцієнта рангової кореляції г Спірмена для перевірки зв'язків між досліджуваними явищами, а також U-критерію Манна – Уїтні для порівняння результатів пацієнтів, залежних від алкоголю, і пацієнтів, залежних від інших ПАР.

Результати дослідження. На рис. 2 відображені медіанні значення, отримані за тестом Th.o.m.a.s у вибірці осіб, залежних від ПАР (окремо за шкалами, останнім зображене медіанне значення інтегративного показника ITC).

За модифікованою нами процедурою аналізу методики кожна відповідь досліджуваного може мати від 0

до 4 балів, далі ці бали додаються і вираховуються середні значення за кожною шкалою, тому максимальне значення, яке може бути отримане, – 4 бали. Як бачимо на рис. 2, отримані дані належать більше до середніх і низьких значень, що показує певну проблему у структурі ITC осіб, залежних від ПАР. Як бачимо, головною тенденцією, що відображується в результатах, є проблеми алокативної перспективи ITC (трудність або неможливість поставити себе на місце іншого, поглянути на ситуацію ззовні). Якщо егоцентричну перспективу відображають шкали А та С (медіанні значення 2,4 та 2,2, відповідно), то алокативну перспективу ілюструють шкали В та D (медіанні значення 2,1 та 1,8, відповідно).

Порівнюючи різницю в результатах егоцентричної та алокативної перспектив (віднімаємо медіанні значення

шкали А від медіанного значення шкали В і відповідно шкали С від шкали D), бачимо, що в середньому дані за егоцентричною перспективою на 0,3 та 0,4 бали вищі,

аніж за алокативною, тобто особи, залежні від ПАР, на 12,5 і 18,1 % менш влучно будують ІТС у випадку, коли йдеться про алокативну перспективу.

Розподіл даних за тестом Th.o.m.a.s

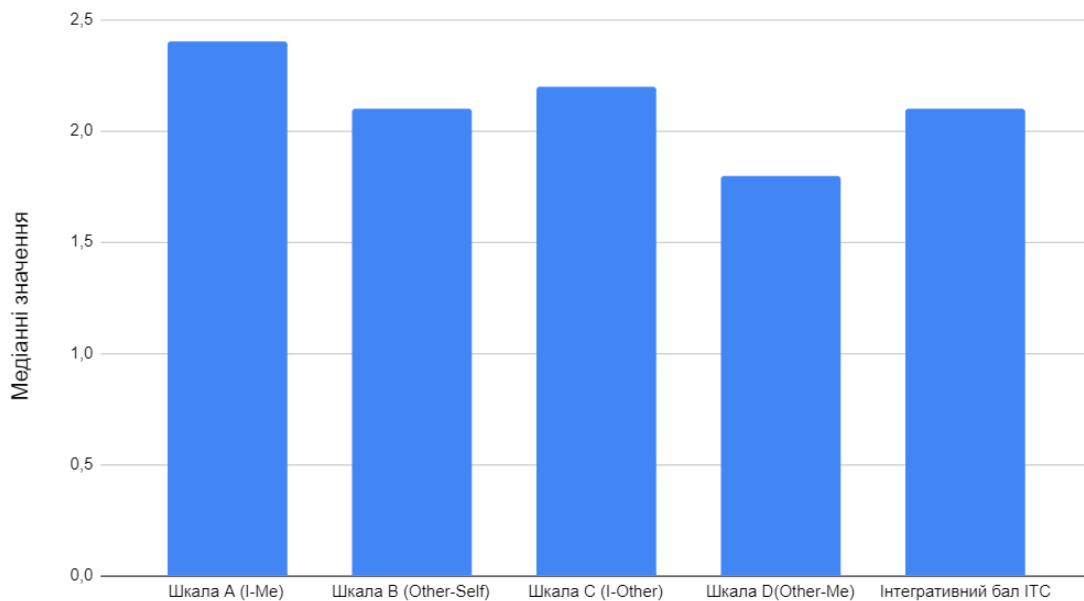


Рис. 2. Медіанні значення ІТС

Порівнюючи ці дані з результатами авторів тесту [6], бачимо, що медіанні значення в осіб, залежних від ПАР, яких досліджували (це особи, залежні від алкоголю), у середньому вищі за всіма шкалами: медіанне значення інтегративної шкали ІТС у нас 2,1 бала, на противагу 3,1 у авторів тесту. Однак у дослідженні авторів тесту [6] виявлено збереження специфічної тенденції, якої не було в контрольній групі, а саме: в осіб, залежних від ПАР, найвищий показник за шкалою А, другий за величиною – за шкалою С, третій за величиною – за шкалою В та найменший – за шкалою D. В осіб, що ввійшли до контрольної групи, у яких не діагностовано залежність, результат знижується лінійно від шкали А до шкали D. У наших результатах спостерігається таке саме співвідношення показників за шкалами, яке виявлене в основній групі в дослідженні авторів тесту. Однак наша вибірка має значно нижчі результати відносно результатів наших колег. Стосовно причин таких розбіжностей є низка припущень, які доцільно перевірити в майбутньому.

По-перше, найпростіше пояснення полягає в тому, що наша процедура дещо відрізнялася: не було аудіо-запису, натомість використовувалась форма опитувальника; дослідник модерував процес заповнення відповідей у невеликих групах, а не напівструктурованого інтерв'ю з кожним пацієнтом окремо; дані кодувалися самим дослідником, а не його асистентами. Усе це могло вплинути на результат, проте, зважаючи на збереження тенденцій у осіб, залежних від ПАР, які виявили автори тесту, ми вважаємо, що така модифікація процедури довела свою спроможність.

По-друге, досліджувані, яких ми просили пройти методики, могли бути менш функціональними, аніж ті, що брали участь у дослідженні колег.

По-третє, міг вплинути фактор культурних відмінностей, адже тест створювався в іншій культурі, мовою, відмінною від нашої. Який із цих факторів міг вплинути та чи не спостерігається вплив якогось іншого неконтрольованого фактора, на жаль, визначити поки що не-

можливо, тому слід віднести це до перспектив подальших досліджень.

Щодо факторів, що могли б пояснити такі низькі результати, можемо припустити, що це може бути пов'язане з доволі високим середнім значенням за методикою ТАС 26 (див. табл. 1). Це означає, що середнє значення за зазначеним тестом вище, аніж поріг нормальних значень за ним (нормальним рівнем вважається не вище ніж 62 бали, середнє значення у вибірці – 67 балів). Тобто більшість досліджуваних мали явні вияви алекситимії або принаймні ускладнення розуміння власних переживань. Аналізуючи відповіді респондентів, можна побачити, що у значній кількості були проблеми з плутаниною в розумінні пари слів "емоції/афекти" і фізіологічних реакцій тіла; емоційно забарвлені слова вони використовували доволі рідко, віддаючи перевагу опису дій, що механічно зумовлюють певні результати. Також можемо спостерігати тенденцію до значно зниженого, порівняно з іншими, середнього значення за четвертою шкалою 5PFQ (емоційна нестійкість / емоційна стійкість), тобто результати осіб, залежних від ПАР, тяжіють до емоційної стійкості.

Наприклад, у них спостерігається утрудненість контролю власних емоційних поривів, що разом із недостатньою здатністю до розуміння власних емоцій, диференціації їх від фізіологічних відчуттів ускладнює, а в деяких випадках і унеможливає розуміння іншої людини, адже не формується чіткий і диференційований образ афектів, власних бажань. У структурі ІТС припущення про емоційний світ іншого, його бажання, інтенції замінюються проєкцією власного емоційного світу з перевагою опису дій і відсутністю пояснення причин тих чи інших вчинків та поведінки загалом.

Щодо кореляційних зв'язків між ІТС та іншими досліджуваними параметрами, спостерігаємо таке. Неочікувано виявилось, що статистично значущих зв'язків шкал ІТС зі шкалою алекситимії немає. Можливо, ці величини ніяк між собою не пов'язані (хоча це викликає сумнів) або ж характер взаємодії між цими двома яви-

щами відмінний від лінійного, тому необхідно дослідити інші варіанти при отриманні більшої кількості результатів. Перейдемо до кореляцій кожної зі шкал ІТС (використовувався коефіцієнт кореляції г Спірмена).

Шкала А (I-Me) має кілька статистично значущих зв'язків з іншими показниками (див. табл. 2).

Позитивні помірні зв'язки з іншими шкалами тесту на вимірювання ІТС ми до розрахунку не беремо, проте варто зазначити, що за шкалою В спостерігається прямий помірний зв'язок на рівні тенденції (,409, sig = 0.02). Водночас за шкалою С спостерігається прямий помірний зв'язок на рівні закономірності (,490, sig = 0.004), окрім того, немає кореляції між шкалами А та D.

Таблиця 2

Кореляції між шкалою А та іншими змінними

Показники	ІТС(А)	F10	F15	Стать	Товариськість
ІТС(А)	1,000	-,395*	,379*	,444*	-,486**
F10	-,395*	1,000	-,458**	-,191	,233
F15	,379*	-,458**	1,000	,014	-,075
Стать	,444*	-,191	,014	1,000	-,280
Товариськість	-,486**	,233	-,075	-,280	1,000

Примітки. 1) Використані скорочення: ІТС(А) – шкала А тесту Th.o.m.a.s; F10 – залежність від алкоголю; F15 – залежність від активаторів ЦНС; стать – параметр статі; товариськість – третя субшкала першого генерального фактора опитувальника 5PFQ (товариськість-замкненість). 2) Символ (*) відповідає статистично значущому зв'язку на рівні (sig=0,05); символ (**) відповідає статистично значущому зв'язку на рівні (sig=0.01).

Щодо інших статистично значущих зв'язків, маємо негативний помірний зв'язок на рівні тенденції в осіб, залежних від алкоголю (F10) (-,395, sig = 0.02), а також прямий помірний зв'язок на рівні тенденції (,379, sig = 0.03) в осіб, залежних від стимуляторів ЦНС (F15). Отже, особи, залежні від стимуляторів, статистично краще за осіб, залежних від алкоголю, будують ІТС за першою шкалою, тобто точніше розуміють власні емоції та побажання, як саме змінити настрій або виконати бажане. Також виявлено пряму помірну кореляцію на рівні тенденції (,444, sig = 0,01) залежно від статі, що означає, що жінки мають вищі показники за цією шкалою, аніж чоловіки. Останньою статистично значущою кореляцією є від'ємний помірний зв'язок на рівні закономірності (-,486, sig = 0.005) між шкалою А та субшкалою тесту 5PFQ 1.3 (товариськість-замкненість). За цими результатами чим більше людина тяжіє до замкненості, тим більшими є її показники ІТС за цією шкалою. Можемо припустити, що це може трактуватися крізь призму схильності до рефлексії, що більше тяжіє до полюсу інтроверсії. Тобто особи, схильні до замкненості, більше аналізують власні почуття, унаслідок чого в них формується більш диференційований образ ІТС, що дає змогу до побудови більш ефективної ІТС.

Шкала В (Other-Self) не має статистично значущих кореляцій (окрім зв'язків з іншими шкалами тесту Th.o.m.a.s), тому переходимо до аналізу наступної шкали.

Шкала С (I-Other) має один статистично значущий зв'язок (окрім зв'язків з іншими шкалами), а саме прямий помірний зв'язок на рівні тенденції (,375, sig = 0.03) із другим генеральним фактором тесту 5PFQ (прив'язаність-відособленість). Можемо пояснити це тим, що зміст шкали С пов'язаний із тим, що людині необхідно правильно увіяти, що інші люди можуть відчувати, бажати, до того ж прив'язаність якраз і характеризує людину як чуйну до інших, таку, що піклується про інших людей, хоче бути у їхній компанії.

Цікаво, що **шкала D (Other-Me)** не має статистично значущих кореляцій з іншими шкалами тесту на вимірювання ІТС (лише зі шкалою С), проте має один статистично значущий помірний прямий зв'язок на рівні тенденції (,395, sig = 0,02) із субшкалою тесту 5PFQ 2,3 (довірливість-підозрілість). Можемо пояснити це специфікою шкали D, яка характеризує здатність респондента припустити, чи можуть інші люди розуміти його емоції, бажання, переконання, інтенції. Більш довірливі особи намагатимуться припускати, що інші можуть про них подумати, чи добре зрозуміють, а також будуть поводитися більш спонтанно, щиро, виявляти себе та свої емоції, аніж підозрілі, які відповідатимуть, що інші люди не зможуть їх зрозуміти. До того ж більш підозрілі люди, скоріш за все, будуть більше проєктувати свої негативні домисли щодо того, що про них думають інші.

Вище ми зазначали, що спостерігаються статистично значущі кореляції між шкалою А опитувальника для вимірювання ІТС і залежністю особи від тієї чи іншої речовини (діагнозу). Зокрема, за умов залежності від алкоголю результати за шкалою А нижчі, аніж результати за тією самою шкалою в людей, які залежні від активаторів ЦНС. Проте на основі кореляцій ми не можемо стверджувати про статистично значущу різницю в ІТС між цими групами, тому їх необхідно порівняти. Для цього використаємо непараметричний критерій U Манна – Уїтні, поділяючи вибірку залежно від провідної речовини (див. табл. 3).

Як бачимо з табл. 3, виявлено статистично значущі відмінності між групами осіб, залежних від алкоголю, F10 (N = 17), і залежних від активаторів ЦНС, F15 (N = 5), за шкалою А тесту ІТС, що підтверджує й уточнює результати аналізу відмінностей за допомогою інших статистичних процедур.

Таблиця 3

Відмінності в ІТС між групами осіб, залежних від алкоголю, і осіб, залежних від активаторів ЦНС

Показники	Інтегративний бал ІТС	ІТС(А)	ІТС(В)	ІТС(С)	ІТС(Д)
U	-,985	-2,280	-,668	-1,067	-,079
Значущість	,359	,019	,543	,319	,940

Примітка. Використані скорочення: ІТС(А) – результати шкали А тесту Th.o.m.a.s; ІТС(В) – результати шкали В тесту Th.o.m.a.s; ІТС(С) – результати шкали С тесту Th.o.m.a.s; ІТС(Д) – результати шкали D тесту Th.o.m.a.s.

Наукова дискусія та висновки. На основі отриманих результатів ми встановили низку особливостей ІТС у осіб, залежних від ПАР, порівняли результати з результатами дослідження авторів тесту Th.o.m.a.s, а

також установили низку статистично значущих зв'язків між ІТС та іншими вимірюваними параметрами у групі осіб, залежних від ПАР.

Установлено відмінності у структурі ІТС між особами, залежними від алкоголю, і особами, залежними від активаторів ЦНС. Специфічна тенденція співвідношення медіанних показників шкал тесту вимірювання ІТС збігається з аналогічною тенденцією, виявленою авторами цього тесту, що дозволяє стверджувати, що використання зазначеного інструменту для дослідження ІТС навіть за умов модифікації його проведення є доцільним.

ІТС у осіб, залежних від ПАР, вирізняється редукованим розумінням власних емоцій і переживань, що виражається в поганому розрізненні емоційних переживань і фізіологічних виявів організму; утрудненою алокативною перспективою, що свідчить про те, що особи, залежні від ПАР, не можуть або не хочуть ставити себе на місце іншої людини, тому проєктують власні переконання, іноді ворожого модуля, знижене бажання домогати іншим, що підкреслюється високими показниками шкали алекситимії у вибірці, а також зниженням за шкалою 5PFQ (емоційна нестабільність-емоційна стабільність).

Зважаючи на те, що кількість респондентів була невеликою, певні тенденції можемо лише припускати, тому до перспектив дослідження варто віднести проведення дослідження на більшій кількості клінічної вибірки, а також порівняння з контрольною групою. Ми вважаємо за доцільне порівняння даних осіб, які недавно ще вживали ПАР, з особами, які, маючи діагностовану залежність від ПАР, уже протягом тривалого часу не вживають жодних ПАР. Також ми вважаємо за потрібне навести результати, отримані у групі умовної норми, тобто в осіб без діагностованої залежності. Крім цього, варто зазначити, що в нашому дослідженні не було проконтрольовано фактор гомогенності у тривалості вживання ПАР, що може потенційно вплинути на результати. Тому при формуванні вибірки в подальших дослідженнях має враховуватись і цей параметр. Варто підкреслити також необхідність збільшення кількості жінок у клінічній вибірці для того, щоб проконтролювати вплив фактора статі.

Список використаної літератури

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: метод. пособ. / Д. Б. Ересько, Г. С. Исурина, Е. В. Койдановская и др. – СПб: Санкт-Петербург. науч.-исслед. психоневрологич. ин-т им. В. М. Бехтерева, 2005.
2. Аналіз статистичних показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин у 2015–2016 роках / І. Я. Пінчук, О. В. Колодежний, О. О. Петриченко, І. Ф. Здорик // Архів психіатрії. – 2017. – 23(4). – С. 252–260.
3. Хромов А. Б. Пятифакторный опросник личности: учеб.-метод. пособие / А. Б. Хромов. – Курган: Изд-во Курган. гос. ун-та, 2000.
4. Baron-Cohen S. Does the autistic child have a "theory of mind"? / S. Baron-Cohen, A. M. Leslie, U. Frith // *Cognition*. – 1985. – 21(1). – P. 37–46.
5. The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism / S. Baron-Cohen, S. Wheelwright, J. Hill et al. // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2001. – 42(2). – P. 241–251.
6. Theory of mind deficit in subjects with alcohol use disorder: an analysis of mindreading processes / F. M. Bosco, F. Capozzi, L. Colle et al. // *Alcohol and Alcoholism*. – 2014. – 49(3). – P. 299–307.
7. Psychometric properties of the Theory of Mind Assessment Scale in a sample of adolescents and adults / F. M. Bosco, I. Gabbatore, M. Tirassa, S. Testa // *Frontiers in psychology*. – 2016. – 7(7). – P. 1–12.
8. Bora E. Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis / E. Bora, M. Yucel, C. Pantelis // *Schizophr. Res.* – 2009. – 109. – P. 1–9.
9. Dubyaga E. V. Implitsitnaya teoriya razuma: kratkiy obzor. Theory of Mind: a brief review [Electronic resource] / E. V. Dubyaga, B. G. Mescheryakov // *Psihologicheskii zhurnal Mezhdunarodnogo universiteta prirody i obschestva i cheloveka*. – Dubna (1), 2010. – Access mode: <https://psyanima.su/journal/2010/1/2010n1a4/2010n1a4.pdf>. [In Russian].
10. Goldman A. Theory of Mind / A. Goldman; In Eric Margolis, Richard Samuels & Stephen Stich (eds.) // *Oxford Handbook of Philosophy and Cognitive Science*. – Oxford University Press, 2012. – P. 402–424.
11. Gopnik A. Children's understanding of representational change and its relation to the understanding of false belief and the appearance-reality distinction / A. Gopnik, J. W. Astington // *Child development*. – 1988. – 59(1). – P. 26–37.

12. Gweon H. Developmental cognitive neuroscience of theory of mind / H. Gweon, R. Saxe // *Neural circuit development and function in the brain*. – 2013. – 3. – P. 367–377.
13. Jacobs E. Affective and Cognitive Theory of Mind in children with intellectual disabilities: how to train them to foster social adjustment and emotion regulation / E. Jacobs, N. Nader-Grosbois // *J. Educ. Train. Stud.* – 2020. – 8. – P. 80–97.
14. Transcriptomic immaturity of the hippocampus and prefrontal cortex in patients with alcoholism / T. Murano, H. Koshimizu, H. Hagihara, T. Miyakawa // *Scientific reports*. – 2017. – 7(1). – P. 1–8.
15. A Meta-analysis of Theory of Mind in Alcohol Use Disorders / R. C. Onuoha, D. S. Quintana, M. Lyvers, A. J. Guastella // *Alcohol and Alcoholism*. – 2016. – 51(4). – P. 410–415. doi: 10.1093/alcac/agv137.
16. Premack D. Does the chimpanzee have a theory of mind? / D. Premack, G. Woodruff // *Behavioral and brain sciences*. – 1978. – 1(4). – P. 515–526.
17. Neural mechanisms underlying affective theory of mind in violent antisocial personality disorder and/or schizophrenia / B. Schiffer, C. Pawliczek, B. W. Müller et al. // *Schizophrenia bulletin*. – 2017. – 43(6). – P. 1229–1239.
18. Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis / M. Sprong, P. Schothorst, E. Vos et al. // *Br. J. Psychiatry*. – 2007. – 191. – P. 5–13.
19. Thirion-Marissiaux A. F. Theory of mind "beliefs", developmental characteristics and social understanding in children and adolescents with intellectual disabilities / A. F. Thirion-Marissiaux, N. Nader-Grosbois // *Research in developmental disabilities*. – 2008. – 29(6). – P. 547–566.
20. Wimmer H. Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception / H. Wimmer, J. Perner // *Cognition*. – 1983. – 13(1). – P. 103–128.
21. Theory of mind abilities in individuals with autism, down syndrome, and mental retardation of unknown etiology: the role of age and intelligence / N. Yirmiya, D. Solomonica-Levi, C. Shulman, T. Pilowsky // *J. Child Psychol. Psychiatry*. – 1996. – 37. – P. 1003–1014.

References

1. Eres'ko, D. B., Isurina, G. S., Kojdanovskaja, E. V., Karvasarskij, B. D., Karpova, Je. B., Korepanova, T. G., & Shifrin, V. B. (2005) Aleksitimiya i metody ee opredelenija pri pogranichnyh psihosomaticheskikh rasstrojstvah: Metodicheskoe posobie [Alexithymia and methods of its definition at borderline psychosomatic disorders: Methodical manual]. SPb: Sankt-Peterburgskij nauchno-issledovatel'skij psihonevrologicheskij institut im. V. M. Behtereva [in Russian].
2. Pinchuk, I. Ja., Kolodezhnij, O. V., Petrichenko, O. O., Zdorik, I. F. (2017) Analiz statistichnih pokaznikov rozladiv psihiki ta povedinki vnaslidok uzhyvannja psichoaktivnih rečovyn u 2015-2016 rokah [Analysis of statistical indicators of mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances in 2015-2016]. *Arhiv psichiatrii* [Archive of psychiatry], 23(4), 252-260 [in Russian].
3. Hromov, A. B. (2000) Pjatifaktornij oprosnik lichnosti: Uchebno-metodicheskoe posobie [Five-factor personality questionnaire: Textbook]. Kurgan: Izd-vo Kurganskogo gos. Universiteta [in Russian].
4. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985) Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37-46.
5. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001) The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42(2), 241-251.
6. Bosco, F. M., Capozzi, F., Colle, L., Marostica, P., & Tirassa, M. (2014) Theory of mind deficit in subjects with alcohol use disorder: an analysis of mindreading processes. *Alcohol and Alcoholism*, 49(3), 299-307.
7. Bosco, F. M., Gabbatore, I., Tirassa, M., & Testa, S. (2016) Psychometric properties of the Theory of Mind Assessment Scale in a sample of adolescents and adults. *Frontiers in psychology*, 7(7), 1-12.
8. Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009) Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophr. Res.*, 109, 1-9.
9. Dubyaga, E. V., & Mescheryakov, B. G. (2010) Implitsitnaya teoriya razuma: kratkiy obzor. [Theory of Mind: a brief review]. // *Psihologicheskij zhurnal Mezhdunarodnogo universiteta prirody i obschestva i cheloveka*, Dubna, (1). – URL: <https://psyanima.su/journal/2010/1/2010n1a4/2010n1a4.pdf> [In Russian].
10. Goldman, A. (2012) *Theory of Mind*. In Eric Margolis, Richard Samuels & Stephen Stich (eds.), *Oxford Handbook of Philosophy and Cognitive Science*. Oxford University Press, 402-424.
11. Gopnik, A., & Astington, J. W. (1988) Children's understanding of representational change and its relation to the understanding of false belief and the appearance-reality distinction. *Child development*, 59(1), 26-37.
12. Gweon, H., & Saxe, R. (2013) Developmental cognitive neuroscience of theory of mind. *Neural circuit development and function in the brain*, 3, 367-377.
13. Jacobs, E., & Nader-Grosbois, N. (2020) Affective and Cognitive Theory of Mind in children with intellectual disabilities: how to train them to foster social adjustment and emotion regulation. *J. Educ. Train. Stud.*, 8, 80-97.
14. Murano, T., Koshimizu, H., Hagihara, H., & Miyakawa, T. (2017) Transcriptomic immaturity of the hippocampus and prefrontal cortex in patients with alcoholism. *Scientific reports*, 7(1), 1-8.
15. Onuoha, R. C., Quintana, D. S., Lyvers, M., & Guastella, A. J. (2016) A Meta-analysis of Theory of Mind in Alcohol Use Disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4) 410-415. doi: 10.1093/alcac/agv137.

16. Premack, D., & Woodruff, G. (1978) Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and brain sciences*, 1(4), 515-526.
17. Schiffer, B., Pawliczek, C., Müller, B. W., Wiltfang, J., Brüne, M., Forsting, M., ... & Hodgins, S. (2017) Neural mechanisms underlying affective theory of mind in violent antisocial personality disorder and/or schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 43(6), 1229-1239.
18. Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Engeland, H. (2007) Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 191, 5-13.
19. Thirion-Marissiaux, A. F., & Nader-Grosbois, N. (2008) Theory of mind "beliefs", developmental characteristics and social understanding in

children and adolescents with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 29(6), 547-566.

20. Wimmer, H., & Perner, J. (1983) Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103-128.

21. Yirmiya, N., Solomonica-Levi, D., Shulman, C., & Pilowsky, T. (1996) Theory of mind abilities in individuals with autism, down syndrome, and mental retardation of unknown etiology: the role of age and intelligence. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 37, 1003-1014.

Надійшла до редколегії 19.10.2020
Рекомендована до друку 30.11.2020

Liudmyla Krupelnyska, Dr. Sc. (Psychology), Professor
ORCID: 0000-0002-0594-2369;
Oleksandr Telcharov, Ph.D. Student
ORCID: 0000-0002-3381-6693
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

EMPIRICAL RESEARCH OF THEORY OF MIND OF PERSONS DEPENDENT ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

The article is dedicated to empirical investigation of Theory of Mind of persons dependent on psychoactive substances. Searching new approaches to medical treatment, psychological and social rehabilitation retains an actual subject of scientific interest. Inclusion of the Theory of Mind to rehabilitation and corrective programs can be a perspective direction. The purpose of this article is to analyze the Theory of Mind peculiarities in persons who are addicted to psychoactive substances, as well as to determine the interconnection between the Theory of Mind, alexithymia, and personality dispositions. The following methods have been used: Theory of Mind assessment scale (Th.o.m.a.s), Toronto Alexithymia Scale (TAS-26), Big Five Personality Test (5PFQ). Statistical tools: descriptive statistics and non-parametric (Spearman's correlation coefficient, Mann-Whitney U test). Study sample – 32 persons, who are addicted to psychoactive substances (median = 41 y.o., SD = 11,83). As a result of this empirical study, we have found several peculiarities of the Theory of Mind in persons dependent on psychoactive substances. We have compared this result to previous findings obtained by authors of the Th.o.m.a.s test. There were determined the number of connections between the Theory of Mind and other psychological features. Theory of Mind in persons dependent on psychoactive substances is characterized by a reduced understanding of their own emotions and feelings. This appears as poor differentiation of emotional experiences and physiological manifestations of the body. Another peculiarity of Theory of Mind dependent on psychoactive substances is a poor allocative perspective. It means that dependent on psychoactive substances cannot or do not want to "walk in someone else's shoes", this is why they project their own beliefs.

Keywords: alexithymia, Theory of Mind, dependent on psychoactive substances, empirical research, personality traits.