

Когнитивные и эмоциональные факторы в регуляции морального выбора

Научный руководитель – Корнилова Татьяна Васильевна

Белюсова Алина Игоревна

Аспирант

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Факультет психологии, Кафедра общей психологии, Москва, Россия

E-mail: alina_belousova@inbox.ru

Принятие решения в ситуации морального выбора зависит от когнитивных факторов: возможности опираться на свой прошлый опыт, выработанные ценности и способности конструировать новый опыт, принимать решение в ситуации неопределённости, и эмоциональных факторов: способности к эмпатии, понимания переживаний и эмоционального состояния как собственного, так и участников ситуации [1,2]. Способность осознавать, отслеживать и управлять эмоциями важно в процессе социального взаимодействия.

Целью нашей работы было выявление связей особенностей морального выбора с уровнями морального развития, с эмоциональной регуляцией, а также вклада когнитивных и аффективных факторов в процесс принятия решения в ситуации моральных дилемм.

Гипотеза: особенности эмоциональной регуляции оказывают влияние на стратегию принятия решения в ситуации моральной дилеммы. В связи с этим в качестве группы сравнения выступают тревожно-депрессивные пациенты, у которых в связи с заболеванием выявляется нарушение эмоционально-личностной сферы, и, в некоторых случаях, как следствие снижение когнитивных способностей.

Метод

Участники исследования. 41 человек в возрасте от 18 до 49 лет. Сравнивались две группы: 1 (n = 21) — психически здоровые лица, все имеют незаконченное высшее или высшее образование; группа 2 (n = 20) — тревожно-депрессивные пациенты с разной выраженностью депрессивного эпизода, проходивших лечение в стационаре ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Применялись методики: «Моральные дилеммы Л.Колберга» [4], Опросник «Шкала психологической разумности» - ШПР [5], Опросник для диагностики способности к эмпатии А. Мехрабиена и Н. Эпштейна. Качественный анализ дилемм был произведен с помощью шкалы социальных представлений и объектных отношений Д. Вестена, SCORS [8] и включал в себя анализ по следующим показателям: «сложность представлений о другом человеке», «аффективный тон отношений», «эмоциональный вклад в отношения» и «понимание социальной причинности». Проверка достоверности различий показателей между группами осуществлялась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни для двух независимых выборок, непараметрического критерия Краскала-Уоллеса для К независимых выборок. Корреляционный анализ проводился с использованием критерия корреляции Спирмена.

Результаты

Были выявлены значимые различия между группой психически здоровых лиц и группой тревожно-депрессивных пациентов по шкале «Субъективная доступность переживаний» (шкала опросника ШПР) - представление о собственных переживаниях в группе здоровых испытуемых выше, чем у тревожно-депрессивных пациентов; «Сложность представлений о другом человеке» (N=17,140, p<0,01) - группа психически здоровых демонстрировала расширенное, полное понимание и представление о психической жизни другого

человека, по сравнению с группой пациентов, чьи представления часто были менее дифференцированы; «Аффективный тон отношений» ($N=14,626$, $p<0,01$) - группа тревожно-депрессивных пациентов часто демонстрировала негативный тон отношений, разочарование, агрессивные тенденции, группа психически здоровых характеризовала тон отношений в основном нейтральными или нейтрально-положительными высказываниями; «Эмоциональный вклад в отношения» ($N=19,568$, $p<0,01$) - у группы тревожно-депрессивных пациентов по данной шкале выявляется склонность к манипуляциям, ограниченность собственных инвестиций в отношения, желание удовлетворения собственных потребностей, группа психически здоровых характеризуется зрелыми инвестициями в отношения, пониманием важности обязательств, взаимного сочувствия, заботы; «Понимание социальной причинности» ($N=23,889$, $p<0,01$) - группа психически здоровых характеризуется логическим выстраиванием причинно-следственных связей, в отличие от группы тревожно-депрессивных пациентов, где неопределённость моральной дилеммы провоцировала возникновение сильной тревоги, спутанности при выстраивании связи событий и причин.

Пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами (44% участников данной группы) действовали в рамках конвенционального и постконвенционального уровня автономной морали (4 и 5 стадия по методике Колберга) и при принятии решения основывались на усвоенных правилах поведения, «долженствованиях», с желанием всем угодить, ничего не нарушать. С одной стороны, это сопровождалось признанием авторитарности позиции других участников дилеммы, пассивностью, выраженной тревожностью. С другой стороны, опора на установленные нормы, которые принимаются априорно, могут быть показателем «бегства от неопределённости», проявления стремления избежать возможного дискомфорта в связи с ответственностью за принятие собственного решения [3]. Уровень моральных суждений оказался также связан с искаженными эмоциональными переживаниями, что проявляется на второй стадии преконвенциональной стадии развития моральных суждений (13% исследуемых) и конвенциональной стадии (25% исследуемых), когда моральный выбор сопровождается «болезненным» желанием быть «хорошим», получить одобрение, даже если действия будут в ущерб собственным интересам. Уровень моральных суждений в этой группе положительно связан с другими параметрами: шкала «Эмоциональный вклад в отношения» по Вестену ($r=0,531$, $p<0,05$) и шкалой «Понимание социальной причинности» по Вестену ($r=0,498$, $p<0,05$). Характер морального решения связан при этом с качеством эмоциональных инвестиций: у группы тревожно-депрессивных пациентов по шкале «Эмоциональный вклад в отношения» выявляется склонность к манипуляциям, ограниченность собственных инвестиций в отношения, желание удовлетворения собственных потребностей. В ситуации моральных дилемм решение основывалось также на понимании и умении выстроить причинно-следственные связи.

Уровень моральных суждений в группе психически здоровых лиц соответствует конвенциональной и постконвенциональной стадии морального развития. Уровень положительно связан с показателем по шкалам «Эмпатия» ($r=0,541$, $p<0,05$), «Аффективный тон отношений» ($r=0,645$, $p<0,01$) и «Понимание социальной причинности» ($r=0,543$, $p<0,05$). «Аффективный тон» в основном был представлен нейтральными или нейтрально-положительными высказываниями, портрет другого человека представляется разносторонне, полно и широко. В этом плане моральное решение зависит от сопереживания, проявляется как забота и ориентация на благополучие остальных участников дилеммы, учитывается позиция других людей. Уровень моральных суждений основывается на конвенциональной и постконвенциональной стадии, часто выступая в сочетании. Представители данной группы критично относятся к установленным правилам и законам и транслируют уверенную позицию, ориентированную на собственную внутреннюю норму, автономию в нравственных принципах, гибкость без дискредитации позиции другого человека. Такой способ

принятия решения определяет сформированность собственной позиции относительно универсальных принципов, принятие и учет позиции другого человека, готовность прийти к компромиссу во имя высших ценностей, не лежащих в плоскости сугубо материальных отношений.

Выводы

Таким образом, мы определили, что уровень моральных суждений, отражающий стадию морального развития личности, оказывается связан с когнитивным компонентом, который проявляется в умении выстраивать логические связи и понимать последствия собственных действий, а также связан с эмоциональным компонентом, теми переживаниями, которые сопровождают отношения и в целом характеризуют эмоциональную включенность и заинтересованность. Результаты группы здоровых участников исследования показывают, что человек принимает решение в ситуации моральной дилеммы в зависимости от представлений о других людях, учитывая позиции других участников ситуации, сопереживая, ориентируясь на благополучие остальных, проявляя заботу и внимание. При нарушениях эмоциональной регуляции мы обнаруживаем, что на моральный выбор оказывают влияние качество «инвестиций» в отношения, а именно желание удовлетворения собственных потребностей, эгоцентричность, а не заинтересованность в благополучии другого человека.

Исследование выполнено под научным руководством доктора психологических наук, профессора Соколовой Е.Т.

Источники и литература

- 1) Анциферова Л.И. Связь морального сознания с нравственным поведением человека (по материалам исследований Л. Колберга и его школы) // Психологический журнал, 1999. Т. 20. № 3. С. 5-17.
- 2) Гулевич О.А. Основные стадии моральной социализации // Психология нравственности / под ред. А.Л. Журавлева, А.В. Юревича. М.: ИП РАН, 2010. С.52-66
- 3) Корнилова Т.В. Принцип неопределенности в психологии: основания и проблемы [Электронный ресурс] // Психологические исследования – 2010. 3(11). 11. URL: <http://psystudy.ru>
- 4) Методика оценки уровня развития морального сознания (Дилеммы Л.Колберга) / Диагностика эмоционально-нравственного развития/ под ред. И.Б. Дермановой. – СПб., 2002. – С.103-112.
- 5) Новикова М.А., Корнилова Т.В. «Психологическая разумность» в структуре интеллектуально-личностного потенциала (адаптация опросника) // Психологический журнал. – 2014. – Т. 35. – № 1. – С. 63–78.
- 6) Соколова Е. Т. Утрата Я: клиника или новая культурная норма // Эпистемология и философия науки. — 2014. — Т. 41, № 3. — С. 190–210.
- 7) Хаузер, М. Д. Мораль и разум: как природа создавала наше универсальное чувство добра и зла / Марк Хаузер [пер. с англ. Т. М. Марютиной]. - Москва: Дрофа, 2008. - 639 с.
- 8) Westen, Ph.D. Social cognition and object relations scale (SCORS): manual for coding TAT data // Drew Westen, Ph.D. – Michigan: Department of Psychology 580 Union Drive Ann Arbor, 1985. – P.106