

Узнавание своего психического состояния родителями детей-пациентов

Солондаев В.К.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра общей психологии, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова», Ярославль, Россия, solond@yandex.ru

Конева Е.В.,

доктор психологических наук, доцент, заведующая кафедрой общей психологии, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова», Ярославль, Россия, ev-kon@yandex.ru

Лясникова Л.Н.,

магистр психологии, педагог-психолог, МДОУ «Детский сад №232», Ярославль, Россия, ljubascha.ljasnikova@yandex.ru

Исследовано узнавание ситуаций актуализации своего психического состояния родителями детей-пациентов. В двух этапах исследования приняли участие 70 матерей ($M_{\text{возр}} - 27,0$), имеющих детей в возрасте до 7 лет. На первом этапе с помощью методики «Рельеф психического состояния» (Прохоров, 1998) были получены оценки психических состояний в ситуациях стационарного лечения ребенка, «плохой» медицинской помощи, неприятностей на работе, «хорошей» медицинской помощи, а также в ситуации обычного (фонового) психического состояния. По результатам первого этапа построены два набора описаний, которые на втором этапе предъявлялись для узнавания той же выборке. Первый набор описаний строился методами машинного обучения, второй набор – по схеме Е.Ю. Артемьевой (1999). Результаты показывают возможность узнавания ситуаций актуализации психического состояния родителями детей-пациентов, которая ограничена эмоциональной валентностью ситуации. Дифференциация ситуаций одной валентности затруднена. Состояние, актуализированное в одной ситуации, может быть экстраполировано на другие ситуации сходной эмоциональной валентности. Для узнавания ситуации актуализации состояния имеет значение способ построения описания переживаемого состояния.

Ключевые слова: субъект, родители детей-пациентов, психическое состояние, ситуация, педиатрия.

Для цитаты:

Солондаев В.К., Конева Е.В., Лясникова Л.Н. Узнавание своего психического состояния родителями детей-пациентов [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 64–82. doi: 10.17759/psyclin.2017060206

For citation:

Solondaev V.K., Koneva E.V., Lyasnikova L.N. Recognition of One's Own Mental State by Parents of Children-Patients [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2017, vol. 6, no. 2, pp. 64–82. doi: 10.17759/psycljn.2017060206 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Судя по анализу литературных данных, проведенному В.В. Николаевой [11], исследования влияния соматической болезни на психику проводятся достаточно давно. В настоящее время психологические характеристики родителей детей-пациентов рассматриваются в контексте принятия решения и доверия к врачебным рекомендациям [21; 23; 24; 25; 30; 31]. В ряде работ говорится о взаимосвязи чувств родителей и адаптации семьи к хроническому заболеванию ребенка [9; 22; 26; 29], о чувствах родителей в связи с оказанием ребенку интенсивной терапии [27].

В то же время заметная часть медиков разделяет позицию, сформулированную К. Дёрнером: «Призрак бродит по медицине. Это – этика. Она прозрачна потому, что внезапный взрыв “моды” на медицинскую этику раздражает» [3, с. 16]. Сходную точку зрения высказывает Р. Тёлле: «Опыт решения собственных проблем можно приобрести только при клиническом обучении и совершенствовании под соответствующим руководством и супервизией. По этой причине учебник не берет на себя эту функцию. Это же касается и проблем взаимоотношений врача и больного» [19, с. 8-9]. Интерпретируя приведенные высказывания, можно предположить, что собственная психика и психика пациента не имеет большого значения в профессиональной картине медиков. И такая позиция медиков небезосновательна. Подтверждение выдвинутого предположения мы находим у О.С. Кобяковой с соавторами [6] и в работе А.П. Зильбера: «Основное негативное следствие всех медицинских революций, от которого проистекают многие этические и юридические несчастья, – это сокращение или даже утрата психологического контакта между больным и врачом. Мы бы даже назвали эту утрату контакта катастрофой» [4, с. 27].

Ситуация в педиатрии сложнее, чем во «взрослой» медицине. Кроме самого ребенка-пациента, здесь появляется второй субъект – родители. И в юридическом аспекте именно родители – главные субъекты, с которыми взаимодействует педиатр. Уже не только психика врача, но и психика родителей «не имеет большого значения», сохраняя при этом свое влияние на оказание медицинской помощи. А.В. Козлова, И.А. Алленова так характеризуют педиатрическую ситуацию: «В институте учат подходам к болезни, а не к родителю, чей ребенок болен. Но ведь усилия врача должны быть направлены не против родителя, а против болезни. Без

взаимодействия с родителем, сотрудничества с ним болезнь может выиграть» [7, с. 15].

Интегративная характеристика психологической составляющей медицинской помощи, на наш взгляд, может быть операционализирована как психическое состояние. Исследования психического состояния родителей не найдены нами в литературе по медицинской психологии, хотя это понятие достаточно давно и продуктивно используется в исследованиях судебно-экспертной проблематики [20], спорта [18], психологии личности [10].

Как считает А.О. Прохоров, психическое состояние отражается в сознании субъекта как образ – сложный психологический феномен, «в котором слиты воедино знание, переживание и отношение, где знание раскрывается на основе консолидации внутренних ощущений и субъективного опыта, переживание связано с осознанностью и рефлексивностью, а отношение выражает зависимость образа состояния от ситуаций и внутренних механизмов его возникновения, с одной стороны, и влияния образа состояния на регуляторные процессы жизнедеятельности субъекта (планирование, целеполагание, коррекцию и пр.) – с другой» [15, с. 63].

Следовательно, при взаимодействии педиатра с ребенком-пациентом и его родителями у последних актуализируется определенное состояние, регулирующее их дальнейшее поведение. Состояние неотделимо от ситуации, его актуализация «обусловлена взаимодействием ситуации (внешняя, предметная и социальная среда) и смысловой организации сознания» [14, с. 49].

В этой связи возникает вопрос о том, в какой мере родители ребенка-пациента понимают свое состояние. Описание психического состояния – достаточно сложная задача как для его «носителя», так и для исследователя. Ранее проведенное нами исследование показало, что испытуемые затрудняются дать словесное обозначение своего состояния [17].

Целью нашего исследования была оценка узнавания по вербальному описанию состояния той ситуации, в которой описанное психическое состояние актуализировалось.

Метод и процедура исследования

Мы анализировали описания состояний разными способами на основе данных методики «Рельеф психического состояния» [13]. На первом этапе исследования испытуемые оценивали свое состояние в субъективно определенных ситуациях, имевших место в прошлом опыте. Перечень ситуаций приведен ниже. На момент обследования дети испытуемых были практически здоровы, что позволило исключить влияние актуального состояния здоровья ребенка.

В исследовании участвовали 70 матерей, имеющих детей в возрасте до 7 лет. Медиана возраста испытуемых – 27 лет.

На первом этапе исследования по методике «Рельеф психического состояния» оценивались психические состояния в следующих ситуациях:

1. состояние матери в ситуации стационарного лечения ребенка;
2. состояние матери в ситуации «плохой» медицинской помощи (неудачного, по мнению матери, обращения с ребенком к врачу);
3. состояние матери в ситуации неприятностей на работе;
4. состояние матери в ситуации «хорошей» медицинской помощи (удачного, по мнению матери, обращения с ребенком к врачу).

Также респонденты оценивали свое обычное (фоновое) психическое состояние.

Ситуация неприятностей на работе была включена в список для оценки точности узнавания содержательно разных ситуаций сходной эмоциональной валентности.

Акцент на математико-статистической стороне результатов определяется необходимостью обеспечить максимальную доказательность при одновременном отражении качественного многообразия изучаемой психической реальности.

Обработка проводилась с помощью статистического программного пакета R [28].

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты первого этапа исследования графически представлены на рис. 1. Данные оценивались с помощью робастного дисперсионного анализа многомерного отклика [5, с. 330]. В целом оценки психического состояния статистически значимо изменяются в зависимости от ситуации: лямбда Уилкса = 0,52, $\chi^2 = 224$, $p \leq 0,001$.

С учетом полученных результатов было проведено попарное сравнение по критерию Вилкоксона в модификации Манна–Уитни. Далее в скобках приведены значения уровня значимости (p-value), скорректированные методом Холма для устранения эффекта множественных сравнений.

По параметру «психические процессы» (ПП):

Фоновое состояние отличается от состояния в ситуации стационарного лечения (0,001), в ситуации «плохой» медпомощи (0,001), неприятностей на работе (0,001) и не отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,650).

Состояние в ситуации стационарного лечения не отличается от состояния в ситуации «плохой» медпомощи (0,670), неприятностей на работе (0,160) и отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

Состояние в ситуации «плохой» медпомощи не отличается от состояния в ситуации неприятностей на работе (0,670) и отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

Состояние в ситуации неприятностей на работе отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

По параметру «физиологические реакции» (ФР):

Фоновое состояние отличается от состояния в ситуации стационарного лечения (0,001), состояния в ситуации «плохой» медпомощи (0,001), ситуации неприятностей на работе (0,001) и не отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,690).

Состояние в ситуации стационарного лечения не отличается от состояния в ситуации «плохой» медпомощи (0,330), ситуации неприятностей на работе (0,690) и отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

Состояние в ситуации «плохой» медпомощи отличается от состояния в ситуации неприятностей на работе (0,050) и от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,002).

Состояние в ситуации неприятностей на работе отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

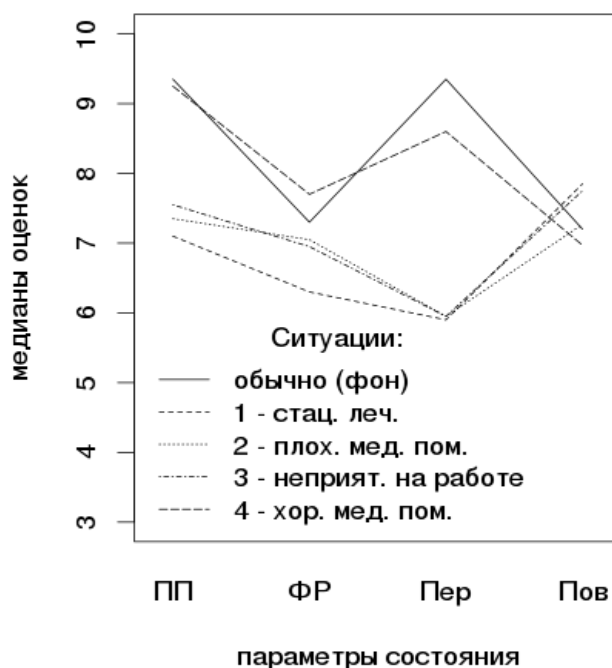


Рис. 1. Оценки психических состояний в различных ситуациях

Примечание. ПП – психические процессы; ФР – физиологические реакции; Пер – переживание; Пов – поведение.

По параметру «переживания» (Пер):

Фоновое состояние при уровне статистической значимости меньше 0,001 отличается от состояния в ситуации стационарного лечения, в ситуации «плохой»

медпомощи, в ситуации неприятностей на работе и в ситуации «хорошей» медпомощи.

Состояние в ситуации стационарного лечения не отличается от состояния в ситуации «плохой» медпомощи (0,440), в ситуации неприятностей на работе (0,990), но отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

Состояние в ситуации «плохой» медпомощи не отличается от состояния в ситуации неприятностей на работе (0,570) и отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

Состояние в ситуации неприятностей на работе отличается от состояния в ситуации «хорошей» медпомощи (0,001).

По параметру «поведение» (Пов) статистически значимые различия между оценками состояний отсутствуют.

Таким образом, оценки состояний в ситуациях стационарного лечения, «плохой» медпомощи, неприятностей на работе совпали по всем параметрам за одним исключением: ситуация стационарного лечения получила относительно низкие оценки по параметру «физиологические реакции». А оценки состояния в ситуации «хорошей» медпомощи полностью совпали с оценками фонового состояния. Характеризуя результаты первого этапа в целом, можно выделить две группы состояний, соответствующих различным по валентности (знаку) эмоциональной окраски группам ситуаций, – положительные и отрицательные. Оценки состояний в разных ситуациях почти не различаются между собой, если ситуации относятся к одной группе.

Определенный интерес представляет также оценка связи общего энергетического уровня фонового психического состояния родителей с полом ребенка. В популярном психологическом издании для родителей [8] отмечается, что родители считают важным обсуждение уровня активности мальчиков и девочек. Это неслучайно. Имеются отечественные научные данные об относительно более высокой эргичности мужчин [16]. Однако эргичность как свойство темперамента не должна быть прямо связана с характеристиками психического состояния; в повседневных ситуациях и в ситуациях «здоровье–болезнь» не выявлено явных различий в актуализации психических состояний у лиц с разными свойствами темперамента [14]. Энергетический уровень фонового психического состояния родителей мальчиков и девочек статистически оценивался двумя способами для повышения надежности результатов [12].

Первый способ – разделение оценок состояний в выборке на энергетически высоко- и низкоуровневые при помощи кластерного анализа (метода k-средних). Затем результаты кластеризации сопоставлялись с полом ребенка при помощи точного критерия Фишера, показавшего отсутствие статистически значимой связи между данными параметрами (OR=0,88, p=0,81).

Второй способ – оценка энергетического уровня по значению функции принадлежности испытуемого к группе с высоко- либо низкоуровневым фоновым состоянием. Функция принадлежности, в отличие от кластеризации, имеет непрерывное распределение, что потенциально может оказаться существенным. Мы использовали функцию нечеткой кластеризации («fanny» в программе R), затем сравнили значения функции принадлежности к группе с низкоуровневым психическим состоянием по критерию Вилкоксона в модификации Манна–Уитни, показавшему отсутствие статистически значимых различий ($W=584$, $p=0,85$).

Отсутствие связи между энергетическим уровнем фонового состояния родителей и полом ребенка косвенно подтверждает экологическую валидность полученных на первом этапе оценок психических состояний.

Полученные оценки психических состояний обрабатывались двумя способами: логистическим регрессионным анализом и по схеме Е.Ю. Артемьевой [1]. Пример логистического регрессионного анализа одной из шкал методики приведен на рис. 2.

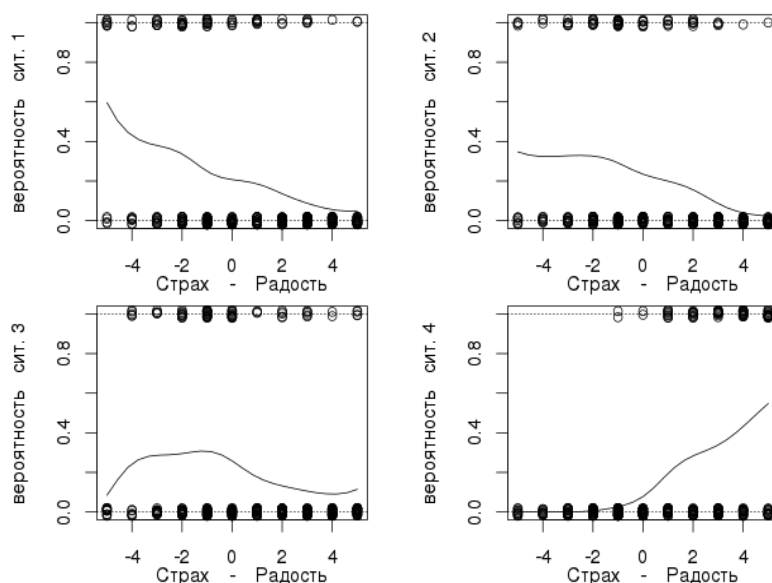


Рис. 2. Логистическая регрессия шкалы «Страх–радость» («Рельеф психического состояния») при разных ситуациях

Как мы видим, изменение оценок состояния по восьмой шкале методики «Рельеф психического состояния» сопровождается изменением вероятности отнесения ситуации к каждому из вариантов: 1 – ситуация стационарного лечения ребенка; 2 – ситуация «плохой» медицинской помощи; 3 – ситуация неприятностей на работе; 4 – ситуация «хорошей» медицинской помощи. Функция изменения вероятности оценивалась и количественно, но эти данные не приводятся в статье ввиду значительного объема. При снижении вероятности переживания страха и повышении вероятности переживания радости снижается вероятность того, что оцениваемая ситуация – стационарное лечение ребенка (1) или «плохая» медпомощь (2). Для ситуации 3 (неприятности на работе) нехарактерны сильный

страх и выраженная радость. Для ситуации 4 («хорошая» медпомощь) характерно только повышение вероятности радости.

Для каждой шкалы и каждой ситуации с помощью статистического пакета R были подобраны такие отрезки, на которых параметры логистической регрессионной функции статистически значимо отличаются от нуля, то есть имеет место регрессионная зависимость. Для многих шкал подбор регрессии оказался невозможен. Такие шкалы не включались в описание состояния.

В результате логистического регрессионного анализа были построены нижеприведенные описания состояний, переживаемых в каждой из ситуаций.

1. Обострение чувствительности к внешним воздействиям; чувство страха, паники, отчаяния, безысходности; тоскливость; грустность; печаль; напряженность; тяжесть (трудность); скованность; напряженность.

2. Чувство страха, паники, отчаяния, безысходности; тоскливость; грустность; печаль; напряженность; средне выражена тяжесть (трудность).

3. Чувство страха, паники, отчаяния, безысходности; тоскливость; грустность; печаль; напряженность; слабо выражена тяжесть (трудность).

4. Хорошая осознанность восприятия, ясность; улучшение памяти, легкость запоминания, легко вспоминает то, что необходимо вспомнить в данный момент; повышение сообразительности, высокая находчивость, логичность; оптимистичность; активность; бодрость; последовательность (целеустремленность); продуманность.

Из описаний понятно, что основная сложность заключается в невозможности точно отразить континуальность изменения оценок состояния, соответствующую недизъюнктивности психического в терминологии А.В. Брушлинского [2]. На рис. 2 мы видим, что для ситуации неприятностей на работе характерно не вообще переживание страха, а переживание страха в диапазоне оценок по шкале «Страх–радость» от -4 до 0. Но такого рода описание состояния в языковой форме оказалось непонятно испытуемым, а с графическим представлением (точка на шкале) было сложно работать. Попытка ввести лексические кванторы оказалась неудачной из-за неопределенности значений слов обывденного языка. Испытуемые не смогли интерпретировать дополненное описание, в котором, например, вместо «чувство страха» было написано «умеренное чувство страха».

Второй вариант построения описаний ситуаций актуализации состояния был основан на схеме Е.Ю. Артемьевой [1], предложившей включать в групповой семантический код те шкалы, по которым согласованные ответы дали не менее заданной доли испытуемых. Такие шкалы выделяются при помощи квантилей эмпирического распределения. Мы использовали 80-й квантиль для ситуаций 1-3 и 90-й квантиль для ситуации 4.

По схеме Е.Ю. Артемьевой были построены следующие описания психических состояний в каждой из ситуаций.

1. Обострение чувствительности; ясность, четкость восприятия; ясность представлений, легкость возникновения образов; легкость запоминания, легко вспоминает то, что необходимо вспомнить в данный момент; повышение сообразительности, высокая находчивость, логичность; легкость образования новых ассоциаций, фантазирование, придумывание, раскованность; повышение речевой активности, увеличение громкости голоса, ускорение речи; умеренное повышение мышечного тонуса, чувство умеренного мышечного напряжения; улучшение координации движений, увеличение скорости, точности, координированности движений; управляемость (контроль).

2. Адекватность; напряженность; обострение чувствительности к внешним воздействиям; четкость, ясность представлений, легкость возникновения образов; улучшение памяти, легкость запоминания, легко вспоминает то, что необходимо вспомнить в данный момент; умеренное повышение мышечного тонуса, чувство умеренного мышечного напряжения; улучшение координации движений, увеличение скорости, энергичности движений, стремление двигаться, ходить, изменять положение тела; ощущение усиления сердечной деятельности; управляемость (контроль); устойчивость (стабильность, равновесие).

3. Адекватность; напряженность; четкость, ясность представлений, легкость возникновения образов; повышение речевой активности, увеличение громкости голоса, ускорение речи без снижения качества грамотности, логичности; ощущение тепла, повышение температуры тела; покраснение кожи рук, лица, шеи или незначительные изменения окраски кожи; продуманность; управляемость (контроль).

4. Повышение сообразительности, высокая находчивость, логичность; активность; адекватность; открытость.

На втором этапе исследования испытуемым были предъявлены пять обозначений ситуаций. Для снижения вероятности угадывания мы добавили в перечень вариантов ответа пятую ситуацию, в которой человек переживает свое фоновое психическое состояние – «как обычно». Таким образом, для каждого описания состояния испытуемые должны были выбрать одну из пяти ситуаций его актуализации. Второй этап исследования проводился на той же выборке, что первый.

Полученные результаты приведены в табл. 1. Оценка статистической значимости отличий частоты верного узнавания психического состояния от случайной проводилась по точному критерию Фишера. Достижимый уровень значимости (p) указан в скобках. Отношения шансов не приводятся, поскольку указаны относительные частоты в процентах.

По результатам первого этапа можно выделить две группы ситуаций – положительной и отрицательной эмоциональной валентности. Соответственно,

узнавание оценивалось в двух вариантах: «с точностью до ситуации» (частота верного узнавания каждой отдельной ситуации) и «с точностью до группы» (каждая отдельная ситуация считалась верно узнаваемой, если относилась к соответствующей группе – положительных или отрицательных). Первый вариант – описания, полученные с помощью логистического регрессионного анализа, второй вариант – описания, полученные по схеме Е.Ю. Артемьевой.

Таблица 1

Результаты узнавания психического состояния по описанию

Ситуация актуализации состояния	Частота верного узнавания первого варианта «с точностью до ситуации»	Частота верного узнавания второго варианта «с точностью до ситуации»	Частота верного узнавания первого варианта «с точностью до группы»	Частота верного узнавания второго варианта «с точностью до группы»
1. Стационарное лечение	31% (0,04)	53% (0,87)	41% (0,40)	81% (0,001)
2. «Плохая» медпомощь	24% (0,003)	44% (0,61)	57% (0,50)	96% (0,001)
3. Неприятности на работе	49% (1)	41% (0,40)	93% (0,001)	99% (0,001)
4. «Хорошая» медпомощь	46% (0,74)	61% (0,23)	91% (0,001)	99% (0,001)

Как видно из данных, представленных в табл. 1, первый вариант описаний менее узнаваем «с точностью до ситуации», чем второй. Ситуации стационарного лечения и «плохой» медпомощи по первому варианту описания узнаются реже, чем при случайном угадывании. В целом частота узнавания обоих вариантов описания не превышает частоты случайного угадывания.

Различия между относительными частотами верного узнавания первого и второго вариантов статистически незначимы.

Статистически значимы различия относительных частот верного узнавания первого и второго вариантов описаний «с точностью до группы» (при $p=0,057$). Таким образом, первый вариант описаний в целом заметно дезориентирует испытуемых.

Этот момент важен ввиду растущей популярности методов машинного обучения, используемых, в частности, для анализа содержания социальных медиа (блоги, интернет-дневники, социальные сети и др.) [30]. Судя по нашим результатам, обработка естественного языка с помощью машинного обучения

требует известной осторожности, а ее результаты нуждаются в дополнительной проверке экологической валидности.

Результаты узнавания второго варианта описаний, приведенные в табл. 1, достаточно точно соответствуют результатам первого этапа, на котором было установлено, что оценки состояний в разных ситуациях почти не различаются между собой, если ситуации относятся к одной группе – положительных или отрицательных по эмоциональной валентности. Как при оценке состояний по методике, так и при узнавании описаний, испытуемые уверенно различают состояния, актуализирующиеся в разных группах ситуаций, и слабо дифференцируют состояния, актуализирующиеся в одной группе ситуаций.

В терминологии Е.Ю. Артемьевой, поставившей проблему парадигмальных (содержательных) моделей и предложившей прием «обратного эксперимента» [1], этот результат позволяет отнести разработанную А.О. Прохоровым методику «Рельеф психического состояния» к парадигмальным (содержательным) измерительным моделям. Иными словами, проверка методом «обратного эксперимента» Е.Ю. Артемьевой показывает, что характеристики психического состояния, фиксируемые с помощью методики, отражают некоторую психологическую реальность, а не только лишь статистически (вероятностно) связаны с актуализирующимся у испытуемых психическим состоянием. Следовательно, содержательная интерпретация профилей психических состояний может использоваться как в научно-психологических исследованиях, так и в работе с родителями детей-пациентов.

Для иллюстрации приведем пример из практики. К одному из авторов статьи обратились родители ребенка, страдающего редким заболеванием. На момент обращения ребенок находился на стационарном лечении в связи с наличием непосредственной угрозы для жизни. Работа с родителями заключалась в оказании психологической поддержки, в стимуляции рефлексии психического состояния и поиска путей конструктивного разрешения практических задач, связанных с лечением ребенка. В процессе работы выяснилось, что родители ошибочно считали причиной собственного психического состояния не болезнь ребенка, а конкретные действия медиков.

После ситуационной терапии ребенок был переведен в федеральное лечебное учреждение, оказавшее высокотехнологичную медицинскую помощь. По оценкам сотрудников этого учреждения, до момента перевода ошибок при оказании медицинской помощи допущено не было. Через несколько лет после описанной ситуации угроза жизни ребенка отсутствовала.

В данном примере работа с психологом позволила родителям отразить собственное психическое состояние, что способствовало саморегуляции. Оценка актуальной ситуации, связанная с неточным пониманием родителями своего психического состояния, являлась психологической предпосылкой конфликта, который мог существенно затруднить оказание объективно необходимой ребенку медицинской помощи.

Результаты проведенного исследования позволяют дополнить каузальную атрибуцию родительских оценок медицинской помощи и регуляции поведения родителей в ситуации лечения ребенка. Наряду с объективными параметрами ситуации, целесообразно учитывать влияние психического состояния и возможность искаженного восприятия родителями объективных параметров ситуации под влиянием психического состояния.

При адекватном понимании своего состояния родители могут самостоятельно оптимизировать поведение в ситуации лечения ребенка, что соответствует принципу добровольного информированного согласия. В дальнейших исследованиях предполагается конкретизация психологических условий реализации принципа добровольного информированного согласия с учетом полученных данных.

Выводы

1. Узнавание родителями детей-пациентов ситуаций актуализации своего психического состояния возможно. Однако точность такого узнавания ограничена эмоциональной валентностью ситуации актуализации состояния. Ситуации разной валентности узнаются по описанию состояния точно, а дифференциация ситуаций одной валентности затруднена.

2. Следовательно, существуют основания для «смещения» ситуаций актуализации, различающихся по данным диагностики психических состояний. В повседневной жизни это потенциально может приводить к неправильной оценке родителями своего состояния и затруднять регуляцию поведения.

3. Характеристики, фиксируемые с помощью методики А.О. Прохорова «Рельеф психического состояния», содержательно отражают психологические переживания, а не только лишь вероятностно связаны с актуализирующимся психическим состоянием.

4. Для узнавания ситуации актуализации состояния имеет значение способ построения описания переживаемого состояния: процедуры субъективной семантики на исследованном материале оказались более релевантны закономерностям психологического структурирования реальности, чем формально-математические модели.

Финансирование

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ №15-06-10641.

Литература

1. *Артемяева Е.Ю.* Основы психологии субъективной семантики. М.: Наука, Смысл, 1999. 350 с.

2. *Брушлинский А.В.* Проблемы психологии субъекта. М.: изд-во Института психологии РАН, 1994. 109 с.
3. *Дёрнер К.* Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М.: Алетея, 2006. 544 с.
4. *Зильбер А.П.* Этюды медицинского права и этики. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 848 с.
5. *Кабаков Р.И.* R в действии. Анализ и визуализация данных в программе R. М.: ДМК Пресс, 2014. 588 с.
6. *Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Пименов И.Д., Хомяков К.В.* Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. Есть ли связь? [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. Т. 47. № 1. doi: 10.21045/2071-5021-2016-47-1-5 (дата обращения: 20.05.2017).
7. *Козлова А.В., Алленова И.А.* Конфликт родителей и персонала детской больницы: психологические причины и пути преодоления // Детская больница. 2012. № 2. С. 13–17.
8. *Латта Н.* Прежде чем ваш ребенок сведет вас с ума. М.: Рипол Классик. 2009. 352 с.
9. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс, 2001. 480 с.
10. *Махнач А.В.* К проблеме соотношения динамических психических состояний и стабильных свойств личности // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 3. С. 35–44.
11. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: изд-во МГУ, 1987. 168 с.
12. *Орлов А.И.* Нечисловая статистика. М.: МЗ-Пресс. 2009. 436 с.
13. *Прохоров А.О.* Психология неравновесных состояний. М.: изд-во Института психологии РАН, 1998. 152 с.
14. *Прохоров А.О.* Смысловая регуляция психических состояний. М.: Институт психологии РАН, 2009. 352 с.
15. *Прохоров А.О., Артищева Л.В.* Образ психического состояния: динамические и структурные характеристики // Экспериментальная психология. 2012. Т. 5. № 2. С. 63–73.
16. *Русалов В.М.* Темперамент в структуре индивидуальности человека: дифференциально-психофизиологические и психологические исследования. М.: изд-во Института психологии РАН. 2012. 528 с.

17. Солондаев В.К., Конева Е.В., Четвертаков Ю.В. Возможности идентификации психического состояния родителей ребенка-пациента [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. Т. 32. №3. С. 5. URL: http://www.medpsy.ru/mpj /archiv_global/2015_3_32/nomer04.php (дата обращения: 20.05.2017).

18. Суворов Г.Б. Особенности психического состояния спортсменов высокой квалификации на разных этапах подготовки: (на примере деятельности легкоатлетов группы выносливости): автореферат дисс. ... канд. психол. наук. Л, 1989. 15 с.

19. Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Минск: Вышэйшая школа, 1999. 496 с.

20. Фелинская Н.И. Место исключительных состояний в классификации психических состояний // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы / Под ред. Г.В. Морозова. М.: ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 1974. С. 23–29.

21. Brom L., Hopmans W., Pasma H.R., Timmermans D.R., Widdershoven G.A., Onwuteaka-Philipsen B.D. Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature // BioMed Central. Medical Informatics and Decision Making. 2014. № 14. P. 25. doi 10.1186/1472-6947-14-25 (дата обращения: 20.05.2017).

22. Deaton A.V. Adaptive Noncompliance in Pediatric Asthma: The Parent as Expert // Journal of Pediatric Psychology. 1985. V. 10. № 1. P. 1–14.

23. Elwyn G., Dehlendorf C., Epstein R.M., Marrin K., White J., Frosch D.L. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems // Annals of Family Medicine. 2014. V. 12. № 3. P. 270–275. doi:10.1370/afm.1615 (дата обращения: 20.05.2017).

24. Higgins S.S. Parental role in decision making about pediatric cardiac transplantation: familial and ethical considerations // Journal of Pediatric Nursing. 2001. V. 16. № 5. P. 332–337.

25. Hofstede S.N., van Bodegom-Vos L., Wentink M.M., Vleggeert-Lankamp C.L., Vlieland T.P., Marang-van de Mheen P.J. Most Important Factors for the Implementation of Shared Decision Making in Sciatica Care: Ranking among Professionals and Patients // PLOS ONE. 2014. V. 9. № 4, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094176> (дата обращения: 20.05.2017).

26. Johnson K.B., Lehmann C.U. Electronic Prescribing in Pediatrics: Toward Safer and More Effective Medication Management // Pediatrics, 2013, V. 131, № 4. doi: 10.1542/peds.2013-0193 (дата обращения: 20.05.2017).

Солондаев В.К., Конева Е.В., Лясникова Л.Н.
Узнавание своего психического состояния
родителями детей-пациентов
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 2. С. 64–82.

Solondaev V.K., Koneva E.V., Lyasnikova L.N.,
Recognition of One's Own Mental State by Parents
of Children-Patients
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 2, pp. 64–82.

27. *La Montagne L.L., Pawlak R.* Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit // *Heart & lung: the Journal of Critical Care*. 1990. V. 19. № 4. P. 416–421.

28. *R Core Team.* R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2015. [Electronic resource]. URL: <http://www.R-project.org/> (дата обращения: 20.10.2016).

29. *Shemesh E. et al.* Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings // *Pediatrics*. 2005. V. 115. № 5. P. 582–589. doi: 0.1542/peds.2004-2201 (дата обращения: 20.05.2017).

30. *Tangherlini T.R. et al.* "Mommy Blogs" and the Vaccination Exemption Narrative: Results From A Machine-Learning Approach for Story Aggregation on Parenting Social Media Sites // *JMIR Public Health and Surveillance*. 2016. V. 2. №. 2. P. 166. doi: 10.2196/publichealth.6586 (дата обращения: 20.05.2017)

31. *Wiley J., Westbrook M., Greenfield J.R., Day R.O., Braithwaite J.* Shared decision-making: the perspectives of young adults with type 1 diabetes mellitus // *Patient Preference and Adherence*. 2014. V. 8. P. 423–435. doi: 10.2147/PPA.S57707 (дата обращения: 20.05.2017).

Recognition of One's Own Mental State by Parents of Children-Patients

Solondaev V.K.,

PhD. (Psychology), associate professor, Department of general Psychology, Faculty of psychology, Yaroslavl State University named after P.G. Demidov, Yaroslavl, Russia, solond@yandex.ru

Koneva E.V.,

Doctor in Psychology, associate professor, head of the Department of general psychology, Faculty of psychology, Yaroslavl State University named after P.G. Demidov, Yaroslavl, Russia, ev-kon@yandex.ru

Lyasnikova L.N.,

Master of Psychology, Kindergarten № 232, Yaroslavl, Russia, ljbascha.lyasnikova@yandex.ru

In present article studied recognition of the situation of actualization of the mental state by child-patients parent's. The research was carried out in two stages. Sample: 70 mothers having children under the age of 7 years. Average age of mothers – 27 years. At the first stage by means of the technique "A relief of a mental state" (Prokhorov, 1998) were received estimates of mental states in the following situations: hospitalization of the child, "bad" medical care, troubles at work, "good" medical care, a usual (background) mental state. Based on the results of the first stage were two sets of descriptions were constructed. At the second stage, these sets were presented for recognition to the same sample. The first set of descriptions was constructed by the technique of the machine learning, the second set was constructed by the scheme of E.Yu. Artemyeva (1999). The results show the possibility of recognizing the situations of actualization of the mental state by the parents of child patients, which is limited by the emotional valence of the situation. Differentiation of situations of one valence is obstructed. The condition, actualized in one situation, can be extrapolated to other situations of similar emotional valence. The way to construct a description of the experienced mental state has a matter for recognition of the situation of actualization of a mental state.

Keywords: subject, parents, child-patient, mental state, situation, pediatrics.

Funding

This work was supported by grant RFH №15-06-10641.

References

1. Artem'eva E.Yu. Osnovy psikhologii sub"ektivnoi semantiki. [Fundamentals of psychology of subjective semantics]. Moscow: Nauka, Smysl, 1999. 350 p. (In Russ.).
2. Brushlinskii A.V. Problemy psikhologii sub"ekta. [Problems of psychology of the subject]. Moscow: publ. of Institut psikhologii RAN, 1994. 109 p. (In Russ.).
3. Derner K. Khoroshii vrach. Uchebnik osnovnoi pozitsii vracha. [Good doctor. Textbook of the main position of the doctor]. Moscow: Aleteia, 2006. 544 p. (In Russ.).
4. Zil'ber A.P. Etyudy meditsinskogo prava i etiki. [Etudes of the medical right and ethics]. Moscow: MEDpress-inform, 2008. 848 p. (In Russ.).
5. Kabakov R.I. R v deistvii. Analiz i vizualizatsiya dannykh v programme R. [R in Action. Data analysis and graphics with R]. Moscow: DMK Press, 2014. 588 p. (In Russ.).
6. Kobyakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S., Pimenov I.D., Khomyakov K.V. Emotsional'noe vygoranie u vrachei i meditsinskie oshibki. Est' li svyaz'? [Doctor's emotional burning and medical mistakes. Whether there is a connection?]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of health of the population]*, 2016, vol. 47, no. 1. doi: 10.21045/2071-5021-2016-47-1-5 (Accessed 20.05.2017) (In Russ. Abstr. in Engl.).
7. Kozlova A.V., Allenova I.A. Konflikt roditelei i personala detskoj bol'nitsy: psikhologicheskie prichiny i puti preodoleniya. [Conflict of parents and personnel of children's hospital: psychological reasons and ways of overcoming]. *Detskaya bol'nitsa [Children's Hospital]*, 2012, no. 2, pp. 13–17. (In Russ. Abstr. in Engl.).
8. Latta N. Prezhde chem vash rebenok svedet vas s uma. [Before your child dement you]. Moscow: Ripol Klassik. 2009. 352 p. (In Russ.).
9. Mak-Vil'yams N. Psikhoanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse. [Psychoanalytic diagnosis. Understanding personaly structure in the clinical process]. Moscow: Klass, 2001. 480 p. (In Russ.).
10. Makhnach A. V. K probleme sootneseniya dinamicheskikh psikhicheskikh sostoyanii i stabil'nykh svoistv lichnosti. [To a problem of correlation of dynamic mental states and stable properties of the personality]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 1995, vol. 16, no. 3, pp. 35–44. (In Russ. Abstr. in Engl.).
11. Nikolaeva V.V. Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku. [Influence of a chronic disease on mentality]. Moscow: publ. of MGU, 1987. 168 p.
12. Orlov A. I. Nechislovaya statistika. [Non-numerical statistics]. Moscow: MZ-Press. 2009. 436 p. (In Russ.).
13. Prokhorov A.O. Psikhologiya neravnovesnykh sostoyanii. [Psychology of the nonbalanced mental states]. Moscow: publ. of Institut psikhologii RAN, 1998. 152 p. (In Russ.).

14. Prokhorov A.O. Smyslovaya regulyatsiya psikhicheskikh sostoyanii. [Semantic regulation of mental states]. Moscow: publ. of Institut psikhologii RAN, 2009. 352 p. (In Russ.).

15. Prokhorov A.O., Artishcheva L.V. Obraz psikhicheskogo sostoyaniya: dinamicheskie i strukturnye kharakteristiki. [The image of the mental state: dynamic and structural characteristics]. *Ekspertimetal'naya psikhologiya [Experimental Psychology]*, 2012, vol. 5, no. 2, pp. 63–73. (In Russ. Abstr. in Engl.).

16. Rusalov V.M. Temperament v strukture individual'nosti cheloveka: differentsial'no-psikhofiziologicheskie i psikhologicheskie issledovaniya. [Temperament in structure of the human's identity: differential-psycho-physiological and psychological researches]. Moscow: publ. of Institut psikhologii RAN. 2012. 528 p. (In Russ.).

17. Solondaev V.K., Koneva E.V., Chetvertakov Yu.V. Vozmozhnosti identifikatsii psikhicheskogo sostoyaniya roditelei rebenka-patsienta. [Potentials of identification of mental state of parents of a child-patient]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii [Medical psychology in Russia]*, 2015, vol. 32, no. 3, pp. 5. URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2015_3_32/nomer04.php (Accessed 20.05.2017) (In Russ. Abstr. in Engl.).

18. Suvorov G.B. Osobennosti psikhicheskogo sostoyaniya sportsmenov vysokoi kvalifikatsii na raznykh etapakh podgotovki. Na prim. deyatel'nosti legkoatletov gruppy vynoslivosti: avtoreferat diss. ... kand. psikhol. nauk [Features of a mental condition of athletes of high qualification at different stages of preparation. On the example of athletes of group of endurance. PhD (Psychology) thesis]. Leningrad, 1989. 15 p. (In Russ.).

19. Telle R. Psikhiiatriya s elementami psikhotreapii. [Psychiatry with psychotherapy elements]. Minsk: Vysheishaya shkola, 1999. 496 p. (In Russ.).

20. Felinskaya N.I. Mesto isklyuchitel'nykh sostoyanii v klassifikatsii psikhicheskikh sostoyanii. [The place of exclusive states in classification of mental states]. In G.V. Morozov *Voprosy sudebno-psikhiiatricheskoi ekspertizy [The problems of forensic psychiatric examination]*. Moscow: publ. of VNII obshchei i sudebnoi psikhiiatrii im. V.P. Serbskogo, 1974, pp. 23–29. (In Russ.).

21. Brom L., Hopmans W., Pasma H.R.W., Timmermans D.R.M., Widdershoven G.A.M., Onwuteaka-Philipsen B.D. Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature. *BioMed Central. Medical Informatics and Decision Making*, 2014, no. 14, p. 25. doi 10.1186/1472-6947-14-25 (Accessed 20.05.2017).

22. Deaton A.V. Adaptive Noncompliance in Pediatric Asthma: The Parent as Expert. *Journal of Pediatric Psychology*, 1985, vol. 10, no. 1, pp. 1–14.

23. Elwyn G., Dehlendorf C., Epstein R.M., Marrin K., White J., Frosch D.L. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the

spectrum of health care problems. *Annals of Family Medicine*, 2014, vol. 12, no. 3, pp. 270–275. doi:10.1370/afm.1615 (Accessed: 20.05.2017).

24. Higgins S.S. Parental role in decision making about pediatric cardiac transplantation: familial and ethical considerations. *Journal of Pediatric Nursing*, 2001, vol. 16, no. 5, pp. 332–337.

25. Hofstede S.N., van Bodegom-Vos L., Wentink M.M., Vleggeert-Lankamp C.L., Vlieland T.P., Marang-van de Mheen P.J. Most Important Factors for the Implementation of Shared Decision Making in Sciatica Care: Ranking among Professionals and Patients. *PLOS ONE*, 2014, vol. 9, no. 4. doi: 10.1371/journal.pone.0094176 (Accessed 20.05.2017).

26. Johnson K.B., Lehmann C.U. Electronic Prescribing in Pediatrics: Toward Safer and More Effective Medication Management. *Pediatrics*, 2013, vol. 131, no. 4. doi: 10.1542/peds.2013-0193 (Accessed 20.05.2017).

27. LaMontagne L.L., Pawlak R. Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit. *Heart & Lung: the Journal of Critical Care*, 1990, vol. 19, no. 4, pp. 416–421.

28. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Electronic resource]. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2015. doi: 0.1542/peds.2004-2201 (Accessed 20.05.2017).

29. Shemesh E. et al. Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings. *Pediatrics*, 2005, vol. 115, no. 5, pp. 582–589.

30. Tangherlini T.R. et al. "Mommy Blogs" and the Vaccination Exemption Narrative: Results From A Machine-Learning Approach for Story Aggregation on Parenting Social Media Sites. *JMIR Public Health and Surveillance*, 2016, vol. 2, no. 2, p. 166. doi: 10.2196/publichealth.6586 (Accessed 20.05.2017).

31. Wiley J., Westbrook M., Greenfield J.R., Day R.O., Braithwaite J. Shared decision-making: the perspectives of young adults with type 1 diabetes mellitus. *Patient Preference and Adherence*, 2014, vol. 8, pp. 423–435. doi: 10.2147/PPA.S57707 (Accessed 20.05.2017).