

О. Н. Боголюбова, Е. В. Киселева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРЕЖИВАНИЯ СТЫДА: РОЛЬ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА¹

Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

Существует класс эмоций, имеющих особенно тесные отношения с чувством собственного «я» индивида. В научной литературе этот класс эмоций получил название «эмоции самосознания». Сегодня из всех эмоций самосознания стыд чаще всего привлекает внимание исследователей. Стыд зарождается в контексте ранних отношений и опирается на сложную способность человека осознавать то, как он «существует» для других людей. Стыд выполняет адаптивную функцию, способствуя развитию нормативного поведения и поддержанию системы социальных взаимодействий, и в то же время является болезненно переживаемой эмоцией и может способствовать развитию психологических проблем. Современные исследования в области клинической психологии говорят о том, что стыд часто является частью клинической картины психологических расстройств, а люди, склонные испытывать стыд, более уязвимы к развитию психопатологической симптоматики. В данной статье рассматривается связь между неблагоприятным детским опытом, субъективными характеристиками переживания стыда и стресс-реактивностью в ответ на стимул, связанный со стыдом, в экспериментальной ситуации. Библиогр. 20 назв. Ил. 1. Табл. 3.

Ключевые слова: стыд, эмоции самосознания, неблагоприятный детский опыт, психологическое насилие, ЧСС.

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND PSYCHOLOGICAL AND PSYCHO-PHYSIOLOGICAL ASPECTS OF EXPERIENCING SHAME

O. N. Bogolyubova, E. V. Kiseleva

St. Petersburg State University, 7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

Self-conscious emotions are closely related to the individual's sense of self. Probably the most researched self-conscious emotion is shame. Shame first arises in the context of early relationships and is based on a complex ability of human mind to model how we "exist" in the perception of other people. Shame plays an adaptive role in promoting moral behavior and supporting interpersonal connections. However, it is a painful emotion often associated with psychological problems. Modern clinical psychology research demonstrates that shame plays an important role in many psychological disorders and people prone to shame are more vulnerable to mental illness. The goal of this paper is to explore the relationship between adverse childhood experiences, characteristics of individual's shame experiences and heart rate reactivity in response to shame-related stimuli in an experimental situation. Refs 20. Fig 1. Tables 3.

Keywords: shame, self-conscious emotions, adverse childhood experiences, emotional abuse, heart rate reactivity.

Эмоции самосознания

На протяжении всей истории человечества, от самых его истоков, принадлежность к социальной группе имела решающее значение для развития и благополучия индивида. На ранних этапах развития цивилизации от принадлежности к группе зависело физическое выживание человека. Возможно, с развитием технологий связь принадлежности к группе с физическим выживанием уже не является столь тесной, по крайней мере, в развитых странах, но и на современном этапе развития западно-

¹ Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 14-06-00611.

го общества человек может много выигрывать от формирования альянсов, дружбы и близких отношений [1]. Более того, физическое и социально-эмоциональное развитие ребенка невозможно вне контекста взаимодействия с другими людьми и, прежде всего, с семейной группой. Таким образом, самосознание индивида неразрывно связано с осознанием своего «я» в контексте взаимоотношений с другими людьми. Как отмечают Дж. Трейси и Р.В. Робинс [2], то, что для социальной жизни человека особое значение имеют два фактора — эмоциональные реакции и переживание собственного «я» (*self*), является общепринятым пунктом в психологической литературе, но, в то же время, пересечений между исследованиями эмоций и исследованиями «я»-процессов, процессов самосознания не так много. Согласно Дж. Тенжни и Дж. Трейси [2], эмоции возникают тогда, когда происходит (или вот-вот произойдет) что-то имеющее отношение к нам. То есть, в каком-то смысле все эмоции человека имеют отношение к собственному «я» индивида. И, в то же время, существует особый класс эмоций, имеющих особенно тесные отношения с чувством собственного «я» индивида, с процессами самосознания. В научной литературе этот класс эмоций получил название «эмоции самосознания» (*self-conscious emotions*). Эмоции самосознания отличаются от базовых эмоций тем, что связь с процессами самосознания является для них необходимой и обязательной. Так, например, сложные процессы самооценки и самопереживания не необходимы для того, чтобы испытать страх. Конечно, у человека, с его сложной внутренней организацией, возможен страх, связанный не с прямой физической угрозой, но с угрозой только мыслимой или же с угрозой психологической. И, тем не менее, для эмоции страха как таковой тесная связь с процессами самосознания не нужна. Напротив, само существование таких эмоций как стыд, вина, смущение, гордость, зависть возможно лишь в связи с самосознанием. В онтогенезе эти эмоции формируются позднее базовых, так как требуют развития сложных когнитивных и метакогнитивных навыков: возникновение этих эмоций требует наличия способности формировать стабильные самопредставления, фокусировать внимание на этих представлениях, рефлексировать и формировать самооценку, а также строить картину собственного образа в глазах других людей.

Итак, стыд, вина, смущение, гордость, зависть составляют группу эмоций самосознания (*self-conscious emotions*), возникающих на основе саморефлексии и самооценки. По мнению исследователей эта самооценка может быть как имплицитной, так и эксплицитной, осознаваемой или происходящей за пределами сознания, но в любом случае эти эмоции предполагают реагирование человека на свое собственное поведение и личные характеристики [3]. Благодаря данному качеству эмоции самосознания играют центральную роль в регуляции мотивации и поведения человека, эти эмоции заставляют человека стремиться к достижениям и вести себя в группе таким образом, чтобы избежать отвержения. Как уже было сказано выше, в самом развитии человека как вида заложена необходимость поддерживать взаимоотношения с другими людьми, с группой. В филогенезе «человек формировался таким образом, чтобы иметь способность ориентироваться внутри социальной структуры с множественными, пересекающимися и часто нетранзитивными социальными иерархиями; в результате он должен уметь быстро адаптироваться к различным социальным ситуациям и распознавать сложные социальные сигналы о своем статусе относительно других членов группы» [2]. Таким образом, эмоции самосознания

играют центральную роль в регуляции большого спектра форм социального поведения: просоциального и возмещающего поведения, проявлений альтруизма, эмпатии и заботы, соблюдении социальных норм, иерархий и т. д. [4].

Стыд как эмоция самосознания

Сегодня из всех эмоций самосознания, пожалуй, именно стыд чаще всего привлекает внимание исследователей. В конце 1980-х годов психологи называли стыд аффектом неполноценности, позднее стали говорить о стыде как о внутреннем переживании «я» как нежеланного, непривлекательного, дефективного, ничтожного и бессильного [5]. П. Гилберт [6] пишет о том, что стыд — это такое внутреннее переживание своего «я», которое предполагает аффективно-защитную реакцию на социальное отвержение или угрозу такого отвержения. С точки зрения этого же автора, стыд может быть «внешним», связанным с негативной оценкой собственного «я» другими, или «внутренним», предполагающим оценку самого себя как плохого, ненужного, слабого, неадекватного и отвратительного. Стыд зарождается в контексте ранних отношений и опирается на сложную способность человека осознавать (или, быть может, конструировать) то, как он «существует» для других людей. С точки зрения М. Матош с соавторами [1], стыд — это такое переживание своего «я», где наш образ в глазах других людей оказывается негативным, ущербным, достойным осуждения. Стыд — это переживание своего «я», во всей целостности, как непривлекательного, отталкивающего и худшего в сравнении с другими людьми. Филогенетически это также целый комплекс внутренних (когнитивных, аффективных) и внешних (поведенческих) проявлений, направленный на демонстрацию своего подчиненного положения в иерархии с целью защиты от агрессии и отторжения. Стыд является остро болезненной эмоцией, часто сопровождающейся чувством сжатия, уменьшения и бессилия. В состоянии стыда человек часто чувствует себя выставленным напоказ, даже в отсутствие реальных наблюдателей его «позора». М. Льюис [цит. по: 3] пишет о том, что в эмоции стыда есть разделение «я» на того, кто наблюдает и осуждает, и того, кого наблюдают и осуждают. Таким образом, даже в отсутствие «реальных» свидетелей, переживая стыд, человек хочет скрыться и исчезнуть, провалиться сквозь пол. Чаще всего, описывая стыд, чтобы дать более ясное представление о нем, сравнивают его с другой схожей эмоцией — виной. В отличие от стыда, вина: а) касается не всей личности в целом, а конкретного поведения; б) более приватна в том смысле, что предполагает не внешнего карающего наблюдателя, а внутренние «уколы совести»; в) более проактивна, так как предполагает желание исправить ситуацию, а не скрыться и исчезнуть; г) положительно связана со способностью к эмпатическому переживанию, в то время как склонность к переживанию стыда препятствует эмпатичному восприятию другого и способствует развитию дезадаптивных, «я-центрированных» реакций на стресс [4].

Таким образом, можно заключить, что, несмотря на то, что стыд выполняет свою адаптивную функцию, способствуя развитию нормативного поведения и построению/поддержанию системы социальных взаимодействий, он является болезненно переживаемой эмоцией и на индивидуальном уровне может способствовать развитию психологических проблем.

Стыд и психопатология

Современные исследования в области клинической психологии говорят о том, что стыд играет значительную роль в формировании широкого спектра психологических симптомов. В первую очередь, речь идет об исследованиях роли стыда в развитии и течении депрессии [7–10]. Так, Дж. Тенжни и ее коллеги обнаружили тесную положительную связь между склонностью к переживанию стыда и стабильной, глобальной, внутренней атрибуцией для негативных событий и отрицательную связь между теми же характеристиками для позитивных событий. Те же авторы обнаружили положительные взаимосвязи между склонностью к переживанию стыда и вспышками гнева, враждебностью, раздражительностью, обидчивостью, подозрительностью и параноидными идеями. Несколько исследований продемонстрировали также связь между стыдом и расстройствами тревоги, прежде всего социальной фобией [5]. Также известны исследования, в которых демонстрируется связь (в том числе с помощью лонгитюдного дизайна) между склонностью к переживанию стыда и расстройствами пищевого поведения, личностными расстройствами, самоповреждающим поведением и т. д. [3]. В ряде работ эту связь между переживанием стыда и психопатологией обсуждают в контексте «центральности» стыда. Речь идет о том, что связь с психопатологией устанавливается тогда, когда опыт переживания стыда становится «центральным» для понимания себя индивидом. М. Матош обнаружила, что этот феномен связан с выраженными проявлениями депрессии, тревожности, стресса, параноидных симптомов, более того, является предиктором этих психопатологических состояний. Суммируя, можно сказать, что стыд часто является частью клинической картины психологических расстройств, а люди, склонные испытывать стыд, более уязвимы к развитию психопатологической симптоматики [11].

Стыд и посттравматическое стрессовое расстройство

Согласно М. Матош с соавторами [1], человек впервые испытывает чувство стыда в раннем детстве, эта эмоция становится первичной угрозой социальному «я» и воспоминания о переживании стыда могут «окрасить всё понимание собственного я». Далее М. Матош с соавторами утверждают, что воспоминания о стыде — это воспоминания об угрозе, способные функционировать как «мини-сцены», сопровождающиеся живостью и выраженным негативным аффектом, фактически, способные действовать как вторжения (*intrusions*) в терминологии симптоматики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Собственно, одно из наиболее значимых исследований тех же авторов демонстрирует, что воспоминаниям о раннем опыте переживания стыда свойственны характеристики посттравматического состояния (вторжение, избегание, возбуждение) [5]. Таким образом, можно предположить, что между когнитивными и аффективными механизмами формирования реакции стыда и соответствующими механизмами формирования посттравматических состояний существует некоторое родство, исследование которого может способствовать углублению наших представлений, как о психологии переживания травмирующего опыта, так и о более общих вопросах, связанных с изучением процессов самосознания.

С другой стороны, среди исследователей ПТСР все чаще говорят о необходимости исследования роли стыда в контексте этого психологического расстройства. Так, например, профессор Гарвардского университета Дж. Херман говорит о том, что ПТСР следует рассматривать не столько как расстройство тревоги (по классификации DSM-IV-TR), сколько как расстройство стыда (из пленарного выступления на 13 Европейской конференции по травматическому стрессу). Стыд как один из значимых аффективных компонентов теперь включен в диагностический критерий ПТСР в DSM-5. Особый интерес в этом контексте представляет работа А. Баддена [12], в которой представлена теоретико-эмпирическая модель травматического стыда. Основные положения этой модели состоят в том, что стыд: а) в перитравматическом периоде способствует повреждению социального «я» индивида и б) обуславливает многие посттравматические симптомы, в особенности, связанные с межличностной сферой. А. Бадден также рассматривает соотношения между переживанием стыда и характеристиками симптомов ПТСР. В DSM-IV-TR второй пункт критерия А говорит о том, что в момент переживания травмирующей ситуации человек должен испытывать страх или ужас. В своей статье А. Бадден приводит результаты исследований, которые демонстрируют, что переживание гнева и стыда в перитравматическом периоде может встречаться не реже, чем переживание страха. Именно эти исследования привели к тому, что в новой редакции DSM-5 второй пункт теперь исключен из критерия А. Здесь же необходимо отметить, что именно переживание стыда в перитравматическом периоде является надежным предиктором симптомов ПТСР через один месяц и через полгода после переживания травмы [12].

А. Бадден объясняет роль стыда в развитии ПТСР следующим образом. Нападения, сексуальное насилие, боевые действия, природные катастрофы и несчастные случаи представляют серьезную физическую угрозу, но, более того, они угрожают целостности нашего социального «я». Социальное «я» определяется здесь как «символическое и субъективное ощущение стабильной, ядерной идентичности и интегрированности этой структуры в социальное окружение» [12, с. 1032]. Угрозы социальному «я» бывают двух типов: 1) столкновение с жестким доминированием (подавлением) и подчиненностью; 2) нарушение, перечеркивание норм, ценностей и ожиданий от мира. Таким образом, в перитравматическом опыте переживание своей слабости и низкого статуса под воздействием подавления/подчиненности становится чувством острой беспомощности, в котором собственная компетентность и ощущение способности к контролю утрачивается [12, с. 1035]. Исследователями также обнаружена связь между переживанием стыда и критериями В и С по DSM-IV-TR. Критерий В включает в себя симптомы вторжения и А. Бадден приводит результаты исследований, в которых выраженность актуального чувства стыда оказывается связана с выраженностью симптоматики вторжения (например, у ветеранов боевых действий). Также А. Бадден пишет о том, что стыд является центральным компонентом критерия С (избегание), и приводит примеры исследований, соотносящих чувство стыда и симптомы избегания в выборках пациентов с ПТСР.

Таким образом, переживание психологической травмы и переживание стыда тесно связаны. Можно говорить о трех сторонах этой связи и о сопряженных с ними направлениях исследования роли стыда в структуре травматического опыта. Во-первых, это роль эмоции стыда в развитии симптомов ПТСР. Во-вторых, это роль склонности к переживанию чувства стыда как фактора уязвимости к развитию

ПТСР при столкновении с травмирующим событием. И, в-третьих, это возможность развития посттравматических симптомов вследствие острого переживания стыда в какой-то ситуации (как правило, речь идет о раннем опыте).

Стыд и травма развития

Данные современных исследований говорят о том, что склонность к переживанию стыда как личностная характеристика имеет начало в раннем травмирующем опыте, связанном с негативными практиками воспитания, такими как устыжение, отвержение, пренебрежение и насилие [5, 8]. Травма развития — это результат недостатка внимания, заботы и безопасности в детском возрасте. Последствиями такой травмы, как правило, являются недоверие к миру, неспособность оценить свое душевное состояние в настоящий момент, негативные ожидания относительно межличностных отношений, негативная самооценка. Травма развития в анамнезе повышает риск развития психологических расстройств в дальнейшем. Как правило, о травме развития говорят, если в детском возрасте человек имел такой неблагоприятный опыт как оставление, физическое, сексуальное или эмоциональное насилие, а также угрозы физической целостности и здоровью. Б. ван дер Колк [13] утверждает, что подобные действия со стороны родителя ведут к формированию устойчивых паттернов дисрегуляции, проявляющейся на нескольких уровнях: физиологическом, эмоциональном, когнитивном и уровне самовосприятия. Особую роль в феномене травмы развития играет стыд. По мнению А. Шор [14], стыд «встроен» в систему привязанности и появляется в раннем детстве, назначение этого чувства — сигнализировать об отделении от заботящегося взрослого. В детско-родительской диаде циклы разрушения и восстановления привязанности создают основу для эмоциональной регуляции, и стыд играет важную роль в этом процессе. Но если заботящийся взрослый эмоционально не доступен, младенец может чувствовать, что его потребности недостойные (плохие) и стыдные. Так ранняя травма создает основу для формирования патологического стыда в дальнейшем. Некоторые исследователи также указывают на то, что даже вне контекста физического жестокого обращения и пренебрежения опыт переживания устыжения и обесценивания в детском возрасте оказывает особое негативное воздействие на развивающийся мозг и делает человека не только склонным реагировать стыдом на разнообразные социальные ситуации, но и уязвимым к развитию психических расстройств [14]. М. Матош с соавторами [5] также пишут о том, что воспоминания о раннем переживании стыда эмоционально окрашены и подобны воспоминаниям о травматических событиях. Через переживание и интериоризацию направленных на себя эмоций других людей они могут становиться основой для самоопределений, самоидентификации человека, для развития негативного образа себя. Таким образом, уязвимость к психологическим проблемам, связанным со стыдом, коренится в раннем эмоциональном опыте отвержения, критики и устыжения и/или опыте переживания различных форм насилия и пренебрежения.

Несмотря на то, что современная научная литература говорит о том, что опыт переживания стыда может иметь характер психологической травмы, и что ранний неблагоприятный опыт может лежать в основе психологических расстройств, связанных с переживанием стыда, в этой области проведено не так много эмпириче-

ских исследований. Так, например, исследования, в которых одновременно рассматриваются опыт переживания насилия в детском возрасте, стыд и симптомы ПТСР крайне немногочисленны и посвящены в основном изучению места стыда в структуре симптомов ПТСР у женщин, переживавших сексуальное насилие. В отличие от этих работ, исследование, представленное в данной статье, ставит своей целью изучение связи между неблагоприятным детским опытом и переживанием стыда как травматического опыта. Нами были выдвинуты следующие гипотезы: 1) индивиды, имеющие неблагоприятный детский опыт, более склонны переживать стыд как психологическую травму, то есть демонстрировать посттравматические симптомы вторжения, избегания и возбуждения, в связи с эпизодом переживания стыда; 2) психофизиологическая реактивность при воспроизведении информации об опыте переживания стыда будет выше у индивидов с более выраженными посттравматическими симптомами.

Метод

Характеристики выборки

Для участия в исследовании привлекались молодые взрослые в возрасте от 18 до 30 лет. Привлечение участников исследования осуществлялось через объявления в социальных сетях и личные контакты исполнителей проекта. В исследовании приняли участие 40 молодых взрослых в возрасте от 21 до 30 лет. Из них 4 участника отказались заполнять опросник ACE и, соответственно, анализ данных был выполнен для выборки из 36 человек. Средний возраст участников исследования = 25,2 (ст. откл. = 2,57). Из общего числа участников исследования 60% — женщины.

Процедура

Участие в исследовании включало три компонента: заполнение комплекта опросников, рассказ об эпизоде переживания стыда (с измерением ЧСС) и прослушивание собственного рассказа (с измерением ЧСС).

Инструменты

Опросник «Опыт переживания стыда» (Experience of Shame Scale)

Опросник Experience of Shame Scale был разработан Б.Эндрюс [8], состоит из 25 вопросов и представляет собой форму самоотчета. Он предназначен для оценки интенсивности переживания стыда в трех сферах: характерологической, поведенческой, а также стыда, связанного с образом тела. Характерологическая сфера включает в себя: переживание стыда, связанного с привычками, манерами при общении с другими людьми; самовосприятие; восприятие своих способностей. Поведенческая сфера представлена переживанием стыда в ситуациях, когда человек сделал что-то неправильно; сказал что-то глупое; был неспособен справиться с ситуациями соперничества. Стыд, связанный с образом тела, оценивается с помощью вопроса, чувствует ли человек стыд по отношению к своему телу или какой-либо его части. Для каждого из восьми видов стыда задаются три вопроса, направленные на оценку: (1) непосредственно опыта переживания данного вида стыда, (2) когнитивного компонента и (3) поведенческого компонента. При ответе на вопросы респондентов просят оценить, как они чувствовали себя в течение последнего года, и отметить ва-

риант ответа, используя шкалу от 1 до 4, где 1 — «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Общий балл находится в промежутке от 25 до 100.

Шкала оценки влияния травматического события — ШОВТС

Опросник ШОВТС впервые был опубликован М. Дж. Горовиц в 1979 г., в дальнейшем был усовершенствован и дополнен шкалой симптомов возбуждения. Сегодня опросник считается предназначенным для оценки выраженности симптомов избегания, вторжения и возбуждения, связанных с переживанием травмирующего события (три субшкалы опросника). Опросник состоит из 22 вопросов и опирается на самоотчет респондента. Каждый вопрос оценивается по 5-балльной Ликерт-шкале от 0 до 4. Общий балл по шкале может находиться в диапазоне от 0 до 88. В инструкции участника исследования просят вспомнить конкретное травмирующее событие из прошлого и указать, как часто в течение последних семи дней он/она испытывал(а) каждый из симптомов, в связи с этим событием. Опросник переведен на русский язык и апробирован Н. В. Тарабриной [15]. В данном исследовании мы использовали модифицированную инструкцию, предложенную М. Матош [1] для исследования травматического воздействия стыда.

Опросник «Негативный детский опыт», короткая версия (Adverse Childhood Experiences — ACE)

Опросник Adverse Childhood Experiences Questionnaire первоначально был разработан В. Дж. Фелитти [16], в настоящем исследовании использовалась его модификация [17], состоящая из 17 вопросов и представленная в форме самоотчета. Опросник включает в себя две группы вопросов: а) вопросы, направленные на оценку опыта переживания насилия и пренебрежения; б) вопросы, направленные на оценку опыта переживания другого семейного неблагополучия. Тематически вопросы подразделяются на 10 категорий: психологическое, физическое, сексуальное насилие, эмоциональное пренебрежение, физическое пренебрежение, развод родителей, наблюдение физического насилия по отношению к матери, алкоголизм и/или наркозависимость в семье, психические заболевания и/или попытки самоубийства у членов семьи, тюремное заключение членов семьи. Если респондент положительно ответил хотя бы на один вопрос из категории, делается вывод о наличии у него данного вида негативного опыта. При анализе данных, полученных с помощью этого опросника, можно рассматривать как общий балл ACE, так и наличие/отсутствие негативного детского опыта по каждой из 10 категорий. Исследования показывают, что с увеличением общего балла ACE увеличивается вероятность развития физических заболеваний, социальных и эмоциональных проблем [16].

Изменение ЧСС как психофизиологический индикатор стресса

В качестве психофизиологического индикатора стресса в данном исследовании использовался показатель изменения частоты сердечных сокращений (ЧСС) — heart rate reactivity. Надежность использования этого показателя для оценки психофизиологической стресс-реактивности в рамках лабораторного эксперимента была показана в многочисленных работах [18].

Измерение ЧСС проводилось с помощью кардиомонитора «Тритон МПР 502». В начале процедуры у испытуемых был измерен пульс в спокойном состоянии. За-

тем участников просили рассказать о любой ситуации, в которой они испытывали стыд. Экспериментатор не ставил ограничения на время, когда ситуация произошла, поэтому испытуемые могли рассказывать, как недавнюю ситуацию, так и ситуацию из детства. Рассказ необходимо было вести от первого лица в настоящем времени, так, как будто это происходит в данный момент. Рассказ записывался на диктофон и на следующем этапе исследования участники прослушивали свои рассказы в наушниках. В рамках данного эксперимента ЧСС измерялась четыре раза: до начала эксперимента, во время рассказа об эпизоде переживания стыда, после рассказа и, последний раз, во время прослушивания собственного рассказа, записанного на диктофон.

Методы математической обработки данных

Статистический анализ данных проводился с помощью программы SPSS 20.0. Использовались следующие статистические инструменты: дескриптивные статистики, корреляционный анализ, t-критерий Стьюдента и U Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Характеристики неблагоприятного детского опыта в обследованной выборке

Участники исследования ($n = 36$) сообщили о переживании различных форм детского неблагоприятного опыта. Общий балл по опроснику ACE демонстрирует общее число разных форм травматизации, которые переживал респондент. В обследованной выборке этот балл равен 2 (ст. откл. = 1,88, диапазон значений = 0–8). Из общего числа участников об отсутствии какого бы то ни было неблагоприятного опыта в детстве сообщили 10 человек (25%). В табл. 1 представлены данные о количестве участников исследования, сообщивших о переживании того или иного вида неблагоприятного детского опыта.

Таблица 1. Характеристики неблагоприятного детского опыта

Тип неблагоприятного детского опыта	N	%
<i>Насилие и пренебрежение</i>		
Психологическое насилие	12	30
Физическое насилие	10	25
Сексуальное насилие	4	10
Эмоциональное пренебрежение	9	22,5
Физическое пренебрежение	11	27,5
<i>Нарушение семейных условий</i>		
Развод родителей	14	35
Насилие в отношении матери	4	10
Алкоголизм и/или наркозависимость в семье	10	25
Психическое заболевание в семье	6	15
Тюремное заключение родственника	4	10

Психологические и психофизиологические корреляты переживания стыда

Средний возраст, в котором произошел эпизод, выбранный участником исследования для рассказа об опыте переживания стыда, в данной выборке составил 22,45 (ст. откл. = 5,63; возрастной диапазон от 6 до 30 лет). Из общего числа участников исследования только шесть человек выбрали эпизод стыда, имевший место в детском или подростковом возрасте (возрастной диапазон от 6 до 13 лет). Среднее время (в годах), прошедшее со времени переживания эпизода стыда, составляет 2,75 (ст. откл. = 5,28, диапазон от 2 до 21). Средняя длительность нарратива о переживании стыда составила 2,71 минуты (ст. откл. = 1,29, диапазон от 1,01 до 6,43). Качественный анализ полученных нарративов представлен в другой работе [19].

Склонность участников данного исследования к переживанию стыда как черта личности и степень воздействия испытанного стыда на момент обследования представлены в табл. 2.

Таблица 2. Психологические характеристики переживания стыда

Аспект переживания стыда	Среднее	Ст. откл.	Диапазон
<i>Склонность к переживанию стыда</i>			
Характерологический стыд	24,50	6,06	15–42
Поведенческий стыд	20,53	5,68	11–33
Телесный стыд	8,13	3,20	4–16
Общий балл	52,33	13,73	0–82
<i>Воздействие события</i>			
Вторжение	11,88	7,75	1–31
Избегание	12,93	7,94	0–30
Возбуждение	8,40	6,16	0–22
Общий балл	33,25	19,1	1–72

Поскольку не существует норм для интерпретации опросника «Опыт переживания стыда» на русскоязычных выборках, приведем здесь сопоставление результатов с нормами, полученными разработчиками этого инструмента [8]. Общий балл в этой выборке чуть ниже (в сравнении с 55,58), при этом балл характерологического стыда полностью аналогичен (24,43 у Б. Эндрюс с соавторами), поведенческого (в сравнении с 21,25) и телесного (в сравнении с 9,82) чуть ниже.

Что касается результатов по ШОВТС, то их представляется возможным сравнить с данными, полученными Н. В. Тарабриной на выборках российских студентов (Вторжение — 10,30 (ст. откл. = 8,67), Избегание — 11,33 (ст. откл. = 8,86), Возбуждение — 7,77 (ст. откл. = 7,98), Общий балл — 29,39 (ст. откл. = 23,35)). Это сравнение показывает, что полученные нами данные не отличаются значительно от результатов, полученных ранее на неклинической российской выборке. При сравнении полученных результатов с данными мировых исследований можно заключить, что общий балл по ШОВТС в обследованной выборке выше нормы по сравнению с американскими выборками, где баллы выше 33 считаются соответствующими ПТСР. С другой стороны, в нашем исследовании ШОВТС был направлен на оценку воздействия опыта травматического переживания стыда, а не на оценку воздействия трав-

мирующего события по критерию А DSM-IV-TR, что делает полное, содержательное сопоставление результатов ШОВТС в нашем исследовании с результатами исследований ПТСР не совсем корректным. Более корректным представляется сравнение с данными М. Матош [1], использовавшими ШОВТС для решения той же задачи. Отметим, что общий балл по ШОВТС в исследовании М. Матош был равен 3,88, что значительно ниже, чем в обследованной нами выборке. Это различие может быть обусловлено тем, что частота переживания травмирующего опыта (помимо эпизода стыда) в отечественных выборках, по всей видимости, выше, чем в аналогичных по возрасту и социально-экономическому положению выборках в странах Северной Америки и Западной Европы. И, возможно, высокие баллы по ШОВТС здесь отражают взаимодействие между опытом переживания стыда и психологическими последствиями других травмирующих событий. Необходимы дальнейшие исследования с включением инструментов, предназначенных для выявления разных форм травматического опыта.

В отношении изменений показателя частоты сердечных сокращений (ЧСС) в течение эксперимента были получены следующие данные (табл. 3).

Таблица 3. Частота сердечных сокращений и ее изменение на разных этапах эксперимента

Время регистрации ЧСС	Среднее	Ст. откл.	Диапазон
До начала эксперимента (замер 1)	74,63	10,10	52–99
Во время рассказа (замер 2)	90,35	12,61	70–116
После рассказа (замер 3)	72,48	11,68	50–99
Во время прослушивания (замер 4)	78,98	10,69	54–104
<i>Изменения ЧСС между замерами</i>			
Замер 2 по сравнению с замером 1	15,73	8,77	2–38
Замер 3 по сравнению с замером 2	-17,87	7,76	-7 — -46
Замер 4 по сравнению с замером 3	6,50	5,20	-9–18
Замер 4 по сравнению с замером 1	4,35	7,36	-8–25

Динамика изменения ЧСС на протяжении эксперимента также представлена на рисунке.

На следующем этапе анализа данных были обнаружены следующие значимые взаимосвязи между показателями ЧСС и психологическими аспектами переживания стыда.

ЧСС во время рассказа об опыте переживания стыда (замер 2) взаимосвязана с выраженностью симптомов вторжения по шкале ШОВТС ($r = 0,342, p = 0,031$) и общим баллом по ШОВТС ($r = 0,357, p = 0,024$).

Различия в ЧСС между первым и вторым замером (то есть до эксперимента и во время рассказа) значимо связаны с выраженностью симптомов избегания по шкале ШОВТС ($r = 0,360, p = 0,022$), общим баллом ШОВТС ($r = 0,357, p = 0,024$), характерологическим стыдом ($r = 0,335, p = 0,035$), общим баллом по шкале стыда ($r = 0,353, p = 0,025$).

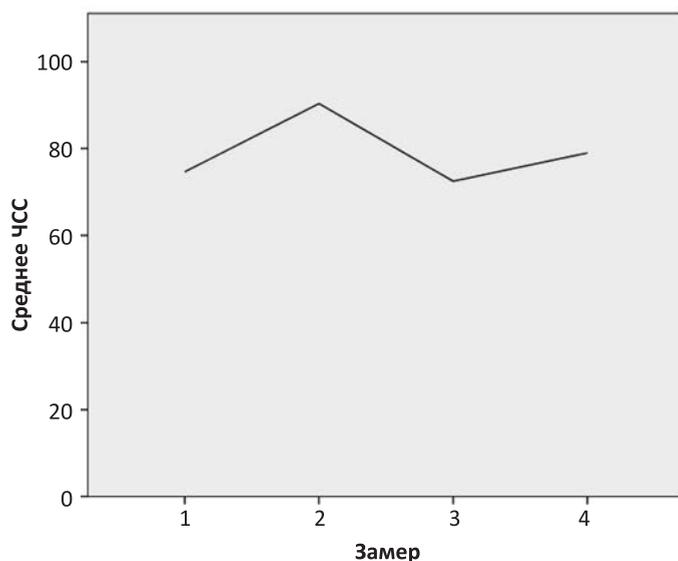


Рисунок. Динамика изменений ЧСС в течение эксперимента

Различия в ЧСС между вторым и третьим замерами (то есть во время рассказа и после него) значимо связаны с симптомами вторжения по шкале ШОВТС ($r = -0,418, p = 0,007$), симптомами избегания по шкале ШОВТС ($r = -0,329, p = 0,038$), симптомами возбуждения по шкале ШОВТС ($r = -0,411, p = 0,008$) и общим баллом ШОВТС ($r = 0,438, p = 0,005$). Связаны они таким образом, что у участников исследования с более выраженными симптомами вторжения, избегания и возбуждения показатель ЧСС после завершения рассказа снижается в меньшей степени.

Различия в ЧСС между первым и четвертым замерами (то есть до эксперимента и во время прослушивания записи собственного рассказа об эпизоде стыда) значимо связаны с характерологическим стыдом ($r = 0,374, p = 0,017$) и общим баллом по шкале стыда ($r = 0,327, p = 0,039$).

Интерпретировать это можно таким образом: существует взаимосвязь между субъективным самоотчетом о посттравматических реакциях, связанных с опытом переживания стыда, и объективным психофизиологическим показателем актуальной стресс-реактивности в отношении данного эпизода стыда. При этом данная взаимосвязь является более тесной (включает все три показателя посттравматической симптоматики) на этапе восстановления после завершения рассказа об эпизоде стыда. То есть можно предположить, что те испытуемые, для которых опыт стыда является в большей степени травматичным, с большим трудом «отключаются» от воспоминаний об этом опыте, его адаптивная переработка затруднена.

Связь показателей ЧСС с параметрами склонности к переживанию чувства стыда наблюдается на втором замере и сохраняется на четвертом. При этом четвертый замер не ассоциируется с параметрами воздействия события (ШОВТС). Можно предположить, что склонность переживать стыд как личностная черта положительно связана со стрессовой реакцией на предъявление соответствующего воспоминания, но не связана с посттравматической симптоматикой, не связана с особенностями

ми восприятия и переработки этого стимула. Для проверки этой гипотезы необходимы дальнейшие исследования на более репрезентативных выборках и с уточнением инструментов.

Неблагоприятный детский опыт и особенности переживания стыда

Корреляционный анализ параметров психологических и психофизиологических аспектов стыда с общим баллом по АСЕ не показал значимых результатов. Возможно, это связано с тем, что общий балл АСЕ в этой выборке является низким и абсолютное большинство респондентов имеют результаты от 0 до 2. Следующим этапом анализа данных стало рассмотрение различий между группами испытуемых, имеющих (1) и не имеющих (0) тот или иной неблагоприятный детский опыт (отдельно для каждого типа опыта/вопроса опросника АСЕ). Поскольку распределение всех участвующих в анализе переменных отличалось от нормального (по критерию Колмогорова-Смирнова), то для сравнения групп был использован критерий Манна-Уитни (U-критерий).

Полученные результаты продемонстрировали, что у людей, переживавших психологическое насилие в детском или подростковом возрасте, значимо выше общий показатель склонности к переживанию чувства стыда ($p = 0,026$) и значительно больше увеличивалась частота сердечных сокращений во время рассказа о переживании чувства стыда ($p = 0,049$) по сравнению с ЧСС до начала эксперимента. Таким образом, мы можем говорить о наличии связи между опытом переживания психологического насилия и стресс-реактивностью в ответ на предъявление стимула, связанного с личным опытом переживания стыда.

Любопытно, что еще лишь один из параметров неблагоприятного опыта оказался связан с различиями в изучаемых психологических и психофизиологических показателях. Этот параметр — наличие психического заболевания у членов семьи во время детства респондента. У людей, имевших такой неблагоприятный опыт, было отмечено значимое отличие в следующих измерениях ЧСС: замер 1 ($p = 0,004$), замер 2 ($p = 0,000$), разница между замерами 2 и 1 ($p = 0,037$), замер 3 ($p = 0,004$), замер 4 ($p = 0,004$). Все эти показатели были ниже у людей, проживавших с родственниками, страдающими психическим заболеванием, в детском возрасте. Маленький размер выборки, отсутствие информации о характере психического заболевания члена семьи, а также ограниченность измеряемых психофизиологических параметров не позволяют однозначно интерпретировать этот результат. Возможно, эти отличия указывают на особенности психофизиологической регуляции реагирования на стресс, обусловленные наследственными факторами. Необходимы дальнейшие исследования этого аспекта.

Заключение

Как и в предыдущих наших исследованиях, участники этого исследования сообщали о переживании различных форм насилия и другого неблагоприятного опыта в детском возрасте. В данном случае размер выборки не позволяет делать выводы о частоте переживания тех или иных форм неблагоприятного детского опыта, но необходимо отметить, что полученные данные не отличаются значительным образом от данных, полученных ранее на более репрезентативных выборках [20].

Тема особенностей переживания стыда взрослыми людьми в связи с опытом переживания насилия в детском возрасте, насколько нам известно, в отечественной психологической науке затронута впервые. В качестве наиболее значимых результатов этого исследования представляется возможным выделить обнаружение связи между выраженностью посттравматических симптомов, связанных с переживанием стыда, и изменениями ЧСС в ходе эксперимента, а также выявление связи между переживанием психологического насилия в детском возрасте, склонностью к переживанию стыда и психофизиологической реактивностью при вспоминании и рассказе о переживании стыда. Первый из этих результатов важен потому, что говорит о наличии объективных, психофизиологических маркеров «посттравматического» состояния, связанного с переживанием стыда, и открывает возможности комплексного исследования когнитивной и аффективной переработки опыта переживания стыда. Данный результат согласуется с результатами исследований М. Матос, в ходе которых было выявлено, что воспоминания о раннем опыте переживания стыда обладают характеристиками посттравматических состояний. Нами было обнаружено, что не только ранний опыт переживания стыда обладает такими характеристиками, но и опыт переживания стыда во взрослом возрасте. Второй из упомянутых результатов частично подтверждает выдвинутую нами гипотезу о том, что люди, переживавшие насилие в детстве, более склонны переживать стыд в различных социальных ситуациях и формировать посттравматическую реакцию в ответ на переживание стыда.

Выполненное нами исследование имеет ряд ограничений. Так, например, малый размер выборки и ее построение по принципу удобства не позволяют распространить полученные результаты на другие выборки. Так же использование единственного психофизиологического показателя не позволяет дать полное описание психофизиологических процессов, сопряженных с переживанием стыда как психологической травмы. Необходимы дальнейшие, более полные исследования, которые будут построены с учетом опыта данного исследовательского проекта.

Литература

1. *Matos M., Pinto-Gouveia J., Gilbert P.* The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2013. N 20. P.334–349.
2. *Tracy J.L., Robins R. W.* Self-conscious emotions: where self and emotions meet // *The Self in Social Psychology: Frontiers of Social Psychology Series* / eds C. Sedikides, S. Spence. New York: Psychology Press, 2007. P.187–209.
3. *Tracy J.L., Tangney J.P.* Self-Conscious Emotions // *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research* / eds J.L. Tracy, R. W. Robins, J. P. Tangney. New York: Guilford Press. 2007. P.446–462.
4. *Tangney J. P., Dearing R. L.* Shame and Guilt. New York: Guilford, 2002. 272 p.
5. *Matos M., Pinto-Gouveia J.* Shame as a traumatic memory // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2010. Vol. 17. P.299–312.
6. *Gilbert P.* The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2000. Vol. 1. P. 174–189.
7. *Allan S., Gilbert P.* Submissive behavior and psychopathology // *British Journal of Clinical Psychology*. 1997. Vol. 36. P.467–488.
8. *Andrews B., Qian M., Valentine J. D.* Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: the Experience of Shame Scale // *British Journal of Clinical Psychology*. 2002. Vol. 41 (1). P.29–42.
9. *Thompson R., Berenbaum H.* Shame reactions to everyday dilemmas are associated with depressive disorder // *Cognitive Therapy and Research*. 2006. Vol. 30. P.415–425.

10. *Tangney J., Burggraf S., Wagner P.* Shame-proneness, guilt-proneness and psychopathological symptoms // *Self-conscious Emotions: the Psychology of Shame, guilt, embarrassment and pride* / eds J. Tangney, K. Fischer. New York: Guilford, 1995. P. 343–368.
11. *Dearing R. L., Tangney J. P.* Shame in the therapy hour. Washington DC, US: American Psychological Association, 2011. 428 p.
12. *Budden A.* The role of shame in posttraumatic stress disorder: a proposal for a socio-emotional model for DSM-V // *Social Science and Medicine*. 2009. Vol. 69. P. 1032–1039.
13. *Van der Kolk B.* The neurobiology of childhood trauma and abuse // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2003. Vol. 12. P. 293–317.
14. *Schore A.* Early shame experiences and infant brain development // *Shame: interpersonal behavior, psychopathology and culture* / eds P. Gilbert, B. Andrews. New York: Oxford University Press, 1998. P. 57–77.
15. *Тарабрина Н. В., Азарков В. А., Быховец Ю. В.* Практическое руководство по психологии пост-травматического стресса. М.: Cogito-Центр, 2007. 208 с.
16. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study / Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., Koss M. P., Marks J. S. // *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. May; Vol. 14 (4). P. 245–258.
17. The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death / Hillis S. D., Anda R. F., Dube S. R., Felitti V. J., Marchbanks P. A., Marks J. S. // *Pediatrics*. 2004. Vol. 113, N 2. P. 320–327.
18. The effect of talking about psychological trauma with a significant other on heart rate reactivity in individuals with posttraumatic stress disorder / Nachar N., Lavoie M. E., Marchand A., O'Connor K. P., Guay S. // *Psychiatry Research*. 2014. Vol. 219. P. 171–176.
19. *Боголюбова О. Н., Киселева Е. В.* Переживание стыда: качественный анализ нарративов // *Вестн. С-Петербур. ун-та*. Сер. 12. 2015. № 1. С. 38–52.
20. *Bogolyubova O., Skochilov R., Smykalo L.* Childhood Victimization Experiences of Young adults in St. Petersburg, Russia // *Journal of Interpersonal Violence*. 2015. Vol. 30 (7). P. 1–15.

Статья поступила в редакцию 12 марта 2015 г.

Контактная информация

Боголюбова Ольга Николаевна — кандидат психологических наук, доцент; o.bogolyubova@spbu.ru
Киселева Елена Владимировна — аспирант; ele-shelygina@yandex.ru
Bogolyubova Olga N. — Candidate of Psychology, Associate Professor; o.bogolyubova@spbu.ru
Kiseleva Elena V. — post graduate student; ele-shelygina@yandex.ru