
Специфика понимания обмана в пожилом и старческом возрасте

Мелёхин А.И., кандидат психологических наук, клинический психолог высшей квалификационной категории Многопрофильного медицинского центра Лагуна-Мед г. Москвы, старший преподаватель Гуманитарного института имени П.А. Столыпина, Москва, Россия (clinmelehin@yandex.ru)

В статье показано, что начиная с 61—74 лет у человека наблюдаются парциальные изменения в понимании обмана с преобладанием эмоционально-эгоцентрического сдвига. Отсутствуют трудности в понимании социальной ситуации и способности делать выводы о ложных убеждениях только одного человека (репрезентации «первого» порядка). В пожилом (61—74 лет) и старческом (75—90 лет) возрастах наблюдается *дефицит репрезентаций «второго» порядка модели психического*. Описан феномен отрицания социокогнитивных изменений или специфической когнитивной анозогнозии, т. е. большинство людей позднего возраста не замечают изменения в понимании обмана. Выделены общие предикторы понимания обмана: социодемографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни, субъективный возраст). Также выделены возрастнo-специфические предикторы: изменения в семейном, рабочем статусе, когнитивном функционировании и полиморбидность.

Ключевые слова: обман, понимание обмана, модель психического, пожилой возраст, старческий возраст, виктимизация, мошенничество, социальное познание.

Для цитаты:

Мелёхин А.И. Специфика понимания обмана в пожилом и старческом возрасте. [Электронный ресурс] // Психология и право. 2019(9). № 4. С. 187-210. doi: 10.17759/psylaw.2019090414

For citation:

Melekhin A.I. Specificity of understanding of deception at presenile and senile age. [Elektronnyi resurs]. Psikhologiya i pravo [Psychology and Law], 2019(9), no. 4. pp.187-210. doi: 10.17759/psylaw.20190904014

Введение

В последнее время по отношению к людям пожилого и старческого возраста увеличивается физическое, психологическое и финансовое жестокое обращение [1]. Каждый

третий человек пожилого возраста за последние 9—12 месяцев был легко введен в заблуждение, становился жертвами мошенничества, делал нерациональные финансовые решения [1; 29].

Понимание обмана требует от пожилого человека подавления неактуальной информации, эгоцентрических тенденций (emotional egocentricity bias [26]), позитивного когнитивного смещения (emotion-related positively bias [25]) при обработке социо-эмоциональных стимулов, чтобы понять, что другие люди могут иметь ложные взгляды и негативные намерения [18]. Чтобы распознавать обман требуется такая метакогнитивная способность, как *модель психического*, а точнее, ее *когнитивный компонент* (cognitive theory of mind), позволяющий пожилому человеку понять убеждения, искренность намерений другого человека с учетом динамически меняющегося социального контекста для предсказания его возможного поведения и принятия взвешенного решения [14; 15].

На протяжении всей жизни когнитивный компонент модели психического претерпевает периоды «взлетов» и «падений», следует U-образному развитию, что показано как в отечественных [2], так и зарубежных [6; 7; 9; 15; 19; 21; 28; 29] исследованиях. В отличие от молодых, люди пожилого и старческого возраста делают больше ошибок в понимании ложных убеждений [6; 21; 28; 29; 36]. Эти изменения получили различные названия: *социокогнитивного* (social cognitive deficits [10]), *прагматического дефицита*, или «сбоя» (pragmatic language deficits [3;9]); *дефицита репрезентаций «второго» порядка модели психического* (second-order ToM deficits [23; 28; 33]).

Наличие этих изменений сопровождается сниженной чувствительностью к восприятию *предупреждающих знаков* о возможных негативных и рискованных действиях со стороны других людей [5]. Это увеличивает риски пожилого человека стать жертвой социальной эксплуатации и мошенничества, а также самому совершить преступление [30], приводят к высокому семейному стрессу и эмпатическому дистрессу, т. е. к трудностям устанавливать доверительные и дружеские отношения с другими людьми [18]. Все это сопровождается снижением удовлетворенности социальным качеством жизни, социальной изоляцией с последующими рисками развития большого эпизода депрессии и совершения суицида [23]. В основе этих изменений лежит *полиэтиологичность*, индивидуальный профиль когнитивных, психических, неврологических и личностных уязвимостей, присущих пожилому человеку [2; 14; 24; 32; 34]. Таким образом, наличие изменений в понимании обмана является актуальной проблемой в области гериатрической помощи и вообще в заботе о благополучии пожилых людей [6].

Оценка состояния эмоционального компонента модели психического у гериатрических пациентов долгое время недооценивалась и упоминалась только в DSM-IV при диагностике *расстройств личности* [10]. Однако ряд исследований показал [5; 10; 11; 14; 23; 30; 32; 33; 35], что изменения в когнитивном компоненте модели психического (понимание обмана) являются одним из симптомом определенных неврологических и психических расстройств представленных нами на рис. 1.



Рис. 1. Изменения в понимании обмана при неврологических и психических расстройствах

В DSM-V одним из компонентов для определения степени выраженности *нейрокогнитивных расстройств* (major or mild neurocognitive disorder), а также дифференциации их подтипов помимо нейропсихологического обследования является оценка понимания обмана (рис. 1) [10]. В зарубежной гериатрической практике при обследовании пожилых людей с симптомами: умеренного когнитивного дефицита амнестического типа (аМСІ) [22], расстройствами настроения [34; 35], расстройств тревожного спектра [20; 34], с соматоформными расстройствами с болевым синдромом [38], ПТСР [35], рассеянным склерозом [8] и даже хронической бессонницей [13] рекомендуется наряду с соматической и нейропсихиатрической оценкой обязательно проводить скрининг состояния модели психического.

В отечественной геронтопсихологической практике по-прежнему существует дефицит исследований по диагностическому инструментарию, направленному на оценку понимания обмана. Не описаны возрастнo-специфические особенности и предикторы, влияющие на понимание обмана в пожилом и старческом возрасте.

Материал и методы

Социально-демографическая и клинико-anamнестическая характеристика участников исследования. Все респонденты проходили диспансеризацию в Консультативно-диагностическом центре № 2 г. Москвы и были разделены на три возрастные группы с учетом систематизированных нами биопсихосоциальных критериев границ пожилого и старческого возрастов [2] (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика респондентов трех возрастных групп

Характеристики выборки	Группы респондентов		
	55—60 лет	61—74 лет	75—90 лет
Всего респондентов	120	120	50
Средний возраст, лет (M±SD)	56,6±1,8	66,7±3,9	79,4±3,5
Соотношение по полу (%/n)			
Мужчины	14 (17)	11 (13)	22 (11)
Женщины	86(103)	89 (107)	78 (39)
Количество лет, затраченных на получение образования (M±SD)	13,7 ±1,2	13,5±1,3	13,1±1,0
Семейный статус (%/n)			
Состоят в браке	52 (62)	40 (48)	24(12)
Вдовство	14 (17)	22 (26)	62 (31)
Разведены	34 (41)	38 (46)	14 (7)
Рабочий статус (%/n)			
Работают	60 (72)	42 (51)	12 (6)
Не работают	40 (48)	58 (69)	88 (44)
Злоупотребление алкоголем (%/n)	4 (5)	7 (8)	6 (3)
Курение (%/n)	20 (24)	29 (35)	14 (7)

Назначенные и принимаемые препараты (%/n)			
Гипотензивная терапия	28 (37)	49 (59)	78 (39)
Сахароснижающая терапия	11 (13)	29 (35)	31 (15)
Ноотропная терапия	20 (24)	40 (48)	76 (37)
Сосудистая терапия	23 (27)	46 (55)	78 (39)
Терапия НПВП	39 (47)	66 (79)	89 (44)
Удовлетворенность состоянием здоровья (%/n)			
Очень не удовлетворен(а)	27 (32)	29 (34)	42 (21)
Ни плохо, ни хорошо	31 (38)	41 (49)	48 (24)
Очень удовлетворен(а)	42 (50)	31 (37)	10 (5)
Удовлетворенность качеством жизни (%/n)			
Плохо	6 (7)	22 (26)	16 (8)
Ни плохо, ни хорошо	33 (40)	65 (78)	62 (31)
Хорошо	61 (73)	13 (16)	22 (11)

Примечание: НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты.

Выборке исследования были присущие следующие особенности: 1) преобладание женщин (феномен «феминизации стареющего населения»); 2) половина людей пожилого возрастов разведены (феномен «серебряной сепарации»); 3) неопределенная оценка здоровья и качества жизни (феномен «неопределенности»); 4) злоупотребление нестероидными противовоспалительными препаратами (феномен «зависимости от НПВП»).

Критерии исключения:

- осложненная коморбидность (гериатрическая шкала кумулятивности расстройств, CIRS-G >24 баллов);
- сенсорные нарушения: слух (пресбиакузис), зрение (высокие аномалии рефракции, диабетическая ретинопатия, дальтонизм);
- оценка когнитивного функционирования (по Монреальской шкале оценки когнитивных функций, MoCA <26 баллов);
- нейродегенеративные заболевания и неврологические заболевания (опухоли, сосудистые поражения, нейроинфекции, эпилепсия, черепно-мозговые травмы);

- наличие аффективного спектра расстройств, психотической симптоматики, гипоманиакальных и маниакальных симптомов. Оценка симптомов гериатрической депрессии (по гериатрической шкале оценки депрессии, GDS-30 > 20 баллов);
- наличие негативизма со стороны пожилого человека; признаки формального отношения к обследованию, отказ человека позднего возраста, его родственников и/или доверительных лиц от участия в исследовании.

Методики исследования.

I. **Комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья:** гериатрическая шкала кумулятивности расстройств (CIRS-G, Miller et al, 1992); шкала оценки субъективного возраста Б. Барака (Cognitive age-decade scale, Barak, 1987); краткий опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (WHOQOL-BREF, WHOQOL Group, 1998); Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA, Nasreddine, 2005); гериатрическая шкала оценки депрессии (GDS-30, Yesavage, 1983); Калифорнийская шкала оценки чувства одиночества (R-UCLA-LS, Russell, 1996).

II. **Понимание обмана.** Использовался *тест, направленный на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий* Е. Виннер (Pragmatic interpretation short stories, Winner's Task) [37]. В отличие от традиционных тестов, построенных на основе Салли-Энн теста (Sally-Anne test, S. Baron-Cohen), или теста «Песочница» (Sandbox task, J.A. Sommerville), этот тест основан на *нарративной форме*. Эта форма подачи стимульного материала вызывает у респондента различную эмоциональную реакцию, основанную на идентификации с героями рассказа, позволяет детальнее выявить специфику и тип интерпретации ситуации, понимания обмана. Тест состоит из пяти коротких рассказов, общий объем которых 250 слов (рис. 2).

У Дарьи была прекрасная дача с огородом, на котором она все лето выращивала овощи. У ее соседки Ларисы был также огород, но все ее растения погибали. Лариса хотела порадовать мужа салатом из овощей, поэтому она решила сорвать помидоры с огорода Дарьи.

1) Лариса взяла помидоры в огороде Дарьи?
Да/Нет

В тот момент Дарья была на кухне и видела, как Лариса срывала помидоры с грядок.

2) Поняла ли Дарья, что Лариса сорвала помидоры с ее огорода?
Да/Нет

Когда Лариса собирала помидоры, она заметила, как Дарья смотрит на нее из окна. Во время ужина муж Ларисы спросил у нее, откуда она взяла такие вкусные помидоры. Лариса сказала, что сорвала их с огорода Дарьи. Муж спросил у Ларисы: «Дарья знает, что ты сорвала их?»

3) Как Вы думаете, что Лариса ответила ему?

- А) Да, Дарья знает, что я сорвала ее помидоры.
Б) Нет, Дарья не знает, что я сорвала ее помидоры.

4) Думала ли Лариса, что сказанное ей - правда? Да/Нет

На следующий день, когда соседки встретились, Дарья спросила Ларису: «Ты случайно не знаешь, куда пропали помидоры с моей грядки?» Лариса ответила: «А разве их сейчас там нет?»

5) Когда Лариса ответила Дарье, что не знает, куда пропали помидоры, думала ли она, что та поверит ей? Да/Нет

6) Когда Лариса сказала, что не знает куда пропали помидоры, она хотела:

- А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.
Б) Сострить, чтобы скрыть смущение.

Рис. 2. Пример стимульного материала теста, направленного на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий Е. Виннер

В предъявляемых историях описываются жизненные ситуации, в которых *герой-свидетель* наблюдает или замечает проступок *героя-нарушителя*. Сам *герой-нарушитель* знает, что он был замечен героем-свидетелем. Чтобы скрыть это и не быть пойманным, герой-нарушитель использует ложное высказывание [37].

Инструкция: «Вам будут предъявлены различные истории, в которых описываются поступки людей. В ходе прочтения каждой истории Вам будет предложено ответить на ряд вопросов» (табл. 2).

Таблица 2

Типы вопросов в тесте на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий

	Тип вопроса	Примеры	Диагностическая цель вопроса
	Фактический вопрос <i>(Fact question)</i>	Лариса сорвала помидоры в огороде Дарьи?	Этот вопрос задается, чтобы удостовериться, что респонденты понимают сюжет, способны запоминать определенное количество информации, для того чтобы сделать правильное суждение о соответствующей фактической информации

	<p>Вопрос «первого» порядка <i>(First-order belief question)</i></p>	<p>Поняла ли Дарья, что Лариса сорвала помидоры с ее огорода?</p>	<p>Это вопрос требует от респондента понимания психического состояния героя-свидетеля. Вопрос направлен на то, чтобы оценить, понимает ли респондент, что герой-свидетель знает или не знает правду, т. е. был свидетелем или не был им, когда герой-нарушитель совершал неправильное действие</p>
	<p>Вопрос «второго» порядка <i>(Second-order true or false belief question)</i></p>	<p>Как Вы думаете, что Лариса ответила ему (мужу о сделанном)?</p>	<p>Для того чтобы правильно ответить на этот вопрос, респондент должен сформировать <i>представления</i> главного героя о знаниях героя-свидетеля</p>
	<p>Уточняющий вопрос «второго» порядка <i>(Second-order belief follow-up question)</i></p>	<p>Думала ли Лариса, что сказанное ей правда?</p>	<p>Этот вопрос задается только в случае, если респондент неправильно ответил на предыдущий вопрос, чтобы удостовериться в правильном понимании репрезентации «второго» порядка</p>
	<p>Вопрос ожидания <i>(Second-order expectation question)</i></p>	<p>Когда Лариса ответила Дарье, что не знает, куда пропали помидоры, думала ли она, что та поверит ей?</p>	<p>Оценивает мотивацию участника на понимание репрезентаций «второго» порядка о психическом состоянии героя-нарушителя</p>
	<p>Вопрос на понимание обмана <i>(Lie comprehension question)</i></p>	<p>Когда Лариса сказала, что не знает, куда пропали помидоры, она хотела: а) солгать, чтобы избежать разоблачения; б) сострить, чтобы скрыть смущение</p>	<p>Оценивает способность интегрировать всю информацию по прочитанной истории для того, чтобы сделать вывод о намерениях героя-нарушителя</p>

Интерпретация:

- *Индекс понимания обмана.* Согласно ключу, за каждый правильный ответ присваивается 1 балл, за неверный — 0. Всего 6 вопросов и 5 историй. Максимальный балл — 30.
- *Специфика состояния репрезентаций о психическом состоянии другого человека «первого» (2-й вопрос) и «второго» (3-й вопрос) порядка.*

Нами был проведен перевод на русский язык и валидизация данного теста. Показана высокая надежность-согласованность для оценки *обмана*. Для всего теста (α Кронбаха=0,88), репрезентации «первого» (0,73) и «второго» (0,67) порядка о намерениях другого человека [2].

Обработка и анализ данных проводились с помощью программы IBM SPSS v.23 с использованием дисперсионного анализа (с применением апостериорного критерия Шеффе); критерия Краскела—Уоллиса и множественного регрессионного анализа (с применением теста Собеля).

Результаты исследования

Гериатрический статус респондентов. Он указывает на наличие *старческой преастинии* (pre-frailty) при которой наблюдается легкая степень полиморбидности. В группах 61—74 и 75—90 лет по сравнению с группой 55—60 лет наблюдалась тенденция к снижению удовлетворенности качеством жизни (табл. 3).

Таблица 3

Гериатрическая оценка состояния здоровья респондентов

Компоненты гериатрической оценки	55—60 лет (A)		61—74 лет (B)		75—90 лет (C)		p-значения
	n=120		n=120		n=50		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Субъективный возраст							
Хронологический возраст	56,6	1,8	66,7	3,9	79,4	3,5	
Субъективный возраст (Cognitive age-decade scale)	49,05	6,9	58,4	6,39	70,4	5,2	AB**, AC**, BC**
Физическое здоровье							
Индекс полиморбидности (CIRS-G) [56]	6,08	1,8	8,02	1,5	10,02	2,2	AB**, AC**, BC**

Удовлетворенность качеством жизни									
Общий индекс КЖ (WHOQOL-BREF) [400]	216,8	46,7	180,7	49,4	151,7	38,7	AB**, AC**, BC**		
Когнитивное функционирование									
Индекс когнитивного статуса (MoCA) [30]	29,1	0,72	27,9	0,97	26,9	0,8	AB**, AC**, BC*		
Симптомы гериатрической депрессии									
Индекс симптомов депрессии (GDS-30) [30]	9,8	3,3	13,1	3,4	15,9	3,8	AB**, AC**, BC**		
Субъективное чувство одиночества									
Индекс чувства одиночества (R-UCLA-LS) [60]	39,3	5,42	43,3	5,4	47,8	6,08	AB**, AC**, BC**		

Примечание. В квадратных скобках указан максимальный балл по методике. «**» — $p < 0,01$; «*» — $p < 0,05$ при попарном сравнении групп А, В, С с помощью критерия Краскела—Уоллиса.

По сравнению с пожилым возрастом (55—60 и 61—74 лет) в группе старческого возраста (75—90 лет) наблюдаются большая выраженность симптомов субклинической гериатрической депрессии и глубина переживаний чувства одиночества. Несмотря на это, присутствует *положительно-ориентированная когнитивная иллюзия возраста*: в группе 55—60-летних оценивали свой субъективный возраст на 7,5 лет, 61—74-летних — на 7,6 лет, а 75—90-летних — на 8,1 лет «моложе» хронологического возраста.

Ресурсное значение понимания обмана. Перед выполнением обследования респондентам задавался следующий вопрос: «Считаете ли Вы способность понимать обман ресурсом благополучного старения?». Большинство респондентов 55—60 (93%), 61—74 (97%) и 75—90 (95%) лет отмечали, что умение понимать обман является ресурсом благополучного старения, так как помогает не стать жертвой обмана и махинаций. 7% 55—60-летних, 3% 61—74-летних и 5% 75—90-летних респондентов указали, что понимание обмана — это «не ресурс, а сложная способность, которой нужно учиться и постигать всю жизнь» (ж, 67¹), «обманывают каждый день, не успеваешь распознать» (ж, 72).

¹ *Примечание.* Пол: ж — женский; м — мужской; далее — хронологический возраст.

Особенности понимания обмана. В старческом возрасте (76—90 лет), по сравнению с пожилым (55—60 и 61—74 лет), наблюдаются изменения в способности делать *прагматические интерпретации*, т. е. понимать обман (табл. 4).

Таблица 4

Специфика распознавания обмана в трех возрастных группах респондентов

Компоненты Winner's task	55—60 лет (А)		61—74 лет (В)		75—90 лет (С)		р-значения
	n=120		n=120		n=50		
	М	SD	М	SD	М	SD	
Индекс распознавания обмана [30]	27,2	1,64	24,1	2,74	21,7	1,53	AB**, AC**, BC**
Основные субкомпоненты							
Фактический вопрос [5]	4,6	0,43	4,5	0,58	4,3	0,34	-
Репрезентации «первого» порядка [5]	4,5	0,59	4,3	0,81	3,9	0,95	-
Репрезентации «второго» порядка [5]	4,1	1,27	3,9	1,14	3,2	1,49	AC*
Вопрос ожидания «второго» порядка [5]	4,2	1,52	3,9	1,38	3,3	1,28	AC*
Вопрос интерпретация [5]	4,1	1,45	3,6	2,3	3,1	0,9	AC*

Примечание. В квадратных скобках указан максимальный балл по параметрам теста. «**» — $p < 0,01$; «*» — $p < 0,05$ при попарном сравнении групп А, В, С с помощью критерия Краскела—Уоллиса.

91% 55—60-летних, 88% 61—74-летних и 75% 75—90-летних респондентов правильно распознавали обман. Меньше всего наблюдалось ошибок в *фактическом вопросе* понимания социального контекста (рис. 3).

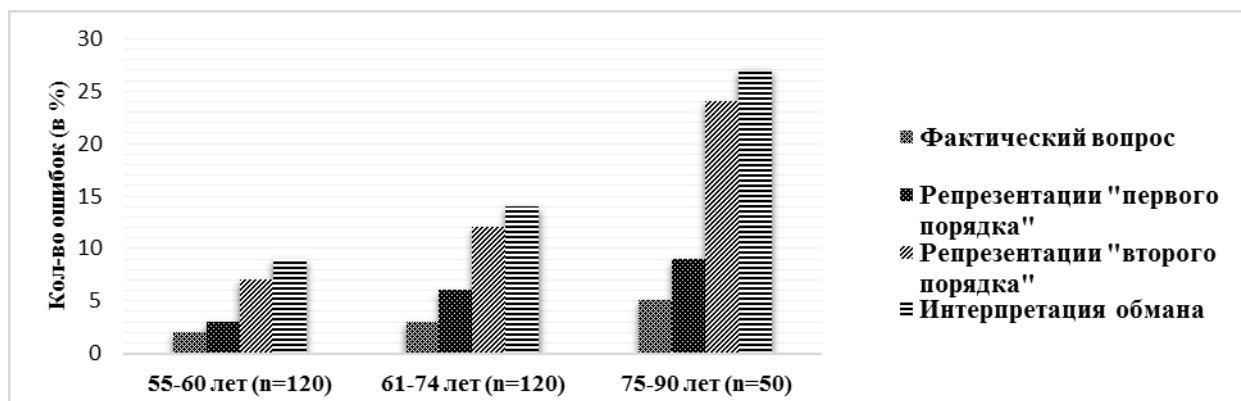


Рис. 3. Ошибки в тесте прагматической интерпретации жизненных событий Е. Виннер у респондентов трех возрастных групп

Начиная с 61—74 лет у человека наблюдается рост ошибок в вопросе на оценку репрезентаций «второго» порядка, которые позволяют узнавать не только чье-либо представление о психических состояниях, намерениях (репрезентации «первого» порядка), но и понимать, что думает один человек о состоянии, убеждениях другого человека. Этот факт говорит о симптомах дефицита в оценке репрезентаций высшего порядка о психических состояниях других людей.

Проведенный дисперсионный анализ по схеме «тип истории (обман)×группы респондентов» показал, что у группы 75—90-летних выявлен значительный дефицит приписывания репрезентаций «второго» порядка ($F=16,9$; $df 1,17$; $p<0,01$). При понимании обмана у респондентов 61—74 и 75—90-летних наблюдались различия в интерпретации намерений, при большем количестве ошибок в старческом возрасте. Также проводился дисперсионный анализ взаимосвязи «возраст × тип истории × типа вопросов». Он рассчитывался по схеме « $3 \times 1 \times 5$: фактор возраста группы, тип истории (обман) и тип вопросов». Выявлен вклад хронологического возраста в использование репрезентаций «второго» порядка ($F=17,1$; $df 1,23$; $p<0,01$), что объясняется тем, что респонденты старческого возраста менее точны, чем респонденты пожилого возраста в ответе на этот вопрос.

Понимание вопроса ожидания «второго» порядка вызывало трудности у респондентов трех возрастных групп. Напомним, что этот вопрос задавался по окончании истории и оценивал мотивацию респондента использовать репрезентаций «второго» порядка о психическом состоянии героя-нарушителя для понимания его намерений. Понимание вопроса ожидания «второго» порядка было лучше у респондентов 55—60 лет, нежели у респондентов 61—74, 75—90 лет. Обнаружено влияние хронологического возраста ($F=18,7$; $df 2,11$; $p<0,01$) на точность при ответе на данный вопрос. Применение апостериорного критерия Шеффе показало, что существует связь между пониманием когнитивных репрезентаций «второго» порядка у респондентов трех групп и интерпретацией намерений другого человека ($r=0,412; 0,400; 0,382$; $p<0,01$). Это говорит о том, что люди пожилого и старческого возраста используют свое понимание психического состояния главного героя в отношении героя-свидетеля, чтобы построить соответствующую прагматическую интерпретацию намерения героя-нарушителя.

Предикторы понимания обмана. Выделены *общие социодемографические* (уровень образования) и *психологические* (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни) факторы, определяющие понимание обмана (табл. 5).

Таблица 5

Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи социодемографических характеристик, гериатрического статуса и понимания обмана у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Предикторы	Beta		
		55—60 лет	61—74 лет	75—90 лет
Индекс распознавания обмана	Уровень образования	0,219*	0,200*	0,183*
	Семейное положение	0,221*	0,215*	-
	Рабочий статус	-	0,182*	-
	Полиморбидность (CIRS-G)	-	-	0,160*
	Когнитивное функционирование (MoCA)	-	-	0,147*
	Симптомы депрессии (GDS-30)	-0,300*	-0,377**	-0,380**
	Чувство одиночества (R-UCLA-LS)	-0,271*	-0,342**	-0,320*
	Удовлетворенность качеством жизни (WHOQOL-BREF)	0,301*	0,353**	0,376**
	Субъективный возраст (Cognitive age-decade scale)	-0,200*	-0,257*	-
Данные эмпирической модели зависимости				
N		120	120	50
R ²		0,510	0,588	0,523
Значимость модели (p)		0,001	0,001	0,001
Константа		17,443**	18,410**	17,390**

Примечание: «*» — предиктор значим на уровне $p < 0,05$; «**» — предиктор значим на уровне $p < 0,01$.

В пожилом возрасте (55—60 и 61—74 лет) *семейный статус* влияет на понимание обмана. Рабочий статус, продолжение трудовой деятельности начинает выступать предиктором состояния понимания обмана у респондентов 61—74 лет. Отметим, что у респондентов 55—60 и 61—74 лет к этим предикторам добавляется психологический фактор — более «молодой» субъективный возраст. В старческом возрасте значение приобретает медицинский фактор как *полиморбидность* и психологический фактор — *когнитивное функционирование*. На рис. 4 показано, что наблюдается опосредованное влияние хронологического возраста на понимание обмана ($z=-3,71$; $p<0,01$).

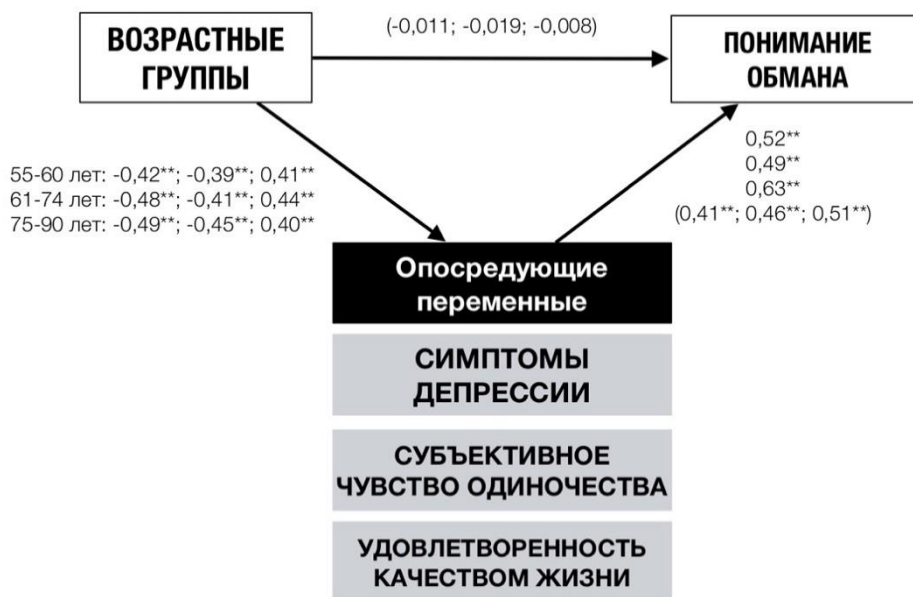


Рис. 4. Регрессионная модель, предсказывающая опосредованное влияние психического статуса на понимание обмана в позднем возрасте. В скобках указаны стандартизированные веса регрессии между переменными, контролирующими третью переменную: «**» — $p < 0,01$

В трех возрастных группах симптомы депрессии, чувства одиночества и удовлетворенность качеством жизни выступают опосредующими факторами, влияющими на состояние и мотивацию понимать обман в позднем возрасте.

Метакогнитивный мониторинг понимания обмана. Мы отметили рассогласование у респондентов между самооценкой и объективными показателями понимания обмана. Респондентам задавались следующие вопросы: «Замечаете ли Вы изменения в способности распознавать эмоции по лицу, понимать обман?», «Если, да, то как это изменения влияют Вашу повседневную жизнь?». Большинство респондентов 55—60 (78%), 61—74 (79%) и 75—90 (71%) лет ответили, что не замечают изменений в понимании обмана; это говорит о феномене «отрицания социо-когнитивных изменений» или о *специфической когнитивной анозогнозии* (specific cognitive anosognosia) [16; 21; 23], что согласуется с *моделью осознания когнитивных изменений* (cognitive awareness model, R. Morris, D. Mograbi [5]).

Обсуждение результатов

Полученные нами данные о понимании обмана согласуются с рядом зарубежных исследований, которые показали, что изменения в способности понимать небуквальные высказывания начинаются после *60 лет*, резко снижаются через *10 лет* [6; 7; 19; 21; 29] и часто выступают маркером психологического неблагополучия [12; 23; 30; 31] и риска развития умеренного когнитивного дефицита [22; 32].

Специфика изменений в понимании обмана. Показано, что наблюдаются *парциальные* изменения в основе которых лежит переплетение, с одной стороны, снижения *когнитивных ресурсов*, необходимых для понимания ложных убеждений, с другой стороны — *мотивационного социо-эмоционального смещения* (по теории социально-эмоциональной селективности Л. Карстенсен [25]), т. е. избирательного желания понимать намерения другого из-за сдвигов в жизненных целях, максимализма эмоционального удовлетворения «здесь и сейчас». Нами показано, что *фактическое понимание социального контекста* и построение *репрезентаций «первого» порядка о психическом состоянии* (развиваются в возрасте 4—5 лет) не вызывает трудностей в позднем возрасте, что согласуется с результатами ряда исследований [6; 15; 29; 31; 34]. Однако происходят изменения в построении *репрезентаций «второго» порядка* (развиваются в 6—7 лет), которые позволяют оценить намерения множества людей одновременно, что согласуется с рядом исследований [7; 12; 14; 15; 17; 19; 21; 36]. Эти изменения являются критическим предиктором социальной компетентности [21]. Они больше полагаются на состояние *когнитивных ресурсов*, которым с возрастом свойственна реорганизация [14; 19; 22; 28]. Например, происходит снижение способности контролировать автоматические социальные ответы, использовать стереотипные паттерны поведения без учета прошлого опыта, что делает пожилого человека более склонным к предрассудкам, социальной дезинформации и неадекватному поведению [34].

Эмоционально-эгоцентрической сдвиг при понимании обмана. Люди пожилого и старческого возраста используют свое понимание намерений другого человека, или однонаправленную перспективу, игнорируя другие возможные варианты, что согласуется с данными Р. Флисса [14]. Этот феномен получил название *когнитивный эгоцентризм*, как способность подавлять собственное восприятие ситуации с опорой на собственный опыт. В позднем возрасте происходят изменения в этом процессе. Согласно *модели селективной оптимизации и компенсации П. Балтеса* (model of selection, optimization, and compensation, Р.В. Baltes [2]), этот феномен следует рассматривать как компенсаторный механизм позволяющий минимизировать трудности в понимании психических состояний других людей [6; 14], так же как форму стрессовой реорганизации психических ресурсов [7; 27].

Психосоциальные предикторы понимания обмана. Показано, что уровень образования, семейный и рабочий статус вносят вклад в понимание обмана в пожилом и старческом возрастах, что согласуется с исследованием М. Шампань-Лавау, которое интерпретирует этот факт через призму *когнитивного резерва У. Стерна* как защитного фактора от когнитивных и психических изменений [9]. Влияние *уровня образования* на понимание небуквальных высказываний в позднем возрасте согласуется с исследованием Р. Флисса, которое рассматривает *уровень образования* как один из когнитивных ресурсов благополучного старения [14]. Показано, что удовлетворенность качеством жизни вносит вклад в понимание обмана в пожилом и старческом возрасте. Изменения в состоянии эмоционального благополучия оказывают воздействие на понимание небуквальных

высказываний в пожилом и старческом возрасте, что подтверждает данные ряда исследований [10; 33; 35], показавших, что эти изменения следует рассматривать как один из когнитивных маркеров наличия симптомов гериатрической депрессии.

Выводы

- Начиная с 61—74 лет, наблюдаются изменения в понимании обмана, эти изменения увеличиваются в возрасте 75—90 лет. Наблюдается феномен *отрицания социокогнитивных изменений*, или *специфическая когнитивная анозогнозии*, т. е. большинство людей позднего возраста не замечают изменения в понимании обмана.
- Не наблюдается трудностей в понимании социальной ситуации и способности делать выводы о ложных мнениях только одного человека (репрезентации «первого» порядка). Однако в пожилом (61—74 лет) и старческом (75—90 лет) возрастах наблюдается *дефицит репрезентаций «второго» порядка модели психического*, т. е. способности оценить намерения множества людей одновременно.
- С целью минимизации трудностей в понимании обмана люди позднего возраста используют такой социокогнитивный компенсаторный механизм, как *эмоционально-эгоцентрический сдвиг*, т. е. понимание психического состояния другого, его намерений с опорой на собственные предпочтения и жизненный опыт.
- Выделены общие предикторы понимания обмана в позднем возрасте: социодемографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни). В пожилом возрасте (55—60 и 61—74 лет) изменения в семейном статусе влияют на понимание обмана. Рабочий статус начинает выступать предиктором понимания обмана только у людей 61—74 лет. У людей 55—60 и 61—74 лет к вышеизложенным предикторам понимания обмана добавляются изменения в субъективном возрасте. В старческом возрасте по сравнению с пожилым к предикторам понимания обмана добавляются полиморбидность и изменения в когнитивном функционировании.
- Наличие и степень выраженности симптомов депрессии, чувства одиночества и удовлетворенность качеством жизни выступают опосредующими факторами между возрастом и состоянием способности понимать обман.

Практические рекомендации

Для минимизации виктимизации и улучшения понимания обмана людьми пожилого возраста в гериатрическую практику следует внедрить *трансдиагностический подход* (transdiagnostic approach [32]).

- **Нейропсихиатрический скрининг:** когнитивное функционирование (MoCA; Blessed dementia rating scale), удовлетворенность качеством жизни (WHOQOL-BREF/SF-36), наличие и степень выраженности симптомов гериатрической депрессии (GDS-15/30), чувства одиночества (R-UCLA-LS) и доверчивости (Self- Report Measure of Gullibility) [2;3].
- **Комплексная нейропсихологическая оценка**, включающая оценку социального познания [5; 10; 11] (рис. 5).

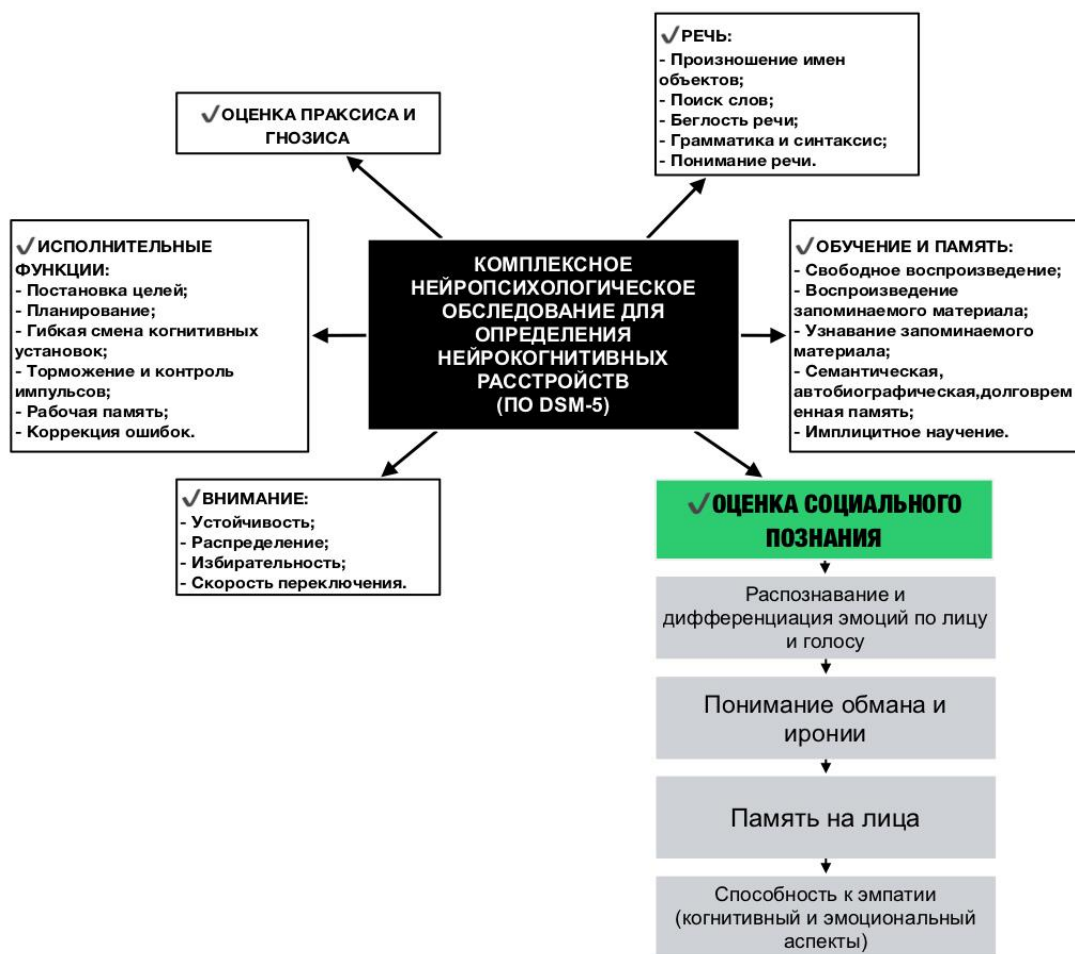


Рис. 5. Компоненты комплексной нейropsихологической оценки для определения нейрокогнитивных расстройств (по DSM-5)

• **Социо-когнитивный тренинг улучшения понимания психических состояний и обмана** С. Боттироли и соавт. [7; 27] — направлен на преодоление эмоционально-эгоцентрического сдвига, распознавание настораживающих знаков и гибкий уход от нежелательного поведения. Учет психических особенностей другого человека в сложных, динамичных социальных ситуациях (двойной блеф, недопонимание, шантаж) [4].

• **Мультимодальная когнитивно-поведенческая психотерапия** (cognitive behavioural intervention with theory of mind; cognitive enhancement therapy) — одновременно направлена на минимизацию симптомов гериатрической депрессии, хронической бессонницы, улучшение когнитивного и эмоционального компонентов модели психического [5; 10; 18].

Литература

1. Горфан Я.Ю. К проблеме виктимизации пожилых людей: обзор зарубежных исследований // Современная зарубежная психология. 2013. Т. 2. № 1. С. 51—59.
2. Мелёхин А.И. Ментальные ресурсы в пожилом и старческом возрасте: дисс. ...канд. психол. наук. М., 2019. 291 с. URL:

<http://www.ipras.ru/engine/documents/document13515.pdf> (дата обращения: 12.08.2019).

3. Мелёхин А.И. Особенности прагматической функции речи в позднем возрасте: принципы диагностики и пути восстановления // Современная зарубежная психология. 2017. Т. 6. № 3. С. 39—52. doi:10.17759/jmfp.2017060305
4. Мелёхин А.И. Программа развития модели психического (theory of mind) в поздних возрастах // Клиническая и специальная психология. 2015. Т. 4. № 1. С. 110—123.
5. Arioli M., Crespi C., Canessa N. Social Cognition through the Lens of Cognitive and Clinical Neuroscience // Biomed Res Int. 2018. Vol. 4. № 13. P. 1—14. doi: 10.1155/2018/4283427
6. Bernstein D.M., Coolin A., Fischer A.L. False-belief reasoning from 3 to 92 years of age // PloS one. 2017. Vol. 12. № 9. P. 11—21. doi:10.1371/journal.pone.0185345
7. Bottiroli S., Cavallini E. Theory of Mind in aging: Comparing cognitive and affective components in the faux pas test. // Arch Gerontol Geriatr. 2016. Vol. 62. P. 152—162. doi: 10.1016/j.archger.2015.09.009
8. Chalah M.A., Kouv P., Lefaucheur J.P. Theory of mind in multiple sclerosis: A neuropsychological and MRI study // Neurosci Lett. 2017. Vol. 29. P. 108—113. doi: 10.1016/j.neulet.2017.08.055
9. Champagne-Lavau M., Joannette Y. Pragmatics, theory of mind and EF after a right-hemisphere lesion: Different patterns of deficits // J Neuroling. 2009. Vol. 22. P. 413—426. doi: 10.1016/j.jneuroling.2009.02.002
10. Cotter J., Granger K., Backx R. Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions // Neurosci Biobehav Rev. 2018. № 84. P. 92—99. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.014
11. Dejko K. Examining mentalizing ability in the process of psychiatric and psychotherapeutic diagnosis // Psychiatr Pol. 2015. Vol. 49. № 3. P. 575—584. doi: 10.12740/PP/27303
12. Duval C., Piolino P. Age effects on different components of theory of mind // Conscious Cogn. 2011. Vol. 20. № 3. P. 627—642. doi: 10.1016/j.concog.2010.10.025
13. Erwin J. The Effects of Sleep Quality on Theory of Mind // Undergraduate Honors Thesis Collection. 2016. Vol. 334. P. 10—23.
14. Fliss R., Lemerre M., Mollard A. Performances on a cognitive theory of mind task: specific decline or general cognitive deficits? Evidence from normal aging // Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2016. Vol. 14. № 2. P. 221—230. doi: 10.1684/pnv.2016.0603
15. Grainger S.A., Henry J.D., Naughtin C.K. Implicit false belief tracking is preserved in late adulthood // J Exp Psychol. 2018. Vol. 71. № 9. P. 1980—1987. doi:

10.1177/1747021817734690

16. *Halberstadt J., Ruffma T., Murray J.* Emotion perception explains age-related differences in the perception of social gaffes // *Psychology and Aging*. 2011. Vol. 26, P. 133—136. doi: 10.1037/a0021366
17. *Hamilton J., Radlak B., Morris P.* Theory of Mind and Executive Functioning Following Stroke // *Arch Clin Neuropsychol*. 2017. Vol. 32. № 5. P. 507—518. doi: 10.1093/arclin/acx035
18. *Hasson-Ohayon I., et al.* Neuro-cognition and social cognition elements of social functioning and social quality of life // *Psychiatry Res*. 2017. Vol. 258. P. 538—543. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.004
19. *Henry J.D., Phillips L.H., Ruffman T.* A meta-analytic review of age differences in theory of mind // *Psychol Aging*. 2013. Vol. 28. № 3. P. 826—839. doi: 10.1037/a0030677
20. *Hezel D.M., McNally R.J.* Theory of Mind Impairments in Social Anxiety Disorder // *Behavior Therapy*. 2014. Vol. 45. № 4. P. 530—540 doi: 10.1016/j.beth.2014.02.010
21. *Maylor E.A., et al.* Does performance on theory of mind tasks decline in old age? // *Br J Psychol*. 2002. Vol. 93. P. 465—485. doi: 10.1348/000712602761381358
22. *Moran J.M.* Lifespan development: the effects of typical aging on theory of mind // *Behav Brain Res*. 2013. Vol. 237. P. 32—40. doi: 10.1016/j.bbr.2012.09.020
23. *Moreau N., Rauzy S., Bonnefoi B.* Different Patterns of Theory of Mind Impairment in Mild Cognitive Impairment // *J Alzheimers Dis*. 2015. Vol. 45. № 2. P. 581—97. doi: 10.3233/JAD-143021
24. *Pezzuti L., Longobardi E., Rossetti S.* The Relation between the Theory of Mind and Socio-Emotional Functioning in a Sample of Older Adults // *J Neurol Psychol*. 2015. Vol. 3. № 2. P. 7—16.
25. *Radecki M.A., Cox S.R., MacPherson S.E.* Theory of mind and psychosocial characteristics in older men // *Psychology and Aging*. 2019. Vol. 34. № 1. P. 145—151. doi: 10.1037/pag0000324
26. *Reed A.E., Carstensen L.L.* The theory behind the age-related positivity effect // *Frontiers in psychology*. 2012. Vol. 339. № 3. P. 19—32. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00339
27. *Riva F., Triscoli C.* Emotional Egocentricity Bias Across the Life-Span // *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2016. Vol. 74. № 8. doi: 10.3389/fnagi.2016.00074
28. *Rosi A., Cavallini E., Bottiroli S.* Promoting theory of mind in older adults: does age play a role? // *Aging Ment Health*. 2016. Vol. 20. № 1. P. 22—28. doi: 10.1080/13607863.2015.1049118
29. *Ruffman T., Murray J., Halberstadt J.* Age-related differences in deception // *Psychol Aging*. 2012. Vol. 27. № 3. P. 543—9. doi: 10.1037/a0023380

30. *Shany-Ur T., Rankin K.P.* Personality and social cognition in neurodegenerative disease // *Curr Opin Neurol.* 2011. Vol. 24. № 6. P. 550—555. doi: 10.1097/WCO.0b013e32834cd42a
31. *Slessor G., et al.* Exploring the specificity of age-related differences in theory of mind tasks // *Psychology and Aging.* 2007. Vol. 22. № 3. P. 639—643. doi: 10.1037/0882-7974.22.3.639
32. *Strikwerda-Brown C., Ramanan S., Irish M.* Neurocognitive mechanisms of theory of mind impairment in neurodegeneration: a transdiagnostic approach // *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019. Vol. 20. P. 557—573. doi: 10.2147/NDT.S158996
33. *Wang Y.Y., Wang Y., Zou Y.M.* Theory of mind impairment and its clinical correlates in patients with schizophrenia, major depressive disorder and bipolar disorder // *Schizophr Res.* 2017. Vol. 17. P. 17—30. doi: 10.1016/j.schres.2017.11.003
34. *Wang Z., Su Y.* Age-related differences in the performance of theory of mind in older adults: a dissociation of cognitive and affective components // *Psychol Aging.* 2013. Vol. 28. № 1. P. 284—291. doi: 10.1037/a0030876
35. *Washburn D., et al.* Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions // *Journal of Anxiety Disorders.* 2016. Vol. 37. P. 71—77. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.11.004
36. *Wellman H.M.* Theory of mind across the lifespan? // *Zeitschrift für Psychologie.* 2018. Vol. 226. № 2. P. 136—138. doi: 10.1027/2151-2604/a000330
37. *Winner E., et al.* Distinguishing lies from jokes: theory of mind deficits and discourse interpretation in right hemisphere brain-damaged patients // *Brain and Language.* 1998. Vol. 62. № 1. P. 89—106. doi: 10.1006/brln.1997.1889
38. *Zunhammer M., Halski A., Eichhammer P.* Theory of Mind and Emotional Awareness in Chronic Somatoform Pain Patients // *PloS one.* 2015. Vol. 10. № 9. P. 1—18. doi:10.1371/journal.pone.0140016

Specificity of Understanding of Deception at Presenile and Senile Age

Melekhin A.I., Candidate in Psychology, Clinical Psychologist of the Highest Qualification Category, Cognitive-Behavioral Psychotherapist, Somnologist-Consultant, Medical center "Laguna Med"; Senior Lecturer, Humanitarian Institute named after P. A. Stolypin, Moscow, Russia (clinmelehin@yandex.ru)

The article shows that since the age of 61-74, partial changes are observed in the understanding of deception with a predominance of an emotional-egocentric shift. There are no difficulties in understanding the social situation and the ability to draw conclusions about the false beliefs of only one person ("first-order" representations). At presenile (61-74 years) and senile (75-90 years) age, there is a shortage of representations of the "second" order of the mental model. The phenomenon of denial of socio-cognitive changes or specific cognitive anosognosia (i.e. most people at senile age do not notice a change in understanding of fraud) is described. General predictors of the deception understanding are highlighted: socio-demographic (level of education) and psychological (symptoms of depression, solitude, satisfaction with the quality of life, subjective age) as well as age-specific predictors: changes in family, work status, cognitive functioning and polymorbidity.

Keywords: deception, understanding of deception, mental model, elderly, senile age, victimization, fraud, social cognition

References

1. Gorfan YA. K probleme viktimizatsii pozhilyh lyudej: obzor zarubezhnyh issledovanij [To the problem of victimization of older people: a review of foreign studies]. *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya* [Modern foreign psychology]. 2013. 2. (1). pp. 51—59.
2. Melyohin A.I. Mental'nye resursy v pozhilom i starcheskom vozraste: diss. ...kand. psih. nauk. [Mental resources in the elderly], Moskva, 2019. 291 p. URL: <http://www.ipras.ru/engine/documents/document13515.pdf>
3. Melyohin A.I. Osobennosti pragmaticheskoy funktsii rechi v pozdnem vozraste: principy diagnostiki i puti vosstanovleniya [Features of the pragmatic function of speech at a later age: principles of diagnosis and ways of recovery]. *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya* [Modern foreign psychology]. 2017. 6(3). pp. 39—52. doi:10.17759/jmfp.2017060305
4. Melyohin A.I. Programma razvitiya modeli psicheskogo v pozdnykh vozrastah [The program of development of the theory of mind in old ages. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya* [Clinical and special psychology]. 2015. 4(1). pp. 110—123.
5. Arioli M., Crespi C., Canessa N. Social Cognition through the Lens of Cognitive and Clinical Neuroscience. *Biomed Res Int.* 2018. Vol. 4(13). pp. 1-14. doi: 10.1155/2018/4283427.

6. Bernstein D.M., Coolin A., Fischer A.L. False-belief reasoning from 3 to 92 years of age. *PloS one*. 2017. Vol. 12 (9). pp. 11-21. doi:10.1371/journal.pone.0185345
7. Bottiroli S., Cavallini E. Theory of Mind in aging: Comparing cognitive and affective components in the faux pas test. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016. Vol.62 (7). pp. 152-162. doi: 10.1016/j.archger.2015.09.009.
8. Chalah M.A., Kouv P., Lefaucheur J.P. Theory of mind in multiple sclerosis: A neuropsychological and MRI study. *Neurosci Lett*. 2017. Vol. 29 (5). pp. 108-113. doi: 10.1016/j.neulet.2017.08.055.
9. Champagne-Lavau M., Joannette Y. Pragmatics, theory of mind and EF after a right-hemisphere lesion: Different patterns of deficits. *J Neuroling*. 2009. Vol. 22 (3). pp. 413-426. DOI: 10.1016/j.jneuroling.2009.02.002
10. Cotter J., Granger K., Backx R. Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018. Vol.6(84). pp. 92-99. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.014.
11. Dejko K. Examining mentalizing ability in the process of psychiatric and psychotherapeutic diagnosis. *Psychiatr Pol*. 2015. Vol. 49(3). pp. 575-584. doi: 10.12740/PP/27303.
12. Duval C., Piolino P. Age effects on different components of theory of mind. // *Conscious Cogn*. 2011. Vol. 20 (3). pp. 627-642. doi: 10.1016/j.concog.2010.10.025.
13. Erwin J. The Effects of Sleep Quality on Theory of Mind. Undergraduate Honors Thesis Collection. 2016. Vol. 334(2). pp. 10-23.
14. Fliss R., Lemerre M., Mollard A. Performances on a cognitive theory of mind task: specific decline or general cognitive deficits? Evidence from normal aging. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2016. Vol. 14(2). pp. 221-230. doi: 10.1684/pnv.2016.0603.
15. Grainger S.A., Henry J.D., Naughtin C.K. Implicit false belief tracking is preserved in late adulthood. *J Exp Psychol*. 2018. Vol. 71(9). pp. 1980-1987. doi: 10.1177/1747021817734690.
16. Halberstadt J., Ruffma T., Murray J. Emotion perception explains age-related differences in the perception of social gaffes. // *Psychology and Aging*. 2011. Vol. 26(4). pp. 133—136. doi: 10.1037/a0021366
17. Hamilton J., Radlak B., Morris P. Theory of Mind and Executive Functioning Following Stroke. *Arch Clin Neuropsychol*. 2017. Vol. 32(5). pp. 507-518. doi: 10.1093/arclin/acx035.
18. Hasson-Ohayon I., et al. Neuro-cognition and social cognition elements of social functioning and social quality of life.// *Psychiatry Res*. 2017. Vol. 258 (3). pp. 538-543. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.004
19. Henry J.D., Phillips L.H., Ruffman T. A meta-analytic review of age differences in theory of mind. *Psychol Aging*. 2013. Vol. 28(3). pp. 826-839. doi: 10.1037/a0030677.

20. Hezel D.M., McNally R.J. Theory of Mind Impairments in Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*. 2014. Vol. 45(4). pp. 530-540 doi: 10.1016/j.beth.2014.02.010
21. Maylor E.A., et al. Does performance on theory of mind tasks decline in old age? *Br J Psychol*. 2002. Vol. 93 (3). pp. 465-485. doi: 10.1348/000712602761381358
22. Moran J.M. Lifespan development: the effects of typical aging on theory of mind. *Behav Brain Res*. 2013. Vol. 237 (2). pp. 32-40. doi: 10.1016/j.bbr.2012.09.020.
23. Moreau N., Rauzy S., Bonnefoi B. Different Patterns of Theory of Mind Impairment in Mild Cognitive Impairment. *J Alzheimers Dis*. 2015. Vol. 45(2). pp. 581-97. doi: 10.3233/JAD-143021
24. Pezzuti L., Longobardi E., Rossetti S. The Relation between the Theory of Mind and Socio-Emotional Functioning in a Sample of Older Adults. *J Neurol Psychol*. 2015. Vol. 3(2). pp. 7-16.
25. Radecki M.A., Cox S.R., MacPherson S.E. Theory of mind and psychosocial characteristics in older men. *Psychology and Aging*, 2019. Vol. 34(1). pp. 145-151. doi: 10.1037/pag0000324
26. Reed A.E., Carstensen L.L. The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers in psychology*. 2012. Vol. 339(3). pp. 19-32. doi:10.3389/fpsyg.2012.00339
27. Riva F., Triscoli C. Emotional Egocentricity Bias Across the Life-Span. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2016. Vol. 74(8). doi: 10.3389/fnagi.2016.00074
28. Rosi A., Cavallini E., Bottiroli S. Promoting theory of mind in older adults: does age play a role? *Aging Ment Health*. 2016. Vol. 20(1). pp. 22-28. doi: 10.1080/13607863.2015.1049118.
29. Ruffman T., Murray J., Halberstadt J. Age-related differences in deception. *Psychol Aging*. 2012. Vol. 27(3). pp. 543-549. doi: 10.1037/a0023380.
30. Shany-Ur T., Rankin K.P. Personality and social cognition in neurodegenerative disease. *Curr Opin Neurol*. 2011. Vol. 24(6). pp. 550-555. doi: 10.1097/WCO.0b013e32834cd42a.
31. Slessor G., et al. Exploring the specificity of age-related differences in theory of mind tasks. *Psychology and Aging*. 2007. Vol. 22(3). P. 639—643. doi: 10.1037/0882-7974.22.3.639
32. Strikwerda-Brown C., Ramanan S., Irish M. Neurocognitive mechanisms of theory of mind impairment in neurodegeneration: a transdiagnostic approach. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019. Vol. 20 (2). pp. 557-573. doi: 10.2147/NDT.S158996.
33. Wang Y.Y., Wang Y., Zou Y.M. Theory of mind impairment and its clinical correlates in patients with schizophrenia, major depressive disorder and bipolar disorder. *Schizophr Res*. 2017. Vol. 17 (2). pp. 17-30. doi: 10.1016/j.schres.2017.11.003.
34. Wang Z., Su Y. Age-related differences in the performance of theory of mind in older adults: a dissociation of cognitive and affective components. *Psychol Aging*. 2013. Vol. 28(1). pp. 284-291. doi: 10.1037/a0030876.

35. Washburn D., et al. Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016. Vol. 37 (4). pp. 71—77. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.11.004
36. Wellman H.M. Theory of mind across the lifespan? *Zeitschrift für Psychologie*. 2018. Vol. 226 (2). pp. 136-138. doi: 10.1027/2151-2604/a000330
37. Winner E., et al. Distinguishing lies from jokes: theory of mind deficits and discourse interpretation in right hemisphere brain-damaged patients. *Brain and Language*. 1998. Vol. 62(1). pp. 89—106. doi: 10.1006/brln.1997.1889
38. Zunhammer M., Halski A., Eichhammer P. Theory of Mind and Emotional Awareness in Chronic Somatoform Pain Patients. *PloS one*. 2015. Vol. 10(9). pp. 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0140016