П.И. Сидоров
А.В. Парняков

ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ

Издание второе
(дополненное)

Рекомендовано Министерством здравоохранения
Российской Федерации в качестве учебника
для студентов медицинских высших учебных заведений

2001 г.

Учебник содержит систематическое изложение основных разделов клинической психологии. Более полно, чем в других аналогичных руководствах, освещены психология лечебного процесса, психологические основы психотерапии, суицидальное поведение, психология умирания.

Впервые комплекс медико-психологических знаний предлагается в органическом единстве с общей, возрастной и социальной психологией. Указатели предметный и персоналий приближают издание к полноценному справочному руководству по всем основным разделам клинической психологии.

Учебник адресован студентам всех факультетов медицинских учебных заведений, а также врачам, психологам и социальным работникам, специализирующимся по клинической психологии и психотерапии.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Клиническая психология — область пограничная между клинической медициной и психологией. Это отражается как в самом названии, так и ее содержании. Современная клиническая практика требует восстановления у больного не только соматического здоровья, но также оптимального психологического и социального функционирования; более того, психологическое состояние человека самым активным образом влияет на его здоровье, зачастую обуславливает быстроту и качество выздоровления при заболеваниях. Поэтому в подготовке врача существенно возрос объем необходимых знаний, умений и навыков. Ведь современному врачу знания и умения в области психологии так же необходимы, как знания и умения в области анатомии или физиологии.

Будущее современной отечественной медицины заключается в усилении в ней роли специалистов гуманитарного профиля. Это особо было подчеркнуто на совместном выездном совещании межведомственного координационного совета по клинической (медицинской) психологии при Минздраве России, проректоров по учебной работе и заведующих кафедрами клинической психологии, которое проходило в г. Архангельске в декабре 1999 года, и было посвящено вопросам преподавания психологии в медицинских Вузах. Практическое здравоохранение уже сегодня требует привлечения к участию в лечебном процессе клинических психологов, социальных работников. Психология необходима и каждому представителю новой профессии в медицине — менеджерам здравоохранения.

Настоящий учебник написан для студентов медицинских высших учебных заведений и учитывает требования программ по психологии не только медицинских факультетов (лечебное дело, педиатрия, стоматология и другие), но и факультетов клинической психологии, медико-социальной работы и медицинских менеджеров. Учебник отражает основные положения системы подготовки по клинической психологии и смежным областям, разработанные авторами и апробированные в течение многих лет на факультетах Северного государственного медицинского университета, где, кроме традиционных медицинских, в 1995 году был открыт факультет медико-социальной работы, а с 1997 функционируют факультет медицинского менеджмента и первый в медицинских вузах России, факультет клинической психологии.

Учебник содержит систематическое краткое изложение основных разделов общей, возрастной и социальной психологии, особенностей использования этих знаний в медицинской практике. Первый раздел построен из вводных материалов, относящихся к предмету психологии и, в частности, клинической психологии. Второй раздел посвящен систематическому описанию основных психических процессов и состояний личности, их нарушениям и методам обследования. Третий и четвертый разделы вводят в круг проблем, изучаемых в персонологии, описывают основные теоретические направления и эмпирические

исследования психологии личности, концепции личностных расстройств. Пятый раздел посвящен психологии развития и возрастной клинической психологии. Шестой раздел знакомит студентов с основами социальной психологии, в частности закономерностями межличностных отношений и общения, психологией групп и психологическими основами групповой терапии. Седьмой и восьмой разделы вводят студента в круг проблем по темам: "Личность и болезнь", "Врач и больной: психология лечебного процесса". Сюда же включено описание психологии умирания, суицидального поведения, а также психологических основ психотерапии, психокоррекции, психологического консультирования, психогигиены и психопрофилактики.

Второе издание (первое вышло в двух томах в 2000 году) готовилось уже с учетом опыта использования учебника в Вузах. Все главы дополнительно снабжены разделом «Краткое содержание и выводы» с перечнем вопросов для повторения, а также включены новые данные и иллюстрации. Учитывая отсутствие специальных практикумов по дисциплине, ряд глав содержит материалы, которые могут использоваться преподавателем для организации практических занятий со студентами. Во втором издании также сохранен основной принцип построения учебника, — обеспечить возможность его использования студентами разных факультетов. С этой целью были расширены разделы, которые носят справочный характер, а также, кроме предметного указателя, введен и указатель персоналий.

Материалы издания представлены в наиболее доступной для восприятия форме. Данный учебник будет, несомненно, полезен и для студентов, изучающих клиническую психологию не только в медицинских вузах, а также для всех специалистов, получающих профессиональную подготовку в области психиатрии, наркологии и психотерапии.

Руководитель Департамента образовательных медицинских учреждений и кадровой политики Министерства здравоохранения Российской Федерации, член-корреспондент РАМН,

профессор Н.Н. Володин

Президент Европейской Ассоциации психотерапии, президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, заведующий кафедрой психотерапии и медицинской психологии РМАПО,

профессор В.В. Макаров

Раздел 1
Введение в психологию

Глава 1

ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГИИ, ЕЕ ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ

Исторические предпосылки возникновения понятия “психика”

Каждая конкретная наука имеет свои особенности, которые отличают ее от других дисциплин. Издавна явления, изучаемые психологией, выделялись и отграничивались от других проявлений жизни как *особые* явления. Их особый характер усматривался к принадлежности их к внутреннему миру человека, который существенно отличается от внешней действительности, от того, что человека окружает. Постепенно все эти явления группировались под названиями “восприятие”, “память”, “мышление”, “воля”, “эмоции” и множество других, в совокупности образуя то, что и именуется *психикой*, т.е. внутренним миром человека, его душевной жизнью. Изучение и описание закономерностей этого внутреннего мира человека и относится к ведению психологии как научной дисциплины. ***Психология — это наука о психике человека*****,** т.е. наука о внутреннем, душевном его мире.

Официальное оформление научная психология получила сравнительно недавно — в 1879 году, когда немецкий психолог Вильгельм Вундт (Wundt) открыл в Лейпциге первую лабораторию экспериментальной психологии и стал выпускать специальный психологический журнал. До этого, а это почти 2,5 тысячи лет, психологические знания развивались в рамках философских учений о душе.



Вундт Вильгельм (1832–1910)

Выдвинутое философами положение о возможности и необходимости изучать психику человека и животных, опираясь на методы естественных наук, не могло быть реализовано прежде, чем достигли определенного уровня развития производство, техника, а в связи с ними и естествознание. В частности, к середине XIX века физиология развилась настолько, что ее отдельные разделы, а особенно физиология органов чувств и нервно-мышечная физиология, уже вплотную подошли к разработке проблем, которые издавна относились к психологии. Кроме успехов физиологии проникновению научно–экспериментальных методов в психологию способствовали и такие науки как физическая оптика, акустика, биология, психиатрия и даже астрономия. Именно эти разделы естествознания и медицины составили основные источники, из которых психология выросла как самостоятельная экспериментальная область научных знаний.

Своим названием психология обязана греческой мифологии — мифу о любви простой смертной земной женщины Психеи и Эрота, сына богини Афродиты. Психея

обрела бессмертие и стала равной богам, стойко выдержав все испытания, которые навлекла на нее разгневанная Афродита. Для греков этот миф был образцом истинной любви, высшей реализацией человеческой души. Поэтому Психея — смертный человек, обретший бессмертие, — стала символом души, ищущей свой идеал.

Строго говоря, термин "психея" впервые появился в работах философа из Эфеса Гераклита (530–470 гг. до н.э.), который полагал, что психеи это особые переходные состояния "огненного" первоначала в организме. Следует подчеркнуть, что введенное Гераклитом название для обозначения психической реальности было и первым собственно психологическим термином. На его основе в 1590 году Гоклкениусом будет предложен термин "психология", который, начиная с работ немецкого философа Христиана Вольфа "Эмпирическая психология" (1732) и "Рациональная психология" (1734) станет общеупотребительным для обозначения науки, изучающей психику человека.

Психология возникла на пересечении естественных наук и философии, поэтому до сих пор точно не определено, считать психологию естественной или гуманитарной наукой. Даже отрасли психологии иногда классифицируют в зависимости от того, тяготеют они к биологическим наукам (зоопсихология, психофизиология, нейропсихология) или общественным (этнопсихология, психолингвистика, социальная психология, психология искусства). В целом психология относится к естественным наукам, хотя многие исследователи полагают, что психология должна занимать особое место в системе наук.

Ей отводится особое место также и потому, что психика, как свойство самой высокоорганизованной материи — мозга, самое сложное, что пока известно человечеству. Кроме того, в психологии, в отличие от других наук, как бы сливаются объект и субъект познания. Те же психические функции и способности, которые служат нам для познания и освоения внешнего мира, обращаются на познание самого себя, своего "Я" и сами они становятся предметом осознания и осмысления. Следует также отметить, что, исследуя самого себя, человек не только познает себя, но и изменяет себя. Можно даже сказать, что психология — это наука не только познающая, но и конструирующая, созидающая человека.

Этимологически термин "психология" происходит от греческого слова "psyche" — душа и "logos" — учение. Однако выяснение специфики явлений, которые изучает психология, весьма затруднено, а их понимание во многом зависит от мировоззрения исследователей. По этим причинам исчерпывающего и всеми признанного определения понятия "психика" до настоящего времени нет.

Мысль о независимости души от тела и ее нематериальном происхождении возникла в древние времена. Еще наши предки предполагали, что в теле человека заключено другое невидимое существо ("тень"), занятое расшифровкой того, что поступает в органы чувств. Эту "тень", или "душу", наделяли способностью выходить на волю и жить собственной жизнью во время сна, а также после смерти человека.

Прошлые цивилизации придумали себе богов и богинь, которые вмешиваются в жизнь людей, заставляя их влюбляться, злиться или быть смелыми. Душой наделялся и окружающий мир — *анимизм* (от лат. anima — "душа"). В шестом веке до н.э. греческие философы уже сознавали, что все эти представления основаны на мифах. Тем не менее, они были убеждены, что в каждом человеке есть нечто, позволяющее ему думать, волноваться..

Анимизмом — вера в существование бесчисленных духовных сущностей, участвующих в человеческих делах и способных помогать или мешать человеку добиваться своих целей. Понятие "анимизм" обозначает не какую-то научную или религиозную доктрину, а рассматривается как определенный исторический *тип мировоззрения.* Он имел место в первобытном обществе и проявлялся в текущей практике древних людей, нашел отражение в их религиозных верованиях, а также в мифологии.

Анимистические представления о душе предшествовали первым научным взглядам на ее природу. В основном они сводились к пониманию души как к нечто

сверхъестественному, “как зверек в животном, как человек внутри человека…”. Смерть понималась людьми как отсутствие души, а защититься от нее можно, если закрыть выход души из тела. Если душа тело уже покинула, то надо постараться заставить ее вернуться обратно. Только душа позволяет телам растений, животных и человека жить и развиваться. Беззащитность человека перед природными явлениями вселяли уверенность в одухотворенность не только стихий, но и всего того, что окружало человека.

Начиная с эпохи великих географических открытий, информация о жизни “диких народов”, обнаруженных в Америке, Африке, Азии и Океании, стала проникать в христианскую Европу. Эти народы, как оказалось, веровали во всеобщую одухотворенность окружающего их мира. Некоторые миссионеры 19 века заинтересовались научной стороной этих “дикарских суеверий”. В последствии интерес к ним кристаллизовался в работе Тайлора “Первобытная культура”, где он выдвинул положение, что анимизм являлся первой формой религии. Сама же религия, как он полагает, “выросла из доктрины о душе”, а последняя, в свою очередь, сложилась на основе стихийных размышлений о смерти, снах и видениях. Являвшиеся во сне образы умерших предков воспринималось людьми как неоспоримое доказательство существования душ и их особой жизни после смерти тела.

Собственно научное представление о душе впервые возникает в древней философии. Научное представление, в отличие от верований, направлено на объяснение души и ее функций. Учение о душе древних философов античности является первой формой знаний, в системе которых начинаются и первые психологические представления. В философском решении проблемы взаимосвязи материи и духа постепенно определялись три точки зрения: материалистическая, идеалистическая и дуалистическая.

Материалистические взгляды на психику. Материалистические взгляды на психику восходят к античной философии. Первыми ведущими центрами древнегреческой культуры и науки, наряду с другими, историки называют города Милет и Эфес. Обычно начало научного миросозерцания связывают с Милетской школой, существовавшей в 7–6 вв. до н.э. Ее представителями были Фалес, Анаксимандр и Анаксимен. Им первым принадлежит заслуга в выделении психики или “души” из материальных явлений. Они же выдвинули положение, что все многообразие мира, в том числе и душа, являются различными состояниями единого материального начала, первоосновы или первоматерии. Различие между ними состояло только в том, какой вид конкретной материи принимали они за первооснову миросоздания. Фалес первоосновой считал воду, Анаксимандр — “апейрон” (состояние первоматерии, которое не имеет качественной определенности), а Анаксимен — воздух. Философ из Эфеса Гераклит (530–470 гг. до н.э.) первоосновой мира признавал огонь. Душа по Гераклиту является особым переходным состоянием огненного начала в организме, названного им “психея”. Всех этих философов часто называют первыми *натурфилософами*, поскольку для них “натура”, т.е. природа лежит в основе всего в мире. Они также преодолевают анимизм древних, создавая принципиально новое учение — *гилозоизм*. Здесь душа также есть у всей материи, но душа представляется ими уже не независимым двойником материи, а является неотъемлемой частью ее.

Среди современников древнегреческого врача Гиппократа (460–377 гг. до н.э.) из наиболее крупных философов античной эпохи особо выделяется *Демокрит* (460-370 гг. до н.э.). Он утверждал, что все существующее, в том числе и душа, состоит из *атомов*, которые представлялись ему в виде мельчайших и неделимых частиц. Вслед за Эмпедоклом (V в. до н.э.) Демокрит фактически признавал реальным внутренний мир как состоящий из вещественных микродубликатов внешних объектов.

В наиболее завершенном виде атомистическое учение представлено *Аристотелем* (384-322 гг. до н.э.), но он отрицал взгляд на душу как на вещество. Одновременно он и не считал возможным рассматривать душу в отрыве от живых тел, т.е. материи, как это делали философы–идеалисты. Психологическая концепция Аристотеля была тесно связана и вытекала из его общефилософского учения о материи и форме. Мир и его развитие понималось им как результат постоянного взаимопроникновения двух начал — пассивного (материи) и активного (формы). Аристотель полагал, что материя не может существовать не оформляясь. Формой живой материи и является душа. Душа — есть активное, деятельное начало в материальном теле, его форма, но не само вещество или тело. У человека центром души является сердце, куда стекаются впечатления из органов чувств. Впечатления образуют источник идей, которые в результате рассудочного мышления и подчиняют себе человеческое поведение.

Для объяснения природы души Аристотель использовал сложную философскую категорию, названную им “энтелехия”, которая означает существование чего-то, что имеет цель в самом себе. Поясняя свою мысль, он приводит такой пример: “Если бы глаз был существом живым, то душой его было бы зрение”. Итак, душа является сущностью (энтелехией) живого существа, так же как зрение является сущностью глаза как органа зрения. Таким образом, Аристотель выдвинул концепцию души как функции тела, а не какого-то внешнего по отношению к нему феномена. Эту точку зрения древнего философа уже нельзя считать последовательно материалистической. Здесь она уже дуалистична, поскольку, устанавливая единство души и тела, Аристотель в самом исходном пункте принимает их (душу и тело, форму и материю) как два совершенно самостоятельных начала.

По сути, Аристотель пытался совместить материалистические и идеалистические взгляды на природу и происхождение души. Вероятно, это не случайно, так как он был учеником Платона, наиболее яркого представителя философов–идеалистов. Однако здесь нам важно отметить то, что в философско-психологических взглядах Аристотеля на первое место выдвигаются мышление, знание и мудрость, а его мысль, что главной функцией души является реализация биологического существования организма, в последствии закрепилась за понятием “психика”. И в современном материалистическом естествознании психика признается одним из главных факторов эволюции животного мира.

Идеалистические взгляды на психику. Идеалистические взгляды на психику также восходят к античной философии. Их представители (Сократ, Платон) признают существование особого духовного начала, не зависимого от материи. Они рассматривают психическую деятельность как проявление нематериальной, бесплотной и бессмертной души.

Основное положение *Платона* (427–347 гг. до н.э.) заключается в признании в качестве истинного бытия не материальный мир, а мир идей. К этому выводу философ пришел при выяснении сущности ряда этических и эстетических категорий. Например, он задается вопросом о том, что такое красота. Все единичные красивые вещи старятся, теряя свою красоту, а им на смену приходят новые. Но что делает все эти вещи красивыми? Стало быть должно существовать нечто такое, что объединяет между собой все эти единичные вещи. Их всех объединяет не материальная, а духовная сущность — это идея красоты. Существует нечто подобное для всего видимого в мире. Это нечто и названо Платоном *идеей*, которая представляет собой идеальную общезначимую форму того или иного тела. Эти общие идеи противопоставлены философом материальному миру и

превращены в самостоятельную сущность, независимую как от материальных объектов, так и от самого человека.

Таким образом, именно *идея* объявляется первопричиной всего существующего, а материальные вещи всего лишь ее воплощения. Все, что мы вокруг себя видим, существует только в наших ощущениях и представлениях как своеобразное и загадочное проявление "абсолютного духа" или главной, "*всеобщей идеи*". Иначе — здесь постулируется изначальное существование идеального мира, т.е. мира идей о сущностях предметов внешнего мира. Например, существует всеобщая идея красоты, справедливости или добродетели, а то, что происходит на земле, в повседневной жизни людей, есть лишь отражение или "тень" этих всеобщих идей. Для приобщения к миру идей, душа человека должна освободится от влияния бренного тела и не доверять слепо органам чувств. Заботиться о здоровье души надо намного больше, чем о здоровье тела, так как после смерти душа уходит в иной мир — мир духовных, идеальных сущностей.

Платон, в свою очередь, был учеником Сократа (469-399 гг. до н.э.), а последний проповедовал свои взгляды устно, в форме бесед. В последующем и все произведения Платона были написаны в форме диалогов, где главное действующее лицо Сократ. В текстах Платона его собственная философская концепция органически связана с взглядами его учителя — Сократа.

Сократ родился в столице Греции — Афинах. Он принимал активное участие в культурной и политической жизни Афин, где в тот период популярной философской школой была школа софистов, с представителями которой он вел полемику. В народном собрании города Сократ не всегда соглашался с мнением большинства, что требовало немалого мужества, особенно в период правления "тридцати тиранов". В 399 г. до н.э. его обвинили в том, что "он не чтит богов и развращает юношество", за что и приговорили к смерти. Он мужественно принял приговор, выпив яд. Поведение Сократа на процессе, так же как и его смерть, способствовали широкому распространению его взглядов, так как доказывали, что жизнь Сократа неотделима от его теоретических этических воззрений.

Одним из важнейших положений Сократа была идея о том, что существует абсолютное знание или абсолютная истина, которую человек может открыть сам в себе, познать только в своем размышлении. Доказывая, что такое абсолютное знание не только существует, но и может передаваться одним человеком другому, Сократ обращается к речи, утверждая, что истина зафиксирована в общих понятиях, в словах. В таком виде истины и передаются от поколения к поколению. Он здесь впервые связал мыслительный процесс со словом. Позднее это положение развил его ученик Платон, отождествивший мышление и внутреннюю речь.

Сократ — автор знаменитого метода *сократической беседы*. В основе ее лежит способ так называемых "наводящих размышлений". Здесь важно не давать готовое знание собеседнику, а подвести его к самостоятельному открытию истины. Сократ заставлял собеседника размышлять, задавая специально подобранные наводящие вопросы. Вводя понятие гипотезы, он показывал ему, что неправильное допущение приводит к противоречиям. Это требовало выдвижения другой гипотезы. Таким путем беседа приводила собеседника Сократа к постепенному и самостоятельному открытию истины. Фактически сократический диалог был первой попыткой разработки технологии проблемного обучения. Метод сократической беседы также широко применяется и в современной психотерапевтической практике.

Если посмотреть на учение Сократа и Платона с современных позиций и подойти к ним как к ярким и точным художественным метафорам, то можно обнаружить, как пишет Ю.Б. Гиппенрейтер (1996), что "мир идей", который противостоит индивидуальному сознанию конкретного человека, существует до его рождения и к которому каждый из нас приобщается с детства — это мир духовной культуры человечества, зафиксированный в ее материальных носителях, прежде всего в языке, в научных и литературных текстах. Это есть мир человеческих

ценностей и идеалов. Если ребенок развивается вне этого мира (а такие истории известны — это дети, вскормленные животными), то его психика не развивается и не становится человеческой.

Представления о душе как направляющем, нравственном начале жизни человека долгое время “экспериментальной психологией” не принимались. Только последние десятилетия духовные аспекты жизни человека стали интенсивно обсуждаться в психологии в связи с такими понятиями, как зрелость личности, здоровье личности, личностный рост, а также и многое другое из того, что сейчас обнаруживается и перекликается с этическими следствиями учения о душе античных философов.

Средневековье. 1–2 вв. новой эры — начало разложения рабовладельческого общества. Политические столкновения, восстания рабов, гражданские войны, т.е. все то, чем сопровождался распад римской империи, не могли не вызвать существенные сдвиги в сознании людей. Трудности жизни и невозможность изменить условия побуждали человека замыкаться в своем внутреннем мире, искать утешение в себе. Зарождающаяся церковь не замедлила воспользоваться этими настроениями. Оказывая императорам поддержку в подавлении масс, церковь укрепляла свои позиции и усиливала свое влияние в Риме. Как известно, в 1 в. христианство признается государственной религией, а к 4 в. границы влияния церкви выходят далеко за пределы Рима.

В эпоху средневековья учение о душе полностью отошло во владение религии, которая наложила запрет на попытки научного исследования души человека. Душа объявлялась божественным началом, представляющим собой тайну для смертных, поэтому сущность человека должна постигается не через разум, а через незнание и веру в догматы. На протяжении 11 столетий интеллектуального средневековья возникало множество философских школ, которые активно поддерживали богословие, считая естественные науки ограничением божественной власти, стоящей над человеческим разумом.

Христианская религия проповедовала отрешенность от внешнего мира, призывала к смирению и покорности, уединению с погружением в собственный внутренний мир. Эта общая установка и ориентации человека на свой внутренний личный мир и получила богословскую, теологическую интерпретацию в философско-психологических взглядах идеолога раннего христианства **Плотина** (205-270 гг.). Он полагал, что деятельность души заключается не только в обращении к богу; но и в обращении к своему чувственному миру; в обращении к самой себе. Благодаря *внутреннему взору* душа располагает знаниями о всех своих прошлых и нестоящих действиях. Мимо внутреннего ока не может пройти ни одно состояние души, будет ли оно из познавательной или побудительной сферы. Это учение о существовании универсальной способности души к самонаблюдению знаменовало собой первую поступь *интроспективной психологии* (Якунин В.А., 1998).

Следующий шаг в развитии интроспективного направления в психологии был сделан **Августином** (354-430). Новым в его психологии является признание воли как универсального принципа, организующего деятельность души. Однако *волюнтаризм* в его учении носил богословский характер. Он полагал, что все поступки человека предопределяются богом. Поэтому всякое выступление против веры в него и есть выступление против этого божественного предопределения, что ведет за собой вечные загробные муки. Для частичного освобождения отступников от будущих мучений в загробном мире, Августин предлагает ввести на земле смертную казнь через сожжение. Так в учении Августина засветились первые искры, из которых вырастут будущие костры инквизиции и непревзойденной жестокости средневековой церкви

Взгляды Плотина и Августина на протяжении многих столетий станут путеводной звездой для средневековой схоластики. Следы их идей можно заметить и в Новое время. Достаточно сказать, что учение о душе Плотина и Августина стало отправным для Р. Декарта, который, выступив со своей теорией сознания, окончательно оформит и утвердит *интроспективное направление* в европейской психологии XVII-XIX вв.

Из других философских учений того времени наиболее известным являлось *схоластическое* учение. Своего расцвета оно достигло в 13 веке благодаря **Фоме (Томосу) Аквинскому** (1228-1274 гг.). Он был первым, кто попытался и наиболее тонко сумел внедрить в богословскую догматику учение Аристотеля. Теологическое учение, выдвину-

тое Ф. Аквинским и названное впоследствии его именем — *томизмом*, получило в религиозных кругах широкое признание и распространение. Сам же Ф. Аквинский в 1323 г. был причислен к лику святых. Схоласты проповедовали учение, основанное одновременно и на богословии, и на доктрине Аристотеля. Они пытались таким образом объяснить мир с помощью разума, "озаренного верой". Роль ученого они видели в том, чтобы раскрыть упорядоченность и иерархическое устройство созданного Богом мира. Хотя, начиная со второго века до н.э. уже считалось установленным, что душа помещается в мозге, но философы без конца вели умозрительные споры о ее природе и способе влияния на поведение человека.

Несмотря на то, что средневековая философия и психология целиком находились под влиянием церкви, в среде самих богословов и схоластов имели место и элементы материализма (Скотт Д., Оккам В., Бэкон Р.). Однако в наиболее сильной форме материалистические тенденции были выражены в арабской философии и психологии. Они были связаны с общим расцветом восточной культуры в VIII-XII вв. Объединение восточных народов в огромное единое государство (Арабский Халифат) повлекло за собой интенсивный рост производства, стимулировало развитие медицины, естествознания, философии и психологии. Идейными источниками расцвета наук на Востоке служили достижения античной культуры, которые получили широкое распространение среди арабских народов.

Высшим авторитетом арабской философии и психологии X-XII вв. был крупнейший ученый, придворный врач из Бухары. Ибн-Сина (**Авиценна**, 980-1037). Главными трудами его являются энциклопедические по своему содержанию книги "Спасение" и "Канон медицины". Авиценна — это, прежде всего естествоиспытатель, сторонник опытного познания мира. Сердцевину его учения составляет психофизиология. Именно у Авиценны мы впервые встречаемся с началом опытного, экспериментального проникновения в мир психических явлений. В частности, касаясь вопроса взаимосвязи душевных переживаний и телесных изменений, Авиценна показывал это в опытах, проведенных с двумя баранами. Одно из животных кормилось в обычных условиях, другое — на виду у волка, находившегося рядом на привязи. Хотя пища была одинаковой, животное, кормившееся в присутствии волка, быстро исхудало и погибло.

Из других видных арабских ученых средневековья были **Альгазена** (Ибн аль–Хайсма, 965-1038) и **Аверроэсе** (Ибн Рушда, 1126-1198). Альгазену принадлежит заслуга в выдвижении новой точки зрения на механизмы ощущений и восприятия. В частности, ранее зрение объясняли предположением наличия "истечений", идущих от глаза к воспринимаемому предмету. Альгазена впервые экспериментально показал, что глаз является оптическим прибором, а причиной возникновения зрительного образа являются законы отражения и преломления света. Позднее, Аверроэсе покажет, что чувствительным аппаратом глаза является не хрусталик, а сетчатая оболочка.

Альгазена полагает, что именно умственная деятельность, которая при восприятии не осознается, позволяет человеку устанавливать натуральный объем и форму предметов, находить различие и сходство между ними. С аналогичной теорией о внутренних факторах восприятия (учение о "бессознательных умозаключениях"), выступит во второй половине XIX в. Г. Гельмгольц. Исследования в области физической оптики, начатые арабскими учеными и продолженные в средневековье Р. Бэконом, закладывали фундамент будущей психофизиологии органов чувств.

Принятое церковью учение Ф. Аквинского, как последнее слово теологии, стало постепенно вызывать критику со стороны самих богословов. Первым, кто выступил за снятие "тонзуры" с Аристотеля, был английский схоласт *Д. Скотт* (1270-1308). С критикой схоластики и томизма выступал и другой английский мыслитель средневековья *Р. Бэкон* (1214-1292). Только устранив невежество, считали эти ученые, можно обеспечить подлинное развитие наук и тем самым общее благосостояние мира.

В развитии материалистических тенденций в средневековой психологии особая заслуга принадлежит *В. Оккаму* (1300-1350), который полагал, что многие психические явления могут быть раскрыты вообще без обращения к категории "душа". Его положение о том, что следует избегать и отсекать избыточные мистические сущности и силы там, где вполне можно обойтись без них, получило название "бритвы Оккама". Этот принцип экономии сыграл немаловажную роль в борьбе с томизмом и схоластикой, заложив в науке ориентацию на научное наблюдение и эксперимент (*эмпиризм*), которые станут довлеющими в эпоху возрождения и последующие годы.

Дуалистические взгляды на психику. Дуалистические взгляды в психологии (взгляды о независимости и самостоятельности существования в мире двух основополагающих начал —материи и духа), также корнями уходящие корнями в доисторические времена и античность, наиболее активно развивал французский философ, психолог и математик 17 века Рене Декарт (1596-1650). Он считается родоначальником рационалистической философии, а в математике ввел алгебраические обозначения, отрицательные числа. Латинский вариант его имени Ренатус Картезиус, отсюда термины — "картезианская философия", "картезианская интуиция" и т.п.

Декарт считал, что человек состоит из нематериальной души и материального тела. Таким образом, с его точки зрения душа и тело имеют разную природу. По его мнению, не только душа воздействует на тело, но и тело способно существенным образом влиять на состояние души. Таким образом, в основу решения психофизической проблемы Декарт положил идею взаимодействия. Соединенные божеской силой в человеке душа, главным атрибутом которой является мышление, и тело (природа), характеризующееся протяжением, взаимно влияют друг на друга, хотя и являются разными субстанциями.

Роль тела теперь стала восприниматься совершенно иначе: те функции, которые прежде приписывались только душе, теперь стали относить к телесным функциям. В средние века, например, полагали, что душа ответственна не только за процессы мышления и здравый смысл, но и за восприятие, движение и репродуктивную деятельность. Декарт отбросил эти представления. Душа, с его точки зрения, имеет единственную функцию — мышление. Все прочие функции носят телесный характер.

Главный признак души — наличие сознания, сущностью которого является моральный выбор посредством мышления и воли. У животных нет души, так как у них нет сознания, и их поведение можно полностью объяснить с механической точки зрения. Человеческое тело — это тоже машина, поэтому в объяснении его работы, т.е. физиологических процессов и простых поведенческих актов, нет необходимости привлечения "души разумной", наделенной сознанием, волей и желаниями. Таким образом, Декарт в области физиологии предвосхитил учение о рефлексах.

Любое знание, по мнению Декарта, должно выводится методом логического рассуждения. Так что если задаться целью найти истину все следует подвергать сомнению. Рассуждая таким образом можно даже прийти к выводу, что на свете ничего не существует. Однако сомнение в этом все же остается. Значит, сомнение является верным признаком того, что мы мыслим. А если я "мыслю, следовательно, существую" ("cognitio ergo sum") и у меня есть сознание этого. Первое, что обнаруживает в себе человек — *его собственное сознание*. "Мыслить" по Декарту значит не только понимать, но и желать, воображать, чувствовать. Психология конца 19 века, восприняв дух идей Декарта, сделала своим предметом изучение сознания. Основной задачей психологии здесь уже объявлялось изучение состояний, свойств и содержаний сознания.

Декарт родился во Франции, получил гуманитарное и математическое образование в иезуитском колледже. Свое имя Декарт прославил целым рядом трактатов по математике и философии, что даже шведская королева пригласила его давать ей уроки философии. Занятия проходили в плохо отапливаемой библиотеке, поэтому хрупкий и болезненный Декарт быстро заболел воспалением легких и умер 11 февраля 1650 года.

Интересным постскриптумом к смерти этого великого человека, который отдал так много сил изучению взаимодействия тела и души, может служить посмертная история его тела. Только через 16 лет после смерти решили перезахоронить Декарта на родине. Но в

Париж останки философа поступили без головы и указательного пальца на правой руке, которые стали сувенирами. Почти 150 лет череп Декарта переходил от одного коллекционера к другому, пока, наконец, не был возвращен в могилу, его истинному владельцу (Shea, 1991; цит. по Шульц Д.П. и Шульц С.Э., 1998).

Итоги развития психологии в рамках философии. Ведущей чертой античной психологии являлась ее стихийно-материалистическая направленность. Различные мыслители древности пытались объяснить природу из нее самой, из законов, присущих самой материи. Большинство античных мыслителей были не только материалистами, но и диалектиками. Мир представлялся им единым, бесконечно движущимся и изменяющимся. Хотя природа трактовалась древними учеными в целом нерасчлененно, как бы синкретично, однако первые попытки выделения одних явлений из совокупности других, стремление понять их место в общей картине мироздания уже тогда имели место.

Явления душевной жизни человека не могли не привлечь внимания древних ученых вследствие их своеобразия и специфической природы. Именно поэтому еще на заре научного знания психические явления достаточно четко вычленялись из чисто материальных и, более того, осуществлялись попытки внутренней дифференциации отдельных сторон души. Обычно область психических явлений разделялась на две больших группы — познавательные и побудительные силы. Пытаясь понять их природу, древние мыслители сумели высказать множество догадок, выдвинуть большой ряд принципиальных идей, которые оказали огромное влияние на последующее развитие психологии и которые не потеряли своего значения до настоящего времени.

В средние века была установка мыслителей искать ответы на все вопросы в прошлом, обращались за разъяснениями к трудам Аристотеля или других древних авторов, к Библии. В своих исследованиях человек должен был руководствоваться догмой, установлениями господствующей церкви или мнением авторитетных авторов. Лишь в XVII веке берут начало те длительные процессы, которым обязана своим существованием современная наука. В XVII столетии появляется новая методологическая установка — *эмпиризм*, которая ориентировала на познание посредством наблюдения и эксперимента. Знание, ориентированное только на традицию и авторитет, теперь стало воспринималось как нечто внушающее сомнение. Последующее развитие механики и биологии, физиологические открытия способствовали тому, что уже в девятнадцатом столетии психология начинает преимущественно развиваться не в рамках философских учений о душе, а в рамках физиологии, лишь в 1879 году психология выделяется В. Вундтом в самостоятельную научную дисциплину.

ПСИХИКА И НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Несмотря на то, что знания в области анатомии и физиологии в последующие годы значительно обогащались, лишь в начале 20 века понятие “душа” сменилось понятием “психика” окончательно уступив место концепции, согласно которой поведение человека управляется преимущественно нервной системой. Это произошло под непосредственным влиянием достижений в физиологии мозга, возникновения конкретно–научного представления о структуре рефлекторной дуги.

Впервые рефлекторную трактовку основных психологических процессов и явлений предложил известный русский физиолог И.М. Сеченов. Все акты сознательной и бессознательной жизни человека Сеченов считал рефлексами по

своим истокам, структуре и функционированию. Рефлекторность означает у него первичность объективных условий жизни организма и вторичность их воспроизведения в психике.

Современное материалистическое понимание психики рассматривает ее как системное свойство высокоорганизованной материи, заключающейся в активном отражении субъектом окружающего мира и построении на этой основе его картины, а также саморегуляции своего поведения и деятельности.

Психика человека — субъективное отражение объективного мира, являющееся свойством высокоорганизованной материи (мозга).

Согласно диалектическому материализму любая материя обладает уникальными отражательными свойствами. Однако, что и как отражается зависит от уровня организации материи.

Физическое отражение свойственно неживой природе, примерами его является отражение звука, света и т.д. Знание его закономерностей широко используется в технике — радиолокации, фотографии, ракетостроении.

Физиологическое отражение является свойством только живой природы, примерами его являются тропизмы, таксисы и многочисленные рефлекторные реакции.

Психическое отражение возникает при дальнейшем усложнении нервной системы и мозга как живой сложнейшей отражательной системы. Внешний мир порождает в структурах мозга некоторые процессы, отражающие свойства этого внешнего мира в форме различных психических явлений.

Физиологические мозговые и психические процессы протекают параллельно друг другу и кажутся нам независимыми друг от друга, поскольку события, развивающиеся в нас самих (в мозге) мы не ощущаем, а свойства вещей, находящихся вне нас, — ощущаем. Особенности психики, связанные с тем, что физиологическая составляющая психических процессов в восприятии практически совершенно не представлена, является, вероятно, следствием эволюции приспособительных свойств психики. Если бы мы ощущали физиологическую сторону своих психических процессов, то это искажало бы картину внешнего мира, мешало бы его правильному восприятию и пониманию. Причины возникновения высших психических функций лежат вне организма и отсюда их характеристики выведению только из закономерностей функционирования мозга не поддаются.

> В настоящее время вряд ли можно всерьез подвергать сомнению наличие связи между функционированием мозга и психическими процессами. Однако и в наши дни продолжает дискутироваться одна проблема, которая получила название ***психофизической***, а с конца 19 в. — ***психофизиологической проблемы***. Формально она заключена в вопросе: как соотносятся физиологические и психические процессы? На этот вопрос предлагалось два основных варианта решения. Первое решение получило название *принципа психофизического взаимодействия* (физиологические процессы мозга непосредственно влияют на психические процессы, а психические — на физиологические), а второе — *принципа психофизического параллелизма* (физиологические процессы сопровождают психические или сопутствуют им, но они независимы).

Главными свойствами психического отражения являются его идеальность, субъективность и опережающий характер.

Идеальность психического отражения означает, что в психических процессах физические изменения, разыгрывающиеся в ограниченном пространстве органов восприятия и мышления, предстают перед нами в особой (идеальной) форме как происходящие вне нас в неограниченном пространстве и времени.

Субъективность психического отражения означает, что это отражение внешнего мира очень индивидуально и зависит от опыта, возраста, воспитания человека как субъекта. Тем не менее, субъективность психического отражения ни в коей мере не отрицает объективную возможность правильного отражения реального мира. Правильность психического отражения проверяется индивидуальной практикой человека и практикой всего человечества.

Опережающий характер психического отражения — другая важная особенность, подчеркивающая адаптивный характер психики. Опережающий характер психического отражения является результатом накопления и закрепления в памяти опыта. Как только существо попадает в ситуацию аналогичную ранее встречавшейся, первые воздействия среды вызывают всю систему необходимой ответной реакции.

Все эти *особые* качества психического и лежат в основе выделения предмета психологии. Непосредственно для человека психика выступает и открывается ему в виде доступных для *самонаблюдения* (интроспекции) психических явлений его внутреннего (субъективного) мира: его собственных ощущений, восприятий, представлений, мыслей, чувств и переживаний.

СОЦИАЛЬНАЯ ОПОСРЕДОВАННОСТЬ ПСИХИКИ ЧЕЛОВЕКА

Психика, в силу особенностей психического отражения, выступает в качестве основного регулятора поведения живых организмов. Наличие психики позволяет строить последовательную программу действий и производить операции сначала во внутреннем (интрапсихическом) плане и только потом действовать.

Качественное отличие поведения человека состоит в том, что под влиянием законов общественной жизни, поведение человека приобретает *личностный* характер. Одного факта принадлежности младенца к человеческому роду, что фиксируется в понятии *индивид*, недостаточно для развития собственно человеческих признаков и качеств. Специфика высших психических функций человека такова, что ни одна из них не является только следствием возрастного развития и простого созревания мозга младенца. Непременное условие их формирования *воспитание* и другие формы взаимодействия с другими людьми, т.е. — социальные контакты. Для развития высших психических функций человека нужны особые условия — их формирование *социально опосредовано*.

> Влияние среды, как решающего фактора в становлении психики человека, можно проиллюстрировать, хотя и редкими, но убедительными случаями нахождения людьми “волчьих детей”.
>
> В 1940 году А. Гезелл и 1942 году Р.М. Цингг проанализировали сообщение индийского миссионера Дж. Синга, который при посещении деревни Годамури Миднапура сумел освободить из волчьего логова двух девочек в возрасте 1,5–2 года (Амала) и 8–9 лет (Камала). Младшая Амала умерла через год, а старшая Камала дожила до 17 лет и умерла от уремии. Обе девочки были глубоко слабоумными и вели себя как зверята: передвигались на четвереньках, защищали свою пищу, оскаливали зубы. Первое слово Камала произнесла через 2 года после начала воспитания, через 2 следующих года знала всего 6 слов. Выпрямиться она смогла через 3 года, а первые шаги сделала лишь через 6 лет. А. Гезел полагает, что только к 35 годам Камала смогла бы достигнуть уровня развития 12-летнего ребенка, а Амала этого уровня развития достигла бы к 17 годам.
>
> В 1799 году в лесах на юге Франции охотники нашли 12-летнего мальчика. Он передвигался на всех четырех конечностях, ел как животное и кусал тех, кто к нему приближался. Известный психиатр Пинель (Pinel) обследовал мальчика и пришел к заключению, что он страдает неизлечимым слабоумием. Молодой врач Итар (Itar), специализировавшийся на лечении глухих детей, не согласился с таким диагнозом. По его мнению, поведение ребенка, которого назвали Виктором, — следствие очень ранней и

длительной изоляции от людей. Однако и после пятилетних усилий Итару не удалось приучить Виктора к общению с людьми. Вплоть до смерти в возрасте 40 лет никаких заметных улучшений в его поведении не произошло.

Индивид в процессе индивидуального развития (*онтогенеза*) формирует свой внутренний мир путем усвоения (*интериоризации*) исторически сложившихся форм и видов социальной деятельности человека, происходит усвоение опыта многих поколений людей. Именно в процессе такого развития и происходит становление его личности, его "Я". *Личность — сложное единство, интеграция в человеке его биологических свойств (организм) с социальными качествами, при ведущей роли последних.* При этом личность связывает воедино различные стороны психики (ум, чувства, волю) и придает поведению человека необходимую последовательность и устойчивость.

Предмет и объекты психологии, основные формы психических явлений

Психика проявляется во внешнем поведении и практической деятельности людей, поэтому поведение и деятельность человека выступают в качестве основных *объектов психологии*. Однако, поведение и деятельность человека изучаются не только психологией, но и физиологией, этикой, социологией и многими другими науками. При этом каждую из них интересует определенная сторона или аспект, соответствующий предмету науки. *Предметом психологии* является изучение закономерностей развития и проявлений психики, т.е. психические явления.

Психические явления — обычно понимаются как *факты* нашего внутреннего (субъективного) опыта . Их легко обнаружить у самого себя, стоит только обратить взор "внутрь себя". Таким образом, фундаментальное свойство психических явлений — это их *непосредственная представленность только самому субъекту*. Это означает, что мы не только видим, мыслим, желаем или чувствуем, но и знаем о об этом. Иными словами, психические явления не только происходят в нас, но также непосредственно только нам и открываются. Наш внутренний мир как большая сцена, где мы одновременно и зрители и действующие лица, поэтому полагали, что единственным методом изучения психических явлений является самонаблюдение**,** или *метод интроспекции***.** Другим людям наш субъективный мир не доступен, окружающие только от нас самих могут узнать, что мы ощущаем, мыслим, желаем или чувствуем.

Кроме фактов субъективного опыта существует целый ряд и других форм проявлений психики, которые также изучает психология — это *факты поведения*, *факты неосознаваемого психического*, *а также психосоматические явления и продукты деятельности человека.* Во всех этих фактах, явлениях и продуктах материальной и духовной культуры проявляется психика человека и через них же она может и изучаться. Однако к этим выводам психология пришла не сразу, а ходе драматических дискуссий и трансформаций представлений о ее предмете.

Важно подчеркнуть, что в настоящее время в психологии проводится отчетливое различие между собственно психическими явлениями и психологическими фактами. Под *психическими явлениями* понимаются только субъективные переживания или элементы нашего внутреннего опыта (как сознательные, так и бессознательные), а под *психологическими фактами* подразумевается более широкий круг проявлений психики. В их число уже включаются и *объективные формы* проявлений психического. К ним относятся: поведение, телесные процессы, продукты деятельности людей и социально-

культурные явления. Объективные формы проявления психики используются психологией для изучения ее собственных свойств, функций и закономерностей.

Психология изучает механизмы процессов преобразования внешних воздействий во внутренний (психический) план, в котором представлены воздействующие объекты, а также она исследует механизмы, обеспечивающие регулирование ответной реакции, программирование поведения.

Субъективные психические явления, как проявления целостной личности, не являются чем-то самостоятельным и изолированным. Однако в психологии из методологических соображений и для удобства изучения, их принято подразделять на три основные группы:

- **психические процессы** — ощущения, восприятие, память, мышление, воображение, эмоции и др.;
- **психические состояния** — активность, бодрость, пассивность, усталость, тревожность, радость и др.;
- **психические свойства личности** — характер, темперамент, способности и др.

Все эти формы психических явлений тесно связаны между собой и незаметно переходят одна в другую.

Понятие “психический процесс” подчеркивает *процессуальный* характер изучаемого явления с достаточной очерченостью его начала и окончания.

Понятие “психическое состояние” характеризует *статический* момент, относительное постоянство во времени психического явления.

Понятие “психическое свойство” отражает *устойчивость* исследуемого явления, его повторяемость и закрепленность в структуре личности.

Так, аффект может рассматриваться и как психический процесс, поскольку в нем выражена динамика чувств; и как психическое состояние, т.к. он характеризует психику в данный момент; и как проявление психических свойств личности — вспыльчивости, гневливости. Взаимосвязь психических явлений знакома каждому человеку, поскольку он повседневно встречается с умом, чувствами, характером и другими психическими особенностями окружающих его людей. Каждый из нас может отдавать себе отчет и о своих личных психологических качествах — внимании, памяти, способностях или речи.

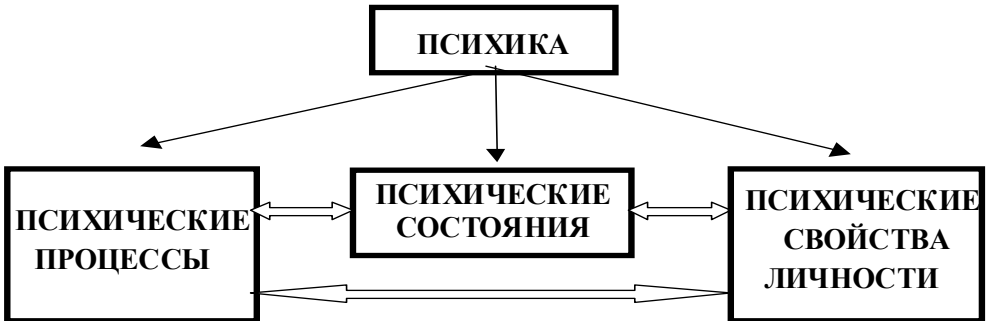


Схема взаимодействия психических процессов, состояний и свойств личности человека

Психические процессы принято подразделять на три основные группы: *познавательные* (внимание, ощущения и восприятия, память, мышление и воображение), *волевые* (мотивы, стремления, желания, принятие решений) и *эмоциональные* (чувства, эмоции).

Аналогично и психические состояния могут быть проявлениями познавательных психических процессов (например, сомнение), волевых (например, уверенность) и эмоциональных (настроения, аффекты). В свою очередь, среди психических свойств личности можно выделить способности (качества познавательной сферы, ума), характер (устойчивые особенности волевой сферы) и темперамент (закрепившиеся качества чувств).

Психика человека существенно отличается от психики даже высокоорганизованных животных тем, что она в большинстве своих проявлений осознана. Поэтому психические явления принято также подразделять на *сознательные и бессознательные*.

Сознание. Это прежде всего *знание* о чем-то, истинность которого можно проверить практикой. Знание не есть след события или объекта, пассивно запечатленный структурами мозга. Знание служит средством удовлетворения потребностей, средством достижения целей. Сознание также носит изначально социальный характер. Осознать — еще и значит приобрести потенциальную возможность научить, передать свое знание другому. Таким образом, сознание есть такое знание о мире, закрепленное в нервных структурах мозга, которое может быть использовано человеком для организации действий, направленных на удовлетворение потребностей, и может быть передано другим людям посредством речи. Сознание — это высшая форма отражения действительности, свойственная только человеку.

Бессознательное. Большинство психических явлений осознаются человеком (человек *знает* и отдает отчет тому, что он кого-то любит или ненавидит, что в нем "протекает" это явление), но имеется много и таких, которые образуют бессознательный (подсознательный) слой психики. Бессознательные психические явления представляют собой такую форму отражения действительности, при которой *не отдается отчет* в совершаемых действиях, утрачивается полнота ориентировки во времени и месте действия, нарушается речевое регулирование поведения.

В область бессознательного входят психические явления, возникающие во сне (сновидения); ответные реакции под влиянием не ощущаемых, но реальных раздражителей ("субсенсорные" реакции); автоматизированные действия (движения, бывшие в прошлом сознательными, но благодаря повторению приобрели характер навыка); механизмы творчества, формирования гипотез, догадок, предположений, оттенки эмоций и их внешнее выражение и многие другие.

Ю.Б. Гиппенрейтер (1988) классифицировала феномены бессознательного в три больших класса:

1) Неосознаваемые механизмы сознательных действий (автоматизмы и навыки, установки, идеомоторика);

2) Неосознаваемые побудители сознательных действий (это прежде всего явления, изучаемые в психоанализе);

3) "Надсознательные" психические процессы — это особый тип бессознательного, так по масштабу времени и содержанию эти процессы намного крупнее всего того, что может вместить сознание. Они проходят через сознание как бы отдельными участками, а вся "работа" протекает вне его, завершаясь неожиданным возвратом в сознательную жизнь некого интегрального продукта, который порой меняет все ее течение (творчество, личностные кризисы, переживания крупных жизненных событий).

Задачи и отрасли психологической науки

Важнейшая задача психологической науки — раскрытие психологических закономерностей формирования человека как личности.

Общая психология исследует наиболее общие закономерности психической деятельности, обнаруживает и описывает общие принципы, категории, понятия и методы психологической науки. Эта область психологии дает знания одинаково необходимые всем специалистам, которых интересует поведение людей.

Наиболее многочисленные фундаментальные исследования в общей психологии касаются, главным образом, таких явлений как научение и его законы, действие мотивационных факторов, развитие таких когнитивных процессов как память, мышление.

Для некоторых исследований в психологии необходимо применение особых методов или методологии. Так, *психофизиология* изучает физиологические и биохимические изменения, которые происходят в нервной системе при различных психологических состояниях (эмоциональных переживаниях, функционировании памяти, сновидениях и т.п.). В психофизиологии речь идет о самых различных физиологических сдвигах: активности потовых желез, электроактивности мышц (электромиограмма), мозга (электроэнцефалограмма) и так далее.

В отличии от *физиологической психологии*, предметом исследования в психофизиологии являются психологические проблемы внутреннего мира человека. Поведение для психофизиолога является независимой переменной, тогда как зависимыми оказываются физиологические процессы. Главной задачей современной психофизиологии является причинное объяснение психических явлений путем раскрытия лежащих в их основе нейрофизиологических механизмов. Другие специальные отрасли психологии также диктуются потребностями практики. Каждая из отраслей разрабатывает свои теоретические проблемы, но все они, прежде всего, прикладные отрасли психологии. Так, *психогенетика* изучает наследственные механизмы психики и поведения.

Дифференциальная психология выявляет и описывает индивидуальные различия людей, процесс формирования этих различий и причины.

Возрастная психология (психология развития) изучает особенности психики человека на различных этапах его жизненного пути. Она подразделяется на детскую психологию, психологию подростка, психологию юности, психологию взрослого человека и геронтопсихологию (геронтология — наука о старости).

Этнопсихология (от греч. ethnos — племя, народ) изучает этнические особенности психики людей, национальный характер, этнические стереотипы, национальное самосознание и т.д.

Социальная психология изучает психические явления, которые возникают в различных группах и коллективах в процессе общения людей, выявляет психологические закономерности взаимоотношений личности и коллектива.

Педагогическая психология изучает психику учащихся в процессе учебно-воспитательной работы, устанавливает закономерности овладения знаниями, умениями, навыками.

Инженерная психология изучает деятельность человека-оператора в автоматизированных системах управления. Она решает проблему распределения и согласования функций между машиной и человеком.

Политическая психология изучает психологические механизмы политики для выработки практических рекомендаций по оптимальному осуществлению политической деятельности на всех уровнях.

Существует много и других прикладных отраслей психологии, но мы более подробно рассмотрим проблемы клинической (медицинской) психологии.

Клиническая психология как отрасль психологической науки

В современной отечественной медицине и психологии термины “клиническая” и “медицинская” психология чаще всего используются и понимаются как синонимы, хотя в ряде странах мира, да и в нашей стране, существует между специалистами разграничение этих понятий.

Основанием для такого разграничения обычно служат не только традиции медиков называть эту отрасль знаний “медицинской психологией”, а психологов “клинической психологией” (Менделевич В.Д., 1998). В нашей стране исторически медицинская психология являлась более высоко стоящим понятием, причем клиническая психология составляет ее основную часть, почти сливающуюся с ней. В частности, в системе психологических наук, предложенной отечественным психологом К.К. Платоновым (1972), клиническая психология включена в медицинскую психологию. Многие и другие из известных психологов у нас и за рубежом поддерживали аналогичную точку зрения. В таком широком понимании медицинская психология, как отрасль психологической науки, призвана к изучению различных проблем медицины в психологическом аспекте и методами психологии. Возникнув на стыке медицины и психологии она содержит множество пограничных отраслей знаний, включая клиническую психологию, патопсихологию, нейропсихологию, психосоматику, психогигиену, психопрофилактику и другие. При этом подходе под клинической психологией понимается та область медицинской психологии, прикладное значение которой определяется потребностями клиники — психиатрической, неврологической, соматической (Блейхер В.М., 1976).

Под медицинской психологией в узком понимании этого термина обычно подразумевается та сумма психологических сведений, которая вносится в сознание медицинских работников (врачей, среднего и младшего медицинского персонала), как необходимый компонент их образования и квалификации. В то время как клиническая психология здесь уже рассматривается более расширенно — как область профессиональной деятельности психологов, развивающих научную основу для изучения и использования психологических факторов в предупреждении и преодолении болезней, решения широкого круга задач, связанных с охраной здоровья населения (Поляков Ю.Ф., 1996).

Следует отметить, что в нашей стране специальное обучение по специальности клиническая психология введено с 1999 года (до этого времени подготовка клинических психологов осуществлялась в рамках додипломной и последипломной специализации и усовершенствования психологов общего профиля). В медицинских высших учебных заведениях специальные факультеты медицинской (клинической) психологии стали организовываться в 1997 году (Архангельск) в соответствии с приказом МЗ РФ №391 от 26.11.96 г., где определены условия подготовки и приведен перечень теоретических знаний и практических навыков медицинского (клинического) психолога.

Клиническая психология — отрасль психологии, которая сформировалась на стыке с медициной, она использует знания психологических закономерностей в медицинской практике: в диагностике, лечении и профилактике заболеваний. Из этого следует, что клиническая психология изучает все психологические проблемы больных людей на разных этапах их жизни и болезни, а в более широком понимании — она изучает весь динамизм благотворных или пагубных влияний многообразно меняющейся личности человека и межличностных отношений на его здоровье и болезнь.

Следует отметить, что и сама клиническая психология может в определенном смысле рассматриваться как самостоятельный раздел медицины, своеобразная “пропедевтика ко всем клиническим дисциплинам” (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976), так как у всех больных вне зависимости от характера заболевания

обнаруживаются общие тенденции реакций психики и личности на свое заболевание.

Однако следует помнить, что клиническая психология разрабатывается не только в связи с конкретными задачами, которые ставятся различными клиническими (греч. klinike — уход за лежачим больным, лечение на больничной койке), но и другими медицинскими дисциплинами — социальная медицина, гигиена и организация здравоохранения, медицинская экология, эпидемиология и другие. Таким путем в клинической психологии идет становление новых ее аспектов — медико-психологические проблемы семьи, учебного или производственного коллектива, этнических и других социальных групп.

Кроме изучения психики больного человека, к основным разделам предмета клинической психологии относится изучение закономерностей общения и взаимодействия больных и медицинских работников, а также изучение психологических средств воздействия на больных в целях профилактики и лечения заболеваний.

При изучении *психики больного* главное место в клинической психологии занимает исследование психологическими методами психических проявлений различных заболеваний и механизмов их возникновения. Важное значение при этом уделяется изучению роли в возникновении и течении болезней психогенно–травмирующих и иных психологических факторов, а также исследование особенностей личностной реакции человека на свое заболевание (индивидуальное и социальное значение болезни).

При изучении процессов *взаимодействия и общения медицинских работников с больными* особо подчеркивается, что пациент для врача не только объект диагностики и терапии, но и субъект со своим сложным внутренним психологическим миром, индивидуально реагирующий на болезнь и условия микросоциальной среды. Положительные терапевтические эффекты могут возникать и вне сферы применения специальных психотерапевтических методов, поэтому особенности формирования отношений больного в своей микросоциальной среде и с врачом являются существенными элементами лечения практически любого заболевания.



Уитмер Лайтнер (1888–1956)

Отдельного рассмотрения и изучения в клинической психологии требует применение в медицине различных *специфических методов психологического воздействия на больного* с конкретными лечебными или оздоровительно–профилактическими целями. Здесь, помимо психотерапии как специального раздела медицины и клинической психологии, следует особо выделить специальным образом регулируемые врачом его взаимоотношения с больным. Эти отношения могут становиться специфическим лечебным фактором и уже выступают как особые психотерапевтические средства для повышения эффективности лечебных мероприятий. По сути они являются основой повседневной врачебной деятельности и выражают известное утверждение, что психотерапевтом должен быть врач любой специальности.

Первая психологическая клиника была открыта через 17 лет после основания В. Вундтом современной психологии — в 1896 году Лайтнером Уитмером (университет в Пенсильвании, США), его и Д. Кеттела учеником. То, что Уитмер (1888–1956) практиковал в клинике, не было клинической психологией в том смысле, какое сегодня вкладывается в это понятие. Его деятельность была посвящена диагностике и лечению

отклонению в умственном развитии школьников. Современная же клиническая психология занимается более широким диапазоном психологических отклонений людей всех возрастов. Уитмер читал первый курс клинической психологии и начал издавать с 1907 года первый журнал «Психологическая клиника» (Psychological Clinic), редактором которого был в течение 29 лет. Примеру Уитмера последовали многие психологи и во многих городах открывались подобные клиники, где использовался предложенный им бригадный метод работы. Его сущность заключалась в том, что психологами, психиатрами и социальными работниками оценивались, а затем корректировались по возможности все аспекты проблем пациента.

Формированию представлений о применении психологии к диагностике и лечению анормального поведения способствовали также книга бывшего пациента клиники для душевнобольных Клиффорда Бирса под названием “Ум, который вновь обрел себя” (1908) и работа психолога Хьюго Мюнстерберга “Психотерапия” (1909). К. Бирс привлекает внимание к необходимости гуманного отношения к людям с психическими расстройствами, понимания их внутреннего мира. Не случайно уже в следующем году после выхода его книги образуется в США Национальный комитет психической гигиены, которому даже знаменитый психолог В. Джеймс оказывает материальную поддержку. Х. Мюнстерберг (1863–1916) предложил конкретные пути помощи душевнобольным людям, лечения различных психических нарушений психологическими воздействиями. Он пытался устранить у пациентов беспокоящие их мысли, негативные эмоции или вредные привычки, так как был убежден, что психические болезни возникают из-за неспособности человека приспособить свое поведение к окружающей обстановке, а не от влияния скрытых конфликтов, как утверждал Фрейд. Но тем не менее решающее влияние на развитие клинической психологии оказали все же работы его современника Зигмунда Фрейда, благодаря которому клиническая психология вышла далеко за рамки первых психологических клиник. Идеи З. Фрейда давали клиническим психологам и первые приемы психоаналитической терапии. Позднее наиболее расширительную трактовку содержания и задач психологии в клинической практике дал немецкий психиатр и психолог Эрнест Кречмер (1888–1964), автор наиболее известного в мире курса медицинской психологии. Он полагал, что главной задачей медицинской психологии является психологический анализ природы не только нервно–психических, но и любого заболевания человека. Его книга “Медицинская психология” многократно переиздавалась, а в 1975 году вышло ее уже 14–е издание.

В России вопросы медицинской психологии стали изучаться и разрабатываться практически параллельно с организацией первых психологических лабораторий. Всего через 7 лет после основания В. Вундтом своей лаборатории в Лейпцигском университете В.М. Бехтеревым в 1885 г. аналогичная лаборатория создается в Казани на базе клиники для душевнобольных. Исследования психологических реакций душевнобольных в его лаборатории носили комплексный характер и служили “практическим целям нервно–психиатрической клиники” (Ярошевский М.Г., 1986). В конце 1893 года В.М. Бехтерев был избран профессором Военно-медицинской академии и переехал в Петербург, где также организовал лабораторию экспериментальной психологии при Академической клинике душевных и нервных болезней. Под его руководством было выполнено более 20 клинико-психологических докторских диссертаций. Вскоре подобные лаборатории организуются в Тарту (1894), Москве (1895), Харькове (1897) и других городах России.

В Москве психологическая лаборатория организована известным психиатром С.С. Корсаковым. Специальный курс психологии для студентов-медиков он еще за год до открытия лаборатории поручил читать своему ассистенту А.А. Токарскому, в дальнейшем заведующему лабораторией. В Дерпте экспериментальные работы по исследованию психически больных проводил В.Ф. Чиж. В 1904 году на заседании Российского общества невропатологов и психиатров была избрана специальная комиссия для рассмотрения и систематизации новейших клинико-психологических методов. В 1908 году А.Н. Бернштейн опубликовал первое в России руководство «Клинические приемы психологического исследования душевнобольных», а в 1911 году вышел в свет «Атлас психологического исследования личности» Ф.Г. Рыбакова.

В советское время, в 1918 году, был организован специальный институт по исследованию детей с недоразвитием психической сферы, названный впоследствии Медико-педологическим институтом. Появилась также новая профессия — клинический психолог. Однако вскоре советская медицинская психология стала развиваться преимущественно в плане клинико-описательных и экспериментальных психологических

исследований, так как развернулась борьба с идеалистическими направлениями, субъективистскими методами самонаблюдения. Это, наряду со значительными положительными достижениями в виде большей объективизации изучаемых явлений, имело и отрицательные последствия, приведшие в 30-е годы к официальному государственному запрещению отдельных направлений медицинской психологии, что существенно затормозило их становление. А результаты объединенной сессии Академии наук и Академии медицинских наук СССР 1950 года, которая была посвящена учению И.П. Павлова, умершего еще в 1936 году, привели, по сути, к подмене медицинской психологии физиологией.

Возрождение медицинской психологии, как и всей психологической науки, в нашей стране началось только с середины 50-х годов. В частности на I съезде Общества психологов в 1959 году, на II съезде этого общества в 1963 году и на IV съезде невропатологов и психиатров в 1963 году был представлен ряд докладов, свидетельствовавших о том, насколько важна медицинская психология для клиники (Зейгарник Б.В., Лебединский М.С., Лурия А.Р., Мясищев В.Н., Платонов К.К. и др.). В 70–80-е годы в ряде городов прочно сформировались крупные научные центры и школы по медицинской психологии, плодотворно разрабатывающие различные направления медико-психологических исследований. Московские ученые (Зейгарник Б.В., Платонов К.К., Гуревич К.М., Рубинштейн С.Я., Поляков Ю.Ф., Хомская Е.Д., Ф.Б. Березин., Николаева В.В. и др.) сосредоточили основные усилия на проведении фундаментальных исследований в области психодиагностики. Ведущим направлением деятельности ленинградской школы медицинской психологии (Кабанов М.М., Личко А.Е., Вассерман Л.И., Карвасарский Б.Д., Мягер В.К., Серебрякова Р.О. и др.) стала разработка моделей реабилитационного процесса в различных областях медицины. Представители киевской научной школы (Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф. и др.) занимались вопросами теории и практики патопсихологической диагностики. Ученые тбилисской школы (Бжалава И.Т., Цуладзе С.В. и др.) проводили медико-психологические исследования в свете созданной Д.Н. Узнадзе теории установки. По их инициативе был проведен и первый в нашей стране международный симпозиум по проблемам бессознательного.

Общая клиническая психология разрабатывает проблемы основных закономерностей психологии больного человека (критерии нормальной и измененной болезнью психики), проблемы психологии врача (медицинского работника, психолога или специалиста по социальной работе) и психологии самого лечебно–оздоровительного процесса. Кроме того, в общей клинической психологии разрабатывается учение о взаимоотношениях психического и соматического в человеке (психосоматические и соматопсихические взаимоотношения), медицинские аспекты учения об индивидуальности (темперамент, характер, личность) и этапах постнатального онтогенеза ее (возрастная клиническая психология), а также рассматриваются наиболее общие психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии.

Признавая клиническую психологию отраслью психологической науки различные авторы, тем не менее, расходятся в определении ее предмета, а отсюда и ее содержания, порой даже по-разному понимая одни и те же формулировки определений. Некоторые из них полагают, что эта прикладная область психологии обслуживает только медицину и “вне медицинской практики… не только беспомощна, но и неприемлема” (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1984). Другие, главным образом те, которые занимаются преподаванием ее в немедицинских вузах, справедливо полагают, что практический психолог, работающий, скажем в школе, серьезными болезнями, требующими стационарного лечения заниматься не может и не будет. Его профессиональный долг — бороться за психическое здоровье людей, *предупреждая* нервно–психические расстройства здоровых (Бадмаев Б.Ц., 1999).

Дискуссии такого рода, на наш взгляд, свидетельствуют только об одном — медицинская психология сегодня является чрезвычайно разветвленной отраслью науки, требующей специализации в ее различных разделах даже самих клинических психологов. Тем не менее, для любого специалиста, работающего с людьми, основные понятия, относящиеся к общей клинической психологии должны в доступной форме включаться в программы подготовки. Только на их базе и может строится соответствующий

прикладной (частный) курс, составленный с учетом поля деятельности будущего специалиста. Другими словами должны быть разные учебники по клинической психологии — для врачей, социальных работников, клинических, школьных или промышленных психологов.

Здесь уместна аналогия с отдельной медицинской специальностью, которая стала самостоятельной в нашей системе здравоохранения сравнительно недавно — психотерапией. Известное и совершенно справедливое выражение, что психотерапевтом должен быть каждый врач вовсе не означает, что каждый врач должен заниматься психотерапией профессионально. Хотя психотерапия в том или ином объеме является обязательным компонентом высшего медицинского образования врача любой специальности, но профессионалом–психотерапевтом может быть только врач–психиатр, получивший дополнительную специальную и достаточно продолжительную подготовку по психотерапии.

Частная клиническая психология раскрывает ведущие аспекты психологии больных при определенных заболеваниях, а также особенности врачебной этики и деонтологии при общении с ними. Например, отдельному рассмотрению могут быть подвергнуты психологические особенности больных, страдающими различными соматическими или нервно-психическими заболеваниями, психологические особенности больных на этапах подготовки, проведения хирургических операций и в послеоперационном периоде.

Последнее время в связи с все расширяющейся деятельностью психологов не только в психоневрологических, но и в соматических медико-профилактических учреждениях, наметилась тенденция к раздельному рассмотрению клинико-психологических аспектов больных этих клиник.

В разделе *“Психологические аспекты больных с соматическими нарушениями”* рассматриваются не только традиционные проблемы психосоматики, сосредоточенной на изучении психосоматозов (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и кишечника и другие), но и более широкий круг проблем *психосоматологии*, часто обозначаемый как психосоматический подход в медицине. Здесь имеется в виду, что психологические факторы играют важную роль в сложном переплетении причин и механизмов любой болезни, сказываются на клинических проявлениях ее, а в конечном итоге влияют на успешность лечебных мероприятий.

Здесь также предполагается, что должны учитываться не только психосоматические, но и разнообразные соматопсихические влияния, формирующие своеобразный комплекс чувствований и переживаний человеком своего заболевания, формирующие так называемую внутреннею картину болезни. Последнее время именно эти аспекты психологии соматического больного стали обозначать как *соматопсихология*. В более широком смысле соматопсихология включает в себя весь круг проблем влияния соматического здоровья человека, в целом его “телесности” на психическое самочувствие и самовосприятие. Можно сказать и иначе — соматопсихология является частным разделом более широкой проблемы психологии — психологии телесности.

В любом случае данный раздел частной клинический психологии органично объединяющий вопросы психосоматологии и соматопсихологии сосредоточен на изучении всех психологических аспектов, включая вопросы клинической психодиагностики и психологической реабилитации, больных в терапевтической, хирургической, акушерско-гинекологической, дерматовенерологической, стоматологической и других клиниках соматического профиля.

В разделе *“Психологические аспекты больных с нервно–психическими расстройствами”* также рассматриваются не только традиционные для

неврологической, психиатрической и наркологической клиник вопросы клинической психодиагностики (включая клинико-диагностические аспекты нейропсихологии, патопсихологии и токсикопсихологии), но и более широкий круг проблем, касающийся *психологической реабилитации* больных с различными нервно–психическими заболеваниями и отклонениями в нервно–психическом развитии (органические заболевания головного мозга, психозы различного генеза и неврозы, личностные аномалии и нарушения психологического развития, алкоголизм, наркомании и токсикомании).

Относительную самостоятельность в медицинской психологии приобрела ***клиническая нейропсихология***, которая служит решению задач установления локализации (топической диагностики) очаговых поражений мозга при его различных заболеваниях и поражениях (опухоли, травмы, явления дизонтогенеза), разрабатывает методы психологической коррекции нарушенных высших психических функций.

В более широком понимании нейропсихология, как научная дисциплина, выходит за рамки клинической психологии. Основы нейропсихологии изучаются психологами любой специализации, так как нейропсихология, исследуя соотношение психических явлений с физиологическими мозговыми структурами, является основой современной психофизиологии.

Основы современной нейропсихологии в нашей стране заложил А.Р. Лурия. Разрабатывая проблему соотношения мозга и психики, он выдвинул положение о нейропсихологических факторах как основе (общем радикале, особых биологических предпосылках) нейропсихологических синдромов. Этот подход был им сформулирован в виде теории системной динамической локализации высших психических функций. А.Р. Лурия впервые стал рассматривать каждую психическую функцию как многозвеньевую комплексную систему, состоящую из многих компонентов (звеньев), и соотносить с мозгом не всю функцию, а отдельные ее составляющие (Хомская Е.Д., 1999). Обычно выделяют три уровня анализа нейропсихологических факторов:

1) *морфологический* — указание на те мозговые образования, поражение которых вызывает определенный синдром;

2) *физиологический*, функциональный — указание на те физиологические процессы, которые протекают в определенных мозговых образованиях и объединяются в функциональную единую систему, ответственную за психическую функцию;

3) *психологический* — указание на ту роль, которую играет данный фактор в осуществлении разных психических функций.

Выделены следующие виды факторов: модально–специфические (связанные с вторичными мозговыми полями); модально–неспецифические (связанные с различными уровнями неспецифической системы); ассоциативные (связанные с третичными областями коры, прежде всего — конвекситальной); факторы межполушарного взаимодействия (связанные с срединными комиссурами, объединяющими полушария мозга); полушарные факторы (обеспечивающие целостные принципы работы каждого полушария); глубинные подкорковые факторы (связанные с работой базальных ганглиев и других подкорковых структур); общемозговые факторы (сосудистые, биохимические и другие механизмы, ответственные за работу мозга как целого). Степень изученности указанных факторов и соответствующим им синдромов в нейропсихологии различна.

Отдельно следует выделить аналогичную самостоятельность ***клинической психофармакологии***, исследующей влияние лекарственных веществ на психическую деятельность человека и ***клинической психотерапии***, изучающей и использующей средства психического воздействия для лечения больного.

Достаточно хорошо разработанным разделом клинической психологии в настоящее время является также ***патопсихология*** (патологическая психология), возникшая на стыке психологии и психиатрии. Патопсихология изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в

сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Патопсихология как теоретическая и экспериментальная наука создает научную базу как для клинической психологии, так и для психопатологии.

От *психопатологии,* как раздела психиатрии, ее отличает то, что психопатология описывает симптомы и синдромы психических болезней клиническим методом. Психопатология не только описывает клинические проявления нарушений психики, но и изучает их механизмы, в том числе и психологические. Однако, при всей близости объектов исследования психопатология (раздел психиатрии) и патопсихология (раздел психологии) отличны по своему предмету. Патопсихология как психологическая дисциплина изучает закономерности искажений психической деятельности мозга психологическими методами и формулирует их в своих, психологических понятиях. Исследования в области патопсихологии имеют большое значение и в практической медицине — для клинической психодиагностики, экспертизы (судебной, трудовой, воинской), профессиональной и социальной реабилитации, психологической коррекции и психотерапии. Однако следует помнить, что патопсихология приносит данные, которые приводят к разрешению многих спорных вопросов и "нормальной психологии", поэтому ее значение также выходит за пределы прикладной по отношению как к психиатрии, так и к клинической психологии наукам.

В патопсихологии под *патопсихологическим синдромом* понимают патогенетически обусловленную общность симптомов (отдельных признаков болезненных психических расстройств), внутренне взаимообусловленных и взаимосвязанных. Главное различие между психопатологическим (клиническим) и патопсихологическим синдромами в значительной мере отражает специфику психопатологии с ее клинико-описательным методом и специфику патопсихологии, которая более ориентирована на экспериментально–психологические методы. Это различие обуславливается не столько формой синдрома, его составом, сколько различными уровнями функционирования центральной нервной системы, на которых эти синдромы выделяются.

В системе иерархии мозговых процессов различают следующие уровни (Лурия А.Р., 1962, 1964; Поляков Ю.Ф., 1971, 1977): *патобиологический* (нарушения морфологической структуры тканей мозга, биохимических процессов в них), *физиологический* (нарушено течение физиологических процессов), *пато-* и *нейропсихологический* (нарушено протекание психических процессов и связанных с ними свойств психики), *психопатологический* (клинические симптомы и синдромы психических нарушений).

Клинические синдромы относятся к более высокому уровню вертикальной иерархии формирования и нарушения психических функций, однако их сущность не может быть понята без патопсихологического и патофизиологического анализа лежащих в их основе явлений. Патопсихолог направляет свое исследование на изучение и анализ определенных компонентов, звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования, наблюдаемых в клинике симптомов.

Из ряда ***патопсихологических регистр–синдромов*** наибольшее значение в клинике имеют следующие (Кудрявцев И.А., 1982; Блейхер В.М., 1986 и др.):

шизофренический симптомокомплекс — складывается из таких личностно–мотивационных расстройств как изменение структуры и иерархии мотивов, нарушений целенаправленности мышления и смыслообразования (резонерство, соскальзывание, разноплановость, патологический полисемантизм и др.), эмоционально–волевых расстройств (уплощение и диссоциация эмоций, знаковая парадоксальность, абулия и парабулии и др.), изменений самооценки и самосознания (аутизм, отчужденность и др.);

психопатический (личностно–аномальный) симптомокомплекс — складывается из эмоционально–волевых расстройств, изменений структуры и иерархии мотивов, неадекватности уровня притязаний и самооценки, нарушений мышления кататимного типа ("относительного аффективного слабоумия"), нарушений прогнозирования и опоры на прошлый опыт;

органический (экзо– и эндогенный) симптомокомплекс — складывается из симптомов снижения интеллекта, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операциональной стороны мышления (снижение уровня обобщения), неустойчивости эмоций (аффективная лабильность), снижения критических способностей и самоконтроля;

олигофренический симптомокомплекс — складывается из неспособности к обучению, формированию понятий и абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.

Кроме перечисленных можно также выделить *аффективно–эндогенный* (в клинике ему соответствуют маниакально–депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста), *психогенно–психотический* (в клинике — реактивные психозы) и *психогенно–невротический* (в клинике — неврозы и невротические реакции) симптомокомплексы.

Особое место в клинической психологии занимает психология анормального развития, или ***специальная психология*** (от лат. special — особый), изучающая людей с отклонениями от нормального психического развития, которое связано с врожденными или приобретенными дефектами формирования нервной системы. На основе такого изучения определяются возможности и пути компенсации дефектов различной сложности, строится система обучения и воспитания людей, имеющих аномалии психического развития. Специальная психология подразделяется на психологию слепых (*тифлопсихология,* от греч. typhlos — слепой), глухих (*сурдопсихология,* от лат. surdus — глухой), умственно отсталых (*олигофренопсихология*), а также психологию детей с нарушениями речи, детей с задержками психического развития и других категорий детей с отклонениями в развитии.

Самостоятельное и существенное место в клинической психологии занимают ***психогигиена*** и ***психопрофилактика***, которые тесно между собою связаны. Психогигиена главной своей целю имеет сохранение и укрепление психического здоровья путем организации надлежащей природной и социальной среды, соответствующего режима и образа жизни, т.е. рассматривает вопросы гигиены психической жизни здоровых людей. В то время как психопрофилактика имеет объектом исследования субклинические и клинические психические нарушения и направлена на предупреждение расстройств психической деятельности. Она разрабатывает мероприятия как по предупреждению нервно–психического заболевания (первичная психопрофилактика), так по предупреждению неблагоприятной его динамики (хронизации, формирования дефекта и т.п.), если оно уже имеется (вторичная и третичная психопрофилактика). Психогигиена и психопрофилактика, являясь одновременно и составными частями общей гигиены и общей профилактики, в настоящее время также представляют собой заметно разветвленные области знаний, где рассматриваются не только общие закономерности, но их преломление в различных сферах жизни и деятельности людей (в семье, в учебном, военном или производственном коллективе).

Психологические аспекты ***медицинской деонтологии и этики*** — традиционно включаются в программы профессиональной подготовки медицинских работников, а некоторые даже полагают, что именно эти вопросы и являются предметом и основным содержанием медицинской психологии. Недостаточность такого узкого понимания предмета медицинской психологии как “психологии для медицинских работников” в настоящее время очевидна. Однако роль психологических аспектов в формулировании этико-деонтологических принципов лечебного процесса как такового также нельзя и недооценивать. Именно

знание психологических особенностей больного и определяет вариации “должного” поведенческого репертуара медицинского персонала в различных в клиниках и с разными больными. Известно, что медицинская деятельность регламентирована различными служебными инструкциями и правилами, однако никакими правилами невозможно предусмотреть всего многообразия медицинских действий применительно к особенностям течения заболевания у каждого конкретного больного. Поэтому психологические знания для медицинских работников имеют важное практическое значение, позволяя им оптимально строить взаимоотношения с больными на основе деонтологических принципов и принципов медицинской этики.

Медицинская деонтология (греч. deon — долг) является наукой о должном профессиональном поведении, моральном, эстетическом и интеллектуальном облике врача. Медицинская деонтология в современном понимании первоочередно указывает на роль в деятельности медработников нравственных начал, направленных на достижение максимальной пользы в лечении и профилактике болезней человека, его оздоровлении и продлении жизни.

> Термин “деонтология” был введен в научный обиход в 1834 году английским философом–утилитаристом И. Бентамом при изложении нравственных установок, сводившихся к заботе о личном материальном благополучии, к достижению личной пользы или выгоды. Такой чисто прагматический подход, оправдывающий любые, в том числе и неблаговидные, мотивы и поступки, был справедливо подвергнут критике. Позднее деонтологию (науку о должном) стали отличать от аксиологии — науки о личностных ценностях, учения о добре и зле. Должное профессиональное поведение должно основываться на понятии добра и этике долга, т.е. тех принципах, которые отвечают моральным обязательствам любого специалиста перед обществом и самим собой. Задолго до введения И. Бентамом термина “деонтология” в медицине уже существовали правила и принципы, регламентирующие поведение, внешний облик и нравственные качества врача. В античные времена большое влияние на их развитие оказала “клятва” Гиппократа.

Тесно связана с деонтологией, ее целями, задачами и *медицинская этика* (греч. ethos — привычка, обычай) как учение о морали, одно из направлений воспитания. Медицинская этика играет определяющую роль по отношению к медицинской деонтологии. Она является своеобразным преломлением общественных норм и требований к моральному облику медика, конкретизацией общезначимых нравственных требований применительно к неповторимым условиям медицинской деятельности, своеобразным согласованием общественных и профессиональных интересов. Особое место среди этических проблем медицины занимают вопросы применения в медицине ее новейших достижений — трансплантации органов, клонирования, генной инженерии и других.

В заключении отметим, что знание психологии больного весьма активно способствует развитию особого способа мышления врача, позволяющему ему замечать не отдельные признаки болезни, а человеческую личность в целом с присущими ей особенностями. Узкая специализация врачей, без основательных знаний о психологии больного человека, нередко приводит к тому, что лечат болезнь, а не больного, забывая о его личностных и индивидуальных особенностях.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОЛОГИИ

Решение своих задач психология осуществляет посредством использования определенных приемов, способов, которые выступают как методы

психологического исследования. Методы психологического исследования также обнаруживают зависимость от основных теоретических принципов, лежащих в основе предмета психологии, и конкретных задач, которые она решает.

Психологическое исследование включает следующие этапы: 1) формулировка проблемы (вопрос о причинах или факторах, которые определяют существование или специфику того или иного явления); 2) выдвижение гипотезы (предположительный ответ на вопрос, сформулированный в проблеме); 3) проверка гипотезы на эмпирическом материале; 4) интерпретация результатов проверки. В основном о методах психологии говорят в связи с третьим этапом — проверкой гипотезы.

Как и все естественные науки, психология располагает двумя основными методами получения психологических фактов: *метод наблюдения* (описательный метод) и *метод эксперимента*. Каждый из этих методов имеет ряд модификаций, которые уточняют, но не изменяют их сущность.

Описательные методы отводят исследователю роль наблюдателя, который никогда не вмешивается в наблюдаемое явление и лишь описывает его как можно более объективно. *Наблюдение — это систематическое, целенаправленное отслеживание проявлений психики человека в определенных условиях.* Невмешательство исследователя (объект наблюдения не знает, что за ним наблюдают) с ожиданием, когда интересующие явления проявятся таким образом, что их можно будет зафиксировать и описать, является наиболее важной характеристикой данного метода.

Различают следующие виды наблюдения: *срез* (кратковременное наблюдение), *лонгитюдинальное* (длительное, иногда многолетнее наблюдение за одной и той же группой испытуемых), *сплошное* (исследуются все представители изучаемой группы), *выборочное* (получение информации о больших группах людей, путем изучения только какой-то их части, составляющую репрезентативную, иначе представительную, выборку) и особый вид — *включенное наблюдение* (когда наблюдатель становится членом исследуемой группы). Задачами наблюдения могут быть изучение психологических особенностей не только отдельной личности, но и целого коллектива.

Изучение собственных психических процессов осуществляется путем ***самонаблюдения*** (интроспекции). Метод интроспекции, или внутренней перцепции, был позаимствован психологами из физики, в которой он применялся для исследования света и звука, а также из физиологии, где он использовался для изучения органов чувств. В самом деле, для того, чтобы получить данные об органах чувств надо попросить испытуемого описать свои ощущения о действии раздражителя. В психологии с помощью этого метода внимание испытуемого концентрировалось не на внешних раздражителях, а на особенностях своего внутреннего, психического состояния, на протекание самого процесса восприятия при восприятии того или иного стимула.

Самонаблюдение, как *субъективный метод*, особо противопоставляется методам, которыми пользуются другие естественные и общественные науки. Однако, отрицание самонаблюдения как особого непосредственного метода исследования психики не ведет к отрицанию самонаблюдения вообще. Вполне допустимо самонаблюдение как форма словесного отчета о том, что человек видит, слышит, переживает и т.п. Подобный отчет фиксируется также как и всякое внешнее объективное выражение психических состояний человека. С интроспекцией не следует смешивать т.н. *рефлексию* как размышление и переживания по поводу собственных психических качеств и состояний, которая по сути является вторичной переработкой данных самонаблюдения и является анализом собственных поступков или умозаключений.

Научное наблюдение требует постановки четкой цели и планирования. Заранее определяются, какие именно психические явления будут интересовать

наблюдателя, по каким внешним проявлениям их можно прослеживать, в каких условиях будет происходить наблюдение и как предполагается фиксировать результаты.

Наблюдение становится научным методом изучения психики лишь в том случае, если оно не ограничивается описанием внешних явлений, а осуществляет переход к объяснению психологической природы этих явлений. Формой такого перехода является ***гипотеза***, возникающая в ходе наблюдения. *Гипотеза — это высказанное исследователем предположение о наличии (или отсутствии) связей и зависимостей, существующих между интересующими его объектами и явлениями*.

Подобного рода зависимости оцениваются преимущественно статистическими методами. В частности, при статистической проверке гипотез часто вычисляют *коэффициент корреляции* . Корреляционный анализ позволяет за очень короткое время получить множество данных для значительного числа испытуемых, однако он не позволяет решить проблемы интерпретации зависимостей. Недостатки корреляционного анализа связаны с тем, что он позволяет констатировать наличие какой-то связи между параметрами, но не может доказать, что эта связь представляет собой причинно–следственную зависимость.

Эксперимент является наиболее эффективным способом выявления причинно–следственной зависимости между изучаемыми переменными. Эксперимент отличается от наблюдения активным вмешательством исследователя в ситуацию. При этом осуществляется планомерное манипулирование одной из ***переменных***, которую называют *независимой* (ее изменяет исследователь), с последующей регистрацией сопутствующих изменений в изучаемом явлении (*зависимая* переменная). Под переменной понимается любая реальность, которая может изменятся в экспериментальной ситуации. Таким образом, *эксперимент в психологии заключается в том, что намеренно создаются и видоизменяются условия, в которых действует испытуемый, ставятся перед ним определенные задачи и по тому как они решаются судят о возникающих при этом психических явлениях.*

Выделяют две основные разновидности психологического эксперимента: *естественный* и *лабораторный*.

При естественном эксперименте обследуемый может даже не подозревать, что он подвергается психологическому исследованию. Обычность, естественность условий и введение на этом фоне экспериментальных переменных позволяет исследователю проследить действие этих переменных и тем самым установить их роль и особенности влияния на изучаемое явление.

Лабораторный эксперимент проводят в специально созданных условиях, часто с применением аппаратуры. Испытуемый знает, что над ним экспериментируют и действия его определяются инструкцией.

При проведении эксперимента имеется возможность изучения влияния на изучаемое явление не одной независимой переменной, а нескольких (фактор). Для статистической обработки результатов эксперимента в последнем случае применяется дисперсионный анализ (Фишер Р.). Кроме того, при эксперименте требуется учитывать и другие переменные (промежуточные), которые могут влиять на результаты исследования. Одни из них можно контролировать (контролируемые переменные — пол, возраст и др.), а другие контролировать невозможно (например, интерес или безразличие испытуемого к исследованию, его настроение и пр.).

Даже при строгом обеспечении нужного уровня контроля всех переменных в проводимом эксперименте, искажения возможны за счет ожиданий как экспериментатора, так и испытуемых (Годфруа Ж., 1992). Убежденность экспериментатора в том, что реакции испытуемых изменятся под влиянием независимой переменной (например после

приема изучаемого препарата), невольно передается испытуемым и это может повлиять на их поведение (эффект Розенталя). Аналогичным образом может проявиться и эффект Хоторна, особенно если испытуемым известна гипотеза исследования. Они в этом случае не намеренно будут вести себя в соответствии с ожиданиями экспериментатора.

Частным случаем эффекта Хортона является "***эффект плацебо***", обнаруженный врачами (placebo — безвредное успокаивающее лекарство, пустышка). Если пациент убежден в эффективности препарата или назначенного режима, у него очень часто можно наблюдать желаемые эффекты, хотя на самом деле ни препарат, ни режим никакого действия не оказывают.

Для устранения подобных артефактов при проведении психологического эксперимента используется т.н. ***двойной слепой метод*** , когда в неведении относительно принятых гипотез держат испытуемых, а экспериментатор не знает введена ли в данном опыте независимая переменная (например, вместо изучаемого препарата дается внешне похожее, но нейтральное вещество — "плацебо").

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОЛОГИИ

Кроме основных методов исследования в психологии применяются также и ряд дополнительных методов. К ним относятся метод тестов, моделирование, метод анализа продуктов деятельности человека и беседа (опрос).

Тестами называют наборы задач и вопросов, которые дают возможность быстро оценить психическое явление и степень его развития. От других методов исследования тесты отличаются тем, что они предполагают четкую процедуру сбора и обработки первичных данных, а также особые приемы их последующей интерпретации. Получаемые количественные результаты всегда сопоставляют с аналогичными результатами контрольной группы (предварительная *стандартизация теста*).

В зависимости от сферы, которая подлежит диагностике, различают интеллектуальные тесты, тесты достижений и специальных способностей (перцептивных, мнестических, мыслительных, музыкальных, профессиональных и др.), личностные тесты (интересов, установок, ценностей), а также тесты диагностирующие межличностные отношения.

Психодиагностика как отрасль психологии ориентирована на измерение индивидуально–психологических особенностей личности. Как самостоятельная область психологии она ориентирует исследователя не на исследование, а на обследование, т.е. постановку психологического диагноза. Психологический диагноз как основная цель диагностики может устанавливаться на разных уровнях.

Первый уровень — симптоматический (эмпирический) диагноз; он ограничивается констатацией особенностей или симптомов (признаков).

Второй уровень — этиологический диагноз; он учитывает не только наличие определенных особенностей, но и причины их возникновения.

Третий уровень — типологический диагноз; он заключается в определении места и значения выявленных характеристик в общей картине психической жизни человека.

Современная психодиагностика широко используется в здравоохранении, профориентации, расстановке кадров, прогнозировании социального поведения, образовании, прогнозировании психологических последствий изменения среды, судебно–психологической экспертизе, психотерапии.

Моделирование как метод применяется в том случае, когда исследование интересующего явления другими способами затруднено. Созданная искусственная модель изучаемого феномена должна повторять его основные параметры и предполагаемые свойства. На модели детально исследуют явление и делают выводы о его природе.

Модели могут быть математическими (выражение или формула, включающая переменные и отношения между ними), техническими (прибор или устройство, имитирующее изучаемое явление) и кибернетическими (использование в модели понятий из области информатики и кибернетики).

Метод анализа продуктов деятельности . Продуктами деятельности людей являются созданные ими различные вещи, написанные книги, письма, изобретения и т.п. По ним можно в известной мере судить об особенностях деятельности, которая привела к их созданию и включенных в эту деятельность психических процессах.

Одним из самых распространенных продуктов человеческой деятельности является текст. Кроме традиционного анализа (понимание, интуиция, осмысление) в психологии широко используют формализованные методы изучения текстов, в частности процентный *контент–анализ*. Суть метода заключается в выделении в тексте ключевых понятий (или иных смысловых единиц) с последующим подсчетом их частоты и процентного соотношения по различным частям текста и общим объемом информации. Однако наибольшее внимание из продуктов деятельности у психологов всегда вызывали детские рисунки, а также творчество душевнобольных. Анализ результатов деятельности считается вспомогательным методом исследования, т.к. он дает надежные результаты только в сочетании с другими методами (наблюдением, экспериментом).

Детский рисунок. Для раннего детского рисования характерна удивительно устойчивая последовательность смены этапов развития рисунка. Рисунок ребенка изменяется проходя поочередно три стадии: каракуль (2-3 года), схемы (4-8 лет) и отсутствия схемы (8-12 лет). До 3 лет ребенок просто водит карандашом по бумаге и удовлетворяется получаемыми каракулями. Его интересует сам процесс чирканья. К 4 годам он начинает что-то изображать. До 6 лет дети не понимают пространственного изображения и рисуют “фризовые композиции” или “вид сверху” (видение в горизонтальном плане). Они не могут корригироваться взрослыми и делают рисунки, соответствующие своему возрастному развитию. Интересно отметить, что особенности детских рисунков проявляются и у взрослых, которым в гипнозе внушен детский возраст.

К центральным мотивам детских рисунков принадлежит человеческая фигура. Мы с ней встречаемся приблизительно в возрасте 3,5 года. Вначале ребенок рисует голову (круг или овал) и непосредственно к ней присоединяет ноги (цефалоид — головоногий человек). Постепенно добавляется обозначение глаз, рта, носа и бровей, а руки начинают “крепится” либо к голове, либо непосредственно к ногам, т.к. изображение туловища появляется в детских рисунках позднее (к 5-летнему возрасту) К 6 годам прибавляются такие детали как уши, волосы, а первые признаки одежды сопровождаются элементами “прозрачности”. К 7 годам уточняются пропорции (ноги помещаются ближе друг к другу, руки присоединяются в правильном месте, появляется намек на шею). К 8 годам ребенок уже умеет рисовать профильные фигуры человека. В 9 лет пытается изобразить движение, но рисунки все еще остаются плоскостными. В 10 и 11 лет на рисунках уже появляются попытки накладывать тени, придавать форму предметам и попытки перспективного охвата. Далее, в последующие годы идет лишь совершенствование техники рисования, а рисунки в значительной мере будут отражать интересы и увлечения ребенка.

Создано довольно много “рисовальных тестов”, в том числе с формализованными оценками возрастного развития детей по технике рисования (рисунок дерева, дома, фигуры человека и другие), сюжетных или тематических рисуночных тестов, тестов “срисовывания” и др.

Творчество душевнобольных. Патологический рисунок можно рассматривать как источник медицинской информации, т.к. существуют тесные взаимоотношения между состоянием психической деятельности и творческими особенностями.

Рисункам душевнобольных нередко присущи нарушения пропорций. Однако простая их констатация недостаточна для правильного заключения. Так называемые диспропорции и деформация могут определятся специальным желанием автора заострить, акцентировать некоторые детали, т.е. могут быть оправданы в сугубо художественном

отношении (гротеск, экспрессионизм). В детских рисунках нарушения пропорций могут быть обусловлены не болезнью, а особенностями их возрастного развития, выражения идей значимости некоторых персонажей.

Тенденция к декоративности тоже может вытекать из замысла художника, но может становится и патологическим художественным признаком (шизофрении), когда холодное нагромождение украшений становится смыслом изображения.

В рисунках больных шизофренией часто отмечают также стереотипию, т.е. повторение мотивов, направлений, интервалов, форм, цвета и т.п. Однако, если стереотипное повторение изображения имеет монотонный, однообразный, скучный и статичный характер с тщательной прорисовкой деталей — это, скорее, следствие психомоторных изменений, свойственных эпилепсии и органическим болезням мозга. При шизофрении стереотипия более легкая, разнообразная, подвижная.

Таким образом, для диагностики по рисунку необходимо учитывать особенности



Рисунок под названием "Любовь": характерная для больных шизофренией символика и стереотипия.

Музей творчества душевнобольных Северного государственного медицинского университета. Наблюдение профессора И.Д. Муратовой (1969).

Больная М.Н., 36 лет, параноидная форма шизофрении. Образование 3 класса. До болезни не рисовала. Весьма примитивна в интеллектуальном плане, но, заболев, стала продуцировать очень сложную бредовую концепцию. Рисовала в режиме "автоматического письма": брала лист бумаги, карандаш, ставила на листе точку, и далее "рука сама водила по бумаге", при этом говорила, что содержание рисунка "не ее", не могла объяснить его смысл. Содержание бреда было своеобразным: считала, что на Землю с Плутона заслана лаборатория, где изучают землян с целью их порабощения. Примерно через семь лет заболевания совершенно утратила способность рисовать, сформировался отчетливый эмоционально-волевой дефект.

признака, а не просто его наличие. Нельзя забывать и о некоторых современных тенденциях развития живописи, влияния модернистских течений, в силу чего значимость некоторых критериев патологической живописи, выдвинутых психиатрами прошлого, в известной мере снижается (Хайкин Р.Б., 1992).

Метод беседы. Большее значение в медицине придается беседе с пациентом. Беседа как метод психологического исследования — это выяснение при помощи системы специально подобранных вопросов тех или иных особенностей психических явлений или психических качеств человека. Можно выделить следующие разновидности этого метода: *сбор анамнеза, интервью и психологические анкеты.*

Анамнез (от лат. "по памяти") — сведения о прошлом изучаемого человека, полученные от него самого (субъективный анамнез) или от хорошо знающих его лиц (объективный анамнез).

Интервью — вид беседы, при которой ставится задача получить ответы на определенные и обычно заранее приготовленные вопросы. Интервью может иметь различные разновидности в зависимости от его целей и степени стандартизации. При программном, управляемом интервью имеет место строгое следование

намеченному плану беседы, инициатива на стороне задающего вопросы. Оно дает возможность хорошей квантификации понятий и сравнения ответов разных обследуемых. Однако большинство клиницистов отдают предпочтение менее валидным, но при этом более естественным, частично стандартизированным видам беседы. Такое свободное интервью дает много полезных сведений косвенным образом, обеспечивает лучший психологический контакт с больным, отличается высоким психотерапевтическим потенциалом.

Диагностическое интервью. Главное условие успешного проведения беседы или интервью является создание дружеской атмосферы и привлечение пациента к сотрудничеству, установление контакта с опрашиваемым. Обычно рекомендуется начинать беседу с *нейтральных вопросов*, опираясь на предполагаемое обоюдное согласие по поводу очевидных фактов. Затем следуют *вопросы общего характера*, выясняющие главные события его жизни и деятельности. Далее следуют *специальные вопросы***,** обусловленные задачами интервью.

При психологическом исследовании именно последняя группа вопросов касается внутреннего мира человека и исследователь часто здесь сталкивается с сильным психологическим барьером, проявляющимся в нежелании вообще давать ответы или в стремлении отвечать расплывчато, неопределенно.

С целью преодоления психологического барьера вопросы не рекомендуется формулировать как *прямые* (первый тип вопросов), т.е. непосредственно касающиеся исследуемого предмета (Прямой вопрос: “Вы боитесь грозы?”). Необходимые сведения о пациенте можно получить, используя косвенные или проективные вопросы, которые психологически часто являются более приемлемыми и не вызывают негативных реакций пациента. *Косвенные вопросы* (второй тип вопросов) затрагивают интересующую тему опосредовано и тем самым частично снижается и опасность внушения ответа или симуляции (Косвенный вопрос: “Что Вы делаете, когда бывает гроза?”). Так называемые *проективные вопросы* (третий тип вопросов) отличаются проблематичным значением и часто при ответе на них пациент спонтанно (самопроизвольно) присоединяет комментарий о себе (Проективный вопрос: “Как Вы думаете, большинство людей боится грозы?”. Комментарий о себе можно вызвать добавочным вопросом типа: “Ну, а как Вы?”).

В ряде случаев значительный риск, особенно при обследовании детей, могут представлять *суггестивные вопросы*, которые уже своей формулировкой подсказывают ответ (Прямой суггестивный вопрос ребенку: “Ты любишь папу?”). Этот риск ограничивают косвенным или проективным вопросом, а также вопросом еще более общего характера (“А что ты мне расскажешь о папе?”) или альтернативной формой вопроса (“Вы с учительницей понимаете друг друга или у тебя с ней бывают недоразумения?”).

Соответствующая *стилизация вопроса* активизирует выявление таких содержаний, которые в обычной беседе нередко эмоционально блокируются. Может быть использован для этих целей некий “предварительный такт” до известной степени приуменьшающий в понимании пациента неблагоприятное впечатление от собственного ответа (Экспериментатор: “Всем приходится иногда ссорится... Ну, а как Вы?”). Другой прием стилизации вопроса заключается в том, что неблагоприятную ситуацию следует принимать как обыденную (Экспериментатор: “А теперь расскажите мне с кем Вы иногда ссоритесь?”). Вместо формы вопроса иногда используют комментарий, являющийся тактичным приглашением к прямому или косвенному сообщению о своем поведении. Этот комментарий в нужный момент включают в рассказ пациента (Например, в рассказ пациента о взаимоотношениях с окружающими экспериментатор включает фразу: “Иногда люди также и ссорятся...”).

Во время проведения беседы своими позициями исследователь должен дать почувствовать пациенту атмосферу снисходительности, так чтобы пациент мог свободно проявлять свои чувства, исследователь принимает пациента таким, какой он есть.

Исследователь должен относится тактично и бережно к позициям пациента, он ничего не осуждает, но также и не оправдывает, и все при этом понимает. К овладению этой ролью ведет довольно трудный и длинный путь. Здесь ошибочно было бы занимать индеферентное, бесстрастное отношение.

Неопытный исследователь испытывает чувство неуверенности и тревожности при проведении беседы. В начале интервью со стороны пациента возникают иногда оборонительные реакции — протест, агрессивность и т.п. Все это отличается большой диагностической ценностью. Опытный исследователь имеет толкование многих таких признаков, которые начинающий считает балластом: паузы, побочные ассоциации, отклонения от беседы, неправильное понимание вопроса, признаки "шока" при некоторых вопросах и др.

Набольшую трудность для исследователя представляет своеобразное умение улавливать (точнее — предвосхищать) реакции пациента на вопрос, который еще не задан, но это умение помогает соответствующим образом менять тактику проведения беседы (Михал В., 1978).

Анкетирование — имеет место в том случае, когда вопросы и ответы представляются в письменной форме. Интересно отметить, что в психологии метод анкеты применил еще в 1867 г. Чарльз Дарвин для изучения "выражения душевных движений у диких народов"; с этой целью он разослал специальный опросный лист известным путешественникам и миссионерам.

Анкеты могут давать достоверные результаты только при тщательной разработке предлагаемых вопросов, часто при этом структурируют и сами ответы, предлагая испытуемому (в данном случае респонденту) выбор из предложенных вариантов. В известном смысле, по мнению известного психолога Рибо, анкета может занимать промежуточное положение между наблюдением и экспериментом. Компетентная обработка материала дает результаты более близкие к действительности, чем даже непосредственное восприятие.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Психология — относительно "молодая" наука, однако ее исторические предпосылки уходят в глубокую древность. На основе стихийных размышлений о смерти, снах и видениях сложилось в первобытном обществе анимистическое представление о душе. Учение о душе в дальнейшем научно разрабатывалось в рамках философии практически вплоть до 1879 года, когда В. Вундт, обобщив новейшие научные достижения своего времени (прежде всего в физиологии), "создал" новую, научную психологию.

В данной главе рассмотрены основные вехи развития психологии в рамках философских учений о душе (материализм, идеализм и дуализм). Отмечено, что до и до настоящего времени нет единства взглядов в определении понятия "психика", так как оно во многом зависит от мировоззрения исследователей. Наиболее полно показано становление материалистического взгляда на психику, показана связь психических функций с деятельностью мозга и опосредованность высших психических функций социальной средой воспитания и обучения человека.

Определение понятия "психика" дается с помощью привлечения понятия "психическое отражение". Исходя из этого, представлена классификация сознательных и бессознательных психических явлений: психические процессы, психические состояния и психические свойства личности.

Предметом психологии является изучение сугубо субъективных психических явлений, которые протекают внутри субъекта.. Именно в этом заключается сложность объективного изучения внутреннего мира человека и критика метода интроспекции (самонаблюдения), предложенного В. Вундтом к качестве основного инструмента изучения его.

Материалистическая традиция кроме фактов субъективного опыта, о которых может сообщить нам сам субъект при самонаблюдении, указывает на

существование и других проявлений психики (поведение, телесные процессы, продукты деятельности), которые можно объективно наблюдать и регистрировать с помощью традиционных для науки методов наблюдения и эксперимента. К дополнительным методам исследования в психологии относятся тесты, моделирование, анализ продуктов деятельности человека и метод беседы.

Психология является весьма разветвленной отраслью знаний. Современная клиническая (медицинская) психология, являясь одной из отраслей психологии, сама по себе также является чрезвычайно разветвленной прикладной областью психологии на ее стыке с медициной. В своем составе она имеет множество и самостоятельных разделов: нейропсихологию, патопсихологию, психосоматику и другие.

Начала научной клинической психологии датируются через 17 лет после основания В. Вундтом новой психологии, когда Л. Уитмером в США в 1896 году открыта первая психологическая клиника, стал издаваться специальный научный журнал. В России вопросы медицинской психологии развиваются практически параллельно с организацией в ней первых научных лабораторий. Всего через 7 лет после В. Вундта аналогичная лаборатория создается в 1886 году В.Н. Бехтеревым в психиатрической клинике Казанского университета.

Вопросы для самопроверки

1. В чем заключается особый характер явлений, которые изучаются в психологии, и с чем связаны трудности в определении понятия “психика”?
2. Кто из философов античности обосновывал материалистические и идеалистические взгляды на сущность психики и ее функции?
3. В чем сущность философско-психологических взглядов французского ученого–энциклопедиста Рене Декарта?
4. Какие варианты решения предлагались для решения психофизической (психофизиологической) проблемы?
5. В каком году В. Вундт основал первую лабораторию экспериментальной психологии?
6. Как понимается психика с позиций современного материализма?
7. В чем сходство и отличие понятий “психическое явление” и “психологический факт”?
8. Каким образом в жизни мы встречаемся с взаимосвязью психических процессов, состояний и личностных свойств?
9. Перечислите основные виды метода наблюдения в психологии?
10. С помощью каких методов оценивается наличие или отсутствие связей между психическими явлениями?
11. Какими способами осуществляется выявление причинно–следственных зависимостей между изучаемыми психическими явлениями?
12. Перечислите дополнительные методы исследования в психологии?
13. Как дать определение клинической психологии и почему в ней имеет место множество ее специальных разделов?
14. К какому разделу клинической психологии относятся тифлопсихология, сурдопсихология и олигофренопсихология?
15. В каком году и кем открыта первая психологическая клиника?
16. В каком году и кем в России открыта первая лаборатория экспериментальной психологии в клинике для душевнобольных?

ГЛАВА 2

ПСИХИКА И МОЗГ

Научное познание психической деятельности человека началось, по существу, со второй половины 19 века. В 1863 году И.М. Сеченов опубликовал работу "Рефлексы головного мозга", где были приведены убедительные доказательства рефлекторной природы психической деятельности. Работа И.М. Сеченова концентрировала внимание исследователей на материальной основе психических процессов.

С тех времен наши знания в этой области существенно обогатились. Появилось множество разделов *нейронауки*, т.е. науки о нервной системе. Если специалисты-неврологи пытаются проникнуть в молекулярные, клеточные и межклеточные процессы, с которыми связано взаимодействие мозга с внутренней и внешней средой, то психологи более сосредоточены на изучении поведенческих реакций организма. На стыке психологии и других наук о мозге (в первую очередь, неврологии и нейрофизиологии) выделилась специальная отрасль психологии — ***нейропсихология***, которая изучает мозговые механизмы высших психических функций, таких как речь, восприятие или абстрактное мышление.

Изучение работы мозга, как органа психической деятельности, по мнению основоположника отечественной нейропсихологии А.Р. Лурия (1973), основывается на результатах использования трех методических процедур: сравнительных анатомических исследований, данных физиологического метода раздражения отдельных участков мозга или их разрушения, а при исследовании функциональной организации мозга человека — клинических наблюдений над изменениями поведения больных с локальными поражениями мозга (при травмах, опухолях и др. заболеваниях).

> В современном естествознании доминирующей является теория *нейропсихизма*, согласно которой психика есть только у существ, обладающих нервной системой. Эволюция позвоночных животных на земле шла по линии усложнения строения и функционирования у них головного мозга. Увеличение относительного веса мозга на отдельных ступенях эволюции наглядно демонстрируется с помощью индекса Я.Я. Рогинского (отношение квадрата веса мозга к весу тела): у полуобезьян он составляет 0,13-1,37; у низших обезьян — 0,56-2,22; у человекообразных обезьян — 2,03-7,35; у дельфина — 6,72; у слона — 9,62; у человека — 32,0. Эти цифры показывают, насколько большое место занимает мозг человека в системе его тела, а значит и в организации поведения.
>
> Важно отметить, что увеличение объема и веса мозга связано не с ростом наиболее древних, стволовых отделов, а с развитием больших полушарий. У человека наибольшего развития получила кора полушарий, причем наиболее интенсивно формировались новые области коры (неокортекс), которые у низших млекопитающих лишь едва намечены. Древние области коры — палеокортекс (образования коры, еще не отделенные от подкорковых образований), археокортекс (образования двухслойной древней коры, входящей в систему "обонятельного мозга") и межуточная кора (образования, носящие переходный характер между новыми и старыми отделами) у человека составляют лишь незначительную часть коры.

Мозг человека можно определить как высокоорганизованное многоуровневое полисистемное и полифункциональное образование со множеством

взаимодействующих локальных и общецеребральных элементов. Общий контроль, координацию и регуляцию режимов работы мозга осуществляет система интрацентральной регуляции, включающая различные необходимые механизмы и системы мозга, благодаря чему достигается согласованность работы мозга и обеспечивается в конечном итоге целостная церебральная и психическая деятельность.

КЛЕТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ОРГАНИЗАЦИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Простейшими элементами мозга (головной и спинной мозг) являются *нейроны и глиальные клетки.* Общее число нейронов в центральной нервной системе (ЦНС) составляет порядка 50 миллиардов (10^{12}). Их распределение в различных образованиях мозга неравномерно.

Структуру нейрона в элементарном виде можно представить себе в виде тела с ядром и двух видов отростков — одного длинного (аксон) и множества коротких (дендритов). Отростки выполняют передачу информации от нейрона к нейрону на короткие и длинные расстояния.

Места соединения (контакты) между нейронами называются *синапсами* (Сантьяго Рамон–и–Кахал, 1911), а сам процесс передачи информации в этих местах — синаптической передачей. При взаимодействии нейронов пресинаптическая клетка выделяет определенное вещество (нейромедиатор) на рецепторную поверхность постсинаптического нейрона. Нейромедиатор замыкает цепь, осуществляя химическую передачу информации через синаптическую щель — структурный разрыв между передающей и воспринимающей клетками в месте синапса.

Отдельный нейрон с *дивергентной* структурой может посылать сигналы тысяче и даже большему числу других нейронов. Но чаще один такой нейрон соединяется всего лишь с несколькими определенными нейронами. Точно так же какой–либо нейрон может получать входную информацию от других нейронов с помощью одной, нескольких или многих входных связей, если на нем сходятся *конвергентные* пути.

Согласно общепринятой точке зрения: передача информации всегда осуществляется антероградно, т.е. от пресинаптической к постсинаптической клетке. Последнее время появились данные об обратной, ретроградной передаче (Jessell, Kandel, 1993) с помощью целого ряда веществ от маленьких подвижных молекул окиси азота до больших полипептидов, таких как фактор роста нерва. Полагают, что обратная передача в синапсе обеспечивает большую пластичность синапсов при развитии мозга и научении (сохранение или потенцирование активных синапсов в нейронных сетях).

Роль межнейронного взаимодействия в процессах обработки информации в настоящее время активно изучается. Американский исследователь В. Маунткасл предлагает в качестве своеобразной “единицы” нейрофизиологического обеспечения информационного процесса “элементарный модуль обработки информации” — колонку нейронов, настроенных на определенный параметр сигнала. Совокупность таких колонок осуществляет контроль определенного участка внешнего пространства. Эти исследования даже послужили основой гипотезы, что подобного рода колонки нейронов (“дендроны”) представляют собой морфофункциональную основу генерации “психона” — элементарной основы психического. Однако сейчас мы можем только говорить, что подобного рода гипотезы отражают настоятельную потребность исследователей мозга в выделении сопоставимых физиологических и психологических единиц анализа.

Представления о функционировании нейронных сетей разного типа (с конвергентным или дивергентным способом передачи информации) легли в основу *векторной психофизиологии* — нового направления, основанного на представлениях о векторном кодировании информации в нейронных сетях. Внешний стимул здесь как бы

получает свое векторное соответствие в возбуждении нервных элементов нейронного ансамбля с общим входом. Различия между стимулами в нервной системе кодируются абсолютной величиной разности тех векторов возбуждения, которые эти стимулы генерируют.

Все живые клетки обладают свойством “электрической полярности”. Это означает, что внутренняя часть клетки испытывает относительный недостаток положительно заряженных частиц и поэтому, как мы говорим, отрицательно заряжена относительно наружной стороны клетки. Этот отрицательный заряд возникает потому, что плазматическая мембрана проницаема не для всех солей в равной мере. Некоторые ионы, например K^+, обычно проникают сквозь мембрану легче, чем другие (Na^+ или Ca^+). Внеклеточные жидкости содержат много натрия и мало калия, а внутри клетки соотношение обратное. Поддержание трансмембранной ионной полярности осуществляется специальным мембранным механизмом (“*натрий–калиевый насос*”), который получает энергию от митохондрий.

Электрически возбудимые клетки, в частности нейроны, обладают способностью регулировать свой внутренний потенциал. При воздействии некоторых веществ свойства мембраны изменяются — внутренность клетки начинает терять свой отрицательный заряд, происходит кратковременная деполяризация, причем на 1/1000 сек внутренность клетки становится заряженной положительно. Этот переход от обычного отрицательного состояния содержимого клетки к кратковременному положительному называют *потенциалом действия* или *нервным импульсом*, который передается по аксону на значительные расстояния. Измерения показывают, что каждая нервная клетка имеет отрицательный заряд порядка 40-65 мвт.

Электрический импульс через синапс не проходит, но вызывает выделение *медиатора.* Известно около 100 веществ, которые выполняют медиаторные функции в нервной системе (ацетилхолин, норадреналин, серотонин, дофамин и другие). Определенный нейрон использует один и тот же медиатор во всех своих синапсах. Существует два типа синапсов — возбуждающие и тормозные. В первом случае одна клетка приказывает другой переходить к активности, а во втором, наоборот, затрудняет активацию клетки, которой передается сигнал. Амплитуда постсинаптического потенциала может достигать 20 мвт.

Одним из удивительных видов электроактивности нейрона являются *пейсмекерные потенциалы* (Arvanitaki A., Chalazonitis H., 1955). Это осциллирующие потенциалы нервной клетки, не связанные с поступлением к ней синаптических влияний. Иногда они могут самопроизвольно принимать такой размах, что превышают критический уровень потенциала действия. Некоторые гормоны и другие вещества могут влиять на эту внутреннюю активность нервной клетки. Принципиально важно то, что пейсмекерный потенциал превращает нейрон из простого сумматора синаптических влияний в своеобразный управляемый генератор импульсов. Полагают, что пейсмекерный потенциал является компактным способом передачи внутринейронной генетической информации другим нейронам, в том числе и эффекторным, обеспечивающим поведенческую реакцию (Bullock, 1984).

Пространство между нервными клетками и их отростками заполнено опорными клетками — *глией*. Глиальных клеток в 5-10 раз больше, чем нейронов. Наиболее распространены среди глиальных клеток астроциты, названные так за их звездчатую форму. Считается, что они очищают внеклеточные пространства от избытка медиаторов и ионов, доставляют глюкозу нейронам. Глиальные клетки

другого типа (олигодендроциты) обеспечивают “электрическую изоляцию” проводников, так как содержат миелин (жироподобное вещество) в виде плотной оболочки.

СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

В структурном плане выделяют центральную нервную систему (ЦНС) и периферическую нервную систему. ЦНС включает головной мозг, ствол мозга и спинной мозг. Все остальное относится к периферической нервной системе, которую обычно подразделяют на соматическую и вегетативную (автономную). Соматическая система состоит из нервов, идущих к чувствительным органам и от двигательных органов. Вегетативную систему называют еще висцеральной, т.к. она управляет внутренними органами тела (лат. viscera — внутренности). Соматическая нервная система активирует произвольную мускулатуру (называемую также поперечно-полосатой из-за поперечной исчерченности ее волокон). Вегетативная нервная система иннервирует так называемую непроизвольную (или гладкую) мускулатуру.

Центральная нервная система

ЦНС состоит из головного мозга, ствола мозга и спинного мозга. Спинной мозг — это тяж из нервных волокон, идущий посредине тела и защищенный костной структурой. Он служит связующим звеном между головным мозгом и периферической нервной системой. Самостоятельно спинной мозг осуществляет лишь ряд очень простых рефлексов (например, коленный рефлекс). В обычных условиях все реакции контролирует головной мозг.

Головной мозг можно подразделить на передний, средний и задний мозг. Передний мозг включает в основном кору двух полушарий мозга, а также еще четыре относительно небольших образования: миндалину (названную так за свою ореховидную форму), гиппокамп (напоминает по форме морского конька), базальные ганглии (полосатое тело, бледный шар, субталамическое ядро, черная субстанция) и перегородку, которая образует стенку между двумя желудочками мозга. Средний мозг включает таламус и гипоталамус. Задний мозг составляется из варолиева моста, продолговатого мозга, ствола мозга и мозжечка.

> P.D. MacLean (1964) считает, что головной мозг человека произошел и развился из трех типов мозга, которые могут быть охарактеризованы как “мозг рептилий” или *археокортекс* (древний мозг) — центральное образование, включающее базальные ганглии (витальные функции); “мозг низших млекопитающих” или *палеокортекс* (старый мозг) — промежуточный слой, включающий лимбическую систему (влечения, наследственное эмоциональное поведение) и “мозг высших млекопитающих” или *неокортекс* (новый мозг) — внешний слой, включающий кору и связанные с нею стволовые структуры мозга (приобретенные формы поведения).
>
> Развитие “третьего мозга” продолжалось в эволюционном плане сравнительно короткое время — не более 1 млн. лет. Возможно, как это считают некоторые ученые (Laborit H., 1979), “третий мозг” за это короткое время не смог установить надежного контроля за деятельностью более древних отделов мозга. Этим возможно и объясняются многочисленные конфликты между удовлетворением влечений и “разумным” поведением, которые постоянно переживает человек.

В процессе эволюции мозга его полушария приобретали все большую специализацию, что проявилось в предпочтительном пользовании человеком правой рукой (90% людей), расположении центров речи в левом полушарии (у 92%

людей), полярности эмоциональных состояний (правое полушарие — отрицательные эмоциональные состояния, а левое — положительные) и ряд других особенностей.

Существуют также некоторые морфологические и функциональные отличия мозга у мужчин и женщин. В частности у женщин в определенном участке мозолистого тела больше нервных волокон, чем у мужчин. Это может означать, что нервные связи между полушариями у них более многочисленные, что способствует лучшему взаимодействию полушарий. Возможно этим объясняется ряд половых различий в поведении и особенностях психических функций у мужчин и женщин.

Афферентная и эфферентная нервная система

Способность ощущать и двигаться — это два основных свойства всех животных организмов от самых простых до самых сложных. Существа, обладающие нервной системой, в своих способностях ощущать и двигаться далеко превосходят более простые организмы, не имеющие нервов. Нервные клетки сенсорных (афферентных) и двигательных (эфферентных) систем должны тесно взаимодействовать между собой, чтобы эти системы в функциональном плане обеспечивали адекватное приспособление к условиям среды обитания. Афферентные системы перерабатывают информацию, поступающую в мозг от рецепторов, а эфферентные системы — информацию, идущую от мозга к эффекторам (мышцы, железы). Структурная организация тех и других систем обнаруживает черты сходства, а их взаимодействие осуществляется модулирующими нейронами, связанными с переработкой информации, циркулирующей между афферентной и эфферентной подсистемами.

Сенсорная (афферентная) система начинает действовать тогда, когда какое либо явление окружающей среды (стимул или раздражитель) воздействует на рецептор (чувствительный нейрон). В каждом рецепторе воздействующий физический фактор (свет, звук, тепло, давление) преобразуется в потенциал действия, нервный импульс. Нервные импульсы, вырабатываемые рецепторами, передаются по сенсорному волокну в перерабатывающий центр, куда сходится информация от группы рецепторов. Само поступление сенсорных импульсов в зоны переработки означает, что произошло событие, относящееся к данному сенсорному каналу. Частота импульсов и общее количество рецепторов, передающих импульсы, отражают силу стимула, размеры объекта и другие его характеристики. В последующих интегративных центрах сенсорной системы может добавляется информация от других рецепторов (ощущения другой модальности), а также информация памяти о сходном прошлом опыте. В какой-то момент природа и значение того, что мы ощущаем, определяется в результате осознанной идентификации, которую мы называем восприятием. После этого наступает время действия, если оно необходимо.

Таким образом, рецептор — это периферический конец анализатора, где производится грубый анализ стимула, а центральный конец анализатора находится в коре головного мозга, где и осуществляется тонкий, качественный анализ информации, поступающей от детекторов стимула. По этой схеме работают все сенсорные системы. Точно так же мы можем проанализировать деятельность моторной системы, как сходно организованной нервной сети, по которой циркулируют импульсы, но только в обратном направлении. Все сказанное является физиологической основой, базисом зарождающихся психических процессов.

Физиологические процессы в мозге и психические процессы, хотя и протекают параллельно, но не являются идентичными. Достаточно отметить, что в образах восприятия отражаются такие свойства предметов и явлений, для которых нет специальных анализаторов (например — величина предмета, вес, форма, регулярность и другие), что свидетельствует о сложности организации этого психического процесса. Здесь мы сталкиваемся как бы с двумя сторонами одной реальности: материальной — мозг и физиологические процессы в нем, а с другой стороны — психика и наблюдаемые нами психические процессы. Психические процессы являются формами сознания и они же формируют бессознательное.

Областью междисциплинарных исследований на стыке психологии и нейрофизиологии занимается наука — ***психофизиология***. Ее исследования направлены на изучение психики в единстве с ее нейрофизиологическим субстратом. Первоначально термин "психофизиология" использовался наряду с понятием "физиологическая психология" для обозначения широкого круга исследований психики, опиравшихся на точные объективные физиологические методы. Главной задачей современной психофизиологии является причинное объяснение психических явлений путем раскрытия лежащих в их основе нейрофизиологических механизмов.

Основными методами психофизиологии являются регистрация сенсорных, моторных, вегетативных реакций, анализ последствий повреждений и стимуляции мозга, электроэнцефалография, математические способы обработки экспериментальных данных и др. В рамках психофизиологии выделяются отдельные направления, связанные с разработкой наиболее важных проблем: психофизиология органов чувств, организации движений, активности, памяти и обучения, речи, мотивации и эмоций, сна, стресса, психофизиология функциональных состояний и др. Особое место занимает дифференциальная психофизиология, изучающая физиологические основы индивидуально-психологических различий.

Как показали исследования, кора головного мозга состоит из шести слоев клеток. Только нижние из них связывают кору с периферией и составляют основу т.н. "первичных" зон: 4-й афферентный слой (мелкозернистые клетки) связан с органами чувств и 5-й эфферентный слой (гигантские пирамидные клетки) — с мышцами.

Поступающая от периферических рецепторов информация, переключаясь лишь в подкорковых образованиях, достигает ("проецируется") "***первичных полей"*** — чувствительных областей коры. Эти области располагаются для зрения в затылочных, слуха — в височных, общего чувства (осязание, боль и др. чувствительность) — в теменных долях мозга. Аналогичным образом можно проследить волокна, которые начинаются от пирамидных клеток коры передней центральной извилины и подходя к передним рогам спинного мозга, несут двигательные импульсы к мышцам.

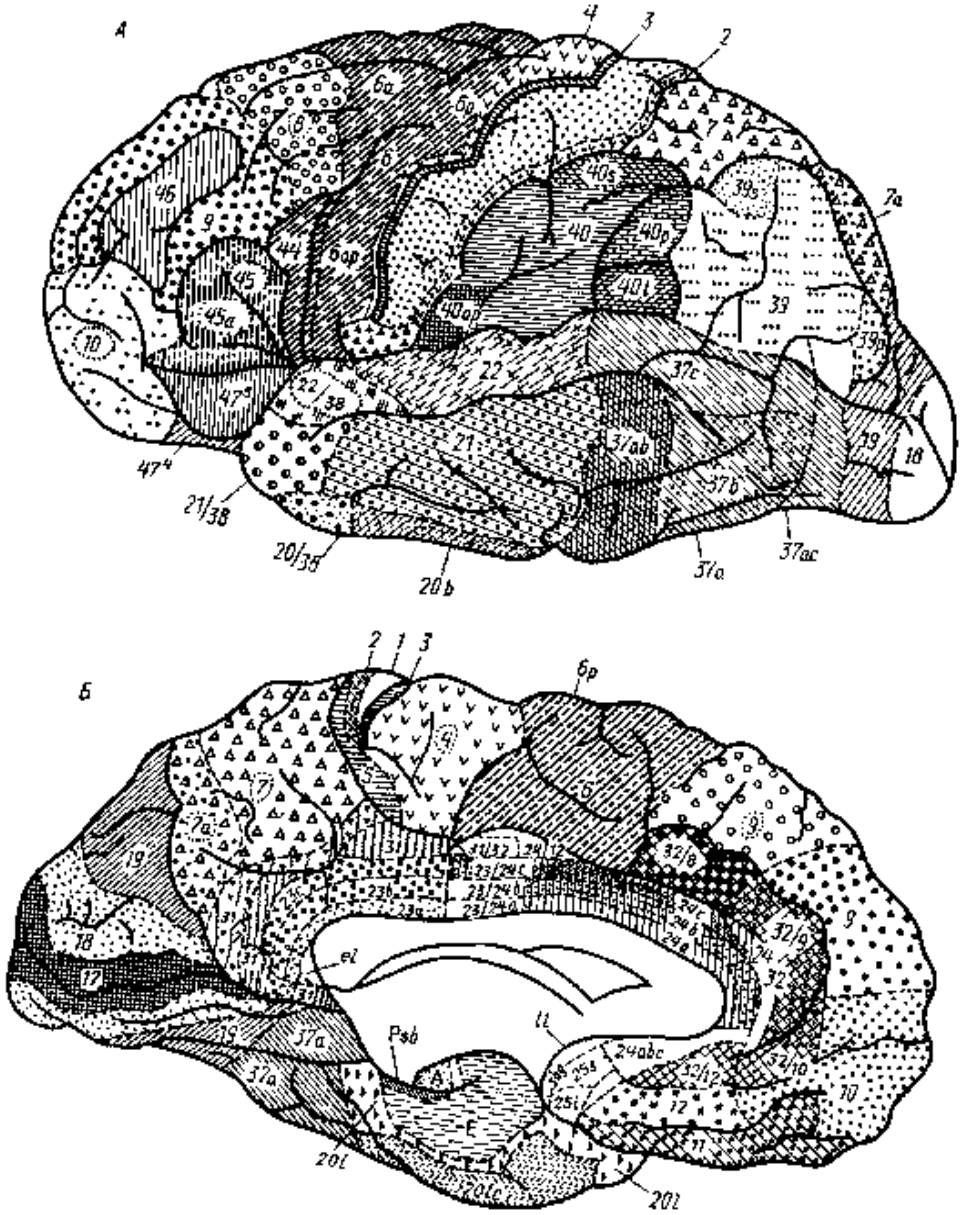
Над каждой первичной зоной коры надстраивается система ***"вторичных полей"*** — зон, где преобладающее место занимают более сложные по строению 2-ой и 3-ий слои. Эти слои состоят из клеток с относительно короткими аксонами и они принадлежат не к проекционному, а более сложному ассоциативному (интегрирующему) аппарату коры, играющему существенную роль в функциональной организации работы отдельного анализатора.

На границах между корковыми представительствами отдельных анализаторов лежат т.н. ***"третичные поля"*** — зоны коры (зоны перекрытия), состоящие практически целиком из верхних (ассоциативного типа) слоев клеток. Эти зоны обеспечивают совместную работу анализаторов.

Задняя группа третичных полей расположена на стыке зрительной (затылочной), общечувствительной (теменной) и слуховой (височной) областей и ее обозначают зоной перекрытия корковых отделов экстероцептивных анализаторов.

Передняя группа третичных полей располагается кпереди от двигательной зоны коры (лобная доля) и она "надстраивается" над двигательными отделами

коры. Кроме того она связана с остальными отделами коры и играет важную роль в построении наиболее сложных программ поведения человека. Поражение лобных долей на самых ранних этапах онтогенеза (сразу после рождения) значительно задерживает и нарушает психическое развитие ребенка.



Карта цитоархитектонических полей коры головного мозга

(по данным Института мозга РАМН)

А — конвекситальная кора, Б — медиальная кора.

Цифрами обозначены отдельные корковые поля, цифрами и буквами — подполя.

Затылочно-височно-теменная область: первичные поля — 17, 41, 3; вторичные — 18, 19, 42, 22, 1, 2, частично 5-е; третичные — 37, 7, 39, 40, 21.

Лобная область: первичное поле — 4; вторичные поля — 6, 8, 44, 45; третичные — 9, 10, 11, 12, 46, 47, 32.

С переходом от высших млекопитающих к человеку эволюция мозга связана преимущественно с развитием третичных зон коры, а площадь первичных и вторичных отделов коры практически не увеличивается.

Масса коры головного мозга составляет до 78% от общей массы мозга. Основной тип строения коры — шестислойный. Выраженность отдельных слоев нервных клеток в разных отделах коры неодинакова и это позволяет гистологам различать отдельные участки коры — поля.

Лобная область занимает 23,5% поверхности коры (поля 8-12,44-47 и 32) и является самой сложной по своей цитоархитектонике. Она связана с высшими ассоциативными и интегративными функциями, играет важную роль в регуляции поведения и организации второй сигнальной системы.

Прецентральная область занимает 9,3% поверхности коры (поля 4 и 6) и имеет прямое отношение к осуществлению произвольных движений (ядро двигательной зоны).

Постцентральная область занимает 5,4% поверхности коры (поля 3/4,3,1,2,43) и обеспечивает рецепцию различных видов чувствительности.

Нижняя теменная область занимает 7,7% поверхности коры (поля 39 и 40) и имеет отношение к высшим интегративным и аналитическим функциям. При ее повреждениях расстраивается чтение, письмо, некоторые сложные виды движений (апраксия).

Верхняя теменная область занимает 8,4% поверхности коры (поля 5 и 7) также имеет отношение к интегративным и ассоциативным функциям. При ее повреждении нарушается ощущение локализации конечности, направление ее движения и т.д.

Затылочная область занимает 12% поверхности коры (поля 17,18,19) и функционально связана со зрением.

Височная область занимает 23,5% поверхности коры. Имеет отношение к слуховому анализатору. Области: верхняя — поля 41,42,41/42,22,52,22/28, средняя — поля 21,21/38, базальная — поля 20\a,c,1,20\38, височно-теменно-затылочная — поля 37,37\a,b,aa,ab).

Островковая область занимает 1,8% поверхности коры (поля 13 и 14, перипалеокортикальные поля) и связана с функцией речи. Перипалеокортикальные поля связаны с синтезом обонятельных и вкусовых ощущений.

Лимбическая область занимает 4% поверхности коры (поля 23,23/24,24,25, перитекальные поля) и связана с вегетативными функциями и эмоциональной сферой.

Кроме названных выделяют еще участки древней коры (палеокортекс) и старой коры (архикортекс), которые занимают 4,4% поверхности коры и представлены трехслойными или однослойными клеточными структурами.

Вегетативная нервная система

Вегетативную нервную систему подразделяют на симпатическую и парасимпатическую. Работа этих двух систем — антагонистов поддерживает в организме стабильность его внутренней среды. До появления методов прямой регистрации активности ЦНС изучение различных физиологических показателей функционирования вегетативной нервной системы (секреция пота, ритм сердца, кровяное давление, расширение зрачков и т.п.) было основным методическим приемом психофизиологов.

Вегетативная нервная система регулирует работу сердца, желез и гладкой мускулатуры без активного участия нашего сознания. В течение многих лет считалось, что функции вегетативной системы недоступны для нормального самоконтроля. Создание последнее время так называемых методик *“биологически обратной связи”* (БОС) и изучение практик восточной медитации позволяют предполагать, что многие функции вегетативной системы можно поставить под контроль воли. Однако эта новая перспектива не изменяет того основного факта, что обычно мы не можем сознательно контролировать внутреннее состояние организма.

Основная функция симпатической системы — это мобилизация всего организма при чрезвычайных обстоятельствах. Такая мобилизация связана с рядом сложных реакций, начиная от усиленного расщепления гликогена в печени (выделение глюкозы — добавочного источника энергии) и кончая изменениями в циркуляции крови. Весь комплекс изменений при этом часто называют “реакцией борьбы или бегства”.

Действие симпатической системы обычно проявляется диффузно (т.е. охватывает все тело) и поддерживается относительно долго. С другой стороны, действие парасимпатической системы, способствующее сохранению и поддержанию ресурсов организма, локально и относительно кратковременно. Эффекты этих двух систем противоположны друг другу. В то время как симпатическая нервная система ускоряет сокращения сердца, парасимпатическая их замедляет; она усиливает также приток крови к желудочно-кишечному тракту и стимулирует превращение глюкозы в гликоген печени.

Таким образом, симпатическая система мобилизует организм для действия (катаболизм), а парасимпатическая восстанавливает запасы энергии в организме (анаболизм). Симпатическая система имеет тенденцию действовать быстро и как единое целое, тогда как парасимпатическая активация более кратковременна и носит более локальный характер.

Последнее различие в функционировании обеих систем связано с особенностями их структурной организации. В отличие от соматической нервной системы, которая имеет “одно-нейронный путь”, вегетативная нервная система имеет путь “двух-нейронный”, т.е. между последним нейроном, расположенном в ЦНС, и иннервируемым органом имеется еще одна, дополнительная нервная клетка. Место соединения между этими двумя нейронами находится в ганглии (нервный узел).

Симпатические волокна выходят из средней части спинного мозга — из грудного и поясничного отделов. Поэтому симпатическую систему иногда называют тораколюмбальной системой. Ее волокна (аксоны) вскоре сходятся к группе симпатических ганглиев, расположенных в виде цепочки с обеих сторон около спинного мозга. Импульс, пришедший из любого участка симпатической нервной системы, может вызвать активацию всей системы. Кроме того, один из симпатических путей ведет к мозговому слою надпочечников — эндокринной железе, выделяющей в кровь гормоны, которые играют роль химических сигналов. У парасимпатической системы таких связей нет. Мозговое вещество надпочечников, получив сигнал от симпатической системы, ответит выделением в кровоток адреналина и норадреналина. Норадреналин в симпатической нервной системе служит медиатором, т.е. передатчиком нервных импульсов. Норадреналин гормонального происхождения попадает в симпатические синапсы и усиливает их действие еще больше. Некоторые медиаторы, повысив частоту электрических разрядов в синапсе, быстро разрушаются; другим для этого требуется более долгое время. Норадреналин относится к последней категории. Отсюда еще одно название для симпатической нервной системы — адренергическая система (от слова адреналин).

Парасимпатические волокна выходят из спинного мозга выше и ниже места выхода симпатических волокон — из черепного и крестцового отделов, в связи с чем парасимпатическую нервную систему называют иногда краниосакральной системой. Ее ганглии расположены далеко друг от друга, и поэтому нервные импульсы оказываются более специфическими, т.е. воздействуют только на какой-то один орган. Передатчиком нервных импульсов в парасимпатической нервной

системе является вещество ацетилхолин. Поэтому анаболическую краниосакральную систему называют ацетилхолинергической. В синапсах этой системы ацетилхолин быстро инактивируется ферментом холинэстеразой, поэтому парасимпатические эффекты четко ограничены не только в пространстве, но и во времени.

Следует отметить, что преганглионарные волокна всей вегетативной системы выделяют в качестве медиатора ацетилхолин, а различия в медиаторах появляются только во втором, постганглионарном звене двух–нейронного пути. Но и во втором звене бывают исключения: в симпатической системе существует также холинэргическая передача. Наиболее важное исключение составляют симпатические волокна, иннервирующие потовые железы — они активируются ацетилхолином. Поскольку потовые железы в этом отношении атипичны, то электрическую активность кожи (ЭАК) и изменение электрических характеристик потовых желез следует рассматривать как атипичную симпатическую реакцию.

Сравнение симпатической и парасимпатической систем
(по Noback, Demarest, 1972)

Показатели	**Симпатическая нервная система**	**Парасимпатическая нервная система**
Функция	Катаболизм	Анаболизм
Характер активности	Диффузный, длительный	Дискретный, кратковременный
Анатомия:		
Место выхода нервов из спинного мозга	Грудной и поясничный отделы	Краниальный и крестцовый отделы
Расположение ганглиев	Около спинного мозга	Около иннервируемых органов
Постганглионарный передатчик	Норадреналин*	Ацетилхолин
Специфические Эффекты:		
Зрачок	Расширение	Сужение
Слезная железа	—	Усиление секреции
Слюнные железы	Малое количество густого секрета	Обильный водянистый секрет
Сердечный ритм	Учащение	Урежение
Сократимость сердца	Усиление	—
Кровеносные сосуды	В целом сужение*	Слабое влияние
Состояние бронхов	Расширение просвета	Сужение просвета
Потовые железы	Активация*	—
Надпочечники, мозговое вещество	Секреция адреналина и норадреналина*	—
Половые органы	Эякуляция	Эрекция
Подвижность и тонус желудочно-кишечного тракта	Торможение	Активация
Сфинктеры	Активация	Торможение (расслабление)

* В большинстве потовых желез и кровеносных сосудах некоторых скелетных мышц симпатическим постганглионарным передатчиком служит ацетилхолин. Мозговое вещество надпочечников иннервируется преганглионарными холинэргическими симпатическими нейронами.

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ БЛОКИ МОЗГА

Именно кора головного мозга осуществляет анализ и синтез поступающей через анализаторы раздражений, т.к. там происходит конечное замыкание всех нервных связей. Однако следует подчеркнуть, что психические процессы человека являются сложными функциональными системами и они не локализованы в узких, ограниченных участках мозга. Они осуществляются при участии многих совместно работающих мозговых аппаратов. А.Р. Лурия выделяет три основных функциональных блока мозга, участие которых необходимо для осуществления любого вида психической деятельности.

Первый блок — "энергетический блок", или блок регуляции тонуса коры и состояния бодрствования. Он обеспечивает нормальный тонус коры и ее бодрственное состояние. Анатомически этот блок представляет собой образование в стволе мозга по типу нервной сети, в которую вкраплены тела нервных клеток, соединяющиеся между собой короткими отростками — *ретикулярная формация*. Одни из волокон ретикулярной формации направляются вверх и оканчиваются в вышележащих нервных образованиях, включая кору мозга (восходящая ретикулярная система). Другие волокна имеют обратное направление: они начинаются в коре и направляются к ниже лежащим структурам среднего мозга, гипоталамуса и мозгового ствола (нисходящая ретикулярная система).

Возбуждение в ретикулярной формации распространяется не отдельными импульсами по закону "все или ничего", а постепенно (градуально), что обеспечивает ее тонизирующее и модулирующее влияние на состояние всего нервного аппарата. Как было показано многочисленными исследованиями школы русского физиолога И.П. Павлова, процессы возбуждения и торможения в бодрствующей коре подчиняются "закону силы" и характеризуются определенной концентрированностью, уравновешенностью и подвижностью. При низком тонусе коры (сон или утомление) Павловский закон силы нарушается — при этом слабые раздражители уравниваются по интенсивности с сильными ("уравнительная фаза") или даже превосходят их ("парадоксальная фаза"), а в отдельных случаях при отсутствии реакции на сильный раздражитель сохраняется реакция на слабый раздражитель ("ультрапарадоксальная фаза"). Кроме того, по мере снижения тонуса коры нарушается нормальное соотношение возбудительных и тормозных процессов и та их подвижность, которая необходима для протекания нормальной психической деятельности.

Нервная система всегда находится в состоянии определенной *активности***,** которая, как уже говорилось, опосредована работой ретикулярной формации. В неспецифической системе выявлено не менее пяти достаточно автономных уровней (начиная от нижних отделов ствола и кончая медиобазальными отделами коры лобных и височных долей мозга), каждый из которых вносит свой вклад в регуляцию процессов активации. Активационные и тормозные влияния реализуются или через медленные сдвиги активности, лежащие в основе изменений функционального состояния мозга в целом, или через быстрые процессы активации, входящие в механизмы ориентировочного рефлекса.

Первым источником активации являются обменные процессы в организме, лежащие в основе гомеостаза (внутреннего равновесия организма), а также инстинкты. Процессы обмена веществ регулируются главным образом аппаратами гипоталамуса. Инстинктивное поведение (пищевая, половая активация) является функцией более высоко расположенных образований мезэнцефальной, диэнцефальной и лимбической систем. Лимбические структуры этого блока имеют

также самое непосредственное отношение к регуляции эмоциональных реакций и состояний. У человека на лимбическом уровне обнаружены различные “эмоциональные центры”, раздражение которых приводит к появлению ощущений страха, гнева, удовольствия.

Второй источник активации связан с поступлением информации от внешней среды. Здесь активация проявляется в виде ориентировочного рефлекса. Человек, который лишен обычного притока информации извне (эксперименты по “сенсорной депривации”) впадает в дремотное состояние и у него могут возникать галлюцинации и другие психические нарушения.

Третий источник активации обусловлен намерениями, планами, перспективами и программами, которые формируются в процессе сознательной деятельности человека.

Ретикулярная формация имеет обширные связи, прежде всего с лобными отделами коры мозга. Нисходящие аппараты ретикулярной формации облегчают и обеспечивают проведение корковых влияний (как активизирующих, так и тормозных) на нижележащие отделы нервной системы. Аппараты первого функционального блока мозга не только тонизируют кору, но и сами испытывают на себе ее регулирующее влияние.

> Последнее время интенсивно велись работы по изучению “специфичности” неспецифических форм активации. В частности выделены две основные активирующие системы, одна из которых связана преимущественно с ретикулярной формацией ствола и представлена в основном в левом полушарии (левый первый блок — собственно блок регуляции тонуса и бодрствования). Другая характеризует работу лимбической системы, включая септо-гиппокампальные структуры, и в большей степени представлена в правом полушарии (правый первый блок — блок регулирования эмоционально–личностной сферы). Неоднородность функций левополушарного и правополушарного первого блока на клиническом уровне проявляется в общем уровне активности больного и поведенческих особенностях по линии “спонтанность–аспонтанность”, а также в особенностях нарушений эмоционально-личностной сферы. При левостороннем поражении активность больного (моторная, речевая, интеллектуальная и др.) существенно ниже, чем при поражении правого полушария. Снижаются при этом и скоростные динамические аспекты интеллектуальной деятельности. При правостороннем поражении более выражены нарушения общей эмоциональности, общего эмоционального фона, а также опознания эмоциональной значимой информации, чем при поражении левого полушария.

Второй блок — “блок приема, переработки и хранения информации” состоит из трех подблоков, расположенных в конвекситальных (наружных) отделах коры затылочной (зрение), височной (слух и вестибулярная информация) и теменной (общая чувствительность) долей мозга. Сюда включаются и центральные аппараты вкуса и обоняния, но у человека они занимают в коре головного мозга незначительное место.

Латеральные различия в функционировании аппаратов второго блока мозга достаточно хорошо изучены и описываются в соответствующих разделах. Все они отражают специфику приема, переработки и хранения информации, присущие каждому полушарию мозга. Дихотомические (левое–правое полушарие) принципы анализа функций второго блока определяют как абстрактный (вербально–логический) или конкретный (наглядно–образный), сукцессивный (последовательный) или симультанный (одновременный), аналитический или синтетический способы переработки информации.

Каждый подблок имеет иерархическое строение. Условно в них выделяют первичные, вторичные и третичные отделы. Первые дробят воспринимаемый образ

мира — слуховой, зрительный, осязательный — на мельчайшие признаки: округлость и угловатость, высоту и звонкость, яркость и контрастность. Вторые синтезируют из этих признаков целые образы. Третьи объединяют информацию, полученную от разных подблоков, т.е. зрения, слуха, обоняния, осязания.

В ядерную зону зрительного анализатора входят 17,18 и 19 поля, кожно-кинестетического анализатора — 3,1,2 и частично 5-е поля, звукового анализатора — 41,42 и 22-е поля; из них первичными полями являются 17,3 и 41-е, а остальные — вторичные.

Третий блок — "блок программирования, регуляции и контроля" расположен преимущественно в лобных долях мозга. Он включает кору передних отделов больших полушарий (моторную, премоторную и префронтальную области), обеспечивает программирование, регуляцию и контроль человеческого поведения, осуществляет также регуляцию деятельности подкорковых образований, регуляцию тонуса и бодрственного состояния всей системы в соответствии с поставленными задачами деятельности.

Первичная двигательная кора (4-е моторное поле Бродмана) не может работать изолированно. Подготовка программ движения и передача их на пирамидные клетки осуществляется в аппаратах вторичных зон двигательной коры, которые располагаются в верхних слоях коры премоторных отделов лобной области. Третичные зоны лобной коры играют решающую роль в формировании намерений и программ, в регуляции и контроле наиболее сложных форм поведения. Человек, у которого этот блок нарушен, лишается возможности поэтапно организовывать свое поведение, не может перейти от одной операции к другой. В связи с этим личность такого человека как бы "распадается". Особенности этих нарушений также зависят от локализации поражения в лобных долях, в том числе и их преимущественной латерализации. В частности, "левый третий блок" имеет более непосредственное отношение в произвольной регуляции психических функций (мнестических, интеллектуальных). Меньше изучена латеральная специфика правого третьего блока.

> С 20-х годов в литературе стали появляться сообщения о случаях успешного лечении тяжелых психических расстройств методом частичного или полного удаления лобных долей. С 1936 года с этими целями стали производить операцию лоботомии: производилось только пересечение проводящих путей, связывающих зрительный бугор с 9,10,11,46,47 и частично 12,32 и 24 полями лобной коры. Операция, как показали результаты тестирования, не ухудшала интеллектуальные функции, но способствовала ослаблению бреда, агрессивности, тревоги и депрессии. Однако позднее от нее отказались, т.к. выяснилось, что операция, устраняя отдельные симптомы болезни, приводит к существенным личностным изменениям. Больные становились безразличными к мнению и чувствам других людей, поверхностными в эмоциональной жизни. У них исчезают социальные, религиозные и политические интересы, снижались творческие способности. Лейкотомия нарушала единство личности, переживание ею собственной непрерывности (self-continuity) , обуславливающее ответственность за свое прошлое и будущее, мотивацию. Родственники одной больной, перенесшей операцию, говорили о ней, что она стала не той личностью, которую "можно полюбить или невзлюбить, она совершенно бесцветна" (Frankl L., Mayer-Gross W., 1947).

Теория системной локализации высших психических функций

Общепсихологическую основу современной нейропсихологии составляет положение о системном строении высших психических функций и их системной мозговой организации.

Учение о высших психических функциях человека в нашей стране было разработано Л.С. Выготским (1896–1934). Высшие психические функции (мышление, память, речь и т.д.) рассматривались им как сложные формы *сознательной произвольной психической деятельности*. Этим они качественно отличны от других психических явлений, которые имеются и у животных. Высшие психические функции представляют собой особые "психологические системы", которые создаются "путем надстройки новых образований над старым", а старые образования становятся соподчиненными новым (Выготский Л.С., 1960). Например, у животных имеются такие низшие ("натуральные") психофизиологические функции как моторная, мнемическая и другие. У человека же появляются *произвольные*, т.е. высшие формы этих функций: человек может заставить себя запомнить некоторый материал, обратить внимание на какой-то предмет, организовать свою умственную деятельность.



Выготский
Лев Семенович
(1896–1934)

По мнению Л.С. Выготского общение в процессе совместного труда породило у людей речь. Возможно, что первыми словами были слова-приказы — "возьми это" или "пойди туда", а далее человек научился обращать слова-приказы на самого себя. Человек говорит себе "встань" — и встает; он говорит себе "я должен это сделать" — и делает. Возможность приказывать себе, управлять собой, т.е. произвольность психики возникла в процессе общественного, культурного развития человека. Таким образом, основной закономерностью формирования высших психических функций является то, что они первоначально существуют как форма взаимодействия между людьми (т.е. как интерпсихологический процесс) и лишь позже — как полностью внутренний (интрапсихологический) процесс.

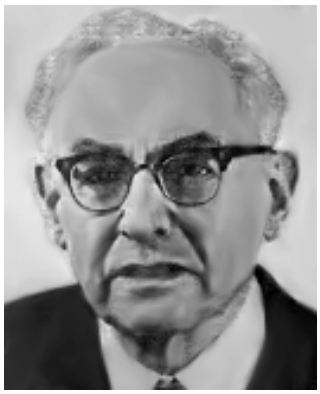
По мере формирования высших психических функций происходит процесс превращения внешних средств осуществления функции во внутренний, психический план. Превращение интерпсихологических (межличностных) отношений в интрапсихологические (отношения самим собой) Л.С. Выготский назвал процессом интериоризации. Вначале высшие психические функции представляли собой развернутую форму внешней предметной деятельности, которая опиралась на элементарные сенсорные и моторные процессы, а затем эти действия и процессы "свертываются", приобретая характер автоматизированных умственных действий.

В онтогенезе наблюдается принципиально те же стадии интериоризации . *Первая*: взрослый действует словом на ребенка, побуждая его что-то сделать. *Вторая*: ребенок перенимает от взрослого способ обращения и начинает воздействовать словом на взрослого. И *третья*: ребенок начинает воздействовать словом на самого себя.

Внешние материальные действия, совершаемые ребенком, представляют исходный материал для развития высших психических функций. В период младенчества эти познавательные действия доступны наблюдению: младенец манипулирует предметами, зрительно их обследует. С возрастом они видоизменяются под влиянием "свертывания" и "погружения" — число видимых компонент познавательных действий уменьшается, так как они превращаются во внутренние мыслительные операции.

Таким образом, у ребенка в процессе формирования постепенно происходит смещение акцентов: сначала он познает мир благодаря действиям, затем — в образах, а далее у него формируется и символическое представление мира через язык и мышление.

А.Р. Лурия (1962) дополнил понимание высших психических функций представлениями о *мозговых функциональных системах*. Под функциональной системой в нейропсихологии понимается психофизиологическая основа высших психических функций. В их состав входит набор афферентных (настраивающих) и эфферентных (осуществляющих) звеньев. Согласно этим представлениям, психические функции, например речь, обеспечиваются деятельностью в мозге человека единой функциональной системы, отдельные части которой локализованы в различных участках мозга, начиная с корковых отделов и заканчивая стволом. Ограниченное поражение одной из частей такой системы обычно не может полностью вывести ее из строя, так как сохранные части системы продолжают функционировать, компенсируя в известной степени возникшие нарушения. Тем не менее, поражение некоторых отдельных участков функциональной системы может привести к определенным расстройствам. Аномальное функционирование отдельных участков мозга может приводить к более или менее существенному дефициту в психических процессах, затрагивая различные уровни и звенья в их обеспечении. Более стабильными в плане функциональной определенности являются участки мозга, связанные с деятельностью анализаторов. На настоящем этапе динамическую локализацию функций мозга следует более расценивать как подвижную локализацию функциональных систем в относительно стабильных морфологических системах анализаторов (Кукуев Л.А., 1974).



Лурия Александр Романович (1902–1977)

Формируясь прижизненно, под влиянием социальных воздействий, высшие психические функции человека меняют свою психологическую структуру и соответственно свою мозговую организацию. Например, речевые области у ребенка вначале твердо еще не фиксированы и начинают развиваться одновременно в обоих полушариях, причем, если в раннем детстве какой–либо из центров речи повреждается, он компенсируется формированием функционального аналога в другой части коры, что свидетельствует об изначально пластичной структуре “пустого” (в смысле социальной информации) мозга. Однако по мере развития ребенка речевые функциональные центры как бы мигрируют из правого полушария в левое, а места их первичной дислокации приобретают иное функциональное значение.

В процессе развития левое полушарие берет на себя функции речи и логического мышления, а правое — управление координацией движения, а также фиксацию геометрических связей объектов, интуитивного понимания смысла, эмоций. В правом полушарии производится обработка первичной информации об образе, в нем же порождаются представления объектов, которые на первом этапе, во внутренней модели мира у человека замещают объекты внешнего мира. Первичные образы могут быть затем преобразованы левым полушарием в символы, а их отношения при дальнейшей формализации — в логические конструкции. Эти конструкции отчасти могут вновь быть наглядно представлены в правом полушарии и т.д.

В клинике нарушения межполушарного взаимодействия возникают у больных при поражении мозолистого тела, объединяющего оба полушария. Симптоматика поражений мозолистого тела сходна с той, которая описана как ***“синдром расщепленного мозга”***.

Для всех больных с частичной перерезкой мозолистого тела характерны два ряда симптомов: явления *аномии* (невозможность называния предметов, воспринимаемых левой половиной поля зрения или левой рукой) с игнорированием левой половины тела и левой половины зрительного пространства, а также явления *дископии–дисграфии* (больные могут писать только правой, а рисовать — только левой рукой, хотя до операции они могли выполнять оба действия обеими руками) и ряд других особенностей.

Наиболее ярко и клинически заметно эти феномены проявляются при поражении задних отделов мозолистого тела. Комиссуротомия в средних отделах приводит к менее заметным проявлениям, но легко обнаруживаемым в обычном нейропсихологическом исследовании: нарушения переноса с одной руки на другую кожно–кинестетической информации при выполнении проб на праксис позы, проб на перенос на другую руку точки прикосновения, а также проб на выбор объекта по форме, предъявленного в одну руку, другой рукой. При дихотическом предъявлении вербальных стимулов поражение средних отделов мозолистого тела приводит к выраженному феномену игнорирования слов, предъявляемых на левое ухо, т.е. поступающих в правое полушарие мозга. Повреждение передней трети мозолистого тела не приводит к видимым нарушениям психических функций. Лишь в специальных исследованиях — дихотическом прослушивании и определении времени двигательной реакции — можно отметить некоторое изменение показателей, свидетельствующее о замедлении процесса передачи информации из одного полушария в другое.

Таким образом, высшие психические функции системны по своему психологическому строению и имеют сложную многокомпонентную психофизиологическую основу. Эти положения являются центральными для *теории системной динамической локализации высших психических функций* — теоретической основы современной нейропсихологии. Системная локализация высших психических функций предполагает иерархическую многоуровневую мозговую организацию каждой функции, что вытекает из сложного многокомпонентного состава систем, на которые они опираются.

Из теории системной динамической локализации психических функций вытекает метод синдромного анализа их нарушений при локальных поражениях мозга. Он базируется на трех основных понятиях клинической нейропсихологии: *фактор, синдром и симптом*.

Понятие *"фактор"*— наиболее сложное и до настоящего времени не окончательно установившееся. Оно направлено на преодоление психофизического параллелизма и несет в себе как физиологическое, так и психологическое содержание. Можно сказать, что с помощью фактора устанавливается соответствие между двумя основными детерминантами психического отражения: того, что отражается из внешней и внутренней среды, и того, как в специфических формах активности мозговых зон оно осуществляется (Корсакова Н.К., Московичюте Л.И., 1988). Существующие на сегодняшний день данные позволяют выделить целый ряд факторов, "привязанных" к работе различных зон мозга на различных уровнях его горизонтальной и вертикальной организации и о которых уже упоминалось в предыдущих разделах.

Синдром определяется как сочетанное, комплексное нарушение психических функций, которое возникает при поражении определенных зон мозга и обусловлено выведением из нормальной работы того или иного фактора. В этом смысле — нарушение фактора и является синдромообразующим, формирующим структуру синдрома радикалом. Правда в нейропсихологии употребляется и второе понимание синдрома — как наиболее выраженного расстройства какой-либо функции.

С понятием "фактор" связано и понятие *"симптом"*. Оно также употребляется в двух смыслах, но в соответствии с этапами самой процедуры нейропсихологического обследования больного. На этапе предварительной ориентировки устанавливаются симптомы как недостаточности (выпадения) психических функций (например, речевые расстройства, нарушения движений и т.п.), так и симптомы раздражения зон мозга (например, слуховые обманы при воздействии патологического процесса на височные структуры). В этом смысле симптом есть внешнее проявление функционального дефицита. Он может свидетельствовать о широкой зоне поражения мозга и не является точным критерием топики очага поражения. На следующем этапе проводится

целенаправленное изучение симптомов, их нейропсихологическая квалификация с установлением нарушенного фактора, лежащего в основе формирования симптома и придающего ему "локальный" смысл.

Теория системной динамической локализации высших психических функций сформировалась в борьбе с двумя основными направлениями в решении проблемы “мозг и психика” — узким локализационизмом (психоморфологическое направление) и антилокализационизмом (концепция эквипотенциальности мозга).

В ***психоморфологическом направлении*** локализация психической функции непосредственно связана с определенной мозговой структурой. Кора полушарий рассматривается как совокупность различных “центров” и их поражение ведет к необратимому нарушению (или выпадению) соответствующей функции.

Еще в самом начале 19 века австрийский анатом Франц Иосиф Галль (Gall, 1810–1812, 1818) высказал мысль, что сложные “способности” человека связаны с ограниченными участками мозга, которые могут быть определены по расположению выпуклостей на его черепе. Он различал память вещей, память мест, память названий, память чисел, словесную и грамматическую память и полагал, что эти “органы” размещены в той части мозга, которая расположена позади орбит. Этот и многие другие выводы Ф. Галль обосновывал чисто умозрительными рассуждениями типа, что еще мальчиком он заметил, что дети с “большими и выпуклыми глазами” обладали хорошей памятью на слова.

Френологические “карты способностей” Ф. Галля сейчас представляют лишь историческую достопримечательность, однако последующие исследования на основе наблюдений за поведением людей с ограниченными повреждениями мозга принесли немало фактов в пользу психоморфологического направления. Достаточно лишь привести в качестве примера открытие в 1861 году французским анатомом П. Брока (Broca) центров моторной речи (третья лобная извилина левого полушария — 44 поле), а 1874 году немецким психиатром К. Вернике (Wernicke) центра понимания слышимой речи (задняя треть верхней височной извилины левого полушария — 41 поле). В 1876 году Ferrier установил, что слуховой центр у животных расположен в височной доле; Munk в 1881 году обнаружил, что при удалении затылочных отделов мозга собака “видит, но не узнает предметы”. Были сделаны в эти годы и другие аналогичные находки и, казалось, что пройдет еще немного времени, и в узкоограниченных областях коры головного мозга будут открыты “центры” таких сложных психических процессов, как “воля” или даже “личное и общественное “Я”.

В ***антилокализоцианизме*** мозг (кора больших полушарий) трактуется как однородное (эквипотенциальное) целое, равноценное и равнозначное для психических функций во всех своих отделах. Степень нарушения психической функции не зависит от локализации поражения, а определяется только массой пораженного мозга.

Так, Flourense (1824, 1842) считал, что мозг является однородной массой, физиологически столь же равноценной, как, например, масса печени. Свои взгляды он обосновывал опытами с удалением отдельных участков больших полушарий у птиц. Обычно поведение птиц после операции полностью восстанавливалось независимо от того, какой участок больших полушарий был разрушен. Взаимозаменяемость и пластичность отдельных участков больших полушарий головного мозга Flourense подтверждал и известными опытами с восстановлением функции крыла у петуха после перешивания экстензорных и флексорных нервов этого крыла.

Та же клиническая практика также приносит достаточно наблюдений, указывающих на возможность осуществления нарушенных функций другими отделами мозга. Порой обширные повреждения мозга не сопровождались глубокими нарушениями интеллекта.

> В анатомическом музее Уоррена (США) хранится череп со следами повреждений и “инструмент”, повредивший его — пятикилограммовый металлический стержень длиной около метра. В результате взрыва в 1848 году пострадал 25-летний железнодорожный мастер Финеас Гейдж. Благодаря этому несчастному случаю, его левая лобная доля была удалена так чисто, как это можно было сделать только с помощью хирургической операции. Человек чудесным образом выжил и даже потом ездил по стране и за плату демонстрировал себя и свой металлический инструмент. Его интеллектуальные и моторные функции существенно не пострадали, но после выздоровления у него изменился характер, — он стал беспокойным, грубым и импульсивным (Harlow, 1868).

История науки знает и откровенное отрицание самой возможности связывать мозг и психику, отрицание самой проблемы локализации высших психических функций. Для ученых, склонных к идеалистической философии, психика не является свойством живой материи и продуктом ее развития. Она, как и материя, существует вечно и имеет свои элементарные и сложные формы, законы и движущие силы развития.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Согласно теории нейропсихизма психика формируется и развивается у существ, обладающих нервной системой. В эволюции позвоночных наибольшее усложнение получает головной мозг. Только у человека наиболее развитой оказывается кора полушарий головного мозга, особенно ее новые области — неокортекс.

В нервной системе человека насчитывается около 50 миллиардов нейронов. Последние через длинные и короткие отростки связаны между собой путем синапсов, что позволяет им осуществлять передачу нервных импульсов на значительные расстояния. В синапсах осуществляется не электрическая, а химическая передача импульсов с помощью медиаторов (ацетилхолин, норадреналин, серотонин, дофамин и другие). Прочие клетки нервной системы (глия) выполняют опорную функцию для нейронов, их питания и удаления отходов, а некоторые из них содержат жироподобное вещество миелин, служащее электроизолятором для нервных волокон.

Нервная система разделена на центральную (головной и спинной мозг) и периферическую (соматическая и вегетативная). Головной мозг — орган контроля и управления поведением человека. Спинной мозг осуществляет связующие функции между головным мозгом и периферической нервной системой. Соматическая нервная система связывает организм с внешним миром и в своем составе содержит чувствительные (аффекторы) и двигательные нервы (эффекторы). Вегетативная нервная разделена система на симпатическую и парасимпатическую части и управляет непроизвольными функциями тела, такими как работа сердца или пищеварение. Основная функция симпатической системы — катаболизм с мобилизацией всего организма при чрезвычайных обстоятельствах (“реакции бегства и обороны”). Парасимпатическая нервная система способствует сохранению и поддержанию ресурсов организма, анаболическим процессам.

Эволюционно старые мозговые структуры являются более жестко специализированными, особенно те, которые управляют жизненными функциями организма, моторикой и пространственным положением тела. Эволюционно молодые участки мозга приобретали новые, свойственные только человеку, функциональные возможности. Внешняя часть мозга – кора и является основой в нашей способности к мышлению. Кора головного мозга имеет шестислойное строение и в ней выделяются чувствительные и двигательные первичные поля, а также более сложные, выполняющие интегрирующую роль, вторичные и третичные мозговые поля. Левое полушарие более специализировано в выполнении речевой функции и логического мышления, а правое полушарие — в обработке неречевых звуков и музыки, целостного зрительно-пространственного восприятия, интуиции и человеческих эмоций.

Высшие психические функции (ВПФ) у человека такие как речь, мышление или память являются сложными системными формами сознательно–произвольной психической деятельности и этим они качественно отличны от "натуральных" психофизиологических функций у животных. Возникновение ВПФ в эволюции связано с процессом речевого общения в процессе совместного труда людей. Психолог Л.С. Выготский называет этот процесс интериоризацией, полагая что при формировании ВПФ происходило превращение внешних выразительных средств межличностного общения во внутренний психический план индивидуума.

Нейропсихолог А.Р. Лурия дополнил понимание ВПФ представлениями о их динамической мозговой организации. Для осуществления любого вида психической деятельности важна совместная работа трех основных функциональных частей мозга: энергетического блока (глубокие структуры мозга, ретикулярная формация), блока приема, переработки и хранения информации (для зрения — затылочная, слуха — височная, общей чувствительности — теменная области) и блока программирования и контроля поведения (лобная область).

Теория о системном строении высших психических функций и их системно-динамической мозговой организации составляет основу современной нейропсихологии и снимает противоречия двух других, диаметрально противоположных точек зрения в решении проблемы "мозг и психика" — узким локализационизмом (кора мозга рассматривается как совокупность отдельных центров ВПФ) и антилокализационизмом (кора мозга специализированных центров не имеет и все ее участки равнозначны в формировании ВПФ).

Вопросы для самопроверки

1. Какие три методические процедуры лежат в основе изучения работы мозга, как органа психической деятельности?
2. Чем отличается пейсмекерный потенциал нейрона от обычного нервного импульса?
3. Какие отделы нервной системы и слои коры мозга связаны с нашей способностью ощущать и двигаться?
4. Какие мозговые поля обеспечивают преимущественно формирование ощущения, восприятия, обеспечивают совместную работу анализаторов?
5. Каким образом автономная нервная система обеспечивает катаболические и анаболические процессы в организме?
6. Какие медиаторы используются в синапсах симпатической и парасимпатической нервной системы?
7. Какими анатомическими структурами мозга опосредована активность нервной системы и каковы основные источники ее активации?
8. Какие участки мозга из ядерной зоны зрительного, звукового и кожно–кинестетического анализаторов относятся к вторичным мозговым полям?

9. Какую роль в формировании двигательных программ играют премоторные области лобных долей мозга?
10. Какие личностно–поведенческие нарушения возникают при поражении лобных долей мозга?
11. Каким образом описывает формирование высших психических функций у человека психолог Л.С. Выготский?
12. Что понимается под психофизиологической основой высших психических функций нейропсихологом А.Р. Лурия?
13. Какие симптомы включает синдром “расщепленного мозга”?
14. Какие аргументы в пользу своих представлений в решении проблемы “мозг и психика” приводятся сторонниками психоморфологического направления и сторонниками концепции эквипотенциальности мозга?

Раздел 2
ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ

ГЛАВА 3

ПЕРЦЕПТИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

ОЩУЩЕНИЯ

Самым простейшим психическим процессом, с которого начинается познание человеком окружающего мира является ощущение. В эволюции живых существ ощущения возникли на основе первичной раздражимости, представляющей собой свойство живой материи избирательно реагировать на биологически значимые изменения среды обитания. В последующем эти функции взяла на себя нервная система. Раздражитель (зрительный, слуховой и другие) воздействует на органы чувств, в результате чего возникают нервные импульсы, которые по нервным проводящим путям поступают в головной мозг, обрабатываются там с формированием отдельных ощущений. Ощущение и есть тот первичный "строительный" материал на основе, которого строится целостное отражение в сознании сложности и многогранности окружающего нас мира, образа своего телесного и психического "Я". Ощущения, по сути, являются субъективными образами объективного мира — внешнего и внутренних состояний организма.

Ощущение — это психический процесс отражения единичных свойств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств.

Со времен Аристотеля традиционно выделяют пять видов (модальностей) ощущений, информирующих человека об изменениях в окружающей среде. Это осязание, вкус, обоняние, слух и зрение.

В настоящее время установлено, что существует также много других видов ощущений, а организм снабжен очень сложными механизмами, обеспечивающими взаимодействие органов чувств между собой. Так в состав осязания, наряду с тактильными ощущениями (ощущения прикосновения), входит вполне самостоятельный вид ощущений — температурные, которые являются функцией особого температурного анализатора. Промежуточное положение между тактильными и слуховыми ощущениями занимают вибрационные ощущения. Большую роль в ориентировке человека играют ощущения равновесия и ускорения, связанные с функциями вестибулярного аппарата. Общими для разных анализаторов являются и болевые ощущения, сигнализирующие о разрушительной силе раздражителя.

В зависимости от вида и расположения рецепторов все ощущения принято делить на три группы:

1) экстерорецептивные, отражающие свойства предметов и явлений внешней среды и имеющие рецепторы на поверхности тела;

2) интерорецептивные, имеющие рецепторы, расположенные во внутренних органах и тканях тела и отражающие состояние внутренней среды организма;

3) проприорецептивные, рецепторы которых расположены в мышцах, связках, суставах и дающие информацию о движении и положении тела. Чувствительность к

движению часто называют также *кинестезией*, а соответствующие рецепторы — кинестетическими.

Экстерорецептивные ощущения можно еще подразделить на две группы: *контактные* (например, — тактильные, вкусовые) и *дистантные* (например, — зрительные, слуховые). Контактные рецепторы передают раздражение при непосредственном контакте с объектом, а дистантрецепторы реагируют на раздражения, исходящие от удаленного объекта.

Для большинства созданных к концу 19 столетия психологических лабораторий характерно сведение основной проблематики экспериментальных исследований к изучению элементарных психических процессов — ощущений и восприятий. Вплоть до начала 20 века ведущими центрами мировой экспериментальной психологии были лаборатории В. Вундта в Германии (1879 г.) и В.М. Бехтерева в России (1886 г. в Казани, 1894 г. в Петербурге). Работы ученых в этих лабораториях по изучению механизмов перцепции подготовили последующее экспериментальное изучение эмоций, ассоциаций и памяти, а затем и мышления.

Общие закономерности ощущений

Ощущения — это форма отражения адекватных раздражителей. Так, адекватным возбудителем зрительного ощущения являются электромагнитные волны в диапазоне 380-770 миллимикрон. Слуховые ощущения возникают под действием звуковых волн с частотой от 16 до 20000 герц. Свои специфические раздражители имеют и другие ощущения. Однако различные виды ощущений характеризуются не только специфичностью, но и общими для всех них свойствами. К таким свойствам относятся качество, интенсивность, продолжительность и пространственная локализация.

Качество — это главная особенность данного ощущения, отличающая его от других видов ощущений и варьирующая в пределах данного вида ощущений (одной модальности). Слуховые ощущения, например, отличаются по высоте, тембру, громкости, а зрительные — по насыщенности, цветовому тону.

Интенсивность ощущения является его количественной характеристикой и определяется как силой раздражителя, так и функциональным состоянием рецептора.

Длительность ощущения также определяется интенсивностью воздействия на рецептор, его функциональным состоянием, но главным образом — временем действия на рецептор.

При действии раздражителя ощущение возникает не сразу, а через некоторое время (скрытый, или *латентный* период). Для болевых ощущений латентный период составляет 370 миллисекунд, тактильных — 130, а вкусовое ощущение возникает уже через 50 миллисекунд после нанесения на язык химического раздражителя.

Подобно тому как ощущение не возникает одновременно с началом действия раздражителя, оно не исчезает сразу и после прекращения его действия. Эта инерция ощущений называется *последействием*. Например, след от раздражителя в зрительном анализаторе остается в виде *последовательного образа*, сначала положительного, а потом отрицательного. Положительный последовательный образ по светлоте и цветности не отличается от первоначального изображения (в кинематографе именно это свойство зрительного анализатора используется для создания иллюзии движения), а далее возникает как бы негативное изображение, причем цветные источники цвета заменяются дополнительными им цветами.

Если смотреть сначала на красный цвет, то после этого белая поверхность будет казаться зеленой. Если первоначальный цвет был синий, то последовательный образ будет желтым, а если первоначально смотреть на черную поверхность, то последовательный образ будет белым.

Слуховые ощущения тоже могут сопровождаться последовательными образами. Например, всем хорошо известно явление “звона в ушах” после воздействия оглушающих звуков.

Сходный эффект характерен и для мышечной системы. Станьте в дверном проеме и сильно “отталкивайте” от себя руками косяки; отойдя после этого в сторону и, расслабив мышцы рук, вы почувствуете, что руки как бы сами собой поднимаются вверх.

Академиком Д.Н. Узнадзе (Тбилиси, 1963) испытуемым 10-15 раз давалось ощупать правой рукой большой, а левой — маленький шар, а затем шары одинакового размера. При этом оказывалось, что шар, ощупываемый правой рукой, по контрасту казался меньшего размера, а шар, ощупываемый левой рукой, — большим.

Основные характеристики ощущений

1) Диапазон чувствительности. Раздражитель способен вызвать ощущение только при достижении определенной величины или силы.

Нижним абсолютным порогом ощущения (J_o) называют минимальную силу (интенсивность, длительность, энергию или площадь) воздействия, которая вызывает едва заметное ощущение. Чем ниже J_o, тем выше чувствительность анализатора к раздражителю. Например, нижняя граница (порог) чувствительности высоты звука составляет 15 герц, света — 0,001 свечи и так далее.

Раздражители меньшей силы называются *подпороговыми* (субсенсорными) и сигналы о них не передаются в кору головного мозга. Если снижать интенсивность света настолько, что человек уже не мог сказать видел ли он вспышку света, то от руки в данный момент, тем не менее, регистрируется кожно-гальваническая реакция. Это говорит, что световой сигнал, хотя и не осознавался, но был переработан нервной системой. На такой процедуре основано действие “детектора лжи”.

Переход от подпорогового ощущения осуществляется скачкообразно — если воздействие почти достигло пороговой величины, то достаточно бывает едва заметного увеличения силы воздействия для того чтобы стимул сразу полностью превратился в ощущаемый. Подпороговые импульсы не безразличны для организма. Подтверждением тому служат многочисленные факты, получаемые в клиниках нервных болезней и психиатрии, когда именно слабые, подпороговые раздражители, идущие из внешней или внутренней среды, создают в коре больших полушарий доминантный очаг и способствуют возникновению “обманов чувств” — галлюцинаций.

Некоторые ученые отмечают сходство между подпороговым восприятием (ощущением) и экстрасенсорным, где речь также идет о сигналах, которые слишком слабы, чтобы дойти до уровня сознания, но все же некоторыми людьми в определенное время и в определенном состоянии эти сигналы улавливаются. К экстрасенсорному восприятию относят ясновидение (способность видеть недоступное видению на расстоянии), телепатию (получение информации о человеке, который находится далеко, передача мыслей), предвидение (способность угадывать будущее).

Пограничная зона психологии, изучающая пси–феномены возникла в начале 30-х годов (Л. Васильев в СССР и Дж. Райн в США), хотя в научных кругах эти работы начали открыто обсуждаться только последние десятилетия. Парапсихологическая ассоциация, исследовавшая “аномальные” явления, в 1969 году была принята в Американскую ассоциацию научного прогресса. Эта область, недавно признанная научной дисциплиной, в Германии и США называется парапсихологией, во Франции — метапсихикой, в России

— биоинформатикой. Новое общее название — *псилогия*. Главная трудность в полном признании результатов в этой области — не всегда удается воспроизвести изучаемые феномены, что безусловно необходимо для фактов, претендующих быть научными.

Верхний абсолютный порог ощущения — максимальная величина раздражителя, которую способен адекватно воспринять анализатор (J_{max}). Воздействия превышающие J_{max} перестают дифференцированно ощущаться или вызывают боль. J_{max} значительно более изменчив у разных людей и в разных возрастах, чем J_o. Интервал между J_o и J_{max} носит название *"диапазон чувствительности"*.

2) Дифференциальный (разностный) порог чувствительности. С помощью органов чувств мы можем не только констатировать наличие или отсутствие того или иного раздражителя, но и различать раздражители по их силе и качеству. Минимальная величина разности в силе двух однородных раздражителей, которую человек способен ощутить, называется *порогом различения* (αJ). Чем меньше величина разностного порога, тем выше способность данного анализатора дифференцировать раздражение.

Немецкий физиолог Э. Вебер (1795-1878) установил, что увеличение интенсивности раздражителя, способное вызвать едва заметное увеличение интенсивности ощущения, всегда составляет определенную часть первоначальной величины раздражителя (*закон Вебера*). Так, усиление давления на кожу уже ощущается, если увеличить груз всего на 3% (к гирьке весом 100 г надо добавить 3 г, а к гирьке в 200 г надо добавить 6 г и т.д.). Эта зависимость выражается следующей формулой: $dJ/J=const$, где J — сила раздражителя, dJ — ее едва различаемый прирост (порог различения), const — постоянная величина (константа), различная для разных ощущений (давление на кожу — 0,03, зрение — 0,01; слух — 0,1 и т.д.).



Вебер
Эрнест Генрих
(1795–1878)

Эрнест Генрих Вебер (1795–1878), родился в Германии в семье профессора теологии. В Лейпцигском университете изучал анатомию и физиологию. Работы Эрнеста Вебера по физиологии органов чувств принесли ему всемирную известность. По существу им был сделан первый шаг на пути к созданию первого экспериментального раздела психологии — *психофизики*, раскрывающей закономерности отношений ощущений и внешних физических раздражений.

Эксперименты Вебера по изучению так называемого "двухточечного порога" немецкий философ *Иоган Фридрих Гербарт* (1776–1841) пытался приспособить к изучению сознания, предположив, что существует некая точка перехода от бессознательного к сознательному. Тем самым он развивал теорию бессознательного мышления, которую еще заложил в самом начале 18 века немецкий философ и математик Г. Лейбниц.

Готфрид Вильгельм Лейбниц (1646–1716) разработал концепцию, названную им монадологией. Монады, подобно атомам неделимы, но они имеют психическую сущность и внутреннею активность. Их внутреннее стремление к совершенству приводит к иерархии монад, в которой одни возвышаются над другими по их ясности и отчетливости, с какой они отражают Вселенную. Это можно уподобить актам восприятия: низшие уровни монад бессознательны — малые перцепции (ближе к ощущениям), а их сознательная реализация получила название апперцепции (восприятие объекта). Когда монады объединяются вместе, то они образуют протяженную материю. Причем минералы

являются еще как бы спящими монадами, растения — дремлющими монадами, а животные — бодрствующими монадами.

По Гербарту, идеи, находящиеся ниже определенного порога, бессознательны. Когда идея поднимается до уровня сознания, она апперцептируется. Для того, чтобы та или иная идея могла подняться до уровня сознания, она должна быть сопоставима с теми идеями, которые уже находятся в сознании. Несовместимые идеи не могут находится в сознании одновременно, одна из них вытесняется. Вытесненные идеи находятся ниже порога сознания и подобны малым перцепциям Лейбница.

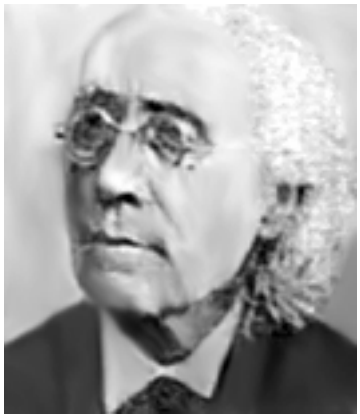
Гербарт, как и Вебер, пытался предложить математические формулы, позволяющие вычислить механику движения идей в сознание через его пороги. Все эти работы отнесены в число предпосылок психоанализа. Любопытно, что и образ психики, как айсберга, бо́льшая часть которого скрыта под поверхностью сознания, принадлежит Фехнеру, который, еще будучи студентом, слушал лекции Вебера по физиологии.

3) Оперативный порог различимости сигналов — это та величина различения между сигналами, при которой точность и скорость различения достигают своего максимума. Оперативный порог в 10-15 раз выше дифференциального порога.

4) Психофизический закон Вебера–Фехнера — описывает зависимость интенсивность ощущения (E) от силы раздражителя (J).

Немецким физиком Г.Т. Фехнером (1801-1887) эта зависимость выражена следующей формулой (основной психофизический закон): $E=k*\log J+c$ (интенсивность ощущения увеличивается пропорционально логарифму силы раздражителя), где k — коэффициент пропорциональности, с — константа, различная для ощущений разных модальностей.

Американский ученый С. Стивенс полагает, что основной психофизический закон лучше выражается не логарифмической, а степенной функцией. Однако в любом случае, сила ощущения нарастает существенно медленнее, чем величина физических стимулов. Эти закономерности связаны с особенностями электрохимических процессов, происходящих в рецепторах при преобразовании воздействия в нервный импульс.



Фехнер
Густав Теодор
(1801–1887)

Густав Теодор Фехнер (1801–1887) родился в Германии в семье министра. В 1817 году закончил медицинский факультет Лейпцигского университета. Фехнер любил и науку, и метафизику с ее абстрактными рассуждениями. Известно, что он долго страдал депрессией, терял интерес к жизни и даже боялся за свой рассудок. Однако Фехнер был весьма продуктивен и обладал удивительно разносторонними научными интересами.

Наибольшую известность Фехнеру принесли работы по психофизике, хотя ее он и не считал главным делом своей жизни. Его эксперименты по психофизике дали возможность соотнести психический (идеальный) и физический (материальный) миры в количественных отношениях. Открытие Фехнером количественной взаимосвязи между интенсивностью физического раздражителя с психическим феноменом — ощущением, по важности даже сравнивали с открытием закона гравитации.

Психофизика Вебера и Фехнера имела большое значение для введения в психологию статистических методов и для творческого контакта с физиологией. Однако, надо отметить, что выявленные закономерности распространяются не на всю область органов чувств. Кроме того, самая большая проблема психофизики до сих пор остается нерешенной: мы видим, что физические и биохимические процессы трансформируются в психические уже во время ощущений, но мы не знаем как нервные процессы в коре головного мозга переходят в психические. Иногда также говорят о *специфической энергии органов чувств*, имея в

виду, что орган чувств и на неадекватное раздражение дает адекватную реакцию. Так, например, орган зрения и на давление или удар отвечает адекватно — световым или цветовым ощущением.

5) Временной порог — минимальная длительность воздействия раздражителя, необходимая для возникновения ощущений. Для зрения он составляет 0,1-0,2 сек, а для слуха 50 мсек.

6) Пространственный порог — определяется минимальным размером едва ощутимого раздражителя. Например, острота зрения выражается способностью глаза различать мелкие детали предметов. Их размеры выражаются в угловых величинах, которые связаны с линейными размерами по формуле $tgC/2=h/2L$, где C — угловой размер объекта, h — линейный размер, L — расстояние от глаза до объекта. При нормальном зрении пространственный порог остроты зрения равен 1 угловой минуте, но минимально допустимые размеры элементов изображения для уверенного опознания объектов должны быть для простых предметов 15 угловых минут, а для сложных — не менее 30-40.

7) Латентный период реакции — промежуток времени от момента подачи сигнала до момента возникновения ощущения. Для ощущений разной модальности он различен. Например, для зрения он составляет 160-240 мсек. Следует также помнить, что после окончания воздействия раздражителя ощущения исчезают не сразу, а постепенно (инерция зрения составляет 0,1-0,2 сек), поэтому время действия сигнала и интервал между появляющимися сигналами должен быть не меньше времени сохранения ощущений.

При проектировании современной техники инженерам необходимо знать и учитывать психологические возможности человека по приему информации. Основные характеристики анализаторов можно найти в соответствующих руководствах и справочниках по инженерной психологии.

Изменения чувствительности и процессы взаимодействия анализаторов

Различают две основные формы изменения чувствительности анализатора — адаптацию и сенсибилизацию.

Адаптацией называют изменение чувствительности анализатора под влиянием его приспособления к действующему раздражителю. Она может направлена как на повышение, так и на понижение чувствительности. Так, например, уже через 30-40 минут пребывания в темноте чувствительность глаза повышается в 20 000 раз, а в дальнейшем и в 200 000 раз. Глаз приспосабливается (адаптируется) к темноте в течение 4-5 минут — частично, 40 минут — достаточно и 80 минут — полностью. Такую адаптацию, которая приводит к повышению чувствительности анализатора называют позитивной.

Негативная адаптация сопровождается снижением чувствительности анализатора. Так, в случае действия постоянных раздражителей, они начинают ощущаться слабее и исчезают. Например, обычным фактом для нас является отчетливое исчезновение обонятельных ощущений вскоре после того, как мы попадаем в атмосферу с неприятным запахом. Интенсивность вкусового ощущения тоже ослабевает, если соответствующее вещество долго держать во рту. Близким к описанному является и явление притупления ощущения под влиянием сильного раздражителя. Например, если из темноты выйти на яркий свет, то после “ослепления” чувствительность глаза резко снижается и мы начинаем нормально видеть.

Явление адаптации объясняется действием как периферических так и центральных механизмов. При действии механизмов регулирующие чувствительность на самих рецепторах говорят о *сенсорной адаптации*. В случае более сложной стимуляции, которая хотя и улавливается рецепторами, но не столь важна для деятельности, вступают в действие механизмы центральной регуляции на уровне ретикулярной формации, которая блокирует передачу импульсов, чтобы они не "загромождали" сознание избыточной информацией. Эти механизмы лежат в основе адаптации по типу привыкания к раздражителям (*габитуации*).

Сенсибилизация — это повышение чувствительности к воздействию ряда раздражителей и физиологически объясняется повышением возбудимости коры головного мозга к определенным стимулам в результате упражнения или взаимодействия анализаторов. По И.П. Павлову слабый раздражитель вызывает в коре больших полушарий процесс возбуждения, который легко распространяется (иррадиирует) по коре. В результате иррадиации процесса возбуждения повышается чувствительность других анализаторов. Напротив, при действии сильного раздражителя возникает процесс возбуждения, который имеет тенденцию к концентрации и по закону взаимной индукции это приводит к торможению в центральных отделах других анализаторов и снижению их чувствительности. Например, при звучании тихого тона одинаковой интенсивности и при одновременном ритмичном воздействии света на глаз будет казаться, что тон также меняет свою интенсивность. Другим примером взаимодействия анализаторов может служить известный факт повышения зрительной чувствительности при слабом вкусовом ощущении кислого во рту. Зная закономерности изменения чувствительную органов чувств, можно путем применения специально подобранных побочных раздражителей сенсибилизировать тот или иной анализатор. Сенсибилизация может быть достигнута и в результате упражнений. Эти данные имеют важное практическое приложение, например, в случаях необходимости компенсации сенсорных дефектов (слепота, глухота) за счет других, сохранных анализаторов или при развитии звуковысотного слуха у детей, занимающихся музыкой.

Таким образом, интенсивность ощущений зависит не только от силы раздражителя и уровня адаптации рецептора, но и от раздражителей, действующих в данный момент на другие органы чувств. Изменение чувствительности анализатора под влиянием раздражения других органов чувств называется *взаимодействием ощущений*. Взаимодействие ощущений, как и адаптация, появляется в двух противоположных процессах: повышения и понижения чувствительности. Слабые раздражители, как правило, повышают, а сильные понижают чувствительность анализаторов.

Взаимодействие анализаторов проявляется и в так называемой ***синестезии***. При синестезии ощущение возникает под влиянием раздражения, характерного для другого анализатора. Наиболее часто возникают зрительно-слуховые синестезии, когда под влиянием слуховых раздражителей возникают зрительные образы ("цветной слух"). Этой способностью обладали многие композиторы — Н.А. Римский-Корсаков, А.П. Скрябин и др. Слухо–вкусовые и зрительно–вкусовые синестезии хотя и встречаются намного реже, но нас не удивляет употребление в речи выражений типа: "острый вкус", "сладкие звуки", "кричащий цвет" и другие.

Мозговые основы ощущений

Психологам с 20-х годов известно, что ощущение возникает довольно поздно — в среднем после 100 мс от момента предъявления стимула. Вопрос о том, что происходит со времени прихода импульса в кору головного мозга и появлением осознанного ощущения давно интересует психологов и психофизиологов. В настоящее время методами вызванных потенциалов в сопоставлении с психологическими методами регистрации ощущений показано, что эта задержка связана с процессом опознания стимулов, которая осуществляется в отдаленных от проекционных зон анализатора участках мозга.

В основе этого механизма лежит кольцевое движение нервных импульсов с “центральной станцией” в проекционной коре. Хотя возбуждение сначала и поступает в проекционную зону, но затем оно направляется в ассоциативную кору. Для зрительных стимулов это отделы височной коры, а для кожных раздражений вторичные и третичные зоны соматосенсорной коры. Затем импульсы приходят в структуры лимбико–гиппокампального комплекса и подкорковым центрам эмоций и мотиваций и от них вновь происходит возврат импульсов в проекционную и ассоциативную кору. Благодаря возврату возбуждения, нервные импульсы из мотивационных центров накладывались в нейронах проекционной коры на следы сенсорного возбуждения. На этом этапе или несколько раньше в процесс включается лобная кора и происходит опознание образа.

Полагают, что *синтез двух видов информации* — наличной и извлеченной из памяти, — и составляет тот механизм, который лежит в основе ощущения как феномена уже не физиологического, а психического уровня.

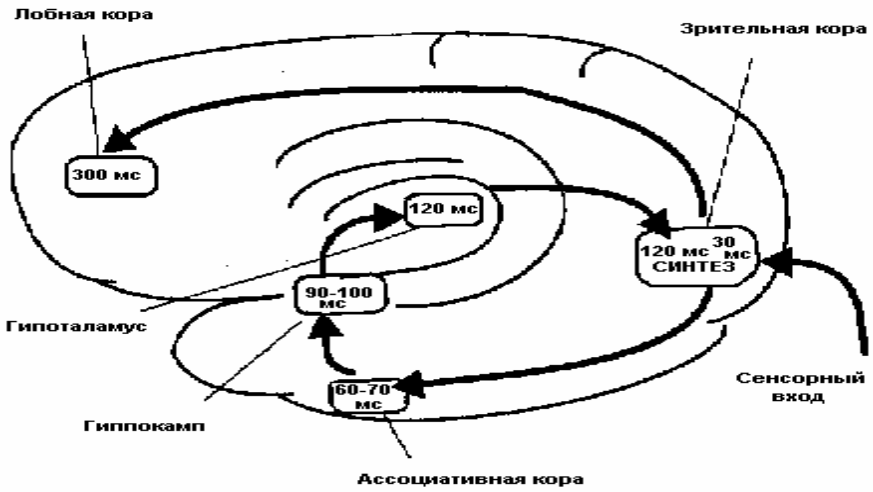


Схема кольцевого движения возбуждения
при возникновении зрительных ощущений
(Александров Ю.И. и др., 1997)

Идея повторного входа возбуждения и информационного синтеза за последние 20 лет высказывалась независимо друг от друга разными авторами (Иваницкий А.М., 1976; Edelman D., 1989; Baars B., 1993 и др.). Очевидно, что подобное совпадение не может быть случайным. Скорее, оно свидетельствует о

приближении к пониманию тех принципов организации мозговых процессов, которые лежат в основе субъективных переживаний.

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ

Нарушения ощущений весьма многочисленны. Однако, в большинстве случаев, все наблюдаемые психические расстройства ощущений можно отнести к одной из трех главных групп: гиперестезии, гипестезии и парестезии.

Гиперестезия — повышенная чувствительность к реальным обычным или даже слабым воздействиям. В этих случаях как внешние, так и интеро– и проприоцептивные раздражители вызывают чрезвычайно интенсивную реакцию в связи с резким уменьшением нижних абсолютных порогов ощущений. Например, стук пишущей машинки оглушает больного (акустическая гиперестезия), горящая свеча слепит (оптическая гиперестезия), а рубашка, прилегающая к телу раздражает настолько, что кажется изготовленной "из колючей проволоки" (гиперестезия кожного чувства) и т.п. Такая психическая гиперестезия наблюдается при неврозах, интоксикации некоторыми веществами (опиатами, гашишем, циклодолом и т.п.), начальных этапах помрачения сознания, острых психозах.

Гипестезия — пониженная чувствительность к реальным раздражителям, повышение нижних абсолютных порогов ощущений. В этом случае больной почти не реагирует на укол, на ползающую по лицу муху и т.п. Пониженная чувствительность к температурным раздражителям может приводить к несчастным случаям — ожогам и обморожениям. В крайних случаях гипестезии анализатор полностью не способен отвечать на раздражение и это явление носит название *анестезии*. Анестезия обычно бывает при полном анатомическом перерыве одного из периферических нервных стволов или разрушении центрального отдела анализатора. Потеря чувствительности обычно распространяется на тактильную, болевую и температурную чувствительность (тотальная анестезия) или только на отдельные ее виды (парциальная анестезия). Неврологи различают *корешковую анестезию*, при которой тотально нарушается чувствительность в зоне иннервации определенного заднего корешка спинного мозга, и *сегментарную*, при которой нарушения возникают в зоне иннервации определенного сегмента спинного мозга. В последнем случае анестезия может быть как *тотальной*, так и *диссоциированной*, при которой отсутствие болевой и температурной чувствительности сочетается с сохранностью проприоцептивной чувствительности или наоборот. При некоторых болезнях, например проказе (лепра), возникает специфическое поражение кожных рецепторов с последовательным ослаблением и утратой температурной, затем болевой, а далее и тактильной чувствительности (наиболее длительно при лепрозной анестезии сохранна проприоцептивная чувствительность).

При *психической гипестезии и анестезии* соответствующий анализатор анатомо-физиологически формально сохранен. В частности, гипестезии и анестезии могут быть внушены человеку, находящемуся в гипнотическом сне. Психическая амблиопия (слепота), психическая аносмия (нечувствительность к запахам), психическая агевзия (утрата чувства вкуса), психическая акузия (глухота), психическая тактильная и болевая анестезия часто встречаются при истерических невротических нарушениях. В рамках истерической анестезии описаны нарушения болевой чувствительности по типу "чулок и перчаток", т.е. с точки зрения неврологов у больных возникают участки нечувствительности к боли с четкими границами, которые не соответствуют зонам иннервации определенных корешков или нервов.

Парестезия. Если гипестезии и гиперестезии можно квалифицировать как количественные расстройства чувствительности, то парестезии связаны с качественными изменениями (извращением) информации, поступающей с рецептора в корковый отдел анализатора. Наверное, каждый знает об ощущениях, возникающих от длительного сдавления нерва неудобным положением — "руку отлежал", "ногу отсидел". При нарушениях проводимости по нерву появляются ощущения "ползания мурашек", стягивания кожи, покалывания, жжения (это своеобразные колебания модальности ощущения). Парестезии чаще являются признаком неврологического или сосудистого поражения.

Близки к парестезиям и сенестопатии, но они занимают промежуточное положение с висцеральными галлюцинациями, т.к. еще менее связаны с каким-либо реальным раздражением периферического отдела анализатора.

Сенестопатии (Dupre, Camus, 1907), «психосоматические ощущения» (Wernicke, 1906) или «сенсации» — неопределенные, часто мигрирующие, весьма неприятные и тягостные ощущения, которые проецируются внутрь тела, (внутрь телесного "Я"): сжимание и растягивание, перекатывание и дрожание, "отсасывание", "прилипание" и пр. Они никогда не имеют четкой локализации, и больные бывают не в состоянии даже правильно их описать. Сенестопатии встречаются при многих психических заболеваниях. Сенестопатии могут быть постоянными и эпизодическими. Иногда они возникают в виде приступов, острых атак, что позволяет говорить о сенестопатических кризах. Нередко они сопровождаются паническими реакциями, вегетативными расстройствами, страхом сумасшествия, выразительными позами и жестами. Существуют различные подходы к оценке клинического значения сенестопатий и их классификации. Так, А.К. Ануфриев (1978) при скрытой депрессии различает пять видов сенестопатий: сердечно-сосудистые, центрально–неврологические, абдоминальные, костно-мышечно-суставные и кожно-подкожные.

ВОСПРИЯТИЯ

Восприятие — психический процесс отражения предмета или явления в целом, в совокупности его свойств и частей.

Также как и ощущение, восприятие возникает при непосредственном воздействии объектов внешнего мира в данный момент на органы чувств, но при этом восприятие не сводится к простой сумме отдельных ощущений, а представляет собой качественно новую ступень чувственного познания. В восприятии происходит упорядочение и объединение отдельных ощущений одной и разной модальности в целостные образы вещей и событий, с которыми в дальнейшем оперируют внимание, память, мышление, эмоции. Ощущения человек всегда приписывает себе, т.е. они находятся в нас самих, а воспринимаемые же свойства предметов, их образы локализованы в пространстве.

Восприятие предполагает участие в создании образа окружающих объектов не только ощущений, но и всех других психических процессов. Зависимость восприятия от содержания психической жизни человека, от особенностей его личности носит название апперцепции. Сигналы-раздражители, которые более привычны и чаще встречались в жизненном опыте, распознаются автоматически, почти сразу.

Если мы мало знаем о воспринимаемом объекте, то наш мозг действует путем гипотез, которые он одну за другой проверяет, выбирая наиболее приемлемую. Влияние прошлого опыта на процесс восприятия особенно наглядно проявляется в

опытах с искажающими очками: в первые дни опыта, когда испытуемый видел все предметы перевернутыми, исключение составляли только те из них, перевернутое изображение которых противоречило здравому смыслу и было физически невозможно (например, зажженная свеча всегда была ориентирована пламенем вверх).

Основные свойства восприятия

1. Предметность и целостность — главные свойства восприятия, так как мы всегда воспринимаем целостный образ предмета. Однако эти наши способности не является врожденными. Об этом свидетельствуют данные о восприятии людей, которые ослепли в раннем детстве и которым зрение вернули в зрелые годы. Первое время после операции они не видели предметы, а лишь их расплывчатые очертания и пятна, т.е. у них были лишь одиночные ощущения, которые не сливались в образ восприятия. Постепенно у них формировалось зрительное восприятие, но оно долго ограничивается тем, что они узнали путем осязания.

Целостность восприятия проявляется в его нарушениях, известных в психиатрической практике. При этом, правильно воспринимая отдельные детали предмета или его изображения, больной не может связать их в единую структуру (например, видит не дерево, а отдельно ствол и листву). Подобное расщепление восприятия описано при шизофрении, некоторых интоксикациях, в частности, психоделическими веществами. Сходное нарушение возникает при поражении вторичных отделов зрительной коры (поля 18 и 19 Бродмана). Пациенты, рассматривая изображение (например, очков), говорят так: «... что же это?... кружок и еще кружок... и перекладина... наверное, велосипед».

2. Константность — другое свойство восприятия, которое обеспечивает относительное постоянство по форме, цвету, величине и другим параметрам воспринимаемых нами предметов. Например, наше восприятие сохраняет за определенными предметами их размеры вне зависимости от того, с какого расстояния и под каким углом мы на них смотрим. Реально мы осознаем эти автоматические поправки, которые производит мозг, лишь тогда, когда мы рассматриваем искажения на фотографиях людей и предметов, снятых в необычных ракурсах. Константность — это относительная независимость образа предмета от условий восприятия и проявляющаяся в его неизменности. Форма, цвет и размер предметов воспринимаются нами как постоянные, несмотря на то, что сигналы, поступающие от них в органы чувств, непрерывно меняются.

Если бы восприятие не было константным, то при всяком нашем движении, повороте, при каждом изменении расстояния до предмета и освещенности непрерывно менялись бы и все основные признаки, по которым человек узнает предмет и ориентируется в окружающем мире. Нарушение константности восприятия проявляется искажениями образов объектов в зависимости от изменения условий восприятия. Во время ходьбы пациент видит, как почва «подпрыгивает», «качается», «поднимается», «опускается», деревья и дома «шатаются», перемещаются вместе с ним. При повороте головы предметы «поворачиваются». Удаленные предметы воспринимаются мелкими, а вблизи становятся неожиданно крупными и наоборот.

3. Избирательность восприятия наглядно выявляется в феномене выделения “фигуры из фона”. То, что находится на переднем плане и воспринимается как конкретное, четко очерченное и замкнутое целое, называется фигурой восприятия, а все остальное — фон. Таким образом, воспринимаемая реальность всегда

разделяется как бы на два слоя: на фигуру — целостный образ предмета, и фон — образ окружающего предмет пространства. Фигура и фон восприятия динамичны. То, что было фигурой восприятия, может за ненадобностью слиться с фоном. Что-то из фона на определенное время может стать фигурой восприятия.

Исследования соотношения фигуры и фона, которые проводились школой гештальтпсихологии (Вертгеймер М.,1912 и др.), показывают, что наш мозг имеет тенденцию (по-видимому врожденную) структурировать стимульные сигналы таким образом, что все, что меньше или имеет поверхность с четкими границами, при прочих равных условиях, стремится приобрести в восприятии статус фигуры. Второе правило заключается в заполнении пробелов — фрагментарное изображение всегда сводится к фигуре с простым и ровным контуром. Объединение (группировка) элементов — это еще один аспект организации восприятия. Элементы объединяются по степени близости, сходства, симметрии или непрерывности. Большое значение имеет степень контрастности: если она мала, то фигура сливается с фоном и остается не воспринятой. Границу между фигурой и фоном обычно относят к фигуре, а не к фону.

4. Осмысленность восприятия — указывает на связь восприятия с мышлением, с пониманием сущности предметов. Образы восприятия всегда имеют определенное смысловое значение и в этом проявляется не только тесная связь восприятия с мышлением, но и активность восприятия. Сознательно воспринимать предмет — значит мысленно назвать его, т.е. отнести к определенной группе, классу, обобщить его в слово. Даже при виде незнакомого предмета мы пытаемся установить в нем сходство со знакомым предметом.

5 Апперцепция восприятия — указывает на связь восприятия с личностью, всем прошлым опытом человека, с его "Я". Благодаря этому, то что человека интересует и лично с ним связано, становится в восприятии ярче и интенсивнее. Процесс апперцепции характеризуется также большей отчетливостью и живостью впечатлений, большей напряженностью и активностью, что указывает на связь восприятия при апперцепции с вниманием и волевым усилием.

Для пояснения процесса апперцепции А.Ф. Лазурский (1925) приводит пример слушания студентом лекции. Речь идет о каком-то сложном материале, который ничего не объясняет из его прошлой жизни, мало его затрагивает, поэтому процесс слушания протекает весьма пассивно, а иногда даже приходят в голову посторонние мысли. Но вдруг лектор начинает говорить о близком для студента предмете, который его всегда интересовал, о котором он сам думал. Тогда "…вы сразу превращаетесь в слух и каждое слово лектора воспринимаете очень ясно и отчетливо, вы сосредотачиваете все ваше внимание на выслушивании слов лектора и старании уяснить их. Психологи скажут, что вначале процесс протекал без участия апперцепции, а во втором случае мы имеем право говорить о наличности апперцепции".

В ходе восприятия человек производит множество перцептивных действий для того, чтобы лучше воспринять предмет и сформировать его адекватный образ. Построение образа объекта связано со способами его обнаружения и обследования, а овладение ими требует практики и даже специального обучения. Например, дальнее расстояние в младенческом возрасте воспринимается не константно вследствие недостатка собственного опыта. У 2-3-летних детей воспринимаемая величина предметов уменьшается с их удаленностью и лишь к 10 годам она устанавливается на уровне взрослого.

Некоторые методики психотерапии основаны на специальном подборе объектов восприятия для больного человека. Основы использования цвета, звука, осязательных и обонятельных ощущений для лечения болезней заложены еще в древнем Египте, Индии, Китае и Персии. И в настоящее время интерес к этим методикам не иссякает. Например,

широкую популярность приобрело лечение музыкой. В 1958 году в Англии врач Жульетта Альвин даже организовала Общество музыкальной терапии и лечебной музыки. Терапевтическое влияние восприятия цвета лежит в основе колоротерапии (Бейби-Брук А., Эмбер Р.Б., 1979). Комплексное лечебное воздействие через анализаторы оказывает восприятие архитектуры, скульптуры, пейзажа.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПРИЯТИЙ

Образ восприятия выступает как результат синтеза ощущений, возможность которого, по мнению А.Н. Леонтьева, возникла в филогенезе в связи с переходом живых существ от гомогенной, предметно неоформленной среды к среде, предметно оформленной. В зависимости от биологической значимости в воспринимаемом предмете ведущим может оказаться либо одно, либо другое качество, от чего зависит, информация от какого анализатора будет признана приоритетной. В соответствии с этим в основе классификации восприятий, так же как ощущений, лежат *различия в анализаторах*, участвующих в восприятии. В зависимости от того, какой анализатор играет в восприятии преобладающую роль, различают зрительные, слуховые, осязательные, кинестетические, обонятельные и вкусовые ощущения.

Особенно важную роль во всех видах восприятия, играют двигательные, или кинестетические ощущения, которые регулируют по принципу обратной связи реальные взаимоотношения субъекта с предметом. В частности, в зрительном восприятии вместе с собственно зрительными ощущениями (свет, цвета) интегрируются также и кинестетические ощущения, сопровождающие движения глаза (аккомодация, конвергенция и дивергенция, слежение). Также в процессе слухового восприятия активную роль играют слабые движения артикуляционного аппарата. Для человека характерно, что образы его восприятия интегрируют в себе использование речи. За счет словесного обозначения возникает возможность абстрагирования и обобщения свойств предметов.

Основой другого типа классификации восприятия является *форма существования отражаемой в восприятии материи* (пространство и время). В соответствии с этой классификацией можно выделить восприятие пространства, восприятие времени и восприятие движения (как пространственно-временного перемещения).

Восприятие пространства включает восприятие формы, величины, взаимного расположения и удаленности окружающих предметов. К специальным механизмам пространственной ориентировки следует относить нервные связи между обоими полушариями в анализаторной деятельности: бинокулярное зрение, биауральный слух, бимануальное осязание, биринические обоняние и. т.д. Важную роль в отражении пространственных свойств объектов имеет функциональная симметрия, которая характерна для всех правых анализаторов. Функциональная асимметрия будет заключаться в том, что одна из сторон любого анализатора будет в восприятии пространства доминирующей (ведущий глаз, ведущее ухо и т.д.).

Ведущая роль в восприятии пространства принадлежит зрительному анализатору. В зрительном восприятии приспособление глаза к четкому видению различно удаленных предметов осуществляется с помощью двух специальных механизмов: *аккомодации* (изменение преломляющей способности хрусталика путем изменения его кривизны), *конвергенции–дивергенции* (движениями глазных яблок в определенную степень сведения или разведения зрительных осей на фиксируемом предмете). Комбинация двух раздражителей — величины изображения на сетчатке и степени напряжения глазных мышц при аккомодации и

конвергенции, и является своеобразным дальномером, индикатором расстояния. Объемность изображения также обеспечивается механизмами бинокулярного зрения. Если изображение предмета падает в оба глаза на различно удаленные от центра сетчатки не корреспондирующие, или *диспарантные*, точки, то имеет место один из двух эффектов: возникновение двойственных изображений (если диспарантность точек достаточно велика) или стереоскопический эффект.

Подобные явления существуют и в области слуха. Различие во времени поступления низкочастотного звукового сигнала в одно и другое ухо приводит к фазовым сдвигам между сигналами — один отстает по фазе от другого, что приводит к расхождению интенсивности сигналов. При высокочастотных звуках для определения локализации служит акустическая тень, образуемая головой, что приводит к расхождению по времени поступления звука в одно и другое ухо. Для обеспечения биаурального слуха, слуховая система должна способна различать расхождения поступления звуков порядка 10-20 микросекунд. Трудности, которые возникают перед глухим на одно ухо человеком, иллюстрируются проблемами, возникающими у здоровых при слушании одноканального (моноаурального) магнитофона. Запись разговора иногда трудно понять, так как мешают эхо и шумы, звуки кашля и движений заглушают голос. В реальной обстановке человек не осознает эти шумы, даже если они существуют. Способность к локализации звука позволяет ему избирательно следить лишь за интересующими его звуковыми сигналами. Если человек пользуется слуховым аппаратом, то микрофон должен находится как можно ближе к уху. В сущности, для восстановления способности к локализации звуков лучше всего было бы пользоваться двумя слуховыми аппаратами, даже если одно ухо слышит нормально.

Восприятие времени — это отражение скорости и последовательности явлений объективной действительности. Чувство времени не является врожденным, оно развивается в процессе накопления опыта. Специального анализатора времени нет, но все наши анализаторы воспринимают движение материи не только в пространстве, но и во времени. Восприятие времени тесно связано с ритмическими процессами в организме: ритмической сменой возбуждения и торможения в центральной нервной системе, ритмичностью протекания других физиологических процессов и биохимических реакций. Подавляющее большинство физиологических и биохимических процессов в организме закономерно изменяется в течение суток (циркадные ритмы), но имеются периодические процессы и иной колебательной последовательности.

Человек может надежно воспринимать только очень короткие отрезки времени в пределах 1/18-2 секунд. Под нижней границей восприятия времени временные промежутки не воспринимаются как таковые: 18 изображений в секунду уже сливаются в одно непрерывное движение (кино), 18 вибраций воздуха в секунду превращаются для нашего слуха в один самый низкий звук, а 18 ударов по коже воспринимаются как одно надавливание. Над верхней границей в 2 секунды мы можем лишь приблизительно оценивать время по ориентирам, связанным с нашей деятельностью. Однако различные факторы могут менять субъективную оценку времени. Часы, дни или недели, заполненные значительными интересными событиями, кажутся быстротекущими, короткими, а отрезок времени, в течение которого не произошло ничего особенного и все было обыденно представляется особенно длинным. Но это относится к непосредственной оценки интервалов времени. Если же мы их оцениваем по воспоминаниям, картина меняется: промежутки времени, насыщенные в прошлом интересными событиями, оцениваются нами как более длинные, чем периоды повседневности.

Протяженность времени меньше 5 минут при воспоминании обычно кажется больше своей величины, достаточно точно оцениваются лишь интервалы в 5-15 минут, а более длинные промежутки времени вспоминаются как уменьшенные.

Восприятие движения — это отражение изменения положения в пространстве и во времени различных объектов, их пространственно — временного перемещения. Оно связано с взаимодействием различных анализаторов: зрительного, кинестетического и других. Возможны случаи, когда человек приписывает движения как окружающим предметам, так и самому себе. Это обуславливается разными причинами, но главным образом недостаточностью информации для полноценного анализа. Например, когда человек сидит в неподвижно стоящем поезде и видит в окно, как мимо идет другой поезд, то сначала наблюдателю кажется, что движется его вагон. Здесь основным источником информации является зрительный анализатор, однако отсутствие вибрации и толчков через некоторое время убеждает человека в обратном.

При длительной фиксации взором движущихся предметов возникает отрицательный последовательный образ движения. Если перевести взгляд после длительного наблюдения из окна движущегося поезда на неподвижные предметы внутри вагона, то они покажутся движущимися в обратном направлении. Кажущиеся движения окружающих предметов испытывает человек утомленный или находящийся в состоянии опьянения. В лабораторных условиях кажущееся движение можно исследовать с помощью двух источников света, которые включаются последовательно один за другим. При соблюдении определенных условий (расстояния между лампами и временного интервала их включений менее 0,1 сек), то возникает иллюзия движения света от первого источника к другому. Это явление получило название “фи–феномен”, т.е. феноменальное движение, существующее только в восприятии, в отличии от движения действительного.

Восприятия часто классифицируют по степени направленности и сосредоточенности сознания на определенном объекте (внимании). В этом случае можно выделить восприятия *непреднамеренные* (непроизвольные) и *преднамеренные* (произвольное) восприятия. Преднамеренное восприятие по своей сути является наблюдением. Успех наблюдения в значительной мере зависит от предварительных знаний о наблюдаемом объекте. Целенаправленное формирование навыка наблюдения непременное условие профессиональной подготовки специалиста и оно же формирует важное качество личности — *наблюдательность*.

Процесс восприятия при наблюдении характеризуется следующими особенностями:

- сопровождается произвольным и устойчивым вниманием;
- имеет планомерный характер, благодаря чему исключаются элементы случайности и соответствующие признаки не ускользают от наблюдателя;
- наблюдатель *активно* отыскивает нужные ему объекты и те особенности, которые его интересуют;
- носит систематический характер и наблюдатель повторяет его столько раз, сколько надо для более полного и точного изучения объекта;
- восприятие всегда связано с мышлением и осознанным отношением к воспринимаемым деталям, их взаимосвязям и к причинам возникновения наблюдаемых явлений.

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

При некоторых патологических состояниях, особенно при психических и нервных заболеваниях, перцептивные процессы могут нарушаться. Однако

существуют и такие отклонения восприятия, которые могут наблюдаться и у вполне здоровых людей (например, иллюзии). Расстройства восприятия условно можно подразделить на три основные группы: иллюзии, галлюцинации и расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства).

Иллюзии. Иллюзией (от лат. illusere – обманывать) называют искаженное восприятие реально существующего предмета или явления. Иллюзии классифицируют по органам чувств — зрительные, слуховые, тактильные и другие. В зависимости от основных причин, лежащих в основе искажения восприятия, все иллюзии также можно подразделить на физические, физиологические и психические.

Физические иллюзии объясняются объективными физическими законами и не зависят от самого человека. Примером физической иллюзии, которая улавливается и фотоаппаратом, может служить восприятие ложки в стакане воды. Ложка кажется изломанной в силу разных преломляющих свет свойств воды и воздуха.

Физиологические иллюзии находят свое объяснение в особенностях устройства и деятельности наших органов чувств. Например, попробуйте надавить сбоку на глазное яблоко и тотчас предмет на который мы смотрим раздвоится. Раздвоение предмета возникает в силу увеличения диспарантности его изображения на сетчатках глаз. Другой пример иллюзии этого типа мы находим у Аристотеля: скрестите два пальца и начните катать между ними небольшой шарик и он покажется двойным. Когда предмет сначала соприкасается с указательным пальцем, а затем со средним пальцем, оба соприкосновения происходят в различных привычных для нас точках пространства. Прикосновение к указательному пальцу кажется выше, хотя палец на самом деле находится ниже; прикосновение к среднему — ниже, хотя палец в действительности выше. Много такого рода иллюзий имеется и со стороны вестибулярного аппарата — иллюзии кренов, противовращения и другие.

Психические иллюзии связаны как с различными психическими состояниями человека, так и с некоторыми психологическими особенностями нашего восприятия.

При заболеваниях психические иллюзии наблюдаются наиболее часто при состояниях расстроенного сознания, при возбуждении (экзальтация, экстаз) у маниакальных больных или состояниях страха и тревоги при депрессиях. Иллюзии у них почти не корригируются и больной склонен считать эти ошибки восприятия реальностью. Вербальные иллюзии, когда больной вместо нейтральной речи слышит в свой адрес брань, угрозы и оскорбления, часто встречаются на ранних этапах становления слуховых вербальных (речевых) галлюцинаций при некоторых психозах. Они отличаются от так называемых *функциональных слуховых галлюцинаций* тем, что при иллюзиях патологически возникший образ поглощает образ реального предмета (больной “слышит вместо…”), при галлюцинациях — патологический образ с реальным не сливается (“слышит вместе с…”).

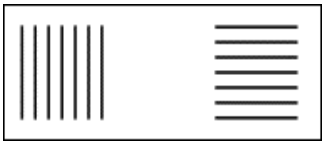
У здоровых на фоне различных психических состояний (ожидание, тревога или страх) также часто возникают психические иллюзии. Например, при входе в комнату ребенок пугается фигуры у окна, но вслед за этим рассмеется, так как увидит, что его испугали пальто и шляпа, висевшие на вешалке. И если в каждом дереве, стоящим у дороги мы видим человека, которого ждем, то речь тоже идет о психических иллюзиях. .

Для того, чтобы процесс интерпретации сенсорной информации достиг уровня сознания, необходимы специальные приемы и о некоторых из них уже говорилось ранее — упрощение изображения, принципы группировки, контрасты и другие. К иллюзиям

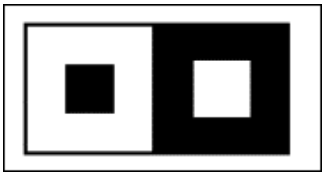
часто приводит неоднозначность восприятия, возникающая в силу недостатка существенной информации или избытка несущественных сведений в изображении. Неоднозначность восприятия возникает и в случаях если из одного и того же изображения можно извлечь несколько значимых образов. Например, в известной картине художника Сальвадора Дали “Невольничный рынок с исчезающим бюстом Вольтера” имеются альтернативные способы интерпретации изображенной сцены. В самом центре картины изображены две маленькие монахини, которые стоят рядом. Но при другой перцептивной организации картины лица монахинь превращаются в глаза Вольтера, а их соприкасающиеся фигуры — в нос и подбородок. До некоторой степени эти два способа организации зрительной информации несовместимы: трудно воспринимать оба изображения одновременно.

В эксперименте иллюзии используются для изучения различных аспектов организации свойств анализаторной системы. Зрительные иллюзии часто использовались с целью подачи на вход зрительной системы неоднозначной сенсорной информации для выявления тех ошибок, которые делает система и тем самым выявляет некоторые скрытые свои свойства. Описаны многочисленные факты и условия ошибок при восприятии — иллюзии “стрелы”, железнодорожных путей, переоценки вертикальных линий, пересечений, концентрических окружностей, “невозможных фигур” и других.

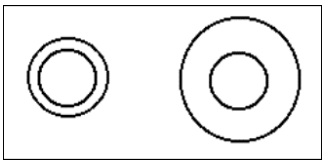
Основные виды пространственных иллюзий



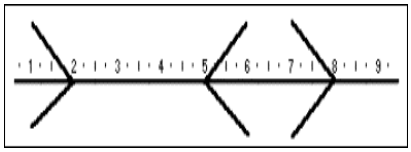
1. Переоценка вертикальных линий. На данном рисунке нам кажется, что правая фигура уже и выше (взгляд скользит по вертикали) левой фигуры. На самом деле обе эти фигуры — правильные заштрихованные квадраты с равными сторонами.



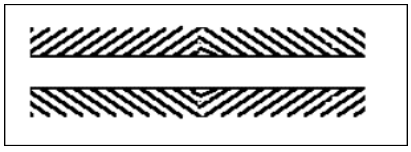
2. Иллюзии, основанные на физиологических явлениях, таких как иррадиация возбуждения в сетчатке, за счет действия которой обусловлено восприятие светлых предметов на черном фоне как более крупных, чем объективно равных с ними черных предметов на светлом фоне.



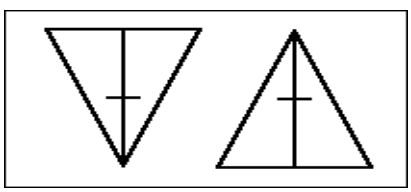
3. Иллюзия контраста (иллюзия Эббингауза), при которой один и тот же предмет воспринимается крупнее среди маленьких фоновых предметов и наоборот. На рисунке диаметры внутренних кругов кажутся нам не одинаковыми, хотя на самом деле они равны.



4. Распространение признаков целой фигуры на ее части, как например, в иллюзии Мюллера – Лайера, в которой одинаковые прямые воспринимаются как неодинаковые, в зависимости от их завершения.



5. Иллюзии, обусловленные применением штриховки, когда параллельные линии воспринимаются изогнутыми (иллюзия Цельнера).



6. Иллюзии, основанные на переоценке величин острых углов. На данном рисунке линия делит отрезок пополам, но длина отрезков не кажется нам одинаковой.

Зрительные иллюзии обнаружены и у животных. В частности, именно на их основе формируются различные способы маскировки и мимикрии. Все эти явления убеждают, что существуют какие-то общие факторы, вызывающие возникновение иллюзий и для многих из них до сих пор нет убедительного толкования.

Галлюцинации. Галлюцинации — это расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует. Это восприятие, которое, как говорят, не опирается на внешний объект, иначе — это "мнимое, ложное восприятие". Мы можем наблюдать галлюцинации при психических заболеваниях, а также у здоровых людей в стрессовых ситуациях, в экспериментах с сенсорной изоляцией или при применении определенных препаратов (галлюциногенов). Галлюцинации также можно внушить человеку, находящемуся в глубоком гипнотическом сне.

> Единой теории, объясняющей патогенез галлюцинаций нет. Исторически первой сложилась периферическая теория происхождения галлюцинаций, согласно которой они возникают в связи с болезненным раздражением периферического отдела соответствующего органа чувства. С позиций психологической теории возникновение галлюцинаций объясняется усилением образов представления, подтверждение чему виделось в особенностях эйдетизма. Неврологическая теория связывала появление галлюцинаций с повреждением определенных церебральных структур, в частности, подкорковых образований. Физиологические теории возникновения галлюцинаций, в основном, базируются на учении И.П. Павлова — формирование очагов патологической инертности возбуждения в участках коры головного мозга лежит в основе галлюцинаций. Сходство патологических изменений психики в условиях изоляции и «сенсорного голода» с психопатологическими явлениями, наблюдающимися при различных психозах, породило исследования, в которых была установлена роль сенсорной депривации в происхождении галлюцинаций. Современные исследователи электрофизиологической природы сна связывают механизм галлюцинаций с укорочением фазы быстрого сна со своеобразным проникновением ее в бодрствование. Многочисленными работами последних десятилетий выявлена связь между появлением различных психических расстройств, в том числе галлюцинаций, и нарушениями обмена нейромедиаторов в центральной нервной системе.

Галлюцинации обычно классифицируют по органам чувств: зрительные, слуховые, обонятельные и другие. Большое значение в психиатрической диагностике придается подразделению галлюцинаций на истинные и ложные (псевдогаллюцинации).

Истинные галлюцинации характеризуются чувственной ясностью, они развертываются *в реальном пространстве* того или иного анализатора и "больные не только думают, что они видят и слышат, но и на самом деле видят и слышат" (Крепелин Э., 1909). Поведение больных обычно соответствует содержанию галлюцинаторных переживаний и они убеждены, что и окружающие люди видят и слышат то же, что и они.

Псевдогаллюцинации отличаются от истинных галлюцинаций тем, что при них нет полной чувственно-телесной ясности образов и это сближает их с представлениями. Больные говорят о видимом и слышимом, добавляя "как будто", хотя они при этом и настаивают на реальности своих галлюцинаций. Псевдогаллюцинаторный образ развертывается в представляемом, а точнее — *интрапсихическом (субъективном) пространстве* того или иного анализатора, поэтому больные могут сообщать о возможности "видеть" за линию горизонта или через непрозрачные преграды, а также сообщают о возникающих "внутри головы" звуках и человеческих голосах. Поскольку ложные галлюцинации осознаются как нечто субъективное и весьма отличное от реальных образов, поведение больных

почти всегда диссоциировано с содержанием галлюцинаций. Псевдогаллюцинации свидетельствуют о более неблагоприятном течении психического заболевания, часто приобретают затяжной и хронический характер, сопровождаются обычно и нарушениями мышления.

Иногда из группы псевдогаллюцинаций отдельно выделяют *экстракампинные галлюцинации*, которые проецируются вне поля досягаемости соответствующего анализатора. При этом больные “видят” сзади себя, за стеной, “слышат” за многие сотни километров.

У здоровых людей на фоне утомления или истощения иногда при засыпании кратковременно возникают зрительные или слуховые галлюцинации, похожие на псевдогаллюцинации, которые называют *гипнагогическими* из-за близости их к сновидениям (*гипнопомпические* — то же самое, но отмечаются в момент пробуждения).

Зрительные и слуховые галлюцинации часто подразделяют на *простые* (фотопсии — восприятие вспышек света, звездочек, искр; акоазмы — восприятие звуков, шума, треска, свиста, плача) и *сложные* (вербальные — восприятие членораздельной речи).

При *рефлекторных галлюцинациях* воспринимаемые реальные образы тут же сопровождаются появлением сходного с ним галлюцинаторного (больной слышит фразу — и тут же в голове начинает звучать похожая на нее фраза).

Апперцептивные галлюцинации (слуховые или зрительные) появляются после соответствующего волевого усилия больного, желающего их испытать.

Галлюцинации Шарля Бонне (зрительные, реже слуховые) наблюдаются при повреждении периферического отдела анализатора (у слепых, глухих), а также при сенсорной депривации или изоляции (в тюрьме, иноязычной среде) в поле пораженного или информационно ограниченного анализатора. Их следует отличать от *гемианоптических галлюцинаций* в поле гемианопсии при поражении коркового конца анализатора (опухоль, травма, сосудистое поражение).

Галлюцинации, которые возникают вследствие психической травматизации, называются *психогенными*. Они подразделяются на следующие разновидности:

– *доминантные* (слуховые и зрительные) с психологически понятным содержанием, отражающим психическую травму и эмоционально насыщенные;

– *эйдетические* (чаще слуховые), которые склонны повторяться по типу клише (например, постоянное галлюцинаторное воспроизведение похоронной музыки и рыданий при похоронах);

– *галлюцинации воображения Дюпре,* где фабула вытекает из истерических мечтаний и фантазии;

– *индуцированные галлюцинации* возникают по типу взаимовнушения и самовнушения на фоне эмоционального напряжения;

– *внушенные галлюцинации* часто встречаются при алкогольном делирии во время “люцидного окна” (дневного прояснения сознания): симптом Рейхардта (внушенное чтение по чистому листу бумаги), симптом Ашаффенбурга (внушенный мнимый разговор по отключенному телефону), симптом Липмана (внушенные зрительные галлюцинации после десятисекундного надавливания на глазные яблоки) и другие.

Расстройства сенсорного синтеза. Восприятие является сложным процессом интеграции, синтеза образа воспринимаемого объекта из сенсорных сигналов, поступающих через органы чувств от внешней среды и собственного тела. При некоторых состояниях и заболеваниях мы встречаемся с различными нарушениями процесса синтеза, интеграции сенсорной информации в ходе восприятия. Обычно к психосенсорным расстройствам относят две группы нарушений — дереализацию и расстройства “схемы тела”.

Дереализация — нарушение сенсорного синтеза информации, которая поступает из внешнего мира. Из ассоциации сенсорных сигналов, принимающих участие в формировании образа внешней действительности, что-то может “выпадать”, изменяться и в конечном итоге окружающий нас мир теряет свою чувственную реальность — искажается.

Человек может утратить восприятие глубины пространства и тогда все окружающее видится ему в плоскостном, двумерном изображении. Искажения восприятия могут касаться и определенных признаков предмета — формы (метаморфопсия), величины (увеличение — макропсия, уменьшение — микропсия) или других. При порропсиях нарушается оценка расстояния — человеку кажется, что предметы находятся дальше, чем они расположены в действительности; при дисмегалопсии расстройство восприятия касается удлинения, расширения, скошенности или перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

Близкими к дереализации являются расстройства, когда обычная, знакомая обстановка или звуки воспринимаются совершенно новыми и незнакомыми (феномены *"никогда не виденного"* — фр. "jamais vu"; *"никогда не слышанного"* — "jamais entandu"), или, наоборот, новая обстановка (местность, улица, дом, речь, музыка) воспринимаются хорошо знакомой и известной (феномены *"уже виденного"* — "deja vu"; "*уже слышанного"*— "deja entendu").

Эти и ряд других более сложных *феноменов ложного узнавания* ("уже пережитого" и "никогда не испытанного") одни исследователи относят к расстройствам восприятия, а другие — к расстройствам памяти. Они длятся, как правило, несколько мгновений или минут, и очень редко это состояние продолжается несколько часов. Они могут сопровождаться и элементами парамнезий, т.е. когда уверенность в реальности пережитого события у больного сохраняется долго. Подобные состояния, когда критика к пережитому длительно отсутствует, могут служить основой появления толкования и веры в "вещие сны", "другую жизнь, предшествующую рождению" и т.п. Все эти симптомы нозологически неспецифичны, могут быть не только при различных заболеваниях (эпилепсия, аффективные нарушения, неврозы), но и при сильном утомлении.

Особенно волнуют больных искажения времени — его замедление (брадихрония) или ускорение (тахихрония), а также утрата эмоциональных компонентов восприятия окружающего — "все застыло, остекленело", а "мир стал подобен декорации". У больных почти всегда сохраняется критическое отношение к этим нарушениям, они чужды личности и субъективно крайне неприятны.

Расстройства "схемы тела" характеризуется различными симптомами нарушений восприятия собственного тела, своеобразных ощущений увеличения или уменьшения веса, размеров всего тела или его частей (рук, ног, головы). К расстройствам схемы тела относится также нарушения восприятия соотношения между частями тела: больные говорят о неправильном положении ушей, "перекрученности" тела. Указанные изменения больной ощущает только при закрытых глазах, так как под контролем зрения все неправильные представления о своем теле исчезают.

Исследование ощущений и восприятий

Исследование ощущений и восприятий широко используется во врачебной деятельности, особенно в неврологии, офтальмологической и ЛОР–клиниках. Там разработаны многочисленные инструментальные методы исследования органов чувств. Однако и в процессе беседы и наблюдения за больным можно выявить многие особенности функционирования его перцептивной сферы.

Острота восприятий (количественная и качественная стороны). Способность улавливать самые тонкие и малозаметные разницы между отдельными ощущениями. Хорошо видит в сумерках, свободно распознает мелкие буквы текста. Подбирает цвета, различает их тончайшие оттенки. Улавливает незначительный шорох, слабые и отдаленные звуки. Обладает музыкальным слухом, способностью

улавливать разницу между самыми близкими тонами. Ясно и отчетливо различает и распознает слабые запахи и прикосновения. Не замечается ли преобладания одного рода ощущений над всеми остальными.

Точность и богатство восприятий. Наблюдателен, замечает и изучает все, что происходит вокруг, не упускает мелочей. Все наблюдения и описания увиденного и услышанного соответствуют действительности и отличаются точностью. Или, напротив, все описания, даже при внимательном отношении к предмету, полны ошибок и неточностей.

Обманы восприятий. Наличие иллюзий и галлюцинаций о которых может сообщить сам больной или их можно заподозрить по его поведению. Последнее бывает важно в тех случаях, когда больной скрывает галлюцинации от окружающих. Больной со слуховыми обманами "разговаривает" с голосами, прислушивается, отвечает им. Можно заметить иногда, что больной затыкает уши, зажимает нос или зажмуривает глаза при наплыве соответствующих обманов восприятий.

Исследование гностических функций. Необходимо при подозрении на наличие нарушений не сколько самого процесса восприятия, а сколько процесса узнавания. Восприятие и узнавание — взаимосвязанные процессы. В психологии узнаванием называется опознание воспринимаемого объекта как уже известного по прошлому опыту.

Выделяют сукцессивное и симультанное узнавание. При *сукцессивном* узнавании происходит опознание при помощи выдвижения и перебора гипотез, когда после чувства знакомости возникает полное опознание предмета или явления. При *симультанном* (мгновенном) опознании этот процесс единовременен.

Не узнавание видимого или слышимого при полной сохранности элементарных функций восприятия, которое возникает при очаговых поражениях мозга, называется ***агнозией*** (от греч. a – отрицат. частица и gnosis – знание). Агнозии обычно не бывают при поражении первичных (проекционных) отделов коры головного мозга, входящих в состав коркового уровня анализаторов. В этих случаях наступают лишь элементарные расстройства чувствительности (снижение зрения, слуха, тактильной чувствительности, нарушения болевой чувствительности). Лишь при поражении вторичных (проекционно-ассоциационных) отделов коры возникает собственно агнозия, когда элементарная чувствительность сохраняется, но утрачивается способность к анализу и синтезу информации о предмете, его опознание существенно затрудняется или становится невозможным.

При исследовании *зрительного гнозиса* обследуемому показывают предметы или их четкие изображения. При правильном опознании рисунков, выполненных в реалистической манере, прибегают к показу более сложных для восприятия рисунков — силуэтных и "зашумленных" крапом, а также перечеркнутых или наложенных друг на друга изображений (*методика Поппельрейтера*). Больные со зрительными агнозиями, которая не выявляется обычными методами, выявляются при предъявлении таких усложненных рисунков. Кроме того, для исследования оптического гнозиса можно пользоваться таблицами Равена, а также большое значение имеет описание больным сюжетной картинки, просмотр фотографий знакомых лиц.

Для исследования зрительного восприятия широко используется *тахископический метод*, который был еще предложен в 19 веке. На экране прибора могут демонстрироваться буквы, слова, геометрические фигуры и рисунки. Время демонстрации ограничивается — от одной тысячной секунды до секунды и более.

Краткое время экспозиции затрудняет восприятие и выявляет нарушения в тех случаях, когда обычная демонстрация расстройств восприятия не обнаруживает.

Для исследования *слухового гнозиса* больному предъявляют для опознания различные звуки как простые, бытовые (скрип, колокольчик), так и сложные, музыкальные (опознание мелодий). Используется ритмическое выстукивание различных тактов с последующей попыткой их воспроизвести больным. Представляют интерес методики для исследования слуховых восприятий и речи с помощью магнитофона, где создаются специальные звуковые эффекты — "зашумление", разная интенсивность и не одновременность подачи звука в наушники и другие.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ ОРГАНОВ ЧУВСТВ

ЗРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗАТОР

Зрительная система дает мозгу более 90% сенсорной информации. Зрение начинается с проекции изображения на сетчатку глаза. Затем происходит возбуждение фоторецепторов, передача и преобразование зрительной информации в нейронных слоях зрительной системы, а заканчивается зрительное восприятие принятием высшими корковыми отделами зрительной системы решения о зрительном образе.

Тифлопсихология (“психология слепых”) — самостоятельная отрасль психологической науки. Большое значение для развития психики слепого имеет время наступления слепоты. Исходя из этого выделяют две группы: слепорожденные и ослепшие. К первой группе относят лиц, потерявших зрение до становления речи, т.е. приблизительно до трех лет, и не имеющих зрительных представлений, ко второй — ослепших в последующие периоды жизни и сохранивших в той или иной мере зрительные образы в памяти (Литвак А.Г., Сорокин В.М., Головина Т.П., 1989).

Психическое развитие слепого и слабовидящего ребенка имеет особенности. Ряд психических процессов (ощущения, восприятия, представления) оказываются в зависимости от глубины дефекта зрения, а также и от характера патологии органа зрения (цветоощущение, скорость восприятия и др.). Имеются психические процессы на которые нарушения зрения оказывают опосредованное влияние (например, мышление, развитие которого до определенного момента зависит от нарушений в области восприятий и представлений). Имеются также компоненты психики, которые от нарушений зрения не зависят — мировоззрение, убеждения, темперамент (за исключением его внешних проявлений), моральные черты характера и др.

Л. Брайль (1809–1852), потерявший зрение в трехлетнем возрасте, воспитанник, а затем и тифлопедагог Парижского национального института слепых, стал автором изобретения, изменившего систему обучения слепых. Основанная на комбинациях шеститочия, его система рельефного письма охватывает буквенные, математические и иные символы, позволяя слепому свободно читать и писать. Книгопечатание по Брайлю началось с 1852 г. во Франции. В России первая книга по Брайлю вышла в 1885 г.

Глаз часто сравнивают с фотоаппаратом: в нем есть затвор (веки), диафрагма (радужная оболочка с зрачком), линза — хрусталик и светочувствительная поверхность, аналогичная фотопленке — сетчатка с ее фоторецепторами.

Аккомодация — приспособление глаза к ясному видению объектов, расположенных на разном расстоянии. Главную роль при этом играет изменение кривизны хрусталика, т.е. его преломляющей способности. Главными аномалиями рефракции являются близорукость (миопия) и дальнозоркость (гиперметропия). Они обусловлены не нарушениями свойств хрусталика, а изменением длины глазного яблока. При близорукости продольная ось глаза слишком длинна, а при дальнозоркости — коротка.

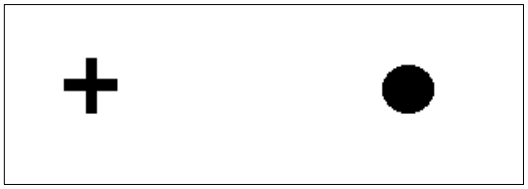
Конвергенция — содружественное смещение глаз относительно зрительной оси при рассматривании объекта на разном расстоянии. Постоянное или периодическое отклонение одного глаза от совместной точки фиксации называется косоглазием. Косоглазие не только косметический дефект, влияющий на психику и формирование характера (до 2% детей страдают косоглазием), но и существенно нарушает восприятие пространства.

Фоторецепторы — являются разветвлениями зрительного нерва и подразделяются на два основных вида: палочки (до 130 миллионов) и колбочки (6-7 миллионов).

Палочки (орган ночного зрения) расположены главным образом на периферии, поэтому чтобы лучше рассмотреть предмет при плохой освещенности надо смотреть примерно на 12 градусов в сторону от него. Палочки соединены с нервными окончаниями группами, иногда до 200 палочек, что увеличивает их чувствительность к слабому свету, но уменьшает возможность пространственного различения. Глаз человека способен воспринять ясной темной ночью пламя свечи на расстоянии до 48 км. Недостаток витамина "А", который необходим для восстановления особого пигмента палочек — родопсина, приводит к нарушению ночного зрения, называемого куриной слепотой (гемералопия).

Колбочки (орган цветного зрения) расположены преимущественно в центре сетчатки и их особенно много в центральной ямке желтого пятна — месте наилучшего видения пространственных форм и цветовых свойств предметов (здесь каждая колбочка соединяется с отдельным нервным окончанием).

Ни палочек, ни колбочек совсем нет в слепом пятне — месте входа зрительного нерва. Наличие слепого пятна на сетчатой оболочке глаза впервые открыл в 1668 г. известный французский физик Э. Мариотт. Изображения предметов, приходящихся на это место сетчатки, не передаются в мозг и, следовательно, не воспринимаются. Слепое пятно, казалось бы, должно мешать нам видеть весь предмет, но в обычных условиях мы этого не замечаем. Во-первых, потому что изображения предметов, приходящиеся на слепое пятно в одном глазу, в другом проектируются не на слепое пятно; во-вторых, потому, что выпадающие части предмета невольно заменяются образами соседних частей или фона окружающими этот предмет. В приведенном ниже рисунке исчезающая фигура заменяется белым фоном.



Эффекты слепого пятна

Закрыть левый глаз и посмотреть правым на фигуру, изображенную слева, держа рисунок на расстоянии 15-20 см от глаза. При некотором положении рисунка относительно глаза изображение правой фигуры перестает быть видимым.

В колбочках содержится йодопсин — пигмент дневного зрения. Человек может различать 180 цветных тонов и более 10 000 оттенков между ними. Способность к цветоразличению формируется рано, например красный цвет ребенок различает уже в 3 месяца жизни. Во второй половине года различает красный, желтый, сине-зеленый цвета, предпочитая красный цвет голубому или белому.

Физиология цветоощущения окончательно не изучена. Наибольшее распространение получила трехкомпонентная теория цветного зрения. Еще в 1757 году М.В. Ломоносов показал, что если в цветовом круге считать 3 цвета основными, то от их смешения можно создать любые другие. В 1802 году с подобной теорией выступил Томас Юнг в Англии, а еще через 50 лет эти же положения были развиты в Германии Гельмгольцем. Согласно этой теории, в сетчатке допускается существование трех видов колбочек, которые чувствительны к синему, зеленому и красному свету.

Трехкомпонентная теория цветового зрения, как и другие (четырех- и даже семикомпонентные) теории, хотя и не может полностью объяснить цветоощущение, получила, однако, признание в клинике. При цветовой слепоте человек не ощущает разницы определенных цветов. Существует только три вида цветовой слепоты — на красный, зеленый и синий цвета. Наиболее часто встречается полная или частичная слепота на красный и зеленый цвета. Она была обнаружена у английского химика Дальтона и поэтому называется дальтонизмом. Дальтонизм встречается примерно у 4 % мужчин и у 0,5 % женщин.

> Хроматопсия (от греч. chroma – цвет и opsis – зрение) — искажение цветовых ощущений, при котором воспринимается лишь один из основных цветов. Так, эритропсия характеризуется восприятием всего как окрашенного красным светом (возможно при отравлении йодом); ксантопсия — желтым светом (при отравлении сантонином); цианопсия — синим светом (при отравлении грибами).

Ощущение цвета и освещенности различно влияют на самочувствие и работоспособность человека. Например, оранжево-желтый цвет создает бодрость и приподнятое настроение, зеленый — индуцирует ровное и спокойное настроение, красный цвет возбуждает, а темно-синий — угнетает. При характеристике любого цвета имеют значение три различных психологических фактора: тон, насыщенность и яркость.

Тон соответствует цвету в обычном понимании этого слова и он меняется, когда меняется длина волны света (качественный аспект цвета).

Насыщенность отражает близость цвета к белому (количественный аспект цвета): от белого, насыщенность которого равна нулю, через более густые пастельные оттенки до полностью насыщенного (например, багряно-красного или золотисто-желтого).

Яркость определяется амплитудой световых волн, т.е. числом фотонов, участвующих в каждом колебательном цикле, что соответствует большей или меньшей интенсивности света. Согласно закону Вебера для восприятия разности в освещенности двух поверхностей одна из них должна быть ярче другой на 1-1,5%.

Движения глаз и зрение. К моменту рождения глаза ребенка движутся несогласованно. Согласованный поворот обеих глаз и их сведение (конвергенция) на предмете устанавливаются у ребенка лишь к 3-ей неделе жизни. Прослеживание предметов справа налево и обратно устанавливается на 30-32 день, а концу 2-го месяца ребенок следит за предметами на расстоянии 4-5 метров.

Глаза все время находятся в движении, последовательно переходя с одного участка поля зрения на другой. Движения слагаются из ряда скачков (*саккад*), которые обычно происходят 4-5 раз в секунду. Амплитуда скачка не превышает 20 угловых градусов. Глаз как бы прослеживает контуры предмета. При неподвижных глазах и объектах зрительное ощущение исчезает через 1-2 секунды. Кроме скачков, глаза непрерывно мелко дрожат и дрейфуют (медленно смещаются с точки фиксации взора).

Нервные механизмы саккадического движения глаз изучены недостаточно. Вероятно, что последние звенья в цепи событий, ведущих к движению глаз, связаны с корковыми лобными зрительными зонами, так как при их раздражении в левом полушарии возникают саккадические движения глаз направо, а при раздражении правого полушария — влево.

В психофизиологических исследованиях широко используется прямая запись электрических потенциалов, возникающих при движении глаз (*электроокулограмма*). Широко используют в исследованиях и методы регистрации

диаметра зрачка (*пупиллометрия*), а также частоты мигания при моделировании различных психологических состояний. Диаметр зрачка может меняться в пределах от 1,5 до 9 мм. Размер зрачка колеблется от количества света — сужается при освещении и расширяется в темноте. Наряду с этим размер зрачка существенно изменяется, если испытуемый реагирует на воздействие эмоционально. Психическое состояние испытуемого аналогично влияет и на частоту моргания. Средняя частота последнего составляет 7,5 в минуту и может варьировать от 1 до 46 в минуту.

Центральная часть зрительного анализатора — расположена в затылочной зоне коры головного мозга (первичное 17 поле), причем информация от внутренней (носовой) половины сетчатки левого глаза проецируется на правое полушарие, а от внутренней (носовой) половины сетчатки правого глаза — на левое полушарие. Информация от наружных (височных) половин обеих сетчаток идет по не перекрещенным нервным путям в соответствующие глазу полушария мозга. Верхняя часть 17 поля связана с верхней частью сетчатки (нижние поля зрения), а в нижнюю часть 17 поля поступают импульсы от нижних участков сетчатки (верхние поля зрения). Высший зрительный гнозис (формирование восприятия) осуществляется во вторичных зрительных полях — 18 и 19-е ("широкая зрительная сфера") и прилегающих к ним третичных полей коры больших полушарий.

Бинокулярное и монокулярное зрение. Наши глаза расположены на некотором расстоянии друг от друга, поэтому они посылают в мозг несколько различную информацию с одних и тех же точек сетчатки (*диспарантность* изображения). Мозг, объединяя данные двух плоскостных изображений, создает на их основе трехмерный, стереоскопический образ видимого мира. Этот эффект бинокулярного зрения эффективен лишь на расстояниях примерно 15 метров. О пространственных отношениях более удаленных объектов человек судит по *монокулярным признакам расстояния*: линейная и воздушная перспективы, перекрытие одних предметов другими и эффекту параллакса (при смещении головы близко расположенные предметы движутся в поле зрения быстрее, чем удаленные, и при том в противоположном направлении).

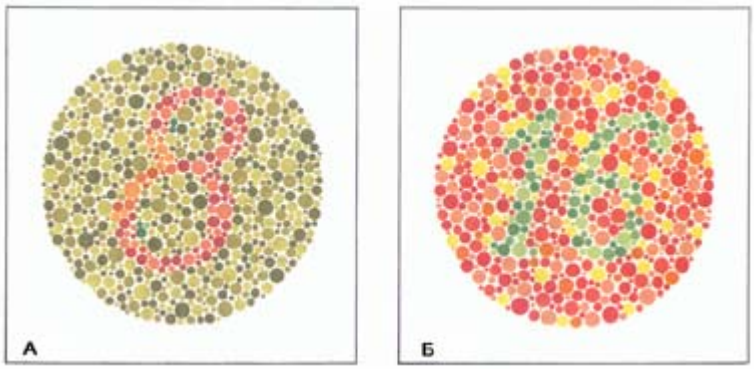
Парадокс Фехнера — усреднение бинокулярно воспринимаемой светлоты при различной освещенности сетчаток левого и правого глаза. Если в один глаз свет попадает через светофильтр, а в другой обычным образом, то видимая светлота будет соответствовать среднему арифметическому уровню освещенности левого и правого глаза.

Различия между полушариями при зрительном восприятии (Леушина Л.И. и др., 1982)

Левое полушарие	Правое полушарие
Лучше узнаваемые стимулы	
Вербальные	Невербальные
Легко различимые	Трудно различимые
Знакомые	Незнакомые
Лучше воспринимаемые задачи	
Оценка временных отношений	Оценка пространственных отношений
Установление сходства	Установление различий
Установление идентичности стимулов по названиям	Установление физической идентичности стимулов

Переход к вербальному кодированию	Зрительно–пространственный анализ
Особенности процессов восприятия	
Аналогичность	Целостность (гештальт)
Последовательность (симультантность)	Одновременность (сукцессивность)
Абстрактность, обобщенность, инвариативное узнавание	Конкретное узнавание
Предполагаемые морфологические различия	
Фокусированное представительство элементарных функций	Диффузное представительство

Исследование зрительных функций. При исследовании зрения определяют остроту зрения, под которой подразумевается способность глаза раздельно различать 2 точки, расположенные друг от друга на некотором расстоянии. Проверяется острота зрения с помощью специальных таблиц со знаками различной величины. Ослабление остроты зрения называется *амблиопией*, а полная потеря зрения — *амаврозом*. Цветоощущение исследуется с помощью специальных полихроматических и пигментных таблиц, приборов — аномалоскопов. Имеются приборы и методики для измерения изменений светоощущения и темновой адаптации.



Тестирование дальтонизма
Лица с трудностями различения красно-зеленых цветов не могут прочесть таблицу Б (число 16), а в таблице А видят число 3 (в норме – 8)

Важное значение в клинике имеет исследование полей зрения. *Поле зрения* (зона обзора без перевода взгляда) — это участок пространства, который видит неподвижный глаз. Поля зрения проверяются с помощью специальных приборов — периметров, где пациент наблюдает за перемещением белого или цветного объекта по темной и изогнутой в форме полукруга линейке со шкалой, градуированной от 0 до 180 градусов. Замеры момента исчезновения объекта из поля зрения производят при изменениях положения дуги-линейки, а результаты наносят на специальный бланк. На белый цвет в норме границы полей зрения следующие: наружная — 90, внутренняя — 60, нижняя — 70 и верхняя — 60 градусов. Для красного цвета эти границы на 20-30 градусов меньше. Выпадение одной половины поля зрения называется *гемианопсией*. Иногда может возникать выпадение в центре поля зрения или на его периферии — *скотома*.

Зрительные агнозии. Особое место при исследовании зрительного восприятия в клинике нервных болезней придается выявлению с помощью психологических методов наличия у больного зрительных агнозий (от греч. gnosis — познавание, знание), которые были описаны еще в 1889 г. H. Lissauer. Они относятся к нарушениям высшей организации зрительных процессов (“душевная слепота”). При этом больной не узнает предметы по их зрительным образам.

Зрительные агнозии всегда протекают при относительной сохранности элементарных зрительных функций (остроты зрения, полей зрения, цветоощущения) и связаны с локальными поражениями различных участков вторичных полей зрительной зоны коры, а также прилегающих к ним третичных полей теменной и височной областей.

Характер агнозии определяется стороной поражения и локализацией очага. Различают апперцептивную зрительную агнозию, при которой нарушается синтез отдельных признаков в единое целое, и ассоциативную, когда теряется способность называния воспринимаемого предмета. Кроме того, можно выделить шесть основных нарушения зрительного гнозиса: предметную, лицевую, оптико-пространственную, буквенную, цветовую и симультанную агнозии.

Предметная агнозия — является левополушарным симптомом, но может быть (обычно в более грубой форме) при двустороннем поражением нижней части "широкой зрительной сферы" (18-го и 19-го полей). Больной теряет способность узнавать сами предметы и их изображения.

При грубых нарушениях узнавания предметов больные при ходьбе на них не натыкаются, однако постоянно ощупывают окружающие предметы и ориентируются по звукам. Рассматривая, например, ручку или расческу, больной говорит, что это узкий длинный предмет, но сам предмет не узнает.

Более легкие случаи нарушения узнавания выявляются при предъявлении изображений предметов. При этом выясняется, что больной, правильно оценивая отдельные элементы изображения, не понимает смысла изображения в целом. Особенно трудны для узнавания схематичные рисунки, где контуры различных предметов "наложены" друг на друга (фигуры Poppelreuter, 1917), рисунки с недостающими деталями (фигуры Heilbronner, 1905), а также рисунки предметов на фоне специально сформированных зрительных помех — "зашумленные рисунки" (Тонконогий И.М., Цуккерман И.И., 1963). При тахистоскопическом исследовании у таких больных резко увеличены пороги узнавания изображений — до 1 сек и более (в норме 5-10 мс).

С предметной агнозией иногда сочетается *слабость оптических представлений* (Charcot, 1883; Wilbrand, 1887), при этом больные не могут представить внешний вид, даже хорошо знакомых предметов. При слабости оптических представлений часто также нарушена у больных способность вызывания представлений цвета, а иногда это сопровождается наличием своеобразных ощущений чуждости всего видимого.

Лицевая агнозия (прозопагнозия) **—** связана с поражением нижнезадних отделов "широкой зрительной сферы" правого полушария (у правшей). Описана в 1947 году Бодамером (Bodamer J.) как нарушение опознания, непосредственное или на фотографии, лиц знакомых людей при сохранении восприятия предметов и их изображений.

Больной не различает человеческие лица и узнает даже близких людей только по голосу. Опознавая отдельные части лица (нос, брови, глаза, уши) и лицо как объект в целом, он не может узнать его индивидуальную принадлежность. Степень выраженности может быть разной: от нарушения запоминания лиц в специальных экспериментальных заданиях (наборы рисунков лиц) до не узнавания по фотографиям знаменитых лиц, родных и даже самого себя в зеркале.

Оптико-пространственная агнозия — связана с двусторонним поражением верхней части "широкой зрительной сферы". Она описана A. Paterson, O. Zangwill в 1945 году как потеря способности ориентироваться в пространстве.

При зрительной пространственной агнозии больной теряет способность правильно локализовать объекты в трех координатах пространства, особенно в глубину. Он также плохо ориентируется в пространственных признаках предмета, в узнавании топографии хорошо знакомых мест (обычно страдает лево-правая ориентировка).

Если преимущественно страдает правое полушарие, то в большей степени у больных нарушается рисунок: не могут изобразить дальше–ближе, больше–меньше, слева–справа, вверху–внизу. Также нарушается "праксис позы": больной не может повторить расположение рук врача (проба Хеда), не может скопировать позу.

Все эти нарушения могут приводить к трудностям выполнения больным бытовых двигательных актов (например, одевания). Сочетание зрительно-пространственных и двигательных расстройств называют апрактоагнозией. Оптико-пространственная агнозия

может нарушать и навык чтения, так как возникают трудности прочтения букв с лево–правыми признаками (Э–Е).

Буквенная (литеральная, символическая) агнозия — возникает при одностороннем поражении нижней части “широкой зрительной сферы” на границе затылочной и височной коры левого полушария (у правшей). При этом больной правильно копирует буквы, но не может их читать. Особенно большие трудности представляет для больных чтение сложных по начертанию букв — Ж, Щ, Ц и т.д. Затруднен подбор одинаковых букв разного печатного шрифта, прописных и заглавных букв. Распад навыка чтения при литеральной агнозии называется первичной литеральной алексией.

Цветовая агнозия — возможна при поражении 17 и других полей зрительной коры, особенно правого полушария. При этом больной цвета различает (нет цветовой слепоты как таковой, различает цвета на карточках), но не знает какие предметы окрашены в данный цвет, не может вспомнить цвета даже хорошо знакомых реальных предметов, не может подбирать одинаковые цвета и оттенки. Таким образом, у больных с цветовой агнозией затруднена категоризация цветовых ощущений.

Симультанная агнозия (англ. simultaneous — одновременный) встречается при двустороннем или правостороненнем поражении затылочно–теменных отделов коры доминантного полушария и описана П. Балинтом (1909) и W. Poppelreiter (1923). При этом сокращается объем одновременно воспринимаемых предметов, в то время как отдельные предметы воспринимаются адекватно. В более выраженной степени нарушений больной с сохранными полями зрения затрудняется в восприятии изображения целиком. Он видит только отдельные его фрагменты, так как он не может перевести взор и рассмотреть все изображение последовательно. Особенно трудно больному воспринять одновременно два изображения на одном рисунке. Синдром Балинта сопровождается “атаксией взора” и непроизвольными скачками глаз.

СЛУХОВОЙ АНАЛИЗАТОР

Слуховое ощущение вызывается действием на слуховой рецептор (кортиев орган улитки) звуковых волн. Звуковые волны собираются наружным ухом и через наружный слуховой проход передаются на барабанную перепонку, за которой находится среднее ухо. Колебания барабанной перепонки через систему косточек (наковальня, молоточек и стремечко) передаются внутреннему уху. Улитка внутреннего уха состоит из 2,5–2,75 витка и в ней находится плавающая в жидкости мембрана, состоящая из 24 000 поперечных волокон различной длины (от 0,05 до 0,5 мм) кортиевого органа. Длина волокон возрастает от основания к вершине улитки и сам орган напоминает арфу или рояль. В улитке происходит перекодирование звуковых волн в нервный импульс. Пространственное кодирование основано на возбуждении волокон определенной длины, а временное кодирование связано с улавливанием частоты следования звуковых колебаний (особенно при действии низких и средних тонов).

Резонансная теория слуха Гельмгольца достаточно хорошо объясняет особенности нашего слуха. Это подтверждается так называемым микрофонным эффектом улитки. Если отводить от органа слуха кошки токи действия, возникающие в кортиевом органе, и подавать их на усилитель, то можно услышать звуки и даже слово, произносимое над ухом кошки. Этот опыт показывает, что определенной частоте и интенсивности звукового раздражения соответствует определенная частота и интенсивность электрических колебаний в кортиевом органе.

Герман фон Гельмгольц (1821–1894) — немецкий физик и физиолог. Закончив Берлинский медицинский институт семь лет служил армейским хирургом. Гельмгольц чрезвычайно успешно работал в самых различных областях — изобрел офтальмоскоп (устройство для исследования сетчатки), провел обширное исследование в акустике,

косвенно способствовал изобретению беспроволочного телеграфа и радио. Гельмгольц не был психологом, но его работы по изучению человеческих ощущений способствовали становлению психофизиологии органов чувств.

От клеток кортиева органа берет начало слуховой нерв. При его заболеваниях возникают различные звуковые ощущения в соответствующем ухе (шорохи, писк и другие), которые больной хорошо отличает от реальных звуков. В продолговатом мозге происходит первый перекрест большинства путей слуховой системы, которые продолжаются через мозжечок к среднему мозгу, где также осуществляется частичный перекрест слуховых путей. Именно этот уровень слуховой системы участвует в биауральном слухе. Далее слуховой тракт через медиальное коленчатое тело и слуховое сияние заканчивается в 41 первичном височной коры мозга. Поражения слухового сияния и медиального коленчатого тела часто сопровождается не только снижением слуха на противоположное ухо, но слуховыми галлюцинациями в виде окликов, бытовых и музыкальных звуков, а иногда и голосов.

Центральная часть слухового анализатора расположена в височной области коры головного мозга — 41 поле, которое организовано по топическому принципу: в его различных участках представлены разные по высоте звуки. Оно расположено в извилине Гешля, в глубине коры и не выходит на ее поверхность. Одностороннее поражение 41 поля не приводит к центральной глухоте, так как слуховая афферентация поступает одновременно в оба полушария. В ядерную зону анализатора входят также 42 и 22 вторичные поля.

При поражении ядерной зоны коркового уровня слуховой системы, особенно правого полушария, возникают ***слуховые агнозии*** (“душевная глухота”), при которых при сохранности слуха как такового нарушено узнавание простых звуков (скрип двери, шум шагов и другие), а также возникают такие симптомы, как *аритмия* (больной не воспроизводит даже простые ритмы при постукивании, причем при поражении правого виска нарушается восприятие структурной оформленности ритма как целого, а при поражении левого виска — анализ и синтез структуры ритма и его воспроизведение), *амузия* (не узнает знакомую или только что услышанную мелодию, довольно часто слышимые звуки воспринимаются как неприятные; поражение локализуется в правом виске) и *нарушения интонационной стороны речи — просодии* (не различает речевых интонаций и сам не очень выразителен в собственной речи; характерно для правостороннего поражения). Кроме гностических дефектов неречевого слуха при поражении участков коры примыкающей к ядерной зоне слуховой системы, особенно левого полушария, возникают и *нарушения фонематического слуха*, которые описываются обычно в разделе патологии речи.

Слуховые агнозии соотносятся с первичными и вторичными полями слухового анализатора (T_1-зоны по Лурия), которые расположены в латеральных отделах височной области. При поражении “внеядерных”, конвекситальных отделов (T_2-зоны) возникает синдром акустико-мнестической афазии (левое полушарие) и нарушения слуховой невербальной памяти (правое полушарие). При поражении медиальных отделов височной доли появляются аффективные расстройства (экзальтация или депрессия) с пароксизмами тоски, тревоги и страха, психосенсорные расстройства в слуховой сфере. Характерными становятся и нарушения памяти по типу корсаковского синдрома. При поражении базальных отделов возникает повышенная тормозимость вербальных следов в памяти введением перед воспроизведением запоминаемого материала интерферирующего воздействия (запоминание и воспроизведение двух “конкурирующих” рядов слов, двух фраз или двух рассказов). Имеет место диссоциация между первоначально доступным

выполнением проб и появлением их нарушения в период дополнительной “нагрузки” на функцию.

В звуковых волнах различают частоту, амплитуду и форму. Ухо человека может воспринимать звуки от 16 до 20 тысяч герц. Частота колебаний дает высоту тона, амплитуда — его силу, а форма — тембр и чистоту тона. Различают музыкальные тоны и шумы. Последние характеризуются отсутствием определенной периодичности колебаний звуковых волн, свойственных музыкальным тонам. Изолированные звуковые толчки начинают ощущаться как вибрация если их частота больше 15-18 герц.

Чувствительность слухового аппарата велика. При некоторых частотах звука колебания барабанной перепонки составляют всего лишь одну миллиардную долю сантиметра, т.е. около 1/10 диаметра атома водорода. А колебания очень тонкой мембраны внутреннего уха, которая передает колебания на слуховой нерв, еще в 100 раз меньше по амплитуде. Звуки, частоты которых отличаются друг от друга всего лишь на несколько колебаний уже замечается нами. У лиц с хорошим слухом порог различения для звуков средней высоты соответствует 1,20-1,30 полутона. Это значит, что между двумя звуками двух соседних клавиш рояля человек может различить 20-30 промежуточных ступеней высоты. У пожилых людей предел слышимости снижается до 12 000 герц.

Слуховой анализатор обладает удивительной способностью к избирательности восприятия. В комнате, полной разговаривающими людьми, мы способны игнорировать большинство шумов и улавливать лишь речь одного человека. В смешении звуков симфонического оркестра ухо дирижера может выделить отдельные инструменты. Избирательность слухового восприятия во многом обеспечивается особенностями ***биаурального слуха***. Люди, глухие на одно ухо локализуют звуки только по усилению их громкости при поворачивании головы в сторону источника звука. Короткие звуки они никогда точно не могут локализовать.

У здорового человека биауральный слух связан с тем, что существует расхождение во времени порядка до 10-20 миллисекунд поступления звука в оба уха, так как ушные раковины несколько отдалены друг от друга. Кроме того, интенсивность поступающего в уши звука, особенно высокочастотного, бывает различной в силу так называемой “звуковой тени” от головы человека. Если низкочастотные звуковые волны легко “огибают” голову (например, звук 100 Гц имеет длину волны 3,3 м), то высокочастотные отражаются (звук 10000 Гц имеет длину волны всего 3,3 см) и тем самым создается акустическая тень, где сила звука слабее.

Таким образом, пространственная локализация звука осуществляется с помощью двойной системы: для низких частот — на основании расхождения по времени поступления звука в оба уха, а для высоких частот — расхождения в их интенсивности (Линдсей П., Норман, Д.,1974). Переключение с одной системы на другую происходит в диапазоне 1000-5000 герц, т.е. в той полосе звуковых частот, для которой характерно наибольшее число ошибок при локализации звука. Острота биаурального слуха довольно высока: положение источника слуха определяется с точностью порядка 1 углового градуса.

Слух играет важную роль регуляции и контроля за речью и пением. Точно так же как система обратной связи между глазами и мышцами руководит движениями руки, такая же система регулирует параметры нашего голоса. Любое нарушение обратной связи немедленно нарушает и речь. Например, если во время речи подавать через микрофон и наушники собственный голос человека с некоторой задержкой, то его произношение и акцент изменится, а если задержка достаточно

велика, то он вообще не сможет говорить. Этот феномен позволяет легко разоблачить тех, кто симулирует глухоту.

Слух изучают с помощью снятия аудиограммы, которая является мерой порога слышимости различных звуковых частот. Слух испытывают чистыми тонами различной частоты, и аудиограмма говорит о том, при каком давлении звука на барабанную перепонку (или при какой силе) звук каждой частоты становится едва слышимым. Наименее чувствительно ухо к низким частотам. Например, его чувствительность к тону в 100 герц в 1000 раз ниже, чем к тону 1000 герц.

На основании закона Вебера–Фехнера принята относительная единица силы (интенсивности) звука — децибел (L): $L=10*\log(I/I_o)$, где J — сила данного звука, а J_o — наименьшая ощущаемая ухом сила этого звука.

Сравнительные величины интенсивности некоторых звуков

Звук	**Интенсивность (в дБ)**
Шепот, слышимый на расстоянии 1,5 м	20
Тихий разговор	40
Обычный разговор	60
Шум оживленной улицы	70
Шум мотоцикла без глушителя	100
Удары молотом в стальную плиту	110
Шум, вызывающий боль в ушах	120
Артиллерийский выстрел	200

Как следует из выше приведенной таблицы шум, вызывающий боль в ушах, в децибелах только в 2 раза больше интенсивности звуков обычного разговора, в то время как сила его давления на барабанную перепонку в 100 раз больше силы звука речи.

Кажущуюся громкость звука следует отличать от его физической силы. Между психологическим ощущением громкости и физической интенсивностью звука нет прямого соответствия. Громкость тона зависит от его интенсивности и частоты. При постоянной интенсивности звуки очень высокой и очень низкой частоты кажутся более тихими, чем звуки средней частоты.

Исследованиями установлено, что психологическая оценка громкости звука возрастает как кубический корень из его физической интенсивности. Поскольку звуки одинаковой силы, но разной частоты не кажутся нам одинаково громкими, процедура измерения громкости звука была стандартизирована и введена единица ее измерения — ***сон***. Один сон — это громкость тона частотой 1000 Гц и интенсивности 40 дБ. При изучении громкости звуков других частот производится их сопоставление с эталонной громкостью. Экспериментально полученные данные в виде графических кривых (*контуры равной громкости*) могут использоваться для прогнозирования ожидаемой громкости при известной частоте и силе звука.

Полагают, что к шести месяцам внутриутробной жизни начинает у ребенка функционировать слуховой анализатор, но установить сроки появления слуховой чувствительности у младенца трудно, т.к. первые 2-3 дня полости среднего и внутреннего уха заполнены околоплодной слизью, слуховая труба не наполнена воздухом, а просвет барабанной перепонки почти закрыт набухшей слизистой оболочкой. Доказательством того, что ребенок слышит является вздрагивание век, рук, непроизвольные движения лицевых мышц в ответ на хлопок возле уха

младенца. Реакции на звук становятся хорошо заметными на 10-12 день жизни, а к 4-5 месяцам ребенок различает голоса, реагирует на грустную и веселую музыку, интонации голоса.

Слух в клинических условиях исследуют сначала шепотной, а затем разговорной речью. Басовые звуки шепотной речи различаются человеком с нормальным слухом на расстоянии 5-6 метров, а дискантовые — 15-20 метров. Слух исследуют также наборами камертонов, специальными свистками и более сложными приборами — аудиометрами.

Тугоухостью называется такое понижение слуха, при котором возникают затруднения в восприятии речи, но речевое общение с помощью слуха все же возможно за счет усиления голоса говорящего или с помощью звукоусиливающих приборов. Лиц, страдающих тугоухостью в сурдопсихологии, принято называть *слабослышащими* в отличие от *глухих*, для которых восприятие речи на слух вообще невозможно. Глухие без специального обучения не могут самостоятельно и овладеть речью. Отдельную группу в отношении формирования речи и ее восприятия составляют *позднооглохшие*. У них может быть разная степень нарушения слуха и разный уровень сохранности речи.

Далеко не всем неслышащим специалисты рекомендуют *кохлеарную имплантацию* (вживление в область за ушной раковиной специальной электронной слухопротезирующей системы). Она показана тем, кто отвечает определенным медицинским, психологическим и логопедическим критериям: полная двусторонняя глухота, невозможно пользование обычными слуховыми аппаратами, имеются функционирующие нервные волокна, отсутствуют заболевания среднего уха, сформированы речевые навыки, отсутствует снижение интеллектуальных возможностей. Имплантация возможна и детям раннего возраста, когда процесс речеслухового и психического развития не приобрел отклоняющийся характер.

АНАЛИЗАТОРЫ ОБОНЯНИЯ И ВКУСА

Обонятельные ощущения.. В каждой половине носовой полости, в ее верхней части, находятся обонятельные рецепторы. Эти образования представляют собой два участка желтоватой ткани, каждый из которых занимает площадь около 2,5 кв. см. В этой ткани проходит два типа нервных волокон, окончания которых воспринимают и обнаруживают пахучие вещества.

Основной тип представлен волокнами обонятельного нерва. На конце каждого из таких волокон находится обонятельная клетка, снабженная пучком волосоподобных нитей (6-12 волосков), выполняющих роль рецепторов. Обонятельные волоски погружены в жидкость, вырабатываемую боуменовыми железами. Всего в каждой половине носа насчитывается около 30 млн. обонятельных клеток. Другой тип волокон представляет собой длинные тонкие окончания тройничного нерва, которые чувствительны к некоторым видам молекул, например — нашатырного спирта, уксуса. Порог различения силы запаха составляет 30-60% от исходной концентрации.

В соответствии со ***стереохимической теорией обоняния*** предполагают, что существует семь типов обонятельных рецепторов, которые распознают *семь "первичных запахов"*. Эти запахи выделены эмпирически: эфирный (ацетон), камфорный (нафталин), мускусный (мускус), цветочный (запах розы), ментоловый (мята), едкий (уксус) и гнилостный (запах тухлого яйца). Из них может быть произведен любой известный запах при смешивании в определенных пропорциях. Предполагают, что рецепторные участки в виде щелей или впадин на мембране нервного волокна имеют строго определенную форму и величину, в которую и "вписываются" молекулы распознаваемого пахучего вещества. Вещество, молекула

которого подходит к разным рецепторным участкам, может сигнализировать мозгу о сложном запахе.

Центральная часть обонятельного анализатора лежит в медиобазальных отделах височной области коры головного мозга, главным образом в gyrus hypрocampi, в особенности в его переднем отделе (крючке, или uncus) — поля 28, 34. Важно отметить, что первичные обонятельные центры связаны с корковыми территориями (uncus височной доли) как своей, так и противоположной сторон. Это обстоятельство объясняет отсутствие *аносмии* (отсутствия обоняния) при одностороннем поражении корковых центров.

Обонятельные (как и вкусовые) агнозии (утрата способности опознавать те или иные вещества и продукты по их запаху или вкусу), хотя и имеют место, но в практической работе не устанавливаются, так как неотличимы от расстройств обоняния (вкуса). Раздражение височной доли (коры крючка и извилины морского конька — поля 28, 34) вызывает иногда *обонятельные галлюцинации*, являющиеся часто аурой припадка корковой (джексоновской) эпилепсии.

В жизни животных обонятельные ощущения играют очень важную роль, в том числе в коммуникации животных (особенно низших) — специальные железы выделяют *феромоны* ("социальные гормоны"), позволяющие метить свою территорию. У человека обонятельные ощущения отошли на второй план, однако имеются наблюдения относительно влияния запаха на сексуальные реакции. Известно, что у женщин обоняние бывает особенно острым в период между наступлением половой зрелости и менопаузой, а до и после этого периода оно такое же, как у мужчин. Острота обоняния у женщин колеблется и на протяжении менструального цикла, достигая максимума в момент овуляции. В моче взрослых мужчин обнаруживается высокая концентрация мускусного вещества (экзальтолид), чувствительность к которому у женщин намного выше, чем у мужчин и детей. Выделены также вещества из секретов потовых желез (апокриновые железы), которые влияют на сексуальные реакции у человека. Чувствительность обонятельных ощущений велика: присутствие в одном литре воздуха 0,000 000 005 миллиграмма "искусственного мускуса" уже дает заметный запах. В последние годы появились сообщения, что обонятельная система человека способна улавливать летучие вещества, которые даже субъективных ощущений запаха вовсе не вызывают, но, тем не менее, способны влиять на ряд поведенческих реакций, в частности сексуальных.

В возрастном аспекте обоняние у ребенка также начинает функционировать рано — уже к концу первого месяца жизни у младенца легко вырабатывается рефлекс на запах, а к концу третьего месяца он отчетливо различает приятные и дурные запахи.

Вкусовые ощущения вызываются действием химических веществ, растворенных в слюне или воде, на вкусовые рецепторы языка и полости рта. Нервные окончания вкусового рецептора группируются в так называемые *вкусовые почки*, объединяющие по 2-6 вкусовых клеток. Всего в полости рта насчитывается около 2000 вкусовых почек. В области передних 2/3 языка вкусовая чувствительность воспринимается волокнами лицевого нерва (барабанная струна), а в задней трети языка — окончаниями языкоглоточного нерва. Все вкусовые волокна направляются к общему для них чувствительному ядру продолговатого мозга, а далее в таламус и коре височных долей — крючку (uncus) парагиппокампальной извилины.

Если положить на сухо вытертый язык кристалл хинина, человек не ощутит никакого вкуса, но горький вкус 0,0003 % раствора хинина будет ощущаться вполне

отчетливо. Человек ощущает присутствие 1 чайной ложки сахара, растворенного в 8 литрах воды. Дифференциальные пороги вкусового различения минимальны при средних концентрациях веществ, но при переходе к большим концентрациям резко повышаются. Так, 20% раствор сахара воспринимается как максимально сладкий, 10% раствор хлорида натрия как максимально соленый, 0,2% раствор соляной кислоты как максимально кислый, а 0,1% раствор сульфата хинина как максимально горький. Пороговый контраст (dJ/J) для разных веществ значительно колеблется.

Традиционно различают *четыре типа вкусовых ощущений*: сладкое, кислое, соленое и горькое. Разные участки языка по–разному чувствительны к этим ощущениям. К сладкому и соленому наиболее чувствителен кончик языка, к кислому — его края, к горькому — область корня языка. Уже к концу 1 месяца жизни ребенок реагирует на сладкое, кислое, соленое и горькое.

Исследование обоняния и вкуса. В клинических условиях обонятельные ощущения исследуются применением ароматических веществ (камфорное, гвоздичное или розовое масла, настойка валерианы и другие). Каждый носовой ход исследуется раздельно. Для количественного исследования обоняния и установления порога ощущения применяют особые приборы — ольфактометры, которые дают возможность определить количество пахучего вещества, достаточного для ощущения запаха.

Для исследования вкуса используют различные концентрации веществ, вызывающих вкусовые ощущения. Вещества наносят пипеткой на различные участки языка. Перед каждым исследованием обязательно полость рта прополаскивается чистой водой.

Утрата вкуса (агевзия), обоняния (аносмия); понижение вкуса (гипогевзия), обоняния (гипосмия) и извращение вкуса (парагевзия), обоняния (парасмия) могут возникать при расстройствах различных участков соответствующих анализаторов.

ОБЩАЯ (КОЖНО-КИНЕСТЕТИЧЕСКАЯ) ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Кожно–кинестетический анализатор организован по соматотопическому принципу, т.е. различным участкам кожи и комплексам мышц, сухожилий и суставов соответствуют различные участки 3-его первичного сенсорного поля коры (перевернутый “сенсорный человечек”), расположенного вдоль Роландовой борозды и непосредственно примыкающее к 4-му двигательному полю (составляют вместе единую “сенсомоторную область коры мозга”).

Все виды чувствительности одной половины тела представлены в одних и тех же участках 3-го поля противоположного полушария. При одностороннем поражении 3-го поля страдают все виды чувствительности на противоположной очагу поражения стороне тела (элементарные сенсорные расстройства).

Сложные формы гнозиса осуществляются при участии вторичных полей теменной коры: 1-го, 2-го, частично 5-го (верхняя теменная область) и третичных — 39-го и 40-го (нижняя теменная область). При их поражении возникают нарушения высших форм тактильной чувствительности — тактильные агнозии.

Кожные ощущения вызываются действием механических и термических свойств предметов на поверхность кожи, включая слизистую оболочку рта, носа и глаз. К ним относятся тактильные, температурные и болевые ощущения.

Кожные ощущения у младенца обнаруживаются очень рано — на прикосновение холодным предметом ребенок реагирует беспокойством, плачем. К трехмесячному возрасту он более дифференцирует температурные ощущения: ванна с температурой воды 33 градуса вызывает положительную эмоцию, в то время как температура воды в 32 градуса ребенку явно не нравиться.

Тактильные ощущения распадаются на ощущения прикосновения, давления, вибрации и зуда. Возникают они при раздражении особых рецепторов, расположенных в коже в виде специальных окончаний нервных сплетений, или особых нервных образований. Больше всего таких нервных образований на кончике языка и пальцах рук, где их около 135 на 1 кв. см. и где раздельно ощущаются две точки на расстоянии 1-2 мм. Меньше всего их на коже спины, где раздельно ощущаются точки на расстоянии 50-60 мм.

Тактильная чувствительность исследуется легким прикосновением ваткой или кисточкой к коже больного, либо более тонко и точно — методом Фрея. В последнем случае используется набор специальных градуированных волосков и щетинок, прикрепленных под прямым углом к ручке. Метод позволяет определить количество чувствительных точек на 1 кв. см поверхности и установить порог раздражения точек. Вибрационное чувство проверяют прикосновением ножки звучащего камертона к костным выступам конечностей, остистым отросткам позвонков. Чувство давления определяется прибором бароэстезиометром, гирьками разного веса или простым надавливанием на кожу с разной силой пальцем исследователя. Дискриминационная чувствительность (способность различать два прилагаемых к коже одновременно раздражителя) исследуется специальным циркулем (циркуль Вебера).

> В работе И.И. Шогама и соавт. (1980) приводятся пороги дискриминационной чувствительности у здоровых людей. По сравнению с принятой нормой авторы установили, что на левой половине тела пороги дискриминационной чувствительности оказываются несколько меньшими, чем справа.

Температурные ощущения — рецепторы раздражаются контактно и дистантно (на расстоянии) путем лучистого теплообмена. Для тепловых и холодовых раздражителей, расположенных выше и ниже “физиологического нуля”, т.е. температуры тела, существуют различные нервные окончания. Окончаний, воспринимающих холод, значительно больше (около 250 000), чем окончаний, воспринимающих тепло (около 30 000). Одна и та же температура будет для охлажденной части тела казаться теплой, а для нагретой — холодной.

Температурная чувствительность исследуется поочередным прикосновением двух пробирок с теплой и холодной водой в симметричных участках кожи (в норме ощущается разница температуры в 1-2 градуса). Существуют специальные приборы для определения температурной чувствительности — термоэстезиометры.

Болевые (ноцицептивные) ощущения вызываются различными раздражителями (тепловыми, механическими, химическими), как только они достигают высокой интенсивности, большей абсолютного верхнего порога, и становятся угрожающими для разрушения организма. Боль является сигналом опасности, в связи с которым вступают в действие защитные реакции.

Сформулированы две альтернативные гипотезы об организации болевого восприятия: а) существуют специфические болевые рецепторы (свободные нервные окончания с высоким порогом реакции) и, б) специфических болевых рецепторов нет, а боль возникает при сверхсильном раздражении любых рецепторов.

Известно двойное ощущение боли. Боль, возникающая сразу после нанесения сильного раздражения (четко локализованная, непродолжительная) называется первичной (эпикритической) и обусловлена проведением сигнала по толстым, быстро проводящим нервным волокнам типа А. Спустя 1-2 секунды боль становится более интенсивной, жгучей, разлитой и длительной. Это вторичная (протопатическая боль) и она обусловлена проходом возбуждения по тонким, более медленно проводящим нервным волокнам типа С. Протопатическая чувствительность (от греч. protos — первый, pathos — болезнь), характерна для этапа восстановления кожной чувствительности после травм. При этом боль возникает обычно даже при слабом прикосновении к коже или прикосновение вообще не вызывает ощущения.

Эту двухэтапность возвращения чувствительности после перерезки периферического нерва за счет регенерации афферентных волокон показал в эксперименте на себе крупнейший английский невролог и нейропсихолог Хэд (Head) сэр Генри (1861–1940). В соответствии с этими этапами Хэд различал два вида чувствительности: протопатическую, более примитивную и аффективную, имеющую центр в таламусе, и эпикритическую, более объективированную и дифференцированную, имеющую корковый центр.

Передача болевых импульсов усиливается вследствие облегчающего влияния таких нейромедиаторов, как вещество Р, которое действует в определенных участках спинного мозга. С другой стороны, в организме могут вырабатываться эндорфины, которые частично или полностью блокируют боль, подавляя освобождение вещества Р.

Установлено, что формирование ощущения боли начинается на уровне ядер зрительного бугра, а осознание боли и локализация ее по отношению к определенной части тела осуществляются при обязательном участии сенсомоторной зоны коры головного мозга. При заболеваниях внутренних органов известны так называемые отраженные боли, проецирующиеся в определенные зоны кожной поверхности (зоны Захарьина–Геда). Так, при стенокардии кроме болей в сердце ощущается боль в левой руке и лопатке. При болевых, тактильных и температурных раздражениях “активных” точек кожи (иглоукалывание или акупунктура) включаются цепи рефлекторных реакций, опосредуемых центральной и вегетативной нервной системой. Они могут избирательно влиять и изменять кровоснабжение и трофику тех или иных органов, оказывая лечебное воздействие.

Усвоение социальных культурных традиций очень сильно сказывается на восприятии боли. Например, у многих народов роды не рассматриваются как ситуация, которая может вызывать боль и страх. Подготовка к естественным родам основана на предпосылке, что женщина в большинстве западных культур воспитана в страхе перед родовыми муками. Способ подготовки к родам по методу Ла Маза и состоит в том, что женщину учат управлять дыханием, тренируют мышцы тазовых мышц. Однако главным в системе тренировок занимает психопрофилактика страха перед родами и болью.

В клинических условиях болевая чувствительность исследуется попеременным нанесением уколов булавкой больному с закрытыми глазами. Известны аппаратные методики определения болевой чувствительности — алгометры, где дозированное нанесение болевого раздражения осуществляется электрическим током или специальной иглой.

Усиление чувства боли характерно для тревоги, страхов, может быть связано с суггестией, с соответствующими ожиданиями. Повышение болевой чувствительности часто бывает при легких формах депрессии, которые вообще могут манифестировать рецидивами или интенсификацией хронических болевых синдромов (Petrilowitsch, 1970).

С углублением депрессии болевая чувствительность притупляется, либо полностью блокируется. По восстановлению чувствительности к боли пациенты могут заметить и факт ослабления депрессии. Однако чаще они все же расценивают появление болей как признак ухудшения, тогда как объективно симптомы депрессии смягчаются. Усиление болей, связанных с ранее перенесенными заболеваниями, нередко наблюдаются в состоянии опийно-морфийной абстиненции.

Существуют группы больных, которые жалуются на упорные, хронические боли, но депрессии или органических причин для них не обнаруживается. Таких больных относят к группе *соматоформных психических расстройств* (МКБ-10). Полагают, что у них в детстве имелись неблагоприятные социально-психологические факторы, способствующие возникновению и закреплению болевых реакций в качестве механизма адаптации к стрессу во взрослой жизни. Их родители отличались жестокостью, вспышками ярости, а сами они страдали от недостатка материнского тепла и заботы (Gonda T.A., 1962).. Интересно отметить, что и среди родственников таких больных чаще, чем в общей популяции, встречались хронические болевые синдромы. Возможно, это проявления наследственной скрытой депрессии или алкоголизма (Blumer D., Heilbronn M., 1981), а может быть это социально-психологические влияния типа своеобразных семейных традиций подкрепления болевого поведения, которое приносит вторичную выгоду (Block A. и др., 1980). Боль в таких семьях нередко становиться средством манипулирования или получения внимания и поддержки.

Кинестетические (двигательные) ощущения вызываются раздражениями, возникающими в органах движения при изменении их положения в пространстве и при сокращении мышц.

Двигательные ощущения вместе с работой кожных рецепторов обеспечивают *осязание*, являющееся комбинацией кинестетических и кожных ощущений. Без кинестетических ощущений у человека не могло бы развиться ни одного двигательного навыка. Именно из-за непрерывно идущих от двигательного анализатора импульсов мы знаем, в каком положении находится наше тело. Человек, у которого эти импульсы нарушены, не может с закрытыми глазами произвести какое-либо заданное движение. Такой человек страдает *атаксией*.

Своеобразным органом чувства, развившийся в процессе трудовой деятельности является рука человека с ее *габтической* (ощупывающей) функцией. Рука, как и глаз, способна самостоятельно и вполне адекватно отражать следующие категории признаков: форму, величину, направление, удаление, телесность, покой, движение. Помимо перечисленного, человек при помощи зрения различает цвет, а руке доступны еще ощущения сдавливаемости, веса, тепла и холода. Таким образом, зрению доступно различение восьми категорий признаков, а осязанию — одиннадцать.

При исследовании мышечно–суставной чувствительности пациент с закрытыми глазами должен определить, куда исследующий смещает пальцы кисти и стопы или определить установку конечностей. Кинестетическая чувствительность определяется путем смещения кожной складки на туловище, руке, ноге: больной должен определить в каком направлении смещается кожа. Двумернопространственное чувство изучается путем “узнавания” больными знаков (букв, цифр), которые исследующий “пишет” на коже. Габтическая функция кисти проверяется пробой на *стереогнозис* — узнавание предмета на ощупь (утрата этой способности называется *астереогнозисом*).

В анатомической структуре теменных долей мозга в плане их функциональной роли для обеспечения высших психических функций выделяется три частных зоны, представленных верхней теменной областью, нижней теменной областью и височно-теменно-затылочной подобластью (Лурия А.Р., 1969).

Верхняя и нижняя теменные области граничат с постцентральной зоной мозга, являющейся корковым центром кожно-кинестетического анализатора (зона общей

чувствительности). При их поражении возникают *синдромы нарушения соматосенсорных афферентных синтезов* (нарушения кожно-кинестетических сигналов от экстра– и проприоцепторов лежат в основе тактильной агнозии, афферентной апраксии и афазии).

Височно-теменно-затылочная подобласть (зона ТРО — задняя группа третичных полей) составляет область перехода между слуховой, кинестетической и зрительной зонами коры, обеспечивая интеграцию этих модальностей, а также сложные синтезы в предметных и речевых видах деятельности человека. При поражении этой области возникают нарушения ориентировки в пространстве и пространственной организации движения, появляются речевые расстройства, страдают счетные и другие интеллектуальные операции (*синдром нарушения пространственных синтезов*, известный также как "синдром ТРО").

В данном разделе описываются только феномены, связанные преимущественно с нарушением тактильного (осязательного) гнозиса, которые возникают при поражении нижнетеменных или верхнетеменных отделов сенсорной зоны мозга (вторичные 1,2 и частично 5-е поля, а также третичные — 39,40). Помимо гностических расстройств здесь также присутствуют модально-специфические нарушения тактильного внимания и памяти.

Тактильные агнозии определяются как нарушения осязательного узнавания предметов при сохранности поверхностной и глубокой чувствительности (т.е. при сохранности сенсорной основы тактильного восприятия).

Нижнетеменной синдром проявляется следующими видами тактильных агнозий в контралатеральных очагу поражения конечностях:

1) *тактильная предметная агнозия*, или *астереогнозис* — невозможность опознания больным на ощупь знакомых мелких предметов типа ключа или карандаша левой рукой (поражение правого полушария) или правой рукой (поражение левого полушария);

2) *тактильная агнозия текстуры объекта* — невозможность опознания на ощупь материала объекта (шероховатости или гладкости) противоположной очагу поражения рукой;

3) *пальцевая агнозия* (синдром Грештмана) — невозможность узнавания пальцев своей руки (контралатеральной очагу поражения) с закрытыми глазами при прикосновении к ним;

4) *тактильная алексия* — невозможность опознавания знаков, "написанных" на коже контралатеральных конечностей.

Верхнетеменной синдром — проявляется симптомами *соматоагнозии*, т.е. нарушениями "схемы тела". При этом больной затрудняется в опознании частей правой или левой половины тела ("гемисоматоагнозия"), их расположения по отношению друг к другу, а также у него возникают ложные соматические образы в виде ощущения "чужой" руки, чувства удвоения конечностей, их увеличения или уменьшения. ("*соматопарагнозия*"). При правостороннем поражении теменной области коры собственные дефекты часто больными не воспринимаются — они их не замечают (симптом *анозогнозии*).

СТАТИЧЕСКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Статические ощущения вызываются изменениями положения тела в пространстве относительно силы тяжести. Они возникают в результате раздражения специального анализатора — *вестибулярного аппарата*, рецепторы которого находятся во внутреннем ухе. Корковый отдел анализатора — височная, частично теменная и лобная доли.

Рецептором, реагирующим на вращение тела или только одной головы, являются клетки, находящиеся в ампулах полукружных каналов вестибулярного аппарата и которые расположены в трех взаимно перпендикулярных плоскостях. Полукружные каналы заполнены жидкостью — эндолимфой, которая в момент начала и конца вращения или вращения с изменяющейся скоростью ударяет вследствие инерции по волоскам нервных клеток и раздражает их. Остановка

вращения дает такой же обратный толчок, который, если он не корригируется другим анализатором, например зрительным, вызывает *иллюзию противовращения* (человеку кажется, что он вращается в противоположном направлении).

На все изменения прямолинейных движений реагирует *отолитовый аппарат*, расположенный также во внутреннем ухе. В "войлоке" нервных окончаний этого рецептора заключены мельчайшие кристаллы карбоната кальция (отолиты), которые вследствие инерции раздражают нервные окончания при всех изменениях движения.

Вестибулярная система помогает ориентироваться в пространстве при активном и пассивном движении. Ее чувствительность очень высока: отолитовый аппарат способен воспринимать ускорение прямолинейного движения до 2 см/с^2. Порог различения наклона головы в сторону — всего около 1 углового градуса, а вперед и назад — до 1,5-2 угловых градуса. Рецепторная система полукружных каналов позволяет человеку замечать ускорения вращения в 2-3 угловых градуса в с^2.

Функции вестибулярного аппарата (стато–кинетические ощущения) исследуются с помощью с различных двигательных проб и проб с вращением. Иногда раздражают вестибулярный аппарат вливаниями в наружный слуховой проход попеременно горячей и холодной воды или другими способами. В любом случае нарушения вестибулярной функции оценивают по субъективным ощущениям (головокружение, тошнота), а также объективным признакам (нистагм, нарушения равновесия и др.), которые спонтанно возникают у пациента при раздражении вестибулярного аппарата. Так вестибуло-глазодвигательные рефлексы заключаются в появлении нистагма типа медленного движения глаз в сторону противоположную вращению и скачкообразным возвратом глаз обратно. При сильных и длительных нагрузках на вестибулярный аппарат возникает болезнь укачивания (например, морская болезнь). Вестибулярная система способна за счет тренировок компенсировать те дисфункции, которые возникают при ее раздражении. Однако тренировке поддаются не все люди, да и эффект ее непостоянен и исчезает через 3–4 месяца.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Висцеральными (интерорецептивными или органическими) ощущениями называют те, которые вызываются процессами во внутренней среде организма. И.М. Сеченов эти сигналы назвал "темными" ощущениями. Интерорецепторы открыты и в узлах вегетативной нервной системы.

Центром интерорецептивных ощущений является гипоталамус (крупный подкорковый узел) и их корковое представительство (лобные и височные отделы — лимбическая система), благодаря чему кора головного мозга может контролировать все процессы, протекающие в организме, в том числе и в самой нервной ткани.

При нормальной работе организма от интерорецепторов не поступает никаких раздражений, воспринимаемых сознанием как ощущения. Но стоит этой нормальной работе расстроится и сразу же появляются ощущения голода, жажды, удушья, сонливости, тошноты, перегретости тела, различного рода болей. Все эти ощущения вызываются местными или более общими раздражениями. Особенностью интероцептивных ощущений является их тесная связь с эмоциями.

Ни в одном другом ощущении не сказывается так чувство удовольствия или неудовольствия, как в этих ощущениях.

Краткое содержание и выводы

Познание человеком окружающего мира начинается с ощущений и восприятий. Их определение дается с привлечением понятия "психическое отражение". Если в ощущениях находят свое отражение лишь единичные свойства предметов и явлений, то в восприятиях предмет или явление отражается целостно, в совокупности всех своих свойств и частей. Восприятие является более сложным психическим процессом, в его формировании принимают участие не только ощущения, но и другие составляющие психики и личности в целом.

Раздражитель способен вызвать адекватное ощущение только при достижении определенной величины или силы. Сила воздействия не должна превышать и верхние пределы функциональных возможностей анализатора. Ощущение обычно не исчезает и сразу после окончания действия раздражителя. Учеными Вебером и Фехнером описана математическая зависимость связи силы внешнего, физического раздражителя с интенсивностью ощущения, т.е. явлением уже психического, идеального плана.

Интенсивность ощущений зависит не только от силы раздражителя и уровня функциональной активности рецептора (его адаптации или сенсибилизации), но и от раздражителей, действующих одновременно и на другие органы чувств. Например, при синестезии ощущение возникает под влиянием раздражителя, характерного для другого анализатора. При действии раздражителя как ощущение, так и восприятие возникает не сразу, и эта задержка связана с процессом опознания стимула, которая осуществляется в отдаленных от проекционных зон соответствующего анализатора участках мозга.

Восприятие существенно отличается от ощущений: ощущения субъективно для человека всегда находятся в нем самом, в то время как образы восприятия локализованы во внешнем пространстве. Они характеризуются целым рядом свойств (предметность, целостность, константность, избирательность, осмысленность, апперцепция), которые указывают на участие в создании образов восприятия не только ощущений, но и других психических процессов и личности в целом.

Расстройства ощущений проявляются в повышении (гиперестезия), снижении (гипестезия) или искажении (парестезия) чувствительности анализаторной системы к реальным раздражителям. Менее связаны с реальными раздражителями особые расстройства ощущений — сенестопатии.

Расстройства восприятий подразделяются на три основные группы: иллюзии (физические, физиологические и психические), галлюцинации (истинные и ложные), психосенсорные расстройства (дереализация и расстройства "схемы тела").

При исследовании ощущений и восприятий у больного человека важно учитывать психофизиологические особенности анализаторных систем: зрения, слуха, обоняния и вкуса, а также кожно-кинестетической, статической и висцеральной чувствительности. Некоторые очаговые поражения коры головного мозга приводят при полной сохранности элементарных функций собственно восприятия к отсутствию узнавания видимого (зрительные агнозии), слышимого (слуховые агнозии) или ощущаемого (тактильные агнозии).

Вопросы для самопроверки

1. Дайте определение ощущений и укажите какие компоненты нервной системы принимают участие в сенсорном информационном процессе?
2. Чем отличаются абсолютные пороги ощущения от порогов различения и как соотносятся процессы адаптации к стимулам с законом Вебера–Фехнера?
3. Перечислите основные группы расстройств ощущений и каковы главные механизмы их возникновения?
4. Ощущение человек относит к себе, а восприятия локализованы в пространстве. Какие главные характеристики отличают восприятие от ощущений?
5. Каким образом изучение различных иллюзий может внести вклад в понимание механизмов восприятия?
6. Перечислите основные группы расстройств восприятия и каковы главные механизмы их возникновения?
7. Каким образом производится человеком обработка зрительной информации и каковы механизмы возникновения зрительных агнозий?
8. Каким образом звуковые стимулы переводятся в сенсорные сигналы и каковы механизмы возникновения слуховых агнозий?
9. Что такое кожно-кинестетическая чувствительность и каковы механизмы тактильных агнозий?
10. Каким образом исследуется обонятельная, вкусовая и статическая чувствительность у человека?

ГЛАВА 4

МНЕМИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Как известно, предметы и явления окружающего мира, которые мы воспринимаем, не исчезают из нашего сознания бесследно. Их образы мы можем мысленно воспроизводить, хотя самих предметов уже нет перед нами. Образы эти сохраняются нашей памятью. Если восприятие — отражение реальности, действующей на наши органы чувств в данное время, то память также отражение объективной реальности, но действовавшей в прошлом.

В психологии память часто также называют мнемической деятельностью (по имени древнегреческой богини памяти, матери всех муз — Мнемозины). Память связывает прошлое человека с его настоящим и будущим и является важным познавательным процессом, лежащим в основе развития личности, обучения. Все другие психические процессы не могут осуществляется без участия памяти, т.е. каждая психическая функция как бы имеет свой мнемический аспект.

Память — это психический процесс отражения, заключающийся в запечатлении и сохранении с последующим воспроизведением и узнаванием следов прошлого опыта, делающими возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания.

Формами, в которых осуществляется запоминание, сохранение и воспроизведение являются образы–представления и символы–слова. В слове также можно сохранять и обобщенный образ–представление о том, чего в наличной ситуации нет.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ЗАКОНЫ АССОЦИАЦИЙ

Представление — это субъективный чувственный образ воспоминаний предыдущих восприятий и хранящийся в памяти.

Три разновидности образов привлекли внимание исследователей: последовательные, эйдетические и мысленные.

Последовательные образы формируются на уровне рецепторов. Если, например, посмотреть на источник света и закрыть глаза, то можно “видеть” несколько минут светящиеся пятна.

Эйдетические образы являются своего рода фотографической памятью. Некоторые люди (эйдетики) с исключительной точностью сохраняют один раз увиденное довольно продолжительное время — от нескольких минут и даже иногда до нескольких лет.

Мысленные образы — продукты долговременной памяти. Эти внутренние образы служат базой памяти и опорой умственных действий. Первые внутренние образы формируются у ребенка в возрасте от полутора лет. Однако, только к 7-8 годам они становятся доступными к трансформациям.

Физиологической основой представлений является оживление в коре больших полушарий “следов” возбуждений, которые образовались при восприятии предметов или явлений. Эти следы (*энграммы*) создаются в процессе работы анализаторов.

Представления бледнее и беднее образов восприятия. Это объясняется тем, что восприятие всегда поддерживается силой воздействия на органы чувств

непосредственно воспринимаемых объектов, а представления такой поддержки не имеют, так как они строятся на образах прошлых восприятий. Поэтому в представлениях многие детали воспринимавшихся ранее предметов и явлений нередко сливаются, опускаются. Представления отличаются от восприятий также своей изменчивостью, непостоянством, возможностью их "реконструкции" — преобразованию механизмами воображения.

При некоторых заболеваниях меняется чувственная яркость представлений: в одних случаях они усиливаются, становятся чувственно более яркими, а в других — становятся тусклыми и могут вовсе не возникать. В частности замечено, что ослабление с последующим исчезновением представлений (даже в сновидениях) отмечается при опухолях затылочных долей мозга.

Представления памяти — по содержанию является более или менее точной энграммой предметов и явлений, когда-то воздействовавших на органы чувств.

В *единичных представлениях памяти* отражаются конкретные предметы и явления в конкретной обстановке. В них отображены те черты, которые характерны именно для данного объекта. В *общем представлении памяти* отражаются обобщенные черты предметов данной группы. Общее представление возникает на основе многих единичных представлений. Наиболее обобщены *схематические представления памяти*, являющиеся ступенью перехода от чувственного познания на новый уровень — абстрактно–логический. Запасы представлений в памяти человека необходимы для нормального протекания процессов мышления.

Представления воображения — также основываются на прошлых восприятиях, но они подвергаются более существенным изменениям (реконструкции) и новое представление о предметах или явлениях в таком виде или в таких сочетаниях никогда ранее человеком не воспринимались. Прошлые восприятия в данном случае являются лишь "материалом", из которого воображение "конструирует" новые образы–представления.

Ассоциация. Все представления, содержащиеся в памяти, существуют обычно не сами по себе, а группируются в определенные совокупности — ассоциации. Ассоциация — это связь, сочетание определенных представлений между собой. Ассоциация между представлениями или любыми другими психическими содержаниями образуется всегда, когда они возникают в сознании одновременно или непосредственно друг за другом. Повторное появление какого-либо из элементов этой связи приводит к возникновению в сознании (вспоминанию) всех других элементов ассоциативной группы.

С физиологической точки зрения ассоциация представляет собой временную нервную связь. Возможность сохранения и последующего оживления временных связей составляет необходимую физиологическую основу психической деятельности в целом, в том числе и памяти.

В 18-19 веках принцип ассоциации был распространен на всю область психического и ***ассоциативная психология*** стала одним из главных направлений мировой психологической мысли. Психика, отождествляемая с интроспективно понимаемым сознанием, состоит здесь из элементарных ощущений, которые посредством ассоциации образуют все вторичные более сложные элементы сознания — представления, мысли, чувства. В середине 19 века этот взгляд привел к *механистической концепции* Дж. С. Милля, согласно которой здание психической жизни состоит из "кирпичей" — ощущений и связующего их цемента — ассоциаций.

Г. Гельмгольц использовал ассоциацию в своих исследованиях органов чувств, Ч. Дарвин при объяснении эмоций, а И.М. Сеченов в учении о рефлексах. Позднее была показана ограниченность механистических трактовок ассоцианизма, но

детерминистические элементы ассоциации были использованы в трансформированном виде в учении И.П. Павлова об условных рефлексах, а также в бихевиоризме. Изучение ассоциаций для выявления особенностей различных психических процессов используется и в современной психологии.

Ассоциации механические. Со времен Аристотеля различают три типа основных, простых (механических) ассоциаций, соответствующие трем типам внешних условий действительности, необходимых для "одновременности" возникновения в сознании впечатлений об объектах:

а) *ассоциации по смежности* — в основе образования лежит пространственно-временная смежность наблюдаемых предметов и явлений;

б) *ассоциации по сходству* — в их основе лежит подобие, сходство наблюдаемых различных предметов и явлений;

г) *ассоциации по контрасту* — в их основе различия, контрастная противоположность наблюдаемых предметов и явлений.

Ассоциации причинно–следственных отношений. Перечисленные выше три принципа "сцепления" представлений первоначально распространялись и на причинно–следственные связи, т.к. "причина" и "следствие" всегда связаны определенным временным отношением (смежность). Однако позднее ассоциации причинно–следственных отношений стали рассматриваться отдельно от простых, механических ассоциаций. Их образование у человека связано не на основе смежности причины и следствия во времени, а через иные регуляторы — размышление и логику. Эти ассоциации являются основой знаний и они образуются при условии обязательного понимания человеком сущности входящих в ассоциацию представлений.

Основные мнемические процессы

Психические процессы памяти обычно подразделяют на три основные группы: запоминание, сохранение и забывание, а также воспроизведение и узнавание. Все они тесно друг с другом взаимосвязаны и поэтому их часто именуют *функциями*, ранее считавшегося единого психического процесса памяти.

Запоминание (запечатление) определяется как процесс, обеспечивающий ввод информации и удержание запечатленного материала в памяти.

Запоминание всегда избирательно: в памяти сохраняется далеко не все, что воздействует на наши органы чувств. Даже при непроизвольном запоминании (*непроизвольная память*), когда мы не ставим себе определенной цели запоминания, лучше запоминаются предметы и явления, вызывающие интерес и затрагивающие эмоции. Непроизвольное запоминание более сильно развито в детстве, а у взрослых ослабевает. Произвольное запоминание (*произвольная память*) всегда имеет целенаправленный характер и если при этом используются специальные приемы для лучшего усвоения материала (мнемотехника), то такое запоминание называют заучиванием.

Уже на этапе запоминания происходит образование ассоциаций. В случае механического запоминания (*механическая память*) между частями нового материала и имеющимися знаниями устанавливаются простые (механические) ассоциации путем многократного повторения. Осмысленное запоминание (*логическая память*) всегда требует установления смысловых связей нового с уже известным материалом и между отдельными частями новой информации. Эффективность логической памяти почти в 20 раз выше, чем при механическом заучивании.

У некоторых людей отчетливо выступает зависимость качества и прочности запоминания от того, какие именно анализаторы более участвовали в восприятии соответствующих объектов. Характер памяти и представлений может основываться главным образом на впечатлениях зрения (оптический, *визуальный* тип памяти), слуха (акустический, *аудиальный* тип памяти) или движения (моторный, *кинестетический* тип памяти).

Сохранение (ретенция) — психический процесс памяти, обеспечивающий удержание информации в течение более или менее длительного времени. Сохранение как психический процесс памяти осуществляется механизмами кратковременной, долговременной и оперативной памяти. Сохранение тесно связано с забыванием. По сути, это две стороны единого процесса: при неполном сохранении говорят о частичном забывании, и наоборот.

Установлено, что сохранение может быть динамическим и статическим. Динамическое сохранение проявляется в оперативной памяти, а статическое — в долговременной. Сохранение заученного в памяти зависит от многих факторов: глубины понимания материала, установки личности, от последующего применения усвоенных знаний, от повторений, от настроения человека и эмоциональной значимости материала.

Б.В. Зейгарник (1926) замечено, что испытуемые почти в 2 раза чаще вспоминали незавершенные задания, чем завершенные. Объясняется это явление тем, что человек непроизвольно удерживает в своей памяти и воспроизводит то, что отвечает его наиболее актуальным, но не вполне еще удовлетворенным потребностям (“эффект Зейгарник”). Об этом не следует забывать родителям, когда они в самый разгар игры начинают укладывать детей спать. Бессонницы и затруднений в засыпании детей можно было бы избежать, если заранее рассчитать время для завершения начатой ими игры.

Забывание — процесс памяти, противоположный сохранению. Заключается в невозможности воспроизведения ранее закрепленного в памяти. Забывание, подобно сохранению и запоминанию, также имеет избирательный характер. Физиологическая основа забывания — торможение временных нервных связей. Забывается прежде всего то, что не имеет для человека жизненного значения, не вызывает интереса. Избирательность забывания проявляется и в том, что детали забываются скорее, а дольше обычно сохраняются в памяти общие положения и выводы. Более быстрому забыванию подвергается материал, который заучивался механически, без достаточного его понимания.



Эббингауз Герман (1850–1909)

Немецким психологом, сторонником ассоциативного направления в психологии, Германом Эббингаузом (1850-1909) в многочисленных экспериментах над испытуемыми и над самим собой (он заучивал список бессмысленных слогов типа “зат”, “бэк”, “сид”) установлено, что *процесс забывания протекает неравномерно*: вначале быстро, а затем медленнее. В течение первых 5 дней после заучивания забывание идет быстрее, чем в последующие 5 дней — “кривая забывания Эббингауза” бессмысленных слогов. По признанию самого Эббинггауза ему всего сложнее было найти такие сочетания букв, которые для него звучали бы абсолютно бессмысленно (он владел английским и французским языками также свободно, как и родным немецким; изучал латынь и греческий). По мнению Г. Эббингауза, полученная им кривая забывания соответствует логарифмической зависимости и это давало ему основание

распространить логарифмический психофизический закон Г. Фехнера на область памяти и тем самым доказать универсальность действия этого закона в системе психофизических отношений. Все основные результаты своих опытов обобщены Г. Эббингаузом в книге “О памяти”, изданной впервые в 1885 году.

Для уменьшения забывания, кроме понимания и осмысления информации, важным моментом является повторение. Первое повторение рекомендуется проводить через 40 минут после заучивания, т.к. через час в памяти обычно остается только 50% механически заученной информации. Необходимо чаще повторять в первые дни после заучивания: в первый день 1-2 повторения, в третий и седьмой день по 1 повторению, затем 1 повторение с интервалом 7-10 дней. Считается, что 30 повторений в течение месяца эффективнее, чем 100 повторений за день.

Систематическая, без перегрузки учеба, заучивание маленькими порциями в течение семестра с периодическими повторениями через 10 дней намного эффективнее, чем концентрированное заучивание большого объема информации в сжатые сроки сессии, вызывающее психическую перегрузку и почти полное забывание информации через неделю после сессии.

Известно, что наиболее полное и точное воспроизведение сложного и обширного материала обычно бывает не сразу после заучивания, а спустя 2-3 дня. Такое улучшенное, отсроченное воспроизведение сохраненного в памяти материала по сравнению с первоначально заученным в психологии называют ***реминисценцией*** (от лат. reminiscentia — припоминание). Оно обусловлено снятием охранительного торможения, вызванного утомлением нервных клеток в процессе заучивания. Из этого вытекает практически важная рекомендация: непосредственно перед экзаменом загружать свой мозг заучиванием не следует. Гораздо лучше можно ответить, если закончить подготовку хотя бы за день до предстоящего экзамена.

В медицине термином “реминисценция” более принято обозначать состояние яркого воспоминания казалось бы уже давно забытого материла прошлого. В патологии часто встречаются “ложные воспоминания” — *псевдореминисценции*, когда события отдаленного прошлого вспоминаются как события произошедшие совсем недавно.

Одной из причин забывания является отрицательное влияние деятельности, следующей за заучиванием. Это явление получило название *ретроактивного* (назад направленного) *торможения*. Оно особенно ярко проявляется в тех случаях, когда вслед за заучиванием выполняется сходная с ним деятельность или деятельность, которая требует значительных усилий. Отрицательное влияние предшествующей запоминанию деятельности получило название *проактивного* (вперед направленного) *торможения*. Явления ретроактивного и проактивного торможения объясняют многие закономерности памяти: преимущества дробного повторения по сравнению с концентрированным; лучшее сохранение начала и конца материала; более прочное запоминание материала, заучиваемого перед сном и т.д.

Забывание далеко не всегда бывает абсолютным: изменение функционального состояния, применение более эффективной стратегии поиска материала в памяти и т.п. оказываются иногда достаточными условиями для возможности воспроизведения.

Воспроизведение (вспоминание, репродукция, экфорирование) — психический процесс извлечения из запасов памяти в осознаваемое поле необходимого материала. Восстановление тесно связано с узнаванием ранее усвоенного и бывает непроизвольным и произвольным.

При *непроизвольном воспроизведении* человек не имеет намерения вспомнить ранее воспринятые события, они всплывают сами собой. При этом одна из случайно оживленных ассоциаций как бы тянет за собой сеть сопряженных с ней других связей.

Произвольное воспроизведение — это уже целенаправленный процесс восстановления в сознании прошлых мыслей, чувств, действий.

Сознательное воспроизведение, требующее волевых усилий, связанное с преодолением известных трудностей при воспроизведении, называется *припоминанием*. Умению припоминать, также как и запоминать и сохранять в памяти, иногда приходится учиться. При наличии трудностей в припоминании необходимо идти от широкого круга знаний к более узкому.

> В когнитивной психологии больше всего литературы посвящено изучению парадигмы С. Стернберга (1969), касающейся скорости поиска сведений в памяти. Он придумал методику для определения такой скорости. П. Кавана (1972) обобщил данные множества исследователей и обнаружил константу около 1/4 секунды, характеризующую время сканирования всего содержимого кратковременной памяти независимо от содержания запомненного материала.

Узнавание — специфический процесс памяти, который проявляется при повторном восприятии объекта или при его вспоминании. Этот процесс связан с объединением по тем или иным признакам непосредственно воспринимаемого с воспринятым ранее. Большую роль при этом играет точность выделения специфического в объекте. В узнавании следует выделять *чувство знакомости* с воспринятым и отнесение этого образа к определенному месту, времени, ситуации. В ряде случаев, увидев что-то, человек не может сразу установить идентичность с виденным ранее и для этого требуются сознательные волевые усилия. При хорошем знакомстве с предметом или явлением процесс идентификации проходит как бы автоматически, без выделения сознанием моментов самого воспоминания или припоминания.

Типы памяти

В настоящее время все больше считается, что память не является единым психическим образованием, как это полагают сторонники концепции единой “активной памяти”. Более того, в зависимости от последовательности во времени от начала поступления информации на чувствительные входы до перевода ее на длительное хранение, существует, по крайней мере, три совершенно различных типа памяти: сенсорная, кратковременная и долговременная. Возможно, что на пути перевода информации из кратковременной памяти в долговременную существует и промежуточная (буферная) память, но ее свойства пока еще мало изучены.

Сенсорная (мгновенная) память — *осуществляет сохранение информации на уровне рецепторов.* Она обладает очень коротким временем хранения “отпечатка” (0,3-1,0 сек), воздействующего объекта. Некоторые ее формы получили специальные названия: *иконическая* (зрительная) и *эхоическая* (слуховая) сенсорная память. Если информация из рецепторного хранилища не переводится в другую форму хранения, то она необратимо теряется.

У некоторых людей полное сохранение зрительной картины в иконической памяти ограничивается не долями секунды, а гораздо дольше — до 10 минут. Эти особенности во многом объясняют явления *эйдетизма* у некоторых людей. При этом они обладают способностью “видеть” картину или предмет, который находился перед их глазами, но уже не экспонируется. Эта инерционность информационных входов, продлевающая для нас воздействие сигналов, обеспечивает непрерывность восприятия и для обычных людей (при моргании, движении глаз или просмотре кинофильмов). Эйдетические способности более выражены в детстве и снижаются у взрослых.

Эксперименты с демонстрацией кинофильма (скорость протяжки — 24 кадра в сек.) с включением каждым 25-м кадром другого (рекламного) фильма показали, что "внедренная" таким образом информация оказывает влияние на зрителей. Последние не замечали воздействия, но охотнее приобретали рекламировавшиеся товары (Bevan W., 1964). В некоторых странах и с 1995 г. в России использование в рекламе зрительных и слуховых подпороговых сообщений законодательно запрещено.

Кратковременная память — обеспечивает удерживание на короткое время однократно предъявленной информации, поступающей от сенсорных входов или из долговременной памяти. Раньше кратковременную (рабочую) память называли объемом сознания.

Единственное хранилище кратковременной памяти имеет *ограниченные объем и время хранения*. Приоритет поступления информации определяется направленностью внимания в данный момент. Время хранения информации в кратковременной памяти составляет примерно 20 секунд, а ее объем составляет 5-9 *структурных единиц информации* — в среднем 7 единиц (правило Д. Миллера, 1956).

Оперативные единицы информации зависят от способности человека организовывать восприятие информации. Установлено, что отдельная буква воспроизводится лучше, чем две, а две лучше, чем три. Если же сочетание букв образует знакомое слово, то оно воспроизводится так же хорошо, как и одна буква, независимо от числа входящих в него букв.

Таким образом, *кратковременная память является подсистемой памяти, обеспечивающей оперативное удержание и преобразование данных, поступающих от органов чувств и из долговременной памяти*.

Все формы организации материала требуют для улучшения запоминания сжатия информации в меньшее число структурных (оперативных) единиц. Все примеры чрезвычайной популярности и "магии" числа семь среди людей говорят, по-видимому, о глубинном отражении в языке ограничений, связанных с объемом человеческой краткосрочной памяти. Если требуется в течение короткого времени сохранить информацию, включающую больше 7 элементов, мозг почти бессознательно группирует эту информацию таким образом, чтобы число запоминаемых элементов не превышало предельно допустимого.

В кратковременной памяти продолжается процесс консолидации, упрочнения изменений в нейронах, обеспечивающих дальнейшее сохранение информации, а для этого требуется какое-то время. В первой фазе после поступления информации след ее сохраняется в динамической форме и любое внезапное отвлечение человека в первые секунды после поступления информации нарушает запоминание.

С ограниченностью объема кратковременной памяти связано и такое ее свойство, как *замещение*. Оно проявляется в том, что при переполнении индивидуально ограниченного объема памяти вновь поступающая информация частично вытесняет уже имеющуюся и последняя безвозвратно теряется. При переводе информации из кратковременной памяти в долговременную происходит перекодирование ее преимущественно в акустическую форму.

Одним из воздействий, нарушающих сохранение информации в кратковременной памяти, часто является травма головы. После сотрясения мозга человек забывает события, имевшие место за 10-15 минут до травмы (ретроградная амнезия). Но если период консолидации завершился, то след упрочняется и не поддается даже таким сильным влияниям, как глубокий наркоз, электрошок и клиническая смерть.

Буферная (промежуточная) память — обеспечивает сохранение информации в течение нескольких часов, является промежуточным звеном на пути перевода информации из кратковременной памяти в долговременную. Считается, что во время ночного сна происходит переработка накопленного за день и очистка буферной памяти для приема новой информации. Известно, что сон менее 3-х часов

в сутки или полное лишение сна вызывает отчетливые нарушения в поведении человека — понижается уровень бдительности, внимания и резко ухудшается кратковременная память. Предполагается, что в период сна информация малыми порциями (в соответствии с ограниченным объемом кратковременной памяти) поступает из буферной памяти в кратковременную, которая отключается для этого от внешней среды (Hartmann E., 1967). С этой точки зрения методы обучения во сне с помощью магнитофона могут приводить к накоплению усталости, повышенной раздражительности, ухудшению кратковременной памяти, т.к. буферное хранилище за период сна полностью не освобождается.

Долговременная память — *обеспечивает длительное (дни, месяцы, годы) сохранение информации.* Она бывает двух типов: долговременная память с сознательным, произвольным доступом и долговременная память "закрытая" (в обычных условиях к ней нет произвольного доступа).

В *долговременную память с произвольным доступом* информация поступает из буферной памяти через преобразование ее в кратковременной памяти. В этом процессе важна роль мышления: информация при преобразовании обобщается, группируется, классифицируется. Долговременная память практически не ограничена в объеме и времени хранения. Различают ряд форм организации материала долговременной памяти: пространственную, позволяющую установить опорные пункты и связи в нашем физическом и социальном окружении (лежит в основе «когнитивных карт», связующих в одно целое разные элементы поля; линейную (например, по алфавиту, дням недели и т. п.); ассоциативную, т. е. по каким-то общим признакам (цвету, начальной букве и т. п.); иерархическую, т. е. по принадлежности к более общей или специальной категории (например, «животные», «растения» и т. п.). До сих пор не известно о конкретных способах извлечения информации из долговременной памяти, которые субъективно протекают подсознательно и чрезвычайно быстро.

Известно, что одной из систем мозга, необходимых для осуществления переноса информации из кратковременной памяти в долговременную является *гиппокамп*. Его структуры и вся медиальная часть височной доли играют важную роль в процессе закрепления (консолидации) следов памяти. Эти отделы входят в лимбическую систему, характеризующейся очень сложными функциями и являющейся составной частью первого энергетического блока. При снижении тонуса коры, который обеспечивается структурами гиппокампа, нарушается возможность избирательного запечатления следов (*модально–неспецифические нарушения памяти*). Более массивные поражения этих отделов приводят к нарушениям кратковременной памяти, приближающимся по интенсивности к корсаковскому синдрому, для которого характерна фиксационная амнезия, амнестическая дезориентировка и парамнезии (типичный корсаковский синдром описан у больных с алкоголизмом и связан нехваткой витамина B_1 в организме).

Роль гиппокампа в процессах памяти выявилась после операции его двухстороннего удаления его у больного по поводу эпилепсии. После операции пациент стал жить только в настоящем времени. Он помнил события, предметы или людей ровно столько, сколько они удерживались в его кратковременной памяти.

Современные исследования у больных с различными поражениями мозга и экспериментальные данные привели к представлению о множественности систем памяти. Структуры гиппокампа, да и вся медиальная часть височной доли и таламус являются важными для организации *декларативной (эксплицитной) памяти*, которая обеспечивает ясный и сознательный отчет о прошлом индивидуальном опыте (ее содержание может быть декларировано). Кора префронтальной зоны коры является одним из компонентов этой системы. Она выполняет функцию кратковременного удержания информации,

которая содержится в банках декларативной памяти или извлекается из них. Доказательством тому служит развивающаяся после поражения этих зон специфическая недостаточность кратковременного компонента декларативной памяти, которую еще также называют *рабочей памятью* (Baddeley A., 1986). Именно этот тип памяти имеет принципиальное значение для множества внешне простых видов повседневной деятельности: поддержания диалога, составления списка номеров, вождения машины. Префронтальная ассоциативная кора отвечает не только за процесс осознания декларативных знаний, но и является одним из анатомических субстратов целенаправленных действий при долговременном планировании и суждении.

Однако намного раньше декларативной памяти в эволюции развилась *процедурная (имплицитная) память*, т.е. знание того, как нужно действовать. Привыкание и классическое обусловливание — примеры приобретения процедурной памяти. Эти воспоминания абсолютно бессознательны и проявляются исключительно в действиях, а не на уровне осознания. Процедурная память основана на биохимических и биофизических изменениях, происходящих только в тех нервных цепях, которые непосредственно участвуют в усвоенных действиях, а не в отдаленных участках мозга как это имеет место при декларативной памяти. Совместное использование обеих систем памяти является скорее правилом, чем исключением. Обе системы взаимно пересекаются и часто используются одновременно. Многократное повторение может трансформировать декларативную память в процедурную.

Аналогичные данные получены и при исследовании больных после электрошоковой терапии. Известно, что электрошок оказывает более выраженное действие на функции височной области и гиппокампа, особенно чувствительных к факторам, вызывающим судороги. После электрошоковой терапии страдает память на недавние события, а память о более давних событиях жизни сохраняется полностью. Способность электрошока и ряда других воздействий вызывать подобного рода ретроградную амнезию лежит в основе экспериментального изучения свойств следов памяти (энграмм), сформированных у животных в результате обучения. Из исследований *градиента ретроградной амнезии* можно сделать вывод: эффективность определенного амнестического воздействия изменяется обратно интервалу времени, прошедшего от воздействия и прямо пропорционально его силе. Амнестический градиент зависит от вида амнестического агента или иными словами — имеется множество амнестических градиентов для одной и той же энграммы.

Долговременная память "закрытого" типа носит иной характер организации хранения в ней информации. К ее хранилищу произвольного доступа нет, но информация хранится там в исходном виде без преобразования.

Во время операций на открытом мозге при диагностическом раздражении электрическим током определенных участков мозга у человека появляются, независимо от его желания, воспоминания типа иллюзий, что будто он вновь присутствует в знакомых местах, чувствует запахи, видит, слышит. Отмечено, что при неоднократном раздражении одной и той же точки возникает одно и то же воспоминание (Пенфилд У. и др., 1958). Создается впечатление, что наш мозг "записывает" все события как магнитофон высокой точности. Актуализировать во всех деталях образы, переживания, различные картины жизни человека можно и во время гипноза.

Иногда у некоторых людей возникает способность "считывать" эту информацию непосредственно. Такие *гипермнезии* (усиление памяти) изредка наблюдаются при лихорадочных состояниях. И.Ф. Случевский описал студентку–медичку, которая при малярийной лихорадке цитировала дословно целые главы учебника по анатомии. Такие уникальные возможности памяти описывались и у здоровых людей. Например, нейропсихолог А.Р. Лурия много лет наблюдал мужчину (Шеришевский), который мог повторить без ошибок последовательность из 400 слов через 20 лет. Главной трудностью у него было забывание и ему приходилось изобретать специальные приемы, чтобы что-то забыть.

Термин ***"оперативная память"*** характеризует вид памяти, проявляющийся в ходе выполнения определенной деятельности и обслуживающий эту деятельность, благодаря сохранению информации, поступающей как из кратковременной, так и из долговременной памяти.

Виды памяти

Различают два основных вида памяти: *генетическую* (наследственную) и *прижизненную*. Наследственная память сохраняет информацию, которая не только определяет анатомическое и физиологическое построение организма в процессе развития, но врожденные формы видового поведения (инстинкты).

Информация, хранящаяся в закодированном виде в молекулах дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), защищена достаточно надежно от повреждения специальными механизмами и менее зависит от условий жизнедеятельности организма по сравнению с прижизненной памятью.

Прижизненная память — это хранилища информации, полученной с момента рождения до смерти. Выделяют следующие ее виды: импринтинг (запечатлевание), а также двигательную, эмоциональную, образную и символическую память.

Импринтинг — вид памяти, наблюдаемая только в ранний период развития, сразу после рождения. Импринтинг заключается в одномоментном установлении очень устойчивой специфической связи человека или животного с конкретным объектом внешней среды. Эта связь сохраняется длительное время, что рассматривается как пример научения и долговременного запоминания с одного предъявления.

Первоначально явления импринтинга обнаружены и описаны у птиц в виде реакций следования птенца за первым движущимся объектом, показанном ему в первые часы после вылупления из яйца. По-видимому такая реакция имеет глубокий биологический смысл, т.к. не позволяет отстать от матери и в конечном итоге помогает выжить. Обнаружено, что в первые два часа после воздействия стимула, вызывающего импринтинг, в мозгу цыпленка усиливается синтез белка. Если один глаз предварительно закрывали, то скорость белкового синтеза была выше в той половине мозга, где происходил процесс запечатления.

Предполагают, что прочность информационного "следа" при импринтинге, что сближает его с наследственной памятью, связана со структурными белковыми перестройками синапсов нейронов. Возможно, что подобные видоизменения являются и физической основой простых форм научения в целом. В экспериментах с инкубаторскими утятами показано, что главным в импринтинге была не новизна раздражителя, а его первенство. Обнаружены критические интервалы времени, после которых запечатлевание ослабевает и полностью исчезает. Эти периоды времени были различны для быстро и медленно развивающихся животных. Если у птиц импринтинг максимально проявлялся к 12 часу после вылупления из яйца, то у обезьян — на 20-40 день жизни.

Считается, что у человека импринтинг наблюдается до 6-месячного возраста (Понугаева А.Г.,1973), однако есть основания полагать, что этот период у ребенка намного продолжительнее. Обобщив ряд исследований, английский психиатр–психоаналитик Джон Боулби (Bowlby J., 1961, 1988) полагает, что искусственное отчуждение детей от матери как от человека теплого, ласкового и внимательного опасно, по крайней мере, до трех лет. Трех месяцев "лишения любви" (эмоциональная депривация) в этом временном интервале достаточно, чтобы в психике ребенка произошли изменения, которые в будущем уже нельзя полностью устранить. Боубли считает, что любая депривация (состояние недостаточного удовлетворения какой–либо важной психологической потребности) в раннем детстве затрагивает, прежде всего, этическое развитие личности и формирование в

ребенке нормального чувства тревоги, что приводит к аномалиям социального поведения, усилению агрессивности.



В экспериментах изоляции от сородичей маленькой обезьянке преподнесен новый и тревожащий ее объект (механический медведь). Обезьянка предпочитает убегать от него под защиту плюшевой искусственной матери, а не проволочной, хотя последняя и "кормит" ее молоком (Harlow, 1959).

По мнению Боубли взаимоотношения младенца и матери с биологической точки зрения следует рассматривать как *систему привязанностей*, включающую как эмоциональные так и поведенческие реакции. Он рассматривал систему привязанностей как врожденную инстинктивную или мотивационную систему, подобно голоду или жажде, которая организует процессы памяти младенца и вынуждает его искать близости и общения с матерью. С эволюционной точки зрения система привязанностей явно повышает шансы младенца на выживание, позволяя незрелому мозгу использовать зрелые функции родителей с целью организации собственных жизненных процессов. Следует отметить, что первые 2-3 года жизни, когда так важны взаимоотношения с матерью, ребенок оперирует в основном процедурной памятью. Как у людей, так и экспериментальных животных декларативная память появляется гораздо позже. Так младенческая амнезия, приводящая к тому, что мы сохраняем лишь немногие детские воспоминания, наблюдается не только у людей, но и у других млекопитающих.

Биологический смысл импринтинга у человека сложен и для его понимания во многом способствовали эксперименты на обезьянах, моделирующие депривационные ситуации у человека. В начале семидесятых годов фотография маленьких обезьянок, выращенных в полной изоляции от сородичей и доверчиво прижимающихся к мягкой тряпичной искусственной матери, обошли журналы всего мира. Оказалось, что "плюшевая" мама способна вселять в детенышей обезьяны намного больше чувства безопасности и уверенности, чем суррогатная мама из проволоки, хотя и дающая им молоко. Сравнивая искусственных матерей с настоящими, исследователи пришли к выводу, что настоящие матери, разумеется, лучше: они дают кроме молока и тепла еще что-то, что у человека называлось бы любовью.

Обезьяны, выращенные в изоляции, не умели входить в контакт со своими нормальными ровесниками, у них нарушалось половое поведение, а самки не проявляли никакой заботы к своим детям. На основании этих фактов ученые пришли к выводу, что для нормального становления основных форм взаимодействия между взрослыми обезьянами необходимо с младенчества обеспечить им специфическое эмоциональное воздействие, носителем которого на самых ранних стадиях онтогенеза является мать (Harlow H.F., 1971).

Двигательная память — это память на движения. Она составляет основу овладения двигательными действиями в любом виде деятельности человека. Достигая полного развития раньше иных форм, двигательная память у некоторых людей остается ведущей на всю жизнь. Особенно большое значение она имеет у

артистов балета, а также в технически сложных видах спорта. При разучивании упражнений замечено, что легче запоминается направление и амплитуда движений и значительно труднее — интенсивность.

Эмоциональная память — это память на чувства. Она определяет воспроизведение определенного чувственного состояния при повторном воздействии той ситуации, в которой данное эмоциональное состояние возникло. Чувственная память имеется уже у 6-месячного ребенка и достигает своего расцвета к 3-5 годам. Механизмы эмоциональной памяти лежат в основе первичного чувства узнавания (знакомое, чужое), наших симпатий и антипатий, осторожности. Эмоциональная память отличается также тем, что почти никогда не сопровождается отношением к ожившему чувству как к воспоминанию ранее пережитого чувства. Произвольное воспроизведение чувств в этом аспекте почти невозможно. Например, человек, напуганный в раннем детстве собакой, может и не осознавать причин своего страха при каждой встрече с собакой на улице.

Образная память — это память на образный материал. Различают следующие ее подвиды: зрительная, слуховая, осязательная, обонятельная и вкусовая. Наиболее отчетливо у всех людей проявляется зрительная и слуховая память, а развитие других подвидов (осязательная, обонятельная, вкусовая) связано с различиями профессиональной деятельности, например у дегустаторов. Образная память обычно ярче у детей и подростков. У взрослых людей ведущая память, как правило, не образная, а логическая. Можно тренировать образную память, если воспроизводить мысленно в расслабленном состоянии с закрытыми глазами перед сном различные заданные картины.

Символическая память — это память на абстрактный, отвлеченно-символический материал. Она подразделяется на словесную и логическую память. *Словесная память* в онтогенезе формируется вслед за образной памятью и достигает своего расцвета к 10-13 годам. В отличие от образной памяти, она отличается большей точностью воспроизведения. Особенности *логической памяти* проявляются в запоминании только смысла текста, т.е. происходит переработка текста в обобщенных понятиях. Логическая память самым тесным образом связана с мышлением человека.

> Следует заметить, что словесная память может способствовать трансформации зрительного образа. В эксперименте было показано, что зрительный образ у свидетелей одного и того же происшествия может сильно варьировать в зависимости от выбора слов экспериментатора при формулировании вопроса о том, что видели свидетели. Вывод из этого ясен: правильный выбор слов при формулировании вопросов важен для точности ответа. При словесном воспроизведении рассказа или ряда слов также могут возникать искажения. Например, деталь, привлекшая внимание при чтении рассказа, имеет тенденцию передвигаться к его началу. Сам рассказ или какая-либо фраза обычно точнее воспроизводится с краев — лучше вспоминается начало и конец.

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ПАМЯТИ

П.П. Блонским (1935) сформулирована генетическая (стадиальная) теория развития памяти. По его мнению, различные виды памяти, представленные у взрослого человека, являются разными ступенями ее развития в филогенезе: двигательная, эмоциональная (аффективная), образная и вербальная (логическая). В истории развития человечества эти виды памяти последовательно появлялись один за другим.

В онтогенезе все виды памяти формируются у ребенка довольно рано и также в определенной последовательности. Самыми первыми по времени возникновения

являются двигательная (моторная) и аффективная виды памяти (6 мес.). Начало образной памяти связывается со вторым годом жизни, а логическая память начинает формироваться у ребенка с 3 – 4-летнего возраста. Их полное развитие достигается лишь к подростковому и юношескому возрасту.

Л.С. Выготский (1931) рассматривал развитие памяти в филогенезе в тесной взаимосвязи с развитием мышления и другими психическими процессами. Исторически развиваясь, человек вырабатывал все более совершенные средства запоминания (письмо, счет и другие). Само развитие стимулов-средств для запоминания подчиняется следующей закономерности: сначала они выступают как *внешние действия* (например, "завязывание узелков на память", использование для запоминания различных предметов, зарубок), а затем становятся *внутренними, мнемическими действиями* (чувство, образ, мысль, ассоциация). Мнемотехнические средства, по мнению А.Н. Леонтьева (1931), изменили принципиальную структуру акта запоминания: из прямого, непосредственного оно становится опосредованным. Ведущая роль в формировании внутренних средств запоминания принадлежит речи, ее превращению из чисто внешней функции в функцию внутреннюю.

Теории памяти

В настоящее время в науке нет единой и законченной теории памяти. Большое разнообразие гипотетических концепций и моделей памяти обусловлено разработкой этих проблем представителями различных наук.

Психологические теории памяти. Среди них самое большое распространение получили ***ассоциативные теории памяти***. Ассоциативная теория памяти возникла еще в 17 веке и активно разрабатывалась в 18–19 веках. В ассоциативном направлении в психологии принцип ассоциации признается обязательным не только для механизмов памяти, но и всей психики. При любых психических образованиях (мыслях, чувствах, восприятиях), возникших в сознании одновременно или непосредственно друг за другом, возникает и ассоциативная связь между ними (Эббингауз Г., 1885). Повторное появление любого из элементов этой связи обязательно вызывает в сознании представление всех элементов ассоциации.

Наиболее решительная критика ассоциативной теории памяти велась с позиций ***гештальтпсихологии*** (конец 19 в.). Ее основной принцип заключается в том, что анализ отдельных элементов ассоциации не может привести к пониманию целого, поскольку *целое определяется не суммой, а взаимозависимостью отдельных его частей*. Отдельно взятая часть — только часть и никакого представления о целом не дает. В самом деле, хотя мелодия исполненная в разных тональностях и вызывает перцептивно различные ощущения, но она узнается и вспоминается как одна и та же. Здесь важны не высота нот, а их сочетание, целостный звуковой ряд. Для гештальт–теории памяти исходным понятием и объяснительным принципом функционирования памяти является не ассоциация первичных элементов, а их изначальная, целостная организация — гештальт. Именно законы формирования гештальта и определяют память.

> Основное понятие гештальтпсихологии — понятие ***гештальта*** (от нем. Gestalt — образ), что означает изначально целостную структуру. Психической деятельности свойственно стремление к целостности, завершенности. В соответствии с этим в качестве основы образования связей здесь признается организация материала, которая определяет и аналогичную структуру следов памяти в мозге по принципу *изоморфизма*, т.е. подобия по форме. В гештальтпсихологии принцип целостности выступает как изначально данный и

законы гештальта (как и законы ассоциаций) действуют вне и помимо воли и сознания самого человека.

Стремление психической деятельности к завершенности проявляется также в том, что неоконченное действие, невыполненное намерение оставляет след в виде напряжения в системе психики. Это напряжение стремится разрядится (в реальном или символическом плане). Следствием сохраняющегося напряжения является к примеру, эффект незавершенного действия, который состоит в том, что содержание неоконченного действия запоминается человеком лучше, чем содержание оконченного. Отсутствие целостности, завершенности порождает не только напряжение, но способствует внутренним конфликтам, неврозам.

Главными представителями гештальтпсихологии были Курт Коффка, Макс Вертгеймер, Вольфганг Кёлер. Близкие научные позиции занимал Курт Левин, изучавший мотивацию человеческого поведения. Основателем гештальт–терапии (как собственно терапевтического метода, где главной задачей является помощь больному в осознании конфликта и восстановление утраченной целостности, завершенности) является Федерик Перлс.

Не было найдено удовлетворительного ответа на вопрос о генезе памяти в рамках бихевиоризма и психоанализа. В бихевиоризме представления о механизмах памяти были близки к таковым в ассоциативной психологии, но они большее внимание уделяли роли подкреплений при заучивании, изучению роли памяти в процессах научения. В психоанализе активно изучалась роль эмоций, мотивов и потребностей в процессах памяти. Ими были описаны психологические механизмы подсознательного забывания, связанные с функционированием мотивации.

В других психологических теориях памяти подчеркивается ***роль сознания в процессах памяти*** — активности внимания и осмысления в запоминании и воспроизведении информации. Так в начале 19 века возникает *смысловая теория памяти* (Бине А.., Бюлер К.). В ней утверждается, что психические процессы памяти зависимы от наличия или отсутствия смысловых связей, объединяющих новый материал в более или менее обширные смысловые структуры. В ряде случаев в теориях памяти активность, сознательность и осмысленность запоминания связывают только с высшими этапами в развитии памяти, а применительно к низшим ее этапам используется все то же понятие ассоциации и гештальта.

В отечественной психологии преимущественное развитие получило направление в изучении памяти, связанное с общепсихологической *теорией деятельности*. Память здесь выступает как особый вид мнемической деятельности. При этом изучается состав мнемических действий и операций, зависимость продуктов памяти от того, какое место в деятельности человека занимает сознательно поставленная цель.

Нейронные и физико-химические теории памяти. Существует немало теорий, которые поддерживают воззрения о структурных или химических изменениях в самом мозге при накоплении им прижизненной информации.

Известно, что запоминание и научение тесно связаны между собой. Даже простейшие формы научения основаны на том, что какое-то событие запоминается. Нейрофизиологам сейчас известны три основных типа научения:

1) привыкание, или габитуация (организм перестает реагировать на часто действующий раздражитель);

2) сенситизация (возникновение реакции на ранее нейтральный раздражитель);

3) классическое, или павловское обуславливание.

При привыкании и сентизации организм не нуждается в создании новой ассоциации между событиями или раздражителями. В экспериментах на низших животных показано, что “запоминание” при них обеспечивается структурными физико-химическими *изменениями на клеточном уровне*.

Намного сложнее действие механизмов запоминания при классическом обуславливании, где без привлечения понятия ассоциации не обойтись. В самом деле, условный рефлекс как акт образования связи (ассоциации) между новым и уже закрепленным содержанием составляет физиологическую основу запоминания.

Первые исследования физиологических основ памяти связаны с именем Д. Хебба. В 40–е гг. он ввел понятия кратковременной и долговременной памяти и предложил теорию объясняющую их нейрофизиологическую основу. По Хеббу, кратковременная память — это процесс, обусловленный повторным возбуждением импульсной активности в замкнутых цепях нейронов, но без структурных, морфологических изменений. Долговременная память, напротив, базируется на структурных изменениях, возникающих в результате модификации межклеточных контактов — синапсов. Современные подходы к изучению физиологических механизмов памяти в значительной степени связаны с дальнейшим развитием идей Д. Хебба.

Все характеристики образующихся *временных нервных связей*, и прежде всего степень прочности, обуславливаются характером подкрепления, которое и является мерой жизненной (биологической) целесообразности того или иного действия. Вероятно также, что прохождение любого нервного импульса через группу нейронов оставляет после себя также в буквальном смысле слова *физический след*. Физическая материализация следа выражается в электрических и химико-механических изменениях синапсов, которые облегчают вторичное прохождение импульсов по знакомому пути. Простейшую нейронную цепь, обеспечивающую память, можно представить в виде замкнутой петли — возбуждение проходит весь круг и начинает новый. Этот процесс длительной циркуляции импульсов в нейронных цепях называется *реверберацией*.

Представление о циклах нейронной активности считается многими материальным субстратом памяти. Нейронных ансамблей (каждый порядка 100-300 клеток) огромное множество. Каждый из них хранит информацию о каком — то объекте памяти в виде устойчивого волнового узора. Чем больше нейронов мозга вовлекается в ритмы какого-то пульсирующего ансамбля, тем выше вероятность осознания соответствующего образа.

Две электроэнцефалографические константы (Ливанова, R=0,1 и Бергера, F=10 гц) в уравнениях когнитивной психологии количественно объясняют фундаментальные психологические особенности обработки информации человеком, включая закономерности восприятия, памяти и речи.

Константа Ливанова (скачкообразное изменение мозгового ритма при плавном учащении или урежении внешних стимулов: скачок ритмики возникает при расхождениях между частотами стимула и ритма на 10%) ограничивает разнообразие циклических кодов памяти, а вместе с константой Бергера (частота основного ритма мозга — α-ритма ЭЭГ) также ее быстродействие.

Изучение электроактивности мозга позволило рассчитать, что возможная емкость долговременной памяти составляет 387 420 489 единиц памяти, а это значительно превосходит возможности современных компьютеров. Каждая единица — это одно определенное понятие или команда, т.е. паттерн действия. Для сравнения можно сказать, что размер активного словаря обычного человека на родном языке составляет 10 000 и даже у Пушкина и Шекспира он меньше 100 000 слов.

Не все единицы памяти задействованы и актуализированы одновременно, а только их небольшое число. Это число служит мерой объема внимания. Из-за циклических колебаний возбудимости нейронных ансамблей образы долговременной памяти, в том числе образы вспоминаемых и произносимых слов, актуализируются не все сразу, а по очереди, причем некоторые чаще, другие реже. По частоте актуализации слов (например, в письменной речи) можно судить о закономерностях циклических нейронных процессов и, наоборот, по особенностям нейронных циклов предсказать характеристики речи. Если моменты актуализации разных образов совпадают, то такие единицы памяти имеют шанс объединится. Таким образом вырабатывается новое понятие. Так происходит научение и реализуются акты творчества.

Биохимические теории памяти — предполагают образование *новых белковых веществ*, "молекул памяти" (нейропептидов и других) при долговременном запоминании.

Вначале, непосредственно после воздействия раздражителя, в нервных клетках происходит электрохимическая реакция, вызывающая *обратимые физиологические изменения* в клетках (кратковременное запоминание), а далее, на ее основе, возникает собственно *биохимическая реакция со структурными изменениями нейрона*, обеспечивающая долговременную память (двухступенчатый характер механизма запоминания). Экспериментально получены данные о важной роли рибонуклеиновой кислоты (РНК) и олигопептидов в осуществлении функции запоминания. Если в процессе выработки условных рефлексов (обучения) подавить биосинтез белка в нейронах мозга — а это возможно за счет использования ряда антибиотиков, — добиться перехода информации из кратковременной памяти в долговременную не удается. Угнетение биосинтеза белка не влияет на кратковременную память, что подтверждает разные механизмы происхождения и функционирования кратковременной и долговременной памяти.

Наиболее волнующими экспериментами в последние годы стали попытки перенести память от одного животного к другому ("пересадка памяти"). Если обучить планарию (плоский червь), что свет всегда предшествует току, а затем умертвить ее и скормить другой планарии, то оказывается, что приобретенный первой планарией опыт частично передается второму червю (Мак–Коннел Д., 1962). Планария сравнительно примитивный организм и она может обладать особыми механизмами научения, которые не имеют никакого значения для понимания памяти у высших организмов. Однако, имеются данные об успешности подобного опыта на мышах и крысах — был осуществлен "перенос памяти" о выработанных условных рефлексах от одной особи к другой с помощью инъекций гомогената мозга предварительно обученного животного-донора. Так, из экстракта мозга крыс, обученных избегать темноту (его введение вызывало у необученных также избегание темноты), был выведен пептид, состоящий из 15 аминокислот. Он получил название *скотофобин* (вызывающий боязнь темноты). Скотофобин был синтезирован и проявил такое же действие, как естественный. У животных, оказавшихся в темноте, он вызывал реакцию стресса. Однако концепция переноса памяти не является общепризнанной. Многие ученые скептически относятся к этим экспериментам, однако это означает, что *следы памяти кодируются в химических веществах* и эти вещества могут перемещаться от одного животного к другому, даже от крыс к мышам (Унгар Дж. и Осегуэра-Наварро, 1965).

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

С раннего детского возраста способности запоминания постепенно совершенствуются (вначале образная, а затем символическая память), достигая своего оптимального развития к 20-25 годам. На этом уровне память сохраняется до 40-45 лет, после чего постепенно ухудшается, особенно механическое запоминание нового материала. В пожилом и старческом возрасте заметно страдает запоминание нового и текущих событий, но хорошо сохраняется способность воспроизведения впечатлений детства — *закон обратного хода памяти Рибо–Джексона* (Ribot Th., 1881). Мнестические функции колеблются в определенных пределах и под влиянием различных факторов повседневной жизни — утомления, недосыпания, эмоций.

При заболеваниях, особенно в случае поражения центральной нервной системы, можно встретиться с различными нарушениями памяти. Расстройства памяти могут касаться как всех ее отдельных компонентов, так и ее динамики. В последнем случае оказывается, что больные то подробно, в деталях воспроизводят содержание сложного рассказа, басни, то вдруг не в состоянии передать совсем легкий сюжет (мнемическая деятельность носит *прерывистый характер*). В самом общем виде среди нарушений памяти можно выделить три основные группы: гипермнезии, гипомнезии и парамнезии.

Гипермнезия (усиление, обострение памяти) проявляется усилением воспоминаний о прошлой жизни или улучшением запоминания текущих событий. При заболеваниях гипермнезия чаще встречается в качестве временного явления при лихорадочных состояниях, возбуждении на фоне патологического повышения настроения (мании) и отличается фрагментарностью и неустойчивостью. Лишь при гипоманиакальных состояниях (легкая форма мании) усиление воспоминаний и запоминания более устойчиво. Гипермнезия встречается иногда и при слабоумии, так один имбецил помнил даты погребений всех умерших в течение 35 лет в деревне, где он жил (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1928).

Гипомнезия, или дисмнезия — ослабление мнестических функций, вплоть до их полной их утраты. Может быть *общей* (касается запоминания и воспроизведения) и *частичной* (не может что-то вспомнить в данный момент или нарушено только запоминание). Полная утрата способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания называется ***амнезией***.

Если амнезия связана с преимущественным нарушением способностей к запоминанию, то ее называют *фиксационной амнезией*. В связи с этим слабеет или утрачивается память о текущих, недавних событиях, но сохраняется способность полного воспроизведения приобретенного ранее опыта. Такие расстройства памяти весьма характерны для так называемого *корсаковского синдрома*, который описан известным отечественным психиатром С.С. Корсаковым при выраженных алкогольных интоксикациях. Разновидностью фиксационной амнезии является перфорационная амнезия, когда не фиксируются только какие-то части информации. В частности при *палимпсестах* возникает утрата способности запечатлевать и соответственно потом воспроизвести некоторые детали, эпизоды и подробности, относящиеся к периоду интоксикации (например, при алкогольном опьянении).

Амнезия может быть связана с затруднениями в воспроизведении и припоминании отдельных событий или всех событий какого-то прошлого отрезка времени — частичная (лакунарная) или полная *репродукционная амнезия*. Особенно резко явление забывания некоторых событий жизни проявляется при *аффектогенных (кататимных) амнезиях*, когда больной амнезирует определенное и очень тяжелое переживание. Они возникают по механизму вытеснения аффективно насыщенных индивидуально неприятных и неприемлемых личностью впечатлений и событий, а также всех событий (даже индифферентных), совпавших во времени с сильным потрясением.

При *истерических амнезиях*, в отличии от аффектогенных, воспоминание об обстановке, индифферентных событиях, совпавших с амнезируемыми во времени, сохраняется. Своеобразный вариант истерической амнезии — фантастическая псевдология, где вытесняются из памяти не удовлетворяющие больного факты его биографии или социального положения. С эти сочетается склонность к переоценке собственной личности, эгоизм и эгоцентризм. Пробелы памяти у таких больных нередко замещаются вымышленными событиями — истерическими фантазмами. Они

занимательны по фабуле, интригующие и подчеркивают значимость личности больного. В отличие от патологической лживости больные убеждены в их истинности.

К *прогрессирующей амнезии* относят те ее варианты, где резко утрачивается способность к запоминанию и неуклонно нарастает опустошение памяти по закону Рибо–Джексона. Ход этого процесса идет в порядке, обратном формированию памяти. Вначале у больного появляется забывчивость, фиксационная гипомнезия, степень выраженности которой постепенно нарастает. Затем процесс начинает распространятся на память о прошлом, захватывая вначале близкий период, а потом все более и более отдаленные. В первую очередь нарушается "память времени" при сохранении "памяти содержания". При этом больные помнят отдельные события и факты своей жизни, но затрудняются локализовать их во времени и последовательности. В последующем тускнеет и "память содержания, фактов", но еще длительно сохраняется "память эмоциональных и морально-этических реакций". В самую последнюю очередь при прогрессирующей амнезии исчезает "память простейших навыков" — праксис, что сопровождается формированием апраксии.

При *ретардированной (запаздывающей) амнезии* события забываются не сразу, а спустя лишь некоторое время после болезненного состояния. Вначале больной может рассказать окружающим о бывших у него болезненных переживаниях, но через короткое время он их полностью забывает. При некоторых очаговых органических поражениях головного мозга наблюдается *амнестическая афазия*, заключающаяся только в забывании больным названий показываемых предметов.

В клинике отдельно выделяют *ретроградную и антероградную амнезии*. При первой из них больные преимущественно забывают события периода, предшествовавшего потере или помрачению сознания. При второй — отсутствуют воспоминания на какой-то период после выхода из состояния помраченного сознания. Если выпадение воспоминаний ограничивается только событиями острого периода болезни (периода нарушенного сознания), то такую амнезию называют *конградной амнезией*. При сочетании всех представленных вариантов амнезию называют *антероретроградной*.

Парамнезия — извращение, обманы памяти (ложные воспоминания), возникающие в результате нарушения распределения припоминаемых событий во времени и пространстве, искажения ранее пережитых событий, заполнения пробелов памяти домыслами и фантазиями, отчуждения воспоминаемых переживаний от собственного жизненного опыта и другие.

Наиболее часто из парамнезий встречаются ***псевдореминисценции*** ("иллюзии памяти", ошибочные воспоминания), при которых имеющиеся *пробелы памяти* больной как бы заполняет событиями более отдаленного прошлого. Например, больной утверждает, что он только что вернулся с прогулки, хотя он даже не выходил из палаты. Псевдореминисценции обычно стабильны по содержанию, повторно рассказываются больными, имеют обыденное содержание. Их разновидностью являются *экмнезии* — сдвиг ситуации в прошлое ("жизнь в прошлом"), когда такому переносу из прошлого подвергаются не отдельные события и факты, целые значительные периоды жизни больного.

При *эхомнезиях* (редублицирующая парамнезия Пика) обман памяти заключается в том, что какое-либо событие в воспоминаниях предстают удвоенными, утроенными. Текущие события проецируются одновременно и в настоящее (адекватно), и в прошлое. Больной при этом убежден, что это событие у него уже было ранее. От псевдореминисценций они отличаются тем, что не носят замещающего характера при

провалах памяти, а от симптома “уже виденного” тем, что настоящее событие переживается не полностью идентичным, а лишь только сходным с прошлым. Эхомнезии могут указывать на поражение теменно-височных областей мозга.

При *галлюцинаторных воспоминаниях Кальбаума* какое-либо галлюцинаторное переживание фиксируется памятью как реальное событие и проецируется в прошлое, где в реальности его вовсе не было. При *псевдогаллюцинаторных псевдовоспоминаниях Кандинского* созданный воображением факт тут же становится содержанием слуховой или зрительной галлюцинации, а в памяти он становится воспоминанием как о реальном событии якобы бывшем в прошлой жизни больного. Подобные расстройства памяти иногда встречаются в структуре галлюцинаторно-параноидных психозов.

В ряде случаев содержание ложного воспоминания носит фантастический характер и больные описывают события, которых явно в их жизни не было. Такие парамнезии называются ***конфабуляциями*** (“галлюцинации памяти”, “вымыслы памяти”, “бред воображения”). Они обычно носят яркий, образный характер с патологической убежденностью в их истинности.

Псевдореминисценции и конфабуляции наиболее характерны для заболеваний, где теряется способность к запоминанию — корсаковский психоз, старческое слабоумие, прогрессивный паралич.

Воспроизведение какого-либо события без его узнавания называется ***криптомнезией*** и может лежать в основе неосознаваемого плагиата, когда какой-нибудь определенный факт (открытие или техническое изобретение), кем-то установленный ранее, больной присваивает себе. Возможно и обратное — отчуждение фактов собственной жизни и они не узнаются как свои. При этом реальное событие из жизни больного воспринимается им как имевшее место не с ним, а с кем-то другим и об этом он от кого-то слышал, прочитал или видел в кино. Криптомнезии встречаются при некоторых органических заболеваниях мозга, особенно при поражении теменно-височных его отделов.

По данным нейропсихологических исследований мозговая организация мнестических процессов подчиняется тем же законам, что и другие формы познавательной деятельности — различные формы и звенья мнестической деятельности имеют различные мозговые механизмы (Хомская Е.Д., 1987). Были выделены два основных типа нарушений памяти (модально–неспецифические и модально-специфические нарушения), а также особый тип нарушений, обозначенный как псевдоамнезия (нарушения произвольности мнестической деятельности).

Модально–неспецифические нарушения памяти. Для этих нарушений характерно плохое запечатление информации любой модальности, связанное с поражением различных уровней срединных неспецифических структур мозга. Снижение коркового тонуса является основным фактором, который делает невозможным избирательное запечатление и хранение следов памяти.

Так при поражении *диэнцефально-гипофизарного уровня* у больных больше страдает кратковременная память, а не долговременная. Здесь дефект связан не столько с процессом запечатления, сколько с усилением действия механизмов интерференции. При этом посторонняя деятельность, предложенная таким больным сразу после предъявления запоминаемого материала, как бы стирает предшествующие следы памяти. При гомогенной интерференции используют в качестве “помех” для запоминания ту же деятельность запоминания, но другого материала (предлагают запомнить 3-4 слова, после их повторения предлагаются другие 3-4 слова). При гетерогенной интерференции в качестве помех используется другая, не мнестическая деятельность, например счет, чтение и др. Другой особенностью этого уровня нарушения памяти является повышенная реминисценция, т.е. лучшее воспроизведение материала при отсроченном на несколько часов или дней воспроизведении материала в сравнении с непосредственным. У больных с диэнцефальными поражениями дефект памяти лучше компенсируется, если больной повышенно заинтересован в результатах исследования или если материал организуется в семантически осмысленные структуры (у больных с синдромом Корсакова этот резерв отсутствует).

При поражении *лимбической системы* (лимбической коры, гиппокампа, миндалины и др.) мы имеем дело с Корсаковским синдромом. В развернутой форме этот синдром возникает при поражении гиппокампальных структур левого и правого полушарий. Непосредственное запечатление материала у этих больных может быть не плохим, больные могут правильно воспроизвести 4-5 элементов ряда. Однако достаточно пустой паузы, не говоря уже о интерференции, чтобы следы стерлись.

При поражении *медиальных и базальных отделов лобных долей мозга* у больных к нарушениям кратковременной памяти добавляются также расстройства семантической памяти и памяти на понятия. Они близки к конфабуляциям, которые также нередко бывают у больных в острой стадии болезни. В заданиях на повторение серии слов больным свойственно привносить слова, которых в списке не было (слов–ассоциаций смысловых или звуковых). Нарушения семантической памяти проявляются в трудностях логического последовательного изложения только что прочитанного короткого рассказа, легкости соскальзывания на побочные ассоциации. Страдает у больных и опосредованное запоминание.

Модально–специфические нарушения памяти. В отличие от неспецифических расстройств памяти, возникающих при поражении аппаратов первого функционального блока мозга, нарушения памяти, возникающие при поражениях конвекситальных отделов коры, иначе говоря, при поражениях второго и третьего функциональных блоков, носят принципиально иной характер. Основная черта этих нарушений заключается в том, что они никогда не являются глобальными и никогда не связаны с общим «расстройством» сознания. Они связаны с модальностью стимулов и обычно распространяются только на раздражители, адресующиеся к одному анализатору. К ним относятся нарушения зрительной, речевой, слухоречевой, музыкальной, тактильной или двигательной памяти. Все это может лежать в основе различного рода нарушений типа акустико–мнестической афазии, оптико–мнестической афазии, амузии, агнозии на лица, нарушений пространственной памяти и др.

При поражениях *левой височной области* (доминантною у правши полушария мозга) возникающие дефекты памяти тесно связаны со слуховыми процессами и речью. Для поражения наружних, конвекситальных отделов коры левой височной доли — типичны специфические нарушения слухоречевой памяти, что соответственно приводит к нарушениям фонематического слуха, а в конечном итоге к распаду сложных речевых форм слухового гнозиса. В случаях массивных поражений верхневисочных отделов расстройства памяти маскируются или перекрываются явлениями сенсорной афазии. При поражении средних отделов височной области расстройства памяти выступают особенно резко и проявляются в невозможности удержать сколько-нибудь длинные серии звуков или слов, что составляет основной признак акустико-мнестической афазии. Характерно, что удержание комплексных тонов и ритмических структур здесь также нарушено, но совсем не отмечается при удержании серий зрительных образов или движений.

При поражениях *левой левой теменной* (или теменно-затылочной) нарушения памяти отличаются иными чертами. Запоминание простых фигур (как и звуков) остается в этих случаях незатронутым, в то время как восприятие, так и удержание зрительных структур, включающих симультанные (пространственные) отношения, протекает с большим трудом. Даже длительная тренировка в их непосредственном запечатлении обычно не приводит к нужным результатам.

Псевдоамнезия (нарушения произвольности мнестической деятельности). Характерна для поражений коры лобных долей мозга (слева или обеих долей). Эти мозговые структуры, входящие в третий функциональный блок мозга, являются нейрофизиологическим субстратом формирования активного произвольного поведения. Именно у лобных больных грубо нарушен процесс формирования намерений, планов, программ поведения, страдает структура любой сознательной психической деятельности.

Распад *мнестической деятельности* у лобных больных является частным случаем основного нарушения, поскольку произвольное запоминание возможно, если есть мотивация к запоминанию и решению мнестической задачи, сохранена система активного поиска способов осуществления этой задачи, сохранен аппарат сличения полученных результатов с исходным намерением. Нарушения памяти у лобных больных названы термином псевдоамнезия потому, что здесь нет первичного нарушения следовых процессов, а страдает общая организация любой произвольной деятельности, в том числе и мнестической.

Активная мнестическая деятельность у лобных больных практически исчезает и превращается в пассивное запечатление предлагаемого материала. Это легко обнаружить, предложив больному заучить ряд слов или изображений. В этом случае процесс «заучивания» превращается в стереотипное повторение удержанной группы элементов. При этом нет наращивания удержанных звеньев, что типично для активного запоминания, т.е. кривая заучивания приобретает характер плато. При этой пробе можно также заметить, что непроизвольное запечатление и узнавание у больных лучше произвольного. Так при чтении списка слов, в котором есть предъявляемые ранее для запоминания слова, больной их легко узнает, так как от него уже не требуется активного произвольного воспроизведения.

Существенным является и то, что у лобных больных отсутствует стратегия, обдуманный план запоминания материала. Это хорошо видно в опытах с опосредствованным запоминанием. Если здоровый испытуемый, которому предлагается применить для запоминания систему вспомогательных средств, активно ищет их, создает вспомогательные связи и тем самым превращает процесс запоминания в активную опосредствованную деятельность, то больной с «лобным синдромом» оказывается совершенно неспособным к этому: он не может даже воспользоваться предложенными ему вспомогательными связями.

Пассивный характер мнестической деятельности больного с поражением префронтальных отделов мозга отчетливо выступает и в пробе, когда в процессе заучивания предлагается учитывать достигнутый результат и соответственно менять свой «уровень притязания». Это задание требует своеобразного планирования в выборе количества элементов для запоминания при следующем повторном предъявлении ряда. С заданием больной не справляется, а инертно повторяет названное экспериментатором число стимулов. Он не обнаруживает подвижной системы намерений, направляющей мнестическую деятельность. Патологическая инертность отчетливо выступает не только при воспроизведении изолированных элементов, но и организованных смысловых структур. Если, например, после фразы *«В саду за высоким забором росли яблоки»* дать больному для повторения фразу *«На опушке леса охотник убил волка»,* то в ответ на просьбу припомнить *первую* фразу он может сказать: «На опушке леса охотник убил волка». Он может указать лишь то, что фразы были «различные по смыслу» или «различные по интонации» (Лурия А.Р. и др., 1971).

Таким образом для лобных больных при поражении *конвекситальных отделов* префронтальной области коры (преимущественно левой) характерны нарушения как активной мнестической деятельности, так и патологической инертности раз возникших энграмм. При поражении *медиальных отделов* коры лобных долей мозга все эти нарушения проявляются гораздо грубее. Кроме того, они сочетаются с нарушением ориентировки в окружающем и распадом избирательности мнестических процессов. Этот синдром грубейших расстройств памяти часто сопровождается и выраженными нарушениями сознания.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ

Память исследуется в процессе беседы и наблюдения за больным. В беседе можно проверить сохранность памяти на недавние и более отдаленные события личной и общественной жизни, общий запас знаний, воспроизведение дат, имен окружающих лиц, а также выявить обманы памяти.

При подозрении на наличие у больного конфабуляций и псевдореминисценций, особенно если нет объективных сведений, необходимо сопоставить полученные несколько раз ответы пациента на одни и те же вопросы. Если этим путем не удается достигнуть цели, то следует, по мнению психиатров М.О. Гуревича и М.Я. Серейского (1928), прибегнуть к внушению (в бодрствующем состоянии). Например, спросить больного, который впервые видит врача, когда он виделся с ним ранее. Есть наблюдения, что при старческом слабоумии с грубыми обманами памяти можно легко таким образом внушить даже самое нелепое (например, что снег красный), но трудно внушить противное этике (например, что больной украл).

Ответы на вопросы дают возможность судить о степени и характере нарушений памяти больного, особенно в сопоставлении с данными наблюдения за его поведением и материалами экспериментально–психологического исследования.

Для изучения произвольной памяти разработано множество психологических методик, которые можно разделить на две основные группы: методики исследования непосредственной памяти (дается только установка на запоминание) и методики исследования опосредованного запоминания (дается установка запомнить материал с использованием специальных мнемотехнических средств).

Г. Эббингауз для исследования памяти разработал ряд методов, носящих сейчас название классических:

1. **Метод непосредственного выучивания.** Заучивается до безошибочного воспроизведения определенное число бессмысленных слогов. В начале 20 века в Германии, а затем в России были составлены специальные книжки, содержащие все слоги, которые могут употребляться для подобного эксперимента. С использованием этого метода установлены автором “кривая заучивания” и “кривая забывания”. Следует отметить, что забывание структурированного материала носит иной характер. Организация элементов в целые логические структуры существенно расширяет возможности памяти и делает ее более продуктивной.
2. **Метод удержания членов ряда.** С использованием этого метода установлен объем “чистой памяти” (7±2 изолированных элемента после первого прочтения) и “фактор края” (первые и последние элементы ряда удерживаются прочнее, чем серединные).
3. **Метод удачных ответов.** Здесь слова читают при запоминании парами, а затем при воспроизведении сначала зачитывают первое слово с просьбой воспроизвести второе из пары. В основе метода лежит изучение ассоциативного механизма, который играет большую роль в элементарных формах памяти.

Тесты памяти практически всегда включаются в виде субтестов в комплексные тестовые батареи для исследования интеллекта. Их также можно использовать и самостоятельно для изучения различных характеристик памяти (объем и прочность долговременной, оперативной, зрительной и слуховой памяти). В 1945 году Д. Векслером разработана тестовая батарея, включающая семь субтестов для специального исследования отдельных мнестических функций (Wechsler Memory Scale, WMS):

- ✓ 1 субтест — ориентировка и осведомленность;
- ✓ 2 субтест — ориентировка во времени и пространстве;
- ✓ 3 субтест — психический контроль (отсчитывание от 20 в обратном порядке, называние букв алфавита, отсчитывание от 1 до 40 через 3 единицы);
- ✓ 4 субтест — логическая память (воспроизведение рассказов);
- ✓ 5 субтест — воспроизведение рядов цифр в прямом и обратном порядке;
- ✓ 6 субтест — воспроизведение геометрических фигур;
- ✓ 7 субтест — воспроизведение парных ассоциаций слов.

Все задания теста имеют количественную оценку с соответствующими возрастными поправками (17–79 лет), конечный результат выражается в стандартных оценках интеллекта (IQ).

При исследовании памяти наиболее часто требуется исследование способности к запоминанию. Для этого можно предложить пациенту воспроизвести сразу после прочтения экспериментатором с интервалом в одну секунду 10 простых слов (дым, сон, шар, пух, звон, куст, час, лед, плачь, свет). Чтение списка слов повторяют 10 раз, отмечая в протоколе количество правильно воспроизведенных слов, в том числе два и более раз, а также появление новых слов, которых в списке не было.

В норме человек запоминает 10 слов после 3-4 предъявлений: 7, 8, 9, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10. Воспроизведение с первого предъявления менее 4-3 слов (норма 5-9, в среднем 7 слов) — серьезное свидетельство в пользу грубых расстройств памяти, псевдодеменции или симуляции, особенно если в двух последних случаях не соблюдается “правило края” (обычно лучше запоминаются первые и последние слова из списка). Следует, однако, заметить, что “закон края” у слепых и слабовидящих людей проявляется слабее — у них наиболее продуктивно происходит запоминание начала материала.

Повторение слов и добавление лишних — свидетельствует и бессознательной тревоге человека, что чаще встречается в клинике неврозов (психологические псевдореминисценции и конфабуляции — как средство преодоления внутренней тревоги, заполнения “пустот”).

При исследовании больных мы можем встретится с разнообразными вариантами ответов при этой простой пробе и при наличии определенного опыта ее анализа результаты исследования могут указывать и на возможные причины нарушений запоминания. Например, кривые запоминания у больного церебральным атеросклерозом (5,7,6,8,4,5,6,5,4,5) и астеническим неврозом (6,9,10,10,10,6,5,8,7,6) по конфигурации весьма похожи, т.к. после достижения определенного результата наблюдается последующий спад запоминания в том и другом случае, что может указывать на имеющие явления утомления и истощаемости у больных (астения). Однако, в первом случае больной так и не смог воспроизвести всех 10 слов при всех 10 повторениях (заметно снижен объем памяти), в то время как во втором случае — объем памяти достигает максимума быстро, но не удерживается до конца исследования по причине утомления.

Непосредственное запоминание не нарушено, если после зачитывания 10 слов испытуемый в 4-5 попытках воспроизводит не менее 7 слов (если меньше — нарушено).

Долговременная память не нарушена, если через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит не менее 7 слов из списка (если меньше — нарушена).

Вместо слов часто дают для запоминания цифровые ряды, которые предлагают воспроизвести в прямом и обратном порядке. Можно предложить запомнить какую-нибудь дату, затем попросить считать от 1 до 30, а потом попросить эту дату назвать. Способность к ретенции и особенности символической памяти хорошо выявляются и при пробах повторения содержания коротких рассказов, а также проверки школьных знаний. Для изучения процессов сохранения в памяти испытуемых можно также использовать приведенную выше методику запоминания 10 слов, но слова просят повторить после первого предъявления через определенные промежутки времени (15, 30, 60, 180 минут и т.д.)

Для исследования зрительной памяти можно использовать портреты известных больному лиц, наборы рисунков и различных геометрических фигур (например тест зрительной ретенции Бентона, Бендера и другие).

Тест Бентона состоит из набора карточек с геометрическими фигурами. После 10-секундной экспозиции испытуемый должен воспроизвести нарисованные фигуры по памяти. Тест позволяет выявлять нарушения памяти при органических заболеваниях мозга. В тесте Бендера также используются карточки с геометрическими фигурами, но испытуемый должен вначале нарисовать предложенные фигуры сначала с оригинала, а затем по памяти. Кроме расстройств памяти, данный тест выявляет и нарушения зрительно–моторной координации, которая также часто встречается при органических заболеваниях мозга. Контаминации (ошибочное включение деталей относящихся к разным образцам в одну фигуру) встречаются у больных шизофренией.

Для изучения опосредованного запоминания и логической памяти широко используется методика А.Н. Леонтьева, в которой испытуемому предлагается для каждого запоминаемого слова подобрать подходящую по смыслу картинку из 30 карточек стандартного набора. Затем при предъявлении той или иной картинки испытуемый должен вспомнить связанное с ним слово. Этот метод позднее был

модифицирован А.Р. Лурия (1962) в методику пиктограммы, где уже испытуемому предлагается кратко “зарисовать” запоминаемое слово, чтобы через 40-60 минут с помощью рисунка это слово воспроизвести. Метод пиктографии получил широкое распространение, т.к. оказался пригоден для исследования не только ассоциаций памяти, но и мышления, личности испытуемого.

Как прием экспериментально–психологического исследования пиктограмма впервые предложена в нашей стране в начале 30-х годов. Целью, т. е. точкой приложения методики, было изучение опосредованного запоминания в рамках культурно-исторической теории психического развития человека (Выготский Л.С., 1935, 1956). Согласно этой концепции, высшие психические функции человека носят опосредованный характер, они развиваются исторически, с помощью выработанных в истории человеческого общества средств — орудий труда, знаков–символов. Высшим и универсальным орудием, модифицирующим психические функции, является слово.

Пиктограмма завоевала признание не только при изучении опосредованного запоминания, но и как ценный диагностический инструмент для исследования мышления и аффективно-личностной сферы испытуемых. Сложность и богатство феноменологии пиктограммы позволяет сопоставить ее с таким многофакторным методом психологического исследования, как тест Роршаха.

Слова, к которым делаются рисунки–пиктограммы, подготавливают заранее. При этом учитывают возраст обследуемого (минимальный — 5 лет), уровень его развития и образование. Обычно вначале называют слова более конкретного содержания, а затем, если испытуемому доступно выполнение задания, переходят к абстрактным словам. Всего называют 10–16 слов. Обязательно нужно включать предположительно значимые для испытуемого эмоционально насыщенные слова. Исследование проводится под предлогом проверки памяти, и, таким образом, наиболее важна для анализа именно та часть задания, которая испытуемому кажется несущественной. Разъяснения рисунков вначале требовать не нужно, чтобы сохранялась иллюзия исследования памяти, а не мышления.

Стандартный набор состоит из 16 понятий: 1) веселый праздник, 2) тяжелая работа, 3) вкусный ужин, 4) болезнь, 5) печаль, 6) счастье, 7) любовь, 8) развитие, 9) разлука, 10) обман, 11) победа, 12) подвиг, 13) вражда, 14) справедливость, 15) сомнение, 16) дружба. По результатам выполнения задания судят об уровне процессов обобщения и абстрагирования, о характере ассоциаций — соответствие ассоциаций заданному слову (конкретность ассоциаций или их абстрактность, ассоциации по “слабому”, латентному признаку). Скрытые мотивы, личные проблемы, опасения и эмоциональное состояние испытуемого также отражается в рисунках.

Б.Г. Херсонским (1982) предложена интерпретация пиктограмм, где используются критерии сходные с таковыми в проективном тесте “чернильных пятен” Роршаха. При анализе пиктограмм здесь учитывают следующие факторы: абстрактность (конкретные и атрибутивные образы, символика образов — метафорическая, геометрическая, графическая и грамматическая), фактор индивидуальной значимости, фактор частоты (стандартные, оригинальные и повторяющиеся образы), фактор адекватности. Эти показатели помогают провести и количественную, формализированную оценку результатов исследования методом пиктограммы.

Высокий уровень тревожности испытуемого отражается как в выборе образов для слов–стимулов, так и в особенностях самого процесса выполнения задания. К феноменам тревоги относятся: шоковые реакции (проявление тормозящего действия аффекта), феномен единой системы (в каждом следующем рисунке используется предыдущий с определенной его модификацией), феномен замены и возврата (каждое новое понятие заставляет испытуемого вернуться к предыдущему рисунку и попыткам его графически его доработать, а то и вовсе его заменить другим).

Феномен упорядоченности пиктограммы (особый выбор размера рисунка и одинаковость расстояний между ними) отражает способность к планированию и самоконтролю в ситуации исследования. Органический графический симптомокомплекс заключается в наклоне рисунка более чем на 5 градусов от вертикальной оси, в наличии несовпадающих, дрожащих и пересекающихся линий. Этот феномен считается высокоспецифичным для больных с органическими заболеваниями мозга. Употребление буквенных или цифровых символов вопреки инструкции является выражением недостаточности активного внимания или негативизма обследуемого. К особым

феноменам относятся и пиктограммы, основанные на ассоциациях по созвучию, на выхолощенных символах, на подборе нескольких рисуночных образов к одному понятию.

Краткое содержание и выводы

Память — специфическая форма психического отражения действительности, обеспечивающая накопление и сохранение информации для использования ее в настоящее время или в будущем. Все мнемические процессы тесно взаимосвязаны и группируются в три основные группы: запоминание, сохранение и забывание, а также воспроизведение с узнаванием следов прошлого опыта.

В зависимости от последовательности во времени поступления информации на чувствительные входы до перевода ее на длительное хранение выделяют четыре типа памяти: сенсорная, кратковременная, буферная и долговременная память.

Сенсорная память — это задержка на какое-то мгновение информации на рецепторе, после того как воздействие стимула на него прекратилось.

Кратковременная память — обеспечивает удержание на короткое время информации, поступающей от сенсорных входов или из долговременной памяти. Ее объем невелик и составляет 5±2 оперативные единицы информации (число Миллера).

Буферная память — промежуточное звено на пути перевода информации из кратковременной памяти в долговременную, обеспечивает сохранение информации в течение нескольких часов. Освобождение этого хранилища, т.е. переработка и перевод информации на долгосрочное хранение, тесно связаны с механизмами “медленного” и “быстрого” сна, а также с сохранностью гиппокампальных структур мозга.

Долговременная память — обеспечивает длительное хранение неограниченного объема информации. В долговременной памяти с произвольным доступом хранится переработанная и систематизированная информация. В долговременной памяти “закрытого” типа хранится вся поступающая через сенсорные входы информация в своей исходной форме, но человек произвольного доступа к ней не имеет.

В соответствии с особенностями запоминаемого материала и формирования памяти в онтогенезе выделяют несколько видов прижизненной памяти: импринтинг, а также двигательная, эмоциональная, образная и символическая память.

Импринтинг — информационное запечатление с установлением устойчивой специфической привязанности ребенка к матери, наблюдается только некоторое время сразу после рождения. Другие перечисленные выше виды памяти также рассматриваются в качестве определенных генетических ступеней развития: от двигательной к эмоциональной, образной, а далее к символической памяти, как высшему виду памяти человека.

Основными формами осуществления мнемических процессов являются образы (представления) и символы (слова). Продукты памяти в сознании закономерно группируются в определенные совокупности — механические ассоциации по смежности, сходству или контрасту и ассоциации причинно-следственных отношений.

Согласно ассоциативным теориям памяти повторное предъявление любого элемента ассоциации вызывает в сознании появление всех элементов ассоциативной цепи. Напротив, гештальт–психологи полагают, что анализ отдельных элементов ассоциации не приводит к пониманию процессов

вспоминания целостного образа (гештальта), например, мелодии. Из других психологических теорий памяти важную роль играют теории, где подчеркивается активность сознания в процессах памяти.

Среди теорий памяти, которые поддерживают воззрения о структурных или химических изменениях в самом мозге при накоплении им информации особое место занимают биохимические теории памяти, которые предполагают образование новых белковых веществ при долговременном запоминании. Гипотетически закодированные в химических веществах следы памяти могут быть перемещены из одного организма в другой ("пересадка" памяти).

Нарушения памяти подразделяются на количественные (гипермнезия, гипомнезия) и качественные (парамнезия).

Гипермнезия — одностороннее усиление некоторых мнемических процессов, которое встречается обычно в качестве временного явления при лихорадочных состояниях, а также на фоне патологически повышенного настроения.

Гипомнезия — ослабление памяти вплоть до полной утраты мнестических функций (амнезия). Типично, что первоначально обычно страдают процессы запоминания текущего, нового материала — фиксационная амнезия. Далее, при прогрессировании амнезии, происходит информационное опустошение в порядке обратном формированию памяти в онтогенезе — закон "обратного хода памяти" Рибо.

Парамнезии — извращение памяти, когда информационные пробелы заполняются ложными воспоминаниями типа псевдореминисценций и конфабуляций. В других случаях обманы памяти возникают при воспроизведении событий прошлого без их узнавания — криптомнезии.

При локальных поражениях мозга могут возникать модально–неспецифические и модально–специфические нарушения памяти. Модально–неспецифические расстройства памяти касаются нарушений запечатления информации любой модальности и возникают при поражении серединных неспецифических структур мозга. При модально–специфических расстройствах памяти, которые возникают при различных локальных поражениях корковых отделов анализаторных систем, нарушается запечатление информации, касающейся поступления ее через зрительные, слуховые или иные сенсорные входы.

Среди методик для исследования памяти в клинической практике широко используют две группы методов: изучение непосредственной памяти (методика запоминания 10 слов, тест зрительной ретенции Бентона) и опосредованного запоминания (методика пиктограммы). Комплексный тест памяти Векслера, в котором конечный результат выражается в стандартных единицах интеллекта, включает семь самостоятельных субтестов для специального исследования отдельных мнестических функций.

Вопросы для повторения

1. Как дать развернутое определение памяти и какое значение память имеет в жизни человека?
2. Какую роль в механизмах памяти играют представления и ассоциации представлений?
3. Что из себя представляют психические процессы памяти и сколько их?
4. Какие имеются основания для классификации типа и вида памяти?
5. В чем отличие процедурной памяти от памяти декларативной?
6. В чем заключается взаимосвязь и взаимодействие кратковременной и долговременной памяти?
7. Что из себя представляет иконическая и эхоическая память?

8. В чем заключается отличие эмоциональной памяти от других видов памяти?
9. Какова роль импринтинга в формировании аномалий социального поведения?
10. Какие основные группы можно выделить среди множества теорий памяти?
11. Какова роль эмоций в происхождении ряда расстройств памяти?
12. Что из себя представляет “закон обратного хода памяти” Рибо?
13. Какие виды амнезии могут возникать после травмы головы с потерей сознания у человека?
14. Каким образом объясняется возникновение у человека парамнезий?
15. При каких локальных поражениях мозга возникают модально–неспецифические нарушения памяти?
16. Каким образом у человека исследуется кратковременная и долговременная память?
17. Какие классические методы изучения памяти были разработаны Эббингаузом?
18. Какие закономерности мнестической деятельности отражают “кривые” запоминания и забывания, а также “фактор края”?
19. Как влияет смысловая организация материала на запоминание?

ГЛАВА 5

ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ МЫШЛЕНИЯ, ВООБРАЖЕНИЯ И РЕЧИ

Мышление, как ощущение и восприятие, — психический процесс. Однако в отличие от этих психических процессов чувственного познания, позволяющих познавать внешние стороны предметов и явлений (цвет, форма, размеры, пространственное положение), в процессе мышления происходит получение ***нового знания*** о созерцаемом, т.е. осуществляется проникновение в суть предметов и явлений с раскрытием различных связей и зависимостей между ними. Эти закономерности непосредственно (“наглядно”) человеку не представлены, их надо осмыслить, как бы вывести или вычленить на основе переработки информации, поставляемой чувственным познанием.

С мышлением тесно связано воображение, которое, также как и мышление, *продуктивно*. Подчеркивая связь между мышлением и воображением К.Д. Ушинский говорил, что сильное, деятельное воображение есть необходимая принадлежность ума. В воображении осуществляется возможность в идеальной форме преобразовать прошлый опыт человека с получением ***нового образа или идеи***. Рисунок этого нового в воображении может быть разрушен, создан вновь, заменен в деталях, дополнен и переработан. Воображение, как когда-то его определял И.М. Сеченов, является “небывалой комбинацией бывалых впечатлений”.

Мышление и воображение весь свой материал получают только из одного источника — из чувственного познания. Однако лишь при развитии мышления и воображения психика человека совершает тот качественный скачок, который позволяет снять границы воспринимаемого, представляемого и вспоминаемого. Они позволяют человеку мысленно проникать в микро– и макромир, перемещаться вдоль оси времени от прошлого к далекому будущему. Мышление и воображение расширяют возможности человека в познании мира, так как оперируют не только *первичными* (восприятия) и *вторичными* (представления) образами действительности, но и *абстрактными понятиями*.

В психологии проблемы мышления также тесно связаны с речью. Человеческое мышление и речь протекают на основе общих элементов — слов. Речь присуща только человеку и возникла одновременно с мышлением в процессе общественно-исторического развития его. Животные обладают лишь способностью произносить нечленораздельные, которые могут выражать и передавать их эмоциональные состояния: тревогу, ужас или призыв. Речь возникает с переходом предка человека к трудовой деятельности. С началом регулярного трудового общения у человека возникла способность отражения сложных связей и отношений окружающего мира и выражения своих мыслей при помощи речи. Поэтому вполне естественно, что человеческая мысль связана с речью и ее главным элементом — словом, по происхождению, содержанию и функции. Мышление и речь выступают в единстве — язык есть не что иное как выражение самой мысли.

МЫШЛЕНИЕ

Мышление — психический процесс отражения наиболее существенных свойств предметов и явлений действительности, а также наиболее существенных связей и отношений между ними, что в конечном итоге приводит к получению нового знания о мире.

Выявляя необходимые существенные свойства и связи, отделяя случайное от необходимого, мышление переходит от единичного к общему. Таким образом, всякое мышление совершается в обобщениях. В процессе мышления человеком используются различного рода средства, созданные человечеством с целью проникновения в существенные связи и отношения окружающего мира: практические действия, образы и представления, символы и язык. Все они являются средствами, орудиями мышления, характеризуя его опосредованность ими. Мышление часто обозначают как процесс *обобщенного и опосредованного отражения действительности* в ее существенных связях и отношениях.

Как уже отмечалось, мышление, "думанье" есть только тогда, когда выполняется что-то новое для человека, приводящее к получению новых знаний о мире. Это первая и главная особенность мышления. Как психический процесс мышление разделяется на ряд этапов, каждый из которых может продолжаться разное время. Мышление возникает только тогда, когда человек должен решить какую-либо задачу. Осознание условий задачи — исходный, первоначальный пункт начала процесса мышления, после чего начинается поиск способов решения, а затем осуществляется их проверка. В основе выдвижения решения является мысленное предвосхищение неизвестного и если предположение подтверждается, то тем самым находится и решение задачи.

Другой существенной особенностью мышления является единство его с речью. Мышление не "связано" с языком, а выражено в нем. Выделяя группы предметов или явлений по их наиболее существенным признакам, человек всегда обозначает их словом. Почти каждое слово является понятием и, осваивая язык, человек тем самым овладевает опытом, накопленными многими поколениями людей. Отражение мышлением наиболее существенных связей и отношений, существующих между предметами и явлениями действительности, также обычно совершается в языковых формах.

Источником мыслительной деятельности людей является их реальная жизнь, практика. Труд, учение, игра — любые виды деятельности человека требуют решения мыслительных задач. Практика для мышления, также как для ощущений и восприятия, является критерием истины. Обобщения и выводы, которые делает человек исходя из общих положений, проверяются именно на практике. Практика является и областью применения результатов мышления.

В психофизиологических исследованиях мышления часто используется метод картирования внутрикоркового взаимодействия (Иваницкий, 1990, 1997). В основе метода лежат представления о том, что наличие в спектрах ЭЭГ разных участков коры точно совпадающих частотных пиков, является указанием на наличие в этих областях нейронных групп, работающих в одном ритме и, следовательно, функционально связанных друг с другом. Испытуемым предъявляются различные мыслительные задачи с одновременной записью электрической активности мозга.

Установлено, что простой и достаточно симметричный рисунок связей в покое существенно меняется при умственной работе. Связи начинают сходится к определенным областям коры — фокусам взаимодействия. При образном мышлении фокусы локализуются преимущественно в теменно–височных областях, а при абстрактно-

логическом мышлении — в лобных отделах коры. Связи, подходящие к фокусу, устанавливаются на разных частотах электроактивности, что и лежит в основе образования фокуса. Можно предполагать, что каждая связь приносит к фокусу от других участков мозга свою информацию. В фокусе может осуществляться ее информационный синтез, сходный с таковым при формировании ощущений в проекционных зонах. Основное различие состоит в том, что место сенсорного сигнала здесь могла занять информация, хранящаяся в оперативной памяти (например об условиях решаемой задачи), а ведущая роль в процессах информационного синтеза принадлежала не проекционной, как при возникновении ощущений, а ассоциативной коре.

В фокусе оперативная информация может сопоставляться с информацией из долговременной памяти, сигналами приходящими из мотивационных центров. Субъективно все это переживается как процесс думанья и нахождения ответа. Таким образом одно "кольцо" циркуляции импульсов, как это имело место при ощущении, заменяется здесь множеством колец, которые замыкаются на один структурный центр. Структура фокуса состоит из групп нейронов с разными частотными характеристиками, настроенными на соответствующие одинаковые частоты отдаленных нейронов на периферии.

Операции процесса мышления

Мыслительная деятельность возникает и протекает в виде особых умственных операций (анализа, синтеза, сравнения, абстракции, обобщения, конкретизации и систематизации) с последующим переходом к образованию понятий.

Анализ — мысленное расчленение целого на части. В его основе лежит стремление познать целое глубже путем изучения каждой его части. Различают два вида анализа: анализ как мысленное разложение целого на части и анализ как мысленное выделение в целом его отдельных признаков или сторон.

Синтез — мысленное соединение частей в единое целое. Так же как в анализе, различают два вида синтеза: синтез как мысленное объединение частей целого и синтез как мысленное сочетание различных признаков, сторон, свойств предметов и явлений действительности.

Сравнение — мысленное установление сходства и различия между предметами и явлениями, их свойствами или их качественными особенностями.

Абстракция (отвлечение) — мысленное выделение существенных свойств или признаков при одновременном отвлечении от несущественных свойств или признаков предметов и явлений. Мыслить абстрактно — значит уметь извлечь какой-то момент, сторону, черту или свойство познаваемого объекта и рассмотреть их вне связи с другими особенностями того же объекта.

Обобщение — мысленное объединение предметов или явлений на основе общих и существенных для них свойств и признаков, процесс сведения менее общих понятий в более общие.

Конкретизация — мысленное выделение из общего того или иного частного конкретного свойства или признака, иначе — мысленный переход от обобщенного знания к единичному, конкретному случаю.

Систематизация (классификация) — мысленное распределение предметов или явлений по группам или подгруппам в зависимости от сходства и различий друг с другом (деление категорий по существенному признаку).

Все мыслительные операции (действия) протекают не изолированно, а в различных сочетаниях. Прежде чем стать умственными действиями, они были действиями практическими. В самом деле, прежде чем мысленно "разобрать" или "собрать" конструкцию какой–либо машины, т.е. произвести умственный анализ и синтез, человек должен сделать это практически. Эти главные мыслительные операции анализа и синтеза опираются на все другие мысленные действия —

сравнение, абстрагирование, конкретизацию и так далее. Овладевать мыслительными операциями и развивать мышление важно с раннего детства. В этом отношении очень полезны занятия со строительным материалом, игры типа “конструктор” и другие.

Виды мышления

Можно выделить три основных вида мышления, которые появляются последовательно у ребенка в процессе онтогенеза: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое мышление (*генетическая классификация мышления*). Главным различием между всеми этими видами мышления является характеристика тех психических содержаний (форм), на которые опирается мышление при мыслительных операциях.

Наглядно–действенное (практическое) мышление — вид мышления, которое опирается на непосредственные чувственные впечатления от предметов и явлений действительности, т.е. их *первичный образ* (ощущения и восприятия). При этом происходит реальное, практическое преобразование ситуации в процессе конкретных действий с конкретными предметами. Этот вид мышления может существовать только в условиях непосредственного восприятия поля манипулирования. У ребенка в возрасте до года этот тип мышления преобладает. В зрелом возрасте оно используется для решения задач, возникающих непосредственно в практической деятельности, и применяется при манипулировании предметами, часто методом проб и ошибок (так называемые двигательные пробы).

Наглядно–образное мышление — вид мышления, которое характеризуется опорой на представления, т.е. *вторичные образы* предметов и явлений действительности, а также оперирует наглядными изображениями объектов (рисунок, схема, план). В отличие от наглядно–действенного мышления здесь происходит преобразование ситуации только в плане ее внутреннего (субъективного) образа, но при этом появляется возможность подбора самых необычных и даже невероятных сочетаний, как самих предметов, так и их свойств. Вместе с наглядными образами используются и знания, полученные при обучении и воспитании, но в значительно меньшей степени.

> В процессе индивидуального развития данному уровню развития мышления соответствует появление у ребенка громкой речи как сопровождения фазы ориентировки — описание ситуации вслух сначала для получения помощи от взрослых, затем для организации собственного внимания и ориентировки самого ребенка в ситуации. Речь вначале носит развернутый, внешний характер, а затем постепенно “свертывается”, превращаясь в речь внутреннюю, как основу внутренней интеллектуальной деятельности. Наглядно-образное мышление — база для формирования словесно–логического мышления.

Абстрактно–логическое (отвлеченное, словесное, теоретическое) мышление — вид мышления, которое опирается на абстрактные понятия и логические действия с ними. При всех предыдущих видах мышления мысленные операции осуществляются с той информацией, которую дает нам чувственное познание в виде непосредственного восприятия конкретных предметов и их образов-представлений. Здесь мышление, благодаря абстрагированию, позволяет нам создавать отвлеченную и обобщенную картину ситуации в виде мыслей, т.е. понятий, суждений и умозаключений, которые выражаются словами. Эти мысли, что и элементы чувственного познания, становится своеобразной формой и

содержанием мышления и с ними могут совершаться все основные мыслительные операции.

В психологической литературе иногда проводится разграничение между *теоретическим* и *практическим* мышлением по типу решаемых ими задач. Теоретическое мышление ориентировано на познание законов и правил, а основная задача практического мышления — подготовка физического преобразования действительности (постановка цели, создание плана, проекта). В других случаях основанием для классификации видов мышления является уровень обобщений, с которыми имеет дело мышление: при теоретическом мышлении — это научные понятия, а при эмпирическом мышлении — это житейские, ситуационные обобщения.

По времени протекания, этапности и степени осознанности протекания познавательных процессов выделяют *аналитическое* (логическое) мышление, которое развернуто во времени, имеет четкие и осознанные этапы (осуществляется путем логических умозаключений, постоянно приводящих к правильному пониманию основного принципа, закономерности), в то время как *интуитивное* мышление характеризуется быстротой протекания и малой осознанностью многих его этапов (осуществляется как непосредственное "схватывание" ситуации, своеобразное "усмотрение" решения без осознания путей и условий его получения).

По функциям мышление иногда подразделяют на *творческое* (созидательное), которое ориентировано на поиск оригинального решения задачи, порождение новых идей (оно возможно только в условиях свободы от критики, внешних и внутренних запретов) и мышление *стереотипное*, которое ориентировано на решение типичных задач по заранее усвоенной схеме.

Основные формы абстрактного мышления

Понятия, суждения и умозаключения являются основными формами, с которыми совершаются мыслительные операции при отвлеченном мышлении.

Эти формы мышления являются одновременно предметом изучения, как психологии, так и формальной логики. Следует отметить, что логика исследует мышление только со стороны его результатов, продуктов мышления. Она исследует как бы готовые, имеющиеся мысли и устанавливает определенные соотношения (формулы) между ними. Психология, в отличие от логики, изучает сам процесс мышления, т.е. она исследует, как и почему у человека возникает и развивается та или иная мысль. Таким образом, логика и психология исследуют одну и ту же познавательную деятельность, но с разных сторон и в разных качествах: логика ее изучает преимущественно со стороны результатов, продуктов мышления (понятия, суждения и умозаключения), а психология со стороны процесса их получения. Процесс мышления и его результаты неразрывно связаны и не существуют друг без друга, поэтому психология и логика также связаны и дополняют одна другую.

Понятие — форма мышления, отражающая наиболее общие и существенные признаки, свойства предмета или явления объективного мира, выраженная словом. В понятии как бы соединились (аглютинировались) все представления человека о данном предмете или явлении. Понятие сформировалось в процессе исторического развития человечества и его сущность приобрела характер всеобщности. Значение понятия для процесса мышления очень велико, так как сами понятия и являются той формой, которой оперирует мышление, образуя более сложные мысли — суждения и умозаключения. Умение мыслить — всегда есть умение оперировать понятиями, оперировать знаниями.

Житейские понятия формируются через личный практический опыт. Преобладающее место в них занимают наглядно–образные связи. *Научные понятия* формируются с ведущим участием вербально–логических операций, их определение формируется через родовидовые отличия. В процессе обучения они формулируются

учителем и лишь затем наполняются конкретным содержанием (логическая формулировка предшествует образованию конкретных наглядных связей).

Понятие может быть *конкретным*, когда предмет или явление в нем мыслится как нечто самостоятельно существующее (“книга”, “государство”) и *абстрактным*, когда в нем мыслится свойство предмета или отношения между предметами (“белизна”, “параллельность”, “ответственность”, “смелость”).

Содержанием понятия называется совокупность наиболее существенных признаков предмета, которая мыслится в данном понятии, а совокупность предметов, которая мыслится в понятии, называется ***объемом понятия***. *Увеличение содержания понятия ведет к уменьшению его объема и наоборот.* Так, увеличивая содержание понятия “порок сердца” путем добавления нового признака “ревматический”, мы переходим к новому понятию меньшего объема — “ревматический порок сердца”.

В логических отношениях могут находится только сравнимые понятия. Диагностические ошибки врача могут быть связаны с нарушением логики мышления в понятиях, например о конкретной болезни — чрезмерно широкого или слишком узкого понимания содержания и объема понятия о ней, подменой определения болезни ее описанием с перечислением отдельных симптомов.

Суждение — форма мышления, в которой отражаются связи между понятиями, выраженные в виде утверждения или отрицания. Эта форма существенно отличается от понятия. Последнее отражает совокупность существенных признаков предметов, перечисляет их, а суждение отражает их связи и отношения. Обычно суждение (например: “Роза красная”) состоит из двух понятий — двух терминов суждения: субъекта (от лат. subjektum — подлежащее), т.е. того, относительно чего в суждении что-нибудь утверждается или отрицается и предиката (от лат. praedikatum — сказуемое), т.е. словесного выражения утверждения или отрицания.

В общих суждениях что-либо утверждается или отрицается относительно всех предметов данного класса или группы (например: “Все рыбы дышат жабрами”). В частных суждениях это относится к некоторым представителям класса или группы (например: “Некоторые студенты отличники”). Единичным называется суждение, в котором что-то утверждается или отрицается об одном предмете (например: “Это здание — памятник архитектуры”). Всякое суждение может быть либо истинным, либо ложным, т.е. соответствовать или не соответствовать реальности.

Сложные суждения включают в качестве составных частей другие суждения, связанные между собой особыми логическими связками — конъюнкцией, дизъюнкцией или импликацией.

Соединительное (конъюнктивное) суждение включает другие суждения — конъюнкты, объединяемые связкой “и”. Например: “Натуральная оспа и чума относятся к особо опасным инфекциям”. Истинность соединительного суждения зависит от истинности составляющих всех его конъюнктов.

Разделительные (дизъюнктивные) суждения включают в себя суждения-дизъюнкты, объединяемые связкой “или”. Например: “Снижение интеллекта может быть врожденным или приобретенным”. Как при конъюнкции, так и при дизъюнкции перестановка членов смысла суждения не меняет. Субъект в разделительных суждениях может соединятся с несколькими предикатами. Следует помнить, что при формулировке разделительного суждения необходимо предусмотреть все случаи, имеющие место в действительности, при этом возможность одного случая должна исключать возможность другого.

Условные (импликативные) суждения включают в качестве составных два суждения — антецедент и консеквент, объединяемые связкой “если.., то..”. Например: “Если предохранитель расплавился, то электролампа гаснет”. В этом предложении два суждения. Первое из них “Предохранитель расплавился” называют антецедентом (предшествующим); второе — “Электролампа гаснет” — консеквентом (последующим). Логическая связка “если.., то..” показывает, что явление, о котором идет речь в

предшествующем суждении, выступает условием возникновения, существования или изменения другого обусловленного явления в последующем суждении.

Умозаключение — это форма мышления, посредством которой из одного или нескольких суждений (посылок) выводится новое суждение (заключение). Умозаключение, как новое знание, мы получаем здесь путем выведения из уже имеющихся знаний. Умозаключение — это опосредованное, выводное знание.

Любое умозаключение состоит из посылок, заключения и вывода. Посылками умозаключения являются исходные суждения, из которых выводится новое суждение. Это новое суждение, полученное логическим путем из посылок, называется заключением. А сам логический переход от посылок к заключению и есть вывод. Отношение логического следования между посылками и заключением предполагает связь между посылками по содержанию. Если суждения не связаны по содержанию, то вывод из них невозможен. При наличии содержательной связи между посылками мы можем получить в процессе рассуждения новое истинное знание при соблюдении двух условий: должны быть истинными посылки и должны соблюдаться определенные *правила вывода* — методы мышления.

Методы мышления

Умозаключение является наиболее сложной формой и продуктом мышления. Оно основывается на данных ряда суждений и осуществляется путем рассуждения. Различают три основных метода (способа) получения умозаключений при рассуждении: дедукция, индукция и аналогия.

Дедуктивное умозаключение (от лат. deductio — выведение) — ход рассуждений при получении заключения идет от более общего знания к частному (от общего к единичному), здесь переход от общего знания к частному является *логически необходимым*.

Индуктивное умозаключение (от лат. inductio — наведение) — рассуждение идет от частного знания к общим положениям. Здесь имеет место эмпирическое обобщение, когда на основании повторяемости признака заключают о его принадлежности всем явлениям этого класса.

Умозаключение по аналогии — делает возможным при рассуждении логический переход от известного знания об отдельном предмете к новому знанию о другом отдельном предмете на основании уподобления одного явления другому (от единичного случая к подобным единичным случаям, или от частного к частному минуя общее).

Суждение, как наименьшую единицу логического мышления, выделил Платон. Аристотель, в свою очередь, показал, что только в наиболее общих суждениях, истинных для всех объектов данного класса, могут выражаться законы природы и общества. Он доказал, что если обе посылки частные, то из них нельзя сделать строгого логического вывода. Строгий логический вывод может быть получен только методом дедукции. Например, два суждения: “Драгоценные металлы не ржавеют” (большая посылка) и “Золото — драгоценный металл” (малая посылка), — взрослый человек с развитым мышлением воспринимает не как два изолированных предложения, а как готовое логическое соотношение (*силлогизм*), из которого можно сделать только один вывод — “Следовательно, золото не ржавеет”. Этот вывод не требует непременного личного опыта, т.к. он получен при помощи объективного логического средства — силлогизма. Все другие типы рассуждений, т.е. индукция и аналогия, с точки зрения истинности вывода куда менее ясны. Только силлогизм является истиной основой логического мышления. Благодаря силлогизмам и другим логическим формам, мышление становится доказательным, убедительным и непротиворечивым.

Типы мышления

Построение внутренних представлений о внешних событиях является необходимой предпосылкой способности к мышлению. При наличии внутреннего представления об окружающем мире уже не обязательно выполнять то или иное действие в действительности для того, чтобы судить о его последствиях. Всю последовательность событий можно предвидеть заранее путем мысленного моделирования. Мысленное моделирование событий — сущность мышления.

Первые попытки выделить специфику мышления восходят к *ассоциативному направлению в психологии*, где было показано, что главной особенностью мышления является его целенаправленный и продуктивный характер. В рамках этого направления выделены механически–ассоциативный и логически-ассоциативный типы мышления.

Механически-ассоциативный тип мышления — ассоциации формируются преимущественно по законам смежности, сходства или контраста. Здесь нет и четкой цели мышления, т.е. того особого регулятора, который обеспечивает подбор нужного материала и образование причинно–следственных ассоциаций. Такое "свободное" (хаотически–механическое) ассоциирование можно наблюдать во сне (этим часто объясняется причудливость некоторых образов сновидений), а также при снижении уровня бодрствования (при утомлении или болезни).

Логически-ассоциативное мышление — отличается целенаправленностью и упорядоченностью. Для этого всегда необходим регулятор ассоциаций — цель мышления. Гуго Липман (1904) использовал для обозначения этой цели отвлеченное понятие — "руководящие представления". Они направляют ассоциации, что приводит к подбору (на подсознательном уровне) необходимого материала для формирования смысловых ассоциаций. Руководящие представления являются, по выражению Эрнеста Кречмера (1888-1964), тем магнитом, который держит родственные представления в поле сознания. Такого рода мышление требует апперцепции с определенной установкой внимания на цель мышления.

Наше обычное мышление состоит как из логически-ассоциативного (апперцептивного), так и механически–ассоциативного мышления. Первое мы имеем при концентрированной интеллектуальной деятельности, второе — при утомлении.

Влияние эмоций на мышление

Логическое мышление всегда отвечает требованиям реальности — оно детерминировано внешними (реальными) условиями жизни и деятельности человека. Однако мышление легко подвержено аффектам, установкам и верованиям человека, что может вносить искажения в протекание мыслительных операций, приводить к нарушению формально–логических законов мышления — паралогизмам. Паралогизмы особенно часто встречаются у лиц с излишней эмоциональностью и возбудимостью. Им свойственно субъективно объединять несопоставимое, допускать подмену одних понятий другими, что на житейском языке часто обозначают как "женская логика".

Все это позволило немецкому психологу Генриху Майеру (Maier, 1908) выделить, наряду с "судящим" (рассуждающим, собственно логическим) мышлением, таких видов интеллектуальной деятельности человека, которые тесно связаны с его эмоционально-мотивационной сферой. Для обозначения этого типа мышления в психологии применяется ряд сходных названий: "эмоциональное", "аффективное", "кататимное", "аутистическое", "паралогическое" мышление. Это

алогичное мышление, т.е. мышление, для которого логика или какие-то регулярные правила движения мысли не являются сколько-нибудь важными и тем более обязательными. Здесь имеет место грубое противоречие идей не только с действительностью, но и противоречие мыслей между собой, т.е. с точки зрения логики они абсолютно бессмысленны. Игнорируются не только логические, но и временные отношения. Полагают, что аутистическое мышление берет начало в возрасте двух–трех лет, с появлением у детей способности фантазировать.

Аутистическое мышление. Еще клиницистами помечено, что одним из важнейших симптомов некоторых психических заболеваний является преобладание внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира "в себя" (аутизм). Более тяжелые случаи сводятся к грезам, где все мышление детерминируется только внутренними условиями — глубинными эмоциями и желаниями. Если логическое мышление каким-нибудь образом ослабляется, то аутистическое мышление получает относительный или абсолютный перевес, изображая наши желания осуществленными, уводя в мир грез и создавая иллюзорное (в отличие от реалистического) удовлетворение своих потребностей (Эйген Блейлер, 1926).

Небольшая степень аутизма, возможно, с пользой могла бы быть привнесена в реальную жизнь, представляя цели более желанными для человека, чем они есть на самом деле. В целом, конечно, акты аффективного (кататимного) мышления достаточно широко присутствуют в жизни. Аффекты и стремления прокладывают мыслям путь или тормозят их, способствуют даже совершению без должного размышления выбора между различными возможностями в поступках и решениях.

Практически между обычным и кататимным мышлением нет резкой границы, так как в наше обычное мышление достаточно легко проникают аффективные компоненты. Э. Блейлер полагает, что удивительное сходство от человека к человеку символики сновидений, а от народа к народу — символики их мифологии, обусловлено общими для всех людей природно–биологическими закономерностями течения аффективных процессов у человека, которые и порождают это общее всем людям направление идей.

Религиозное мышление. Находится в генетической связи с мистическим и в историческом плане формируется позднее. В своей повседневной активности религиозное мышление признает существующий порядок вещей, согласуется с требованиями реальности и логики. Закономерности объективного мира рассматриваются, однако, не как природные, естественные, а считаются выражением трансцендентальных сил, стоящих вне и над природой. Верующий убежден, что все в этом мире подвластно всезнающему и всемогущему богу, в том числе и судьба человека. Он осознает себя песчинкой, ничтожеством, полностью зависимым от провидения. В ряде религий допускается существование потустороннего мира, жизни и воздаяния после смерти.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АСИММЕТРИЯ МОЗГА И МЫШЛЕНИЕ

В 1972 году американский врач Орнстайн провел первые психологические наблюдения за людьми, у которых было пересечено мозолистое тело. Оперативное вмешательство было вынужденным — оно избавляло больных от некоторых тяжелых болезней. Операция приводила к тому, что оба полушария мозга стали действовать практически независимо. Тонкие эксперименты позволили специалистам накопить немало сведений о роли каждого из полушарий мозга в процессах мышления.

Мышление у человека процесс единый, но в нем одновременно участвуют оба полушария. Предпосылки к функциональной асимметрии головного мозга передаются генетически, но сама она, как и тесно связанная с ней речь, окончательно формируется лишь в социальном общении. При этом в зависимости от конкретных условий может сложится относительное доминирование лево– или правополушарного мышления.

В левом полушарии находится речевой центр, а появление речи невозможно без образования понятий, поэтому понятийное мышление, чтение и счет соотносится более с функциями левого полушария. “Левополушарное” мышление является дискретным и аналитическим, т.к. оно обеспечивает логически непротиворечивый анализ предметов и явлений по определенному числу признаков. Благодаря этому формируется внутренне непротиворечивая модель мира, которую можно выразить в словах (вербально) и других условных знаках.

В правом полушарии возникают целостные чувственно–эмоциональные образы окружающего мира, оно более ответственно за наглядно-образное мышление. Правополушарные образы и действия с ними не находят прямой вербализации, их словесное описание затруднено, но благодаря возможности одномоментного “схватывания” многочисленных свойств объекта в их взаимосвязи с другими объектами обеспечивает многозначность восприятия, что является существенным для творческой деятельности. Сновидения, интуиция, озарение, догадка, поэтический образ — порождения правого полушария.

Возможно, что в прошлом у человека правостороннее мышление играло большую роль, чем в настоящее время. Крупнейший специалист по первобытному мышлению Люсьен Леви–Брюль (Levy–Bruhl) еще в 1910 году на основании исследования некоторых народностей, которые еще не знали металлов, и их цивилизация напоминала общественный строй каменного века, отметил существенные отличия мышления аборигенов от мышления европейцев.

Первобытное мышление было иначе ориентировано и обнаруживало полное безразличие к противоречиям, которых не терпит наш разум. Оно без всяких затруднений допускает, что одно и то же существо может в одно и то же время пребывать в двух или нескольких местах. Это мышление обращает внимание исключительно на мистические причины, действие которых оно чувствует повсюду. Все это позволило Леви–Брюль назвать такое мышление паралогическим. Хотя логика в паралогическом мышлении, конечно, есть (без этого феномен мышления невозможен), но она во многом отличается от той логики, к которой мы привыкли.

Общим принципом здесь являлся принцип *партиципации* (сопричастности), т.е. в представлениях первобытного мышления все предметы, существа и явления могли быть непостижимым для нас образом, одновременно быть и самим собой и чем-то еще иным. Таким образом, причинные связи тут совсем не те, которые обычно выделяются левополушарными механизмами, а те, которые носят мистический характер, вытекающий из принципа сопричастности. Приходится лишь удивляться тому, как Леви-Брюль сумел угадать в конце 20 годов, что в паралогическом мышлении ярко проявляются те механизмы восприятия мира, которые диктуются особенностями правого полушария (Поспелов Д.А., 1989).

СТРАТЕГИИ МЫШЛЕНИЯ И РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМНЫХ СИТУАЦИЙ

Мышление имеет целенаправленный характер. Необходимость в мышлении возникает прежде всего тогда, когда человек сталкивается с новыми целями, новыми проблемами и новыми условиями деятельности. Мышление и решение задач тесно взаимосвязаны, но отождествлять их нельзя. Действительно, решение задач осуществляется с помощью мышления, но мышление необходимо и для самой постановки задачи, для осознания новых проблем.

Различают проблемную ситуацию и задачу. Проблемная ситуация означает, что в ходе деятельности человек натолкнулся на что-то непонятное, тревожное. Задача появляется из проблемной ситуации, тесно связана с ней, но отличается от нее. Расчленение данного (известного) и неизвестного (искомого) выражается в словесной формулировке задачи.

Существует ряд факторов, обеспечивающих полноценное протекание интеллектуальной деятельности при решении задач:

1) Установление логического отношения между условиями задачи и поставленным вопросом. Решить задачу — значит преобразовать условия так, чтобы обнаружилось искомое отношение.

2) Предварительная ориентировка в условиях задачи, предполагающая возможность одновременного обозрения всех составных элементов условия, которые позволяют создать общую схему решения задачи. Мы решаем задачу на основе всех своих знаний о ее предмете, а не только тех сведений, которые изложены в условиях. Но среди всего богатства знаний нужно отобрать такие, которые имеют значение для решения данной задачи.

3) Переформулировка условий и категориальные обобщения. Каждая конкретная задача является частным случаем более общей ситуации. Чтобы найти общие закономерности, применимые к данной конкретной задаче, задачу эту следует переформулировать и привести в обобщенный вид. При обобщенной формулировке задачи искомое отношение становится более очевидным. Это дает возможность найти общий принцип решения. Следующим шагом является перенесение его на данные конкретные условия.

4) Преодоление функциональной ригидности. Как правило, поставленную задачу человек пытается решить привычным, стандартным способом. В случае, когда данный способ оказывается непригодным, следует отказаться от него и искать иной путь решения, а не “зацикливаться” на нем.

5) Сличение результатов действия на каждом этапе решения с исходными условиями. Если решение задачи осуществляется в несколько этапов, ошибка может быть допущена на любом из них. Важны своевременное обнаружение ошибки и их коррекция.

Решение проблем, как и другие задачи мышления, в значительной степени опираются на долговременную память и на усвоенные ранее понятия, которые в ней хранятся. Для ограничения поля выдвигаемых гипотез и управления очередностью их перебора в поиске решения проблемы человеком используются специальные приемы (стратегии) мышления:

1) случайный перебор — метод проб и ошибок, где поиск решения ведется не систематично, случайным выбором вариантов решения проблемы;

2) рациональный перебор (*конвергентное мышление*) — здесь имеет место отсечение более вероятных неверных направлений поиска решения проблемы;

3) систематический перебор (*дивергентное мышление*) — происходит веерообразная проверка всех возможных вариантов решения данной проблемы.

Известно, что многие из известных ученых приходили к своим открытиям, проходя четыре этапа: подготовки, инкубации, инсайта и проработки (Wallas,1926).

На этапе *подготовки* (первый этап) подбирается вся относящаяся к проблеме информация. Происходит непрерывное сканирование памяти, а имеющаяся мотивация направляет этот поиск.

На этапе *инкубации* (второй этап) создается пауза, необходимая для анализа ситуации. Эта пауза может занимать достаточно длительное время — часы, дни. Поиски решения проблемы временно откладываются, а исследователь даже занимается другими делами.

За этим, во многих случаях, следует этап озарения, т.е. *инсайт* (третий этап) — здесь решение внезапно как бы приходит само собой. На этом этапе происходит своеобразная подсознательная самоорганизация материала проблемной ситуации (у некоторых ученых это происходило порой во сне или при засыпании).

Конечно, найденное решение может оказаться ошибочным, поэтому необходим следующий этап — этап детальной *проработки* проблемы (четвертый этап), т.е. проверки ее решения и дальнейшей детализации.

Для активизации мышления можно применять специальные формы организации мыслительной деятельности: “мозговой штурм” (брейнсторминг), метод синектики, метод морфологического анализа, метод контрольных вопросов и другие. Все они являются предметом специального исследования в социальной психологии (см. “Эффективность деятельности группы”)

Индивидуальные особенности мышления

Все выше указанные различия в мыслительной деятельности людей (вид, тип и стратегии мышления) определяют индивидуальные особенности мышления каждого конкретного человека. Они складываются в процессе жизни, деятельности и в значительной мере обусловлены условиями обучения и воспитания. Имеют значение и типологические свойства высшей нервной деятельности человека, его аффективной сферы, особенности функционального межполушарного взаимодействия. Индивидуальные особенности мышления определяют такие интегральные его характеристики как широта и глубина мышления, его последовательность, гибкость, самостоятельность и критичность. Перечисленные особенности мышления у разных людей сочетаются и выражены по-разному, что и характеризует индивидуальные особенности их мышления в целом.

Широта ума проявляется в кругозоре человека и характеризуется разносторонностью знаний, умением мыслить творчески и рассматривать любой вопрос в многообразии его связей с другими явлениями, способностью к широким обобщениям.

Глубина ума выражается в умении проникать в сущность вопроса, умении увидеть проблему, выделить в ней главное и предвидеть последствия решения. Качеством, противоположным глубине мышления, является поверхностность суждений и умозаключений, когда человек обращает внимание на мелочи и не видит главного.

Последовательность мышления выражается в умении устанавливать логический порядок в решении различных вопросов. Быстрота мышления — это умение быстро оценивать ситуацию, быстро обдумывать и принимать решения, легко переключаться на решение разных задач.

Гибкость мышления выражается в свободе его от сковывающего влияния бытующих стереотипов, способность находить нетрадиционные способы решений в зависимости от изменений обстановки.

Самостоятельность мышления выражается в умении человека выдвигать новые вопросы и задачи, находить новые пути их решения самостоятельно, без посторонней помощи; оно лишено податливости внушающему постороннему влиянию.

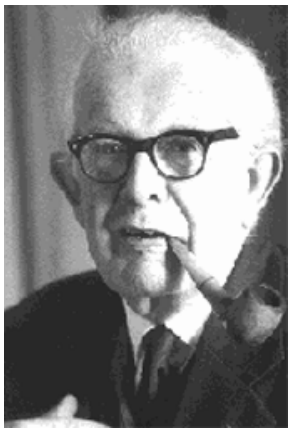
Критичность мышления — это умение человека объективно оценивать свои и чужие суждения, умение отказаться от своих не соответствующих действительности высказываний, подвергать критическому рассмотрению предложения и суждения других людей.

Развитие мышления в онтогенезе

Исследованиями детской психологии мышления длительное время занимался швейцарский психолог Жан Пиаже (Piaget J., 1966). Он рассматривал развитие мышления как самопроизвольный, закономерно совершающийся переход от внешних действий к внутренним мыслительным операциям. В исследованиях Ж. Пиаже и его психологической школы показано качественное своеобразие

детского мышления, особая детская логика, отличная от взрослой, и прослежено, как мышление ребенка постепенно меняет свой характер по мере взросления.

В самом раннем возрасте ребенок вынужден двигательно реализовывать каждое действие, чтобы решить стоящие перед ним задачи. В этот период действия его еще максимально развернуты, они содержат много видимых компонент. С возрастом они видоизменяются под влиянием *свертывания*: компоненты действия качественно преобразуются и уменьшается их число. На некотором этапе возрастного развития становится возможным их *погружение* и превращение в мыслительные операции (*интериоризация*). Таким образом, сначала ребенок познает мир в действиях, затем — в образах, далее у него формируется символическое представление о мире через язык и абстрактное мышление.



Пиаже Жан
(1896–1980)

Ребенок имеет определенные *схемы действий,* позволяющие ему решать разнообразные познавательные задачи. Схемы — это способы обработки информации. Эти схемы действий относительно просты у младенца (сенсомоторные схемы или действия) и достаточно сложны у подростка (когнитивные схемы, которые больше напоминают понятия), но в любом случае им используются два основных механизма — ассимиляции и аккомодации.

При *ассимиляции* новая задача при ее решении "подгоняется" под уже имеющиеся выработанные схемы решения и новая проблемная ситуация включается в их состав, наличные схемы действия не меняются. При *аккомодации* схемы действий меняются так, чтобы их можно было применить к новой задаче. В процессе приспособления к новой проблемной ситуации ассимиляция и аккомодация объединяются, их сочетание дает *адаптацию.* Завершает адаптацию установление *равновесия,* когда требования среды (задачи) и схемы действий ребенка приходят в равновесие. Интеллектуальное развитие, по Ж. Пиаже, стремится к стабильному равновесию.

На каждом возрастном этапе равновесие нарушается и восстанавливается на качественно высоком уровне. Полная логическая уравновешенность достигается только в возрасте подростка на уровне формальных операций. Интеллект, таким образом, обладает адаптивной природой. Кроме того, можно говорить и деятельной природе интеллекта, т.к. объекты мира познаются первоначально ребенком через действия с ними — собственно интеллектуальная деятельность производна от материальных действий, ее элементы представляют собой интериоризированные действия.

Пиаже выделяет 4 стадии когнитивного развития детей: сенсомоторную, дооперационального интеллекта (с фазами символически–предпонятийного и интуитивно–наглядного мышления), конкретных операций и формальных операций.

1. Стадия сенсомоторных операций (сенсомоторный интеллект) — действия с конкретным, чувственно воспринимаемым материалом: предметами, их изображениями, линиями, фигурами разной формы, величины и цвета. Эта стадия продолжается у детей до 2 лет и свободна от пользования языком и отсутствуют представления. Все поведение и интеллектуальные акты ребенка сосредоточены на координации восприятия и движений (отсюда название "сенсомоторный"), идет формирование "сенсомоторных схем" предметов, формируются первые навыки и устанавливается константность восприятия.

Понятие сенсомоторного интеллекта является одним из основных в теории развития интеллекта Ж. Пиаже. В этот доречевой период жизни ребенка его поведение строится на основе координации восприятия и движения:

1) стадия рефлексов (в ходе их развития изменяются сами способы включения новых объектов в уже существующие схемы действий);
2) стадия элементарных навыков — 1-4 мес. (становление первичных круговых реакций, т.е. повторяющихся самоподкрепляющих действий, появление новых способов включения объектов в схемы действий);
3) стадия вторичных круговых реакций — 4–8 мес. (отделяет действие от эффекта, получает удовольствие от результата);
4) стадия практического интеллекта — 8–12 мес. (первые попытки самостоятельного поиска средств достижения эффекта действия, т.е. цели);
5) стадия третичных круговых реакций — 12–18 мес. (начинает активно экспериментировать, изменяя действие с целью получения нового результата);
6) завершение сенсомоторного периода — 18–24 мес. (появляется такая форма поведения, как *инсайт*, т.е. внезапное усмотрение решения без внешних двигательных проб, переход к решению задач с помощью *представлений*, начало *интериоризации* схем интеллекта).

2. Стадия дооперационального интеллекта (2-7 лет) — характеризуется сформированной речью, представлениями, интериоризацией действия в мысль (действие замещается каким-либо знаком: словом, образом, символом). Если раньше ребенок производил различные внешне действия, чтобы достичь цели, то теперь он уже может комбинировать схемы действий в уме и внезапно приходить к правильному решению.

Эту стадию развития интеллекта иногда называют *репрезентативным интеллектом* — мышление с помощью представлений. Сильное образное начало при недостаточном развитии словесного мышления приводит к своеобразной детской логике. На этапе дооперациональных представлений ребенок не способен к доказательству, рассуждению. Овладение понятиями и логикой у детей формируется постепенно — в процессе оперирования предметами и при обучении.

Примерно до пятилетнего возраста суждения у детей о предметах единичные, поэтому они категоричны и относятся к наглядной действительности, все сводится ими к частному, знакомому и известному. Большинство суждений — это суждения по сходству и аналогии. Отсутствует цепь суждений — рассуждение, а самая ранняя форма доказательства — пример.

В возрасте 6 лет ребенок уже хорошо мыслит образно (внутренне экспериментирует представлениями), но не в состоянии применить приобретенную схему действия с конкретным предметом к отдаленным предметам, к их множествам, т.к. не владеет еще в полной мере логическими операциями.

Все особенности ранней (допонятийной) формы мышления Ж. Пиаже объясняет присущим маленьким детям феномена *детского эгоцентризма*. Часто последний не совсем точно определяют как представление ребенка, что все вокруг имеет к нему отношение. Хотя, действительно, с самого рождения ребенок склонен воспринимать мир как свое продолжение, имеющее смысл только в плане удовлетворения потребностей. Однако в данном случае речь идет о субъективном восприятии, препятствующем различению связей между самим ребенком и внешними объектами. В силу этого ребенок не попадает в сферу своего собственного отражения, не может “посмотреть” на себя со стороны. Эгоцентризм — особая интеллектуальная позиция ребенка. Он еще не способен свободно производить преобразования систем отсчета, начало которой жестко связано с ним самим, с его “Я”. Все это не позволяет детям до 5 лет правильно понимать ситуации, требующие принятия чужой позиции, координировать разные точки зрения.

Эгоцентрическая позиция ребенка хорошо прослеживается в эксперименте с макетом гор. Горы выглядели по-разному с разных точек зрения. Ребенок видел

горы с одной стороны и из нескольких фотографий мог выбрать ту, которая соответствовала его реальной точке зрения. Но когда его просили найти фотографию с видом, открывающимся перед куклой, сидящей напротив, он снова выбирал “свой” снимок. Он не мог представить себе, что у куклы другая позиция и она видит макет по-другому. Наиболее яркими примерами эгоцентризма детского мышления являются всем известные факты, когда дети при перечислении членов своей семьи себя в их число не включают. Пока эгоцентризм не преодолен, у ребенка не возникает понимания обратимости и симметричности отношений (“Если я тебе брат, то и ты мне брат”).

> *Эгоцентризм* — общая характеристика детского мышления, проявляющаяся на каждом периоде развития. Эгоцентризм усиливается, когда в ходе развития ребенок сталкивается с новой областью познания, и ослабевает по мере того, как он постепенно ее осваивает. Приливы и отливы эгоцентризма соответствуют той последовательности, в которой нарушается и восстанавливается равновесие. Ж. Пиаже различает три основных уровня эгоцентризма:
>
> 1) отсутствие различения субъекта и объекта ребенком до 1,5 лет;
> 2) недостаточное различение своей и чужой точки зрения ребенком до 7–8 лет, что порождает такие особенности мышления дошкольника как синкретизм или анимизм;
> 3) вера подростка в безграничные возможности собственного мышления и способность преобразовать окружающий мир (11–14 лет).

3. Стадия конкретных операций (8-11 лет) — характеризуется осознанием обратимости и симметричности отношений за счет преодоления эгоцентризма. Этап конкретных операций связан со способностью к рассуждению, доказательству, соотнесению разных точек зрения. Логические операции, тем не менее, нуждаются в опоре на наглядность, не могут производится в гипотетическом плане (поэтому они названы конкретными). Все логические операции зависят от конкретных областей применения. В частности, ребенок уже может образовывать из конкретных предметов, как отношения, так и классы. Если в 7 лет ребенку удается расположить палочки по их длине, то лишь в 9,5 лет он подобную операцию делает с весами тел, а с объемами — только в 11-12 лет. Логические операции еще не стали для ребенка генерализованными.

4. Стадия формальных операций (12-15 лет) — подросток освобождается от конкретной привязанности к объектам, данным в поле восприятия, что характеризует завершение формирования логического мышления. Подросток приобретает возможность мыслить так же как взрослый человек, т.е. мыслить гипотетически, дедуктивно. Для этой стадии характерно оперирование логическими отношениями, относительными понятиями, абстракцией и обобщениями. По мнению Пиаже, появление мыслительных операций второго порядка, которые уже не связаны с конкретными представлениями и умение оперировать логическими отношениями указывает на сформированность логического мышления. Постепенно становится возможной и рефлексия по поводу собственных мыслей.

Вступление подростка в этап формальных логических операций вызывает у него гипертрофированное тяготение к общим теориям, стремление к “теоретизированию”, что, по мнению Ж. Пиаже, является возрастной особенностью подростков. Для подростков общее становится важнее и существеннее частностей, они тяготеют к созданию своих собственных теорий в политике или философии. Силлогизмы становятся основой операций логического мышления в этом возрасте.

Понятийное мышление приходит на смену допонятийного мышления постепенно, через ряд промежуточных стадий. Л.С. Выготский (1982) выделял 5 этапов в переходе к формированию понятий:

1) ребенку 2-3 года — яркий синкретизм (операция, заменяющая ребенку анализ и синтез), который проявляется в том, что при просьбе положить вместе похожие предметы, ребенок складывает вместе любые из них, считая, что те, которые положены рядом, и есть подходящие;

2) ребенку 2-6 лет — в классификации предметов появляются цепочки попарного сходства, т.е. есть он показывает элементы объективного сходства двух предметов, но уже третий предмет может отличаться от двух предыдущих;

3) ребенку 7-10 лет — может объединить группу предметов по сходству, но еще не может осознать и назвать главные признаки всей группы;

4) ребенку 11-14 лет — появляется понятийное мышление, но еще несовершенное, поскольку первичные понятия сформированы на базе житейского опыта и не подкреплены научными знаниями;

5) юношеский возраст — использование теоретических положений позволяет выйти за рамки житейского опыта и правильно определить границы класса-понятия.

По мнению многих психологов формирование логики также обычно требует специального обучения. Еще в 30-е годы А.Р. Лурия (1970) отметил, что операции получения логических выводов из посылок не для всех людей носят универсальный характер. В частности, в его исследованиях неграмотные крестьяне юга из отдаленных кишлаков не могли сделать вывод из двух посылок: “На далеком Севере, где снег, все медведи белые” и “Новая Земля — на далеком Севере, и там всегда снег”. На вопрос о цвете медведей на Новой Земле, крестьяне часто отвечали, что они там не были и этого не знают. Сходным образом, т.е. изолированно, рассматривают обе посылки и маленькие дети. Лишь в процессе обучения они получают эту возможность.

Ж. Пиаже полагает, что стадия формальных операций достигает у человека полного расцвета к 14-15 годам, однако другие исследователи показали, что только часть людей (в среднем лишь 25-50%) действительно могут мыслить абстрактно. По-видимому, развитие формального мышления зависит не только от уровня образования человека, но и его жизненного опыта, мотивации и интересов.

Исходя из теории Ж. Пиаже, Джером Брунер пересмотрел некоторые его представления об интеллектуальном развитии. Развитие складывается не просто из ряда стадий, оно предполагает последовательное овладение ребенком тремя сферами представлений — действием, образом и символом (словом). Это одновременно и способы познания окружающего мира. Каждый способ по разному отражает события и соответственно накладывает сильный отпечаток на поведение и психику. Дж. Брунер не дает жесткой периодизации интеллектуального развития, но важны все три сферы представлений, сохраняющиеся и у взрослого человека. Богатство интеллекта определяется наличием развитых представлений — действенных, образных и символических.

Исследование мышления

Уже в ходе целенаправленной беседы мы можем оценить особенности мыслительного процесса у больного, вникнуть в сущность отдельных операций, выявить клинически очерченные нарушения течения ассоциаций или патологические идеи (бредовые, сверхценные, навязчивые). Следует обращать внимание на темп мышления, активность выполнения мыслительных операций. При ускорении мышления оно характеризуется повышенной отвлекаемостью, поверхностностью ассоциаций, легкостью переключения с одной темы на другую, “скачкой идей”. В случае замедленности процессов мышления больные медленно

переходят от одного суждения к другому, умозаключения формируются замедленно, ассоциации возникают с трудом, переключение с одной темы на другую затруднено.

Кроме опроса и оценки поведения в исследовании мышления имеют большое значение экспериментально–психологические методы. Следует, однако, отметить, что без знания личностных особенностей больного правильная оценка результатов экспериментального исследования мышления весьма затруднительна. Существует большое число экспериментально–психологических методов, с помощью которых можно исследовать различные аспекты нарушения мышления.

Темп и течение ассоциаций. С физиологической точки зрения исследование ассоциаций есть не что иное, как исследование образованных в прошлом жизненном опыте временных связей. Они воспроизводятся под действием слов–раздражителей и выражаются в речевых реакциях. Эта методика пригодна для изучения скорости образования ассоциативных связей (темпа мышления), развитости процессов обобщения и отвлечения, а также других особенностей мышления и личности в целом. Разработано достаточно много вариантов проведения ассоциативного эксперимента. Френсис Гальтон и Карл Юнг — первые психологи, которые использовали ассоциативный эксперимент для обоснования своих психологических концепций.

В наиболее распространенном классическом варианте ассоциативного эксперимента больному предлагается на каждое предложенное экспериментатором слово сразу отвечать одним первым пришедшим на ум другим словом (Полищук И.А., Видренко А.Е., 1980).

Обычно предлагается набор из 20-60 слов: фиксируется ответ, а также время между словом исследователя и ответной реакцией больного (латентный период, равный в норме 1,5-2 сек). По качеству ответов все речевые реакции можно разделить на высшие, низшие и атаксические.

Высшие речевые реакции могут быть: 1) общеконкретными с характеристикой качества предмета или явления (“стол–деревянный”, “лето–жаркое”), ассоциации по контрасту (“верх–низ”), смежности (“трамвай–рельсы”) или другой конкретной взаимосвязи; 2) индивидуально-конкретными (“брат–мой”, “город–Архангельск”); 3) абстрактными, т.е. называется родовое понятие по отношению к слову–раздражителю (“соловей–птица”, “квас–напиток”).

Низшие речевые реакции включают следующие варианты: 1) ориентировочные (вместо ответа больной задает вопрос: огонь — “где?”, “какой?”); 2) отказные (“не знаю”, “не могу” и т.п.); 3) созвучные (в рифму: “оса–коса”, “брат–брать”); 4) экстрасигнальные (ответ не связан со словом-раздражителем, но связан с предметом или явлением в сфере восприятия больного: слышит шум дождя за окном и на слово “жена” отвечает “дождь”); 5) междометные (“ой”, “ох”, “ну”); 6) персеверирующие (на 2,3 и более слов-раздражителей отвечает одним и тем же словом); 7) эхолалические — повторение слова раздражителя или повторение с добавлением ответа (“дом” — “дом”, “сад” — “сад большой”).

Атаксические речевые реакции возникают без всякой улавливаемой смысловой или формальной связи со словом-раздражителем, что чаще наблюдается у больных шизофренией (“еда–ухо”, “врач–керосин”).

При обработке результатов обращают внимание на скорость образования ответных реакций: высчитывается средний латентный период, а также величина его вначале (первые 5 слов) и в конце (последние 5 слов) опыта. Качественный анализ осуществляется путем сравнения оценок с оценками, полученными в группе здоровых лиц. В норме речевые реакции должны составлять не менее 98% всех ответов, а среди них общеконкретные — 68–72%, индивидуально–конкретные — 8–12%, абстрактные — 20%. Низшие, атаксические и многословные ответы в норме отсутствуют.

Классификация — операция процесса мышления, которая требует умения выделять существенные признаки предметов. Методика классификации предметов по группам впервые была предложена K. Goldsten (1920). В нашей стране

модифицировалась Л.С. Выготским (1934), Б.В. Зейгарник (1958). Она применяется для исследования процессов обобщения и отвлечения, практически используется почти при каждом психологическом исследовании в психиатрической клинике.

Методика направлена первоочередно на исследование мышления (процессов обобщения и абстрагирования, последовательности умозаключений и тому подобное), но она также дает также возможность анализа критичности и обдуманности действий больного, объема и устойчивости его внимания, личностных реакций на свои достижения и свои неудачи.

Метод применим для исследования детей и взрослых любого образовательного уровня. Однако для исследования детей до 3–4 класса школы и малограмотных взрослых, часть карточек следует исключить (измерительные приборы, учебные пособия). В любом случае пациенту предлагается рассортировать (классифицировать) с обоснованием своего решения 70 карточек с цветными и черно–белыми изображениями различных предметов, людей, животных, растений.

На начальном этапе обследуемый более или менее самостоятельно образует группы: одежда, мебель, орудия труда, люди и измерительные приборы. Затем ему предлагается образовать более крупные группы — животных, растений и неодушевленных предметов. Именно этот этап исследования уже будет характеризовать способность испытуемого к обобщениям более высокого уровня.

Методика позволяет выявить *снижение процесса обобщения*, которое характерно для больных олигофренией и эпилепсией. В этих случаях в результатах выполнения методики отражается конкретно–ситуационный характер решений при классификации, излишняя детализация выделяемых групп. Конкретное мышление, которое характерно для олигофрении, определяется в случаях, когда испытуемый объединяет предметы в сугубо конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом, “потому, что пальто висит в шкафу”).

Склонность к *детализации*, что характерно при эпилепсии, определяется в случаях, когда испытуемый выделяет группы правильно, но слишком их дробит (например, “одежда домашняя и одежда на выход”, “мебель мягкая и мебель кухонная”). От излишней детализации следует отличать такое выполнение задания, когда групп также много, но это связано не с дроблением, а наличием *одноименных групп*. Это уже будет проявлением забывчивости, рассеянности, сужении объема внимания, что бывает при сосудистых и иных органических болезнях мозга.

Методика весьма чувствительна к выявлению специфических нарушений мышления, характерных для больных шизофренией: искажения процессов обобщения, актуализации случайных ассоциаций, разноплановости мышления и некоторых других. Главное, что можно отметить в этих случаях, заключается в том, что больные начинают складывать одни группы чрезвычайно обобщенно, а другие группы — чрезмерно детально. Уже только это можно расценивать как *непоследовательность мышления*, которая чаще всего бывает при шизофрении. Подобное явление иногда можно встретить при органических болезнях мозга, но только в период обострения психопатологических расстройств.

Важно заметить и возможную *разноплановость мышления* со своеобразной причудливостью рассуждений больных при выполнении классификации. Например, наряду с совершенно правильными решениями (верно собирает группы “мебель”, “люди” или “измерительные приборы”), больной вдруг откладывает предметы, которые ему почему–то ему не нравятся или, напротив, чем–то привлекательны. Причудливость при этом проявляется в необычности основания для классификации. Например один из больных вдруг выделил группу предметов, которые имеют, по его мнению, “острые окончания” в своих названиях. Это свидетельствует о том, что

ему доступны сложные обобщенные суждения, но он, одновременно, допускает ошибки, которые связаны с растекаемостью и разноплановостью его мышления. Такого рода нарушения мышления характерны для больных шизофренией. Здесь больной при классификации, наряду с актуализацией обычных и обусловленных всей его прошлой жизнью признаков предметов, используют также малосущественные, или, как принято говорить, *латентные признаки предметов.*

Существует ряд модификаций методики классификации: классификация геометрических фигур, специальные задания на исключение понятий, выделения существенных признаков предметов.

Методика "Исключение предметов (понятий)" — оценивается способность разграничивать разнородные понятия. Испытуемый должен исключить из группы "лишний" из четырех или пяти предметов (например: "стол, стул, кровать, пол, шкаф"; "дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий"). Иногда специально вводят в задание карточки с рисунками (словами), где нельзя провести такого рода исключение и обобщение. Здоровые обследуемые в таких случаях заявляют, что задание невыполнимо, а больные шизофренией с легкостью объединяют в группу предметы, используя "слабый", латентный признак того или иного предмета.

Методика "Выделение существенных признаков предметов (понятий)" — позволяет судить о качестве понимания главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Предлагаются задания, где испытуемый должен выделить существенные признаки ключевого понятия, подчеркнув признаки без которых данное понятие не существует (например, "*Сад*: растения, садовник, собака, забор, земля " или "*Река*: берег, рыба, рыболов, тина, вода").

Понимание переносного смысла пословиц. Для изучения процессов абстрагирования можно больному предложить задания на понимание переносного смысла пословиц или понимания содержания сюжетных картин и коротких рассказов (в том числе с нелепостями). Здесь существенную роль в общей оценке результатов играет отношение обследуемого к допускаемым ошибкам — замечает ли он их самостоятельно, а может лишь только с помощью экспериментатора. Требуется знать при этом как он мотивирует ошибочные решения и насколько они доступны коррекции.

Формирование искусственных понятий (двойной стимуляции методика). Впервые метод был предложен N. Ach (1921), затем модифицирован Л.С Сахаровым (1930) в соответствии с концепцией Л.С. Выготского (1956). Испытуемому предлагается два ряда стимулов: один ряд играет роль объекта, на который направлено поведение, другой — роль знака, с помощью которого поведение организуется. Например, имеется набор объемных геометрических фигур, различных по форме, размерам и цвету. На обратной стороне фигур написаны незнакомые испытуемому слова ("окс", "нур" и др.). Требуется после нескольких проб найти все фигуры с данными словами. Обращают внимание на то, сколько понадобилось таких проб, чтобы у испытуемого сформировалось искусственное понятие, то есть признак, по которому осуществлялся выбор. Иногда, правильно распознавая фигуры, обследуемый не может правильно назвать их общие признаки, что может свидетельствовать о слабости процессов обобщения и отвлечения на вербальном уровне. Таким образом, предметом изучения в данном эксперименте становится не только процесс сравнения и обобщения фигур, но и влияние на этот процесс слова (знака), обозначающее искомое сочетание признаков.

Исследование логических связей и отношений между понятиями — применяется методика на образование *парных аналогий* в рисуночном и словесном вариантах, где в соответствии образцом (пара слов) подбирается новая пара аналогичная по признаку, представленному в образце. Например: школа/обучение; *больница /– (доктор, ученик, учреждение, лечение, больной)*.

Методика сложные аналогии

Обследуемому предлагается на бланке 20 пар слов, отношения между которыми построены на абстрактных связях, на этом же бланке в квадрате "Шифр" расположены 6 пар слов с соответствующими цифрами от 1 до 6. В бланке следует в течение 3-х минут обвести кружком соответствующую цифру аналогичную соотношению в ключе.

Шифр

1. Овца — стадо	4. Свет — темнота
2. Малина — ягода	5. Отравление — смерть
3. Море — океан	6. Враг — неприятель

1.Испуг — бегство	1 2 3 4 5 6	11.Месть — поджог	1 2 3 4 5 6
2.Физика — наука	1 2 3 4 5 6	12.Десять — число	1 2 3 4 5 6
3.Правильно — верно	1 2 3 4 5 6	13.Плакать — реветь	1 2 3 4 5 6
4.Грядка — огород	1 2 3 4 5 6	14.Глава — роман	1 2 3 4 5 6
5.Пара — два	1 2 3 4 5 6	15.Покой — дыхание	1 2 3 4 5 6
6.Слово — фраза	1 2 3 4 5 6	16.Смелость — геройство	1 2 3 4 5 6
7.Бодрый — вялый	1 2 3 4 5 6	17.Прохлада — мороз	1 2 3 4 5 6
8.Свобода — воля	1 2 3 4 5 6	18.Обман — недоверие	1 2 3 4 5 6
9.Страна — город	1 2 3 4 5 6	19.Пение — искусство	1 2 3 4 5 6
10.Похвала — брань	1 2 3 4 5 6	20.Тумбочка — шкаф	1 2 3 4 5 6

Ключ: *5,2,6,1,6,1,4,6,3,4—5,2,6,1,4,6,3,5,2,3***.** Норма правильных ответов 5 и выше.

Понимание силлогизмов. Особую группу методов составили методики исследования логического мышления с помощью изучения понимания испытуемым словесных умозаключений на основе четырех фигур силлогизма, а также их графических изображений в виде пересекающихся контуров (кругов или эллипсов) модусов силлогизмов, отношений между объемами понятий — диаграммы Венна и другие.

Исследование конструктивного мышления. Для исследования конструктивного мышления используются специальным образом окрашенные кубики ("кубики Косса", "куб Линка"), из которых предлагается выложить по образцу узоры разной сложности или сложить большой куб заданного цвета.

ЗАКОНЫ ЛОГИКИ И МЫШЛЕНИЕ

Непреднамеренные логические ошибки в рассуждениях довольно часто бывают у человека и их принято называть *паралогизмами*. Если они связаны с искажениями самого процесса мышления при психических заболеваниях, то такие паралогизмы называются психотическими, они недоступны для аргументированной коррекции. Наиболее часто встречаются непсихотические паралогизмы, когда в мышлении присутствуют логические ошибки в силу неверной практики использования логических законов или влияния на мышление аффективных процессов.

Особенно много непреднамеренных ошибок в рассуждениях при повышенной эмоциональной значимости вывода для человека. Это следует учитывать врачу при общении с больными: пациент может относиться к положению своих дел с известной эмоциональной предвзятостью и это может приводить к ложному пониманию слов врача с отрицательными последствиями. Эмоциогенные непсихотические паралогизмы встречаются очень часто при неврозах, где нарушения эмоциональной сферы являются ведущими в клинике заболевания.

Швейцарский психиатр Эйген Блейлер (1857-1939), который впервые ввел в употребление термин шизофрения, подчеркивал значение аффективных процессов в происхождении и психотических паралогизмов. Например, одна больная, страдающая

шизофренией, заявляет, что она является одновременно “Швейцарией”, “Ивиковым журавлем”, “владелицей всего мира”, а также она “двойной политехникум и заместительница Сократа” Все это кажется на первый взгляд бессмыслицей, — замечает Блейлер, и, действительно, бессмыслица с точки зрения логики. Но, если мы посмотреть внимательнее, то можно найти понятные связи: мысли, по–существу, подчиняются аффективным потребностям, а иногда — опасениям. Пациентка является “Ивиковым журавлем”, потому что она хочет освободится от чувства порочности и виновности и она “Швейцария”, т.к. хочет быть свободной. Такого рода паралогизмы, по мнению Блейлера, возникают при аутистическом (паралогическом) мышлении.

Поскольку мышление базируется на чувственном познании, то его расстройства (дефекты слуха, зрения, других органов чувств, а также обманы восприятия) также могут внести искажения в мышление, хотя само оно при этом бывает сохранным.

Искажения в мышление у здоровых людей чаще всего вносятся неверной практикой мышления и связаны с нарушениями четырех основных законов формальной логики. Правильное, логическое мышление должно удовлетворять трем главным требованиям: *определенности, последовательности и доказательности.*

Неопределенность в мышление обычно вносится при нарушении формально-логического **закона тождества**. Он гласит, что любая мысль в процессе рассуждения должна быть четко сформулирована и должна иметь устойчивое содержание. Отождествление различных мыслей чаще происходит в результате того, что разные люди в зависимости от профессии, жизненного опыта могут вкладывать в одно и то же понятие разный смысл. Во взаимоотношениях врача и больного это часто проявляется в подмене научного понятия житейским. Например, суждение врача и больного в отношении понятия “алкоголик” могут быть совершенно различными. Не выяснив правильность понимания понятий нельзя прийти к однозначному выводу.

Непоследовательность мышления нередко встречается у больных в клинике неврозов. Выявляя и корригируя непоследовательность мышления, мы должны обращаемся к **закону непротворечия**, сформулированному еще Аристотелем. Этот закон гласит: не могут быть вместе истинными две мысли, одна из которых отрицает другую.

Умение вскрывать и устранять логические противоречия играет важную роль в психотерапии. Нужно не только давать возможность говорить больному, но надо его и внимательно слушать, отмечая непоследовательность в рассуждениях. Коррекция непоследовательности суждений возможна в беседе с больным, например, в следующей форме: “Но Вы мне говорили несколько дней назад, что ...”.

Из закона непротворечия следует и другой закон логики — **закон исключения третьего**, который гласит: одно из двух противоречащих суждений с необходимостью должно быть либо истинным, либо ложным (“третьего не дано”). Конечно, данный закон не может указать какое именно из заданных суждений истинно, но он требует ясных ответов на это и указывает на невозможность отвечать на один и тот же вопрос и “да”, и “нет”.

Стремление уклониться от четкого и определенного ответа на вопрос, найти какое-то среднее и не существующее в действительности решение, свойственно людям сомневающимся, мнительным. Конечно, значение логического закона исключения третьего не следует мистифицировать по известной схеме: “или да, или нет, что сверх того — от лукавого”. На самом деле этот закон, не рассматривая самих противоречий, запрещает признавать одновременно истинными или

одновременно ложными два противоречащих друг другу суждения. Именно в этом и состоит его смысл.

Бездоказательность мышления чаще всего находит свое выражение в логической ошибке, вызванной нарушением **закона достаточного основания** (или отсутствия обоснованности тезиса аргументами) и получившего образное выражение в фразе: “после того — не значит по причине этого”.

Здесь логическая ошибка возникает в случаях, когда причинная связь смешивается с простой последовательностью во времени, когда предшествующее явлению событие принимается за его причину. Например, существуют нелепые приметы: разбить зеркало — к несчастью, рассыпать соль — к ссоре и т.п. Мало утверждать истинность какого-либо положения — надо приводить доказательства. Всякая мысль, претендующая на роль истинной, должна быть доказана другими мыслями, истинность которых уже доказана. Наличие достаточных оснований для утверждения или отрицания чего-либо — важнейшее свойство логического мышления.

Рациональная психотерапия. Коррекция неопределенности, противоречивости, непоследовательности и бездоказательности мышления у больных являются главными элементами рациональной психотерапии. Вопрос о том, как осуществлять эту психотерапию — вопрос методологический. Например, основоположник рациональной психотерапии Дюбуа (Dubois P., 1905) предложил вариант чисто логической аргументации, Дежерин (Dejerine J.J.,1902) большое значение придавал “доводам сердца”, В.М. Бехтерев (1928) — разъяснению причин, сущности болезни с четкими указаниями о применении лечебных приемов, К.И. Платонов (1930) — комбинации с прямым и косвенным словесным внушением.

В любом случае недостаточно объяснить больному, где у него логическая ошибка, т.к. он может согласиться с врачом теоретически, но продолжает сохранять неверную практику мышления, поэтому требуется специальное обучение и тренировка.

Позитивное мышление. Мысль может быть созидательной и эта ее способность зависит от ее содержания, от стоящих за нею побудительных мотивов, чувств и убеждений. Независимо от того, отдает ли себе отчет в этом человек или нет, его мысли могут вызывать определенные физические состояния в его теле, делая его больным или здоровым. Наши чувства, эмоции делают иногда болезнь более желательной, чем выздоровление. Когда страдающий осознает, что он извлекает из болезни какие-то преимущества (сочувствие, власть над близкими, избегание ответственности и т.п.), и когда выздоровление становится более желательным, чем эти преимущества, то во многих случаях наступает улучшение. Полезно наглядно представлять себе позитивный результат, который хочешь получить. Например, есть положительный опыт обучения образному представлению (визуализации) желаемого позитивного результата лечения онкологических заболеваний (в частности, больной может “представлять” свою опухоль в виде растекающейся на промокательной бумаге чернильной кляксы, которую он ежедневно “мысленно” уменьшает в размерах).

Саногенное мышление. Оригинальный подход к обучению саногенному (оздоравливающему) мышлению предложен Ю.М. Орловым. Отталкиваясь от теории дифференциальных эмоций К Изард, на специальных тренинговых занятиях человека обучают осознанию своих умственных автоматизмов и стереотипов, которые приводят к появлению отрицательных эмоций типа обиды, зависти, ревности, вины и др. После этапа осознания начинается работа над формированием умственных операций, помогающих освобождаться от патогенного образа мыслей. Предлагаются соответствующие методики размышления об этих отрицательных человеческих эмоциях.

Классификация нарушений мышления в патопсихологии



Зейгарник Блюма Вульфовна (1900–1988)

На основании экспериментально–психологических исследований мышления обычно можно выделить три основных вида нарушений мышления (Зейгарник Б.В., 1962): нарушения операциональной стороны мышления; нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления; нарушения динамики мыслительной деятельности. Возможны также различные сочетания этих нарушений.

1) Нарушения операциональной стороны мышления заключаются в том, что у больных нарушается и теряется возможность пользоваться основными операциями мышления. Обычно это относится к операциям обобщения и отвлечения (абстрагирования). Обобщение как психический процесс мышления является формой отражения общих признаков и свойств предметов и явлений в сознании человека. Простейшее обобщение заключается в объединении, группировании объектов на основе случайного признака. Более высокие его уровни требуют отвлечения от конкретных деталей и объединения объектов не по случайным признакам, а по определенным, общим основаниям. Наиболее сложно такое обобщение, где выделяются видовые и родовые признаки, а сам объект включается в систему понятий. Нарушения операциональной стороны мышления обычно сводятся к двум его крайним вариантам: снижение уровня обобщения и искажение процесса обобщения.

а) Снижение уровня обобщения — в суждениях больных доминируют конкретные, непосредственные представления о предметах и явлениях, а более высокие уровни обобщения, где требуется абстрагирование, больному труднодоступны. Наиболее типичны такого рода нарушения для больных со слабоумием. При ярко выраженном снижении уровня обобщения они совсем не справляются с задачей на классификацию, т.е. не могут объединить по общим признакам разные предметы или создают много мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними (например — ключ и замок, перо и ручка, нитка и иголка). Суждения больных о предмете не включают в себя всего того существенного, что действительно к нему относится. Затруднена также умственная операция объединения и противопоставления (исключение лишнего из 4-х предъявленных предметов), недоступным становится толкование и понимание переносного смысла пословиц.

Все проявления мышления неизбежно сводятся к суждениям и умозаключениям, по которым мы судим и об ***интеллекте*** человека. Интеллект представляет собой совокупность психических процессов, обеспечивающих познавательную деятельность человека. Для оценки интеллекта в норме и патологии принята схема, которая включает: предпосылки интеллекта (память, внимание, темп функционирования психики и др.), собственно интеллект (ум или способность к логическому мышлению) и “психический инвентарь” (совокупность знаний, приобретенных в процессе индивидуального опыта). Слабость собственно интеллекта, даже в тех случаях, когда она выражена не так резко, проявляется в том, что мышление конкретно-образное выступает на первый план, а

отвлеченное (понятийно-абстрактное) мышление становится малодоступным для больного. Кроме снижения уровня обобщения при слабости интеллекта, очень характерно обеднение речи, т.е. уменьшение словарного запаса.

б) Искажение процесса обобщения — является как бы противоположностью снижения уровня обощения, так как существенные свойства предметов, явлений и существующие связи между ними вовсе не принимаются больными во внимание при операции обобщения. При этом нельзя сказать, что больной не может их выделить путем абстрагирования, напротив, — в основу обобщения им берутся чрезвычайно общие признаки и связи, но они носят совершенно *случайный*, ненаправленный и неадекватный характер. Речь идет именно об «отлете» от конкретных связей в чрезвычайно утрированной форме. При решении экспериментальных заданий актуализируются случайные ассоциации, совершенно оторванные от конкретного опыта больного. Например, при классификации больной объединяет вилку, стол и лопату в одну группу по признаку "твердости", а гриб, лошадь и карандаш объединяет в группу по признаку "связи органического с неорганическим". Подобного рода результаты выполнения задания Б.В. Зейгарник (1986) и обозначает как выхолощенные, вычурные и бессодержательные. Все это создает основу для бесплодного мудрствования — *резонерства*. Описывая такие нарушения мышления у больных, Ф.В. Бассин употребляет для их обозначения образное выражение "смысловой опухоли". Наиболее характерны нарушения мышления по типу искажения процесса обобщения для больных шизофренией.

Шизофрения (греч. "шизо" – расщепляю, "френ" – душа, психика) — ежегодно диагностируется примерно 1 новый случай на 1000 населения. Этот показатель устойчив во всем мире, поскольку заболеваемость не зависит от национальности или расы. Средний возраст начала болезни составляет 15–35 лет. Крайне редко болезнь начинается в возрасте ранее 10 лет и позже 50 лет. Этиология болезни неизвестна, хотя генетический фактор безусловно участвует в формировании уязвимости к шизофрении.

Отдельные симптомы болезни описывались уже давно — немецкий психиатр Кальбаум (1828–1899) описал симптомы кататонии, другой немецкий психиатр Геккер (1843–1909) ввел понятие гебефрении, бельгийский психиатр Морель (1809–1873) впервые использовал термин "раннее слабоумие" (dementia praecox), описывая катастрофическое течение болезни, начавшейся в молодом возрасте. Однако появлением шизофрении как нозологической единицы психиатрия обязана немецкому психиатру Крепелину (1856–1926). Немецкий психиатр Э. Блейлер (1857–1939) распознал фундаментальные расстройства при этом заболевании и нашел глубинно–психологический подход к такого рода психическим нарушениям, которые до того, расценивались как непостижимые. Его работами показано, что шизофрения характеризуется характерным *расщеплением* (диссоциацией) психических процессов со своеобразной утратой цельности, функциональной взаимосвязи между мышлением, эмоциями и поведением больного (отличать от "расстройства множественной личности", которое к шизофрении не относится).

2) Нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления — проявляются в нарушениях регулирующей, мотивационной функции мышления, а также его критичности с феноменами: актуализации латентных свойств понятий, "разноплановости" и "разорванности" мышления.

Мышление является сложной саморегулирующейся формой деятельности, оно всегда определяется целью, т.е. поставленной задачей. Утеря целенаправленности приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и утрате мышлением регулирующих поведение функций, поскольку не существует мышления оторванного от потребностей, мотивов, стремлений и чувств человека, его личности в целом. Нарушения мышления могут возникать и потому, что

выпадает постоянный контроль за своими действиями и коррекция допущенных ошибок. Подобный вид нарушения мышления обычно характеризуют как нарушение критичности мышления

Для личности значимым и существенным всегда является то, что приобрело для нее личностный смысл. Явление, предмет или событие могут в разных жизненных ситуациях приобретать разный смысл, хотя знания о них остаются прежними. Конечно, сильные эмоции могут и у здорового человека привести к тому, что предметы и их свойства начнут выступать для него в каком-то измененном значении. Однако в экспериментальной ситуации, как бы она не была значима для человека, объекты понимаются однозначно — посуда всегда понимается как посуда, а мебель как мебель. При всех индивидуальных различиях (разнице образования, разнообразии мотивов и интересов) здоровый человек при необходимости классифицировать объекты не подходит к столовой ложке как к "движущемуся объекту". Признаки предметов, на основании которых проводится классификация, для здорового человека носят устойчивый характер.

Эта устойчивость объективного значения вещей часто нарушается у больных шизофренией, что в экспериментальной ситуации приводит к *актуализации латентных,* т.е. скрытых, понятных и интересных лишь самому больному, признаков и свойств предметов. Эти "латентные" знания основаны на каких-то личных вкусах и предпочтениях и приобрели смысл для него, лишь благодаря болезненно измененным мотивам и установкам (Зейгарник Б.В., 1986) или актуализированы из памяти на основании прошлого жизненного опыта (Поляков Ю.Ф., 1969). Например, больной в одну группу объединяет солнце, свечу и керосиновую лампу и исключает электролампу. При этом он говорит, что "электролампа слишком пахнет цивилизацией, которая убила все, что оставалось в человеке хорошего..." (цит. по Блейхер В.М., 1976). В другом случае больная, правильно отвечая на многие экспериментальные задания, вдруг в опыте на "исключение лишнего" при предъявлении карточек с изображением очков, весов, термометра и часов предлагает группу "медицинских" предметов: "Врач через очки смотрит по часам пульс и определяет температуру тела термометром". Подобное нарушение мышления также базируется на использовании больным не основных, а латентных признаков для классификации предметов и явлений.

Такого рода единичные отклонения от правильного выполнения методики классификации составляют сущность нарушений мышления по типу *соскальзывания*. Здесь больной правильно решая задание в целом, вдруг неожиданно сбивается с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способен продолжать рассуждения последовательно, не возвращаясь к допущенной ошибке и не исправляя ее. Соскальзывания в мышлении обычно обнаруживаются у больных с начальными формами шизофрении.

Особенно ярко нарушения личностно-мотивационного компонента мышления проявляются в *разноплановости мышления.* Здесь больные также не выдерживают единой линии рассуждения при рассмотрении какого–нибудь явления, а подходят к нему с разных позиций. Суждения о каком-либо явлении при этом протекают у больного как бы в разных плоскостях. Они правильно усваивают инструкцию и актуализируемые им явления и значения предметов могут быть вполне адекватными, но вместе с тем больной не выполняют задания в требуемом направлении. Он объединяет предметы в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании своих личных вкусов и установок. В этих случаях также происходит актуализация "латентных" свойств объектов, сосуществующих наряду с адекватными реакциями. По

выражению Г.В. Биренбаум (1934) мышление у таких больных “течет как бы по различным руслам одновременно”. Например, больной объединяет группы то на основании обобщенного признака (животные, посуда, мебель), то на основании частного признака — материала (железные, стеклянные), цвета (красные, синие), то на основании своих моральных или общетеоретических представлений — группа “выметающих все плохое из жизни”, группа “свидетельствующая о силе ума человека”. Таким образом в течение выполнения методики классификации появляется несколько таких неадекватных групп выполнения задания.

Актуализация латентных свойств понятий, разноплановость мышления и резонерство (склонность к бесплодному мудрствованию) находят свое выражение в речи, которая приобретает у ряда больных “разорванный”, не понятный для окружающих характер, так как состоит из набора совершенно не связанных между собой фраз. Предложения при внешне грамматически правильной форме совершенно лишены смысла — части предложения логически между собой не связаны. Такая речь является клиническим выражением *разорванности мышления*. Нередко таким больным не нужен и собеседник (симптом монолога), т.е. речь для них утрачивает свою функцию общения.

> Понятие критичности в психопатологии неоднозначно; часто имеется в виду критичное отношение к бреду, к галлюцинациям и другим болезненным переживаниям. Здесь рассматривается тот вид критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями. Обычно такие больные при выполнении классификации обнаруживают особую группу ошибок, которую можно характеризовать как бездумную манипуляцию предметами. Так, больной, не вслушавшись в инструкцию, бегло взглянув на карточки, начинает раскладывать предметы по группам, не проверяя себя. Если сконцентрировать его на задании он начинает группы собирать правильно по обобщенным признакам. Безразличие к результатам выполнения задания в ряде случаев может достигать самой нелепой формы. Градация отношения больных к допускаемым ошибкам может служить показателем критичности мышления. Одни из них сами исправляли свои ошибки, другие делали это только под влиянием экспериментатора, третьи — отстаивали свои решения. Обычно не поддаются коррекции ошибки, связанные с разноплановостью суждений (Кожуховская И.И., 1972).

3) Нарушения динамики мыслительной деятельности — проявляются в инертности (вязкости) или в лабильности мышления, как психического процесса, состоящего из цепи умозаключений, переходящих в рассуждения.

При *инертности мышления* обнаруживается замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов. При этом больным трудно менять избранный способ работы, изменять ход своих рассуждений, переключаться с одного вида деятельности на другой. Конкретные связи прежнего опыта доминируют, появляется наклонность к излишней детализации и обстоятельности. Наиболее часто инертность мышления встречается при эпилепсии.

При *лабильности мышления* имеют место обратные соотношения — мысли и представления так быстро сменяют друг друга, что больные иногда не успевают регистрировать их в своей речи. Они не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой. Вследствие повышенной отвлекаемости они становятся малопродуктивными: происходит чередование обобщенных решений с конкретно-ситуационными, а логические связи часто подменяются случайными сочетаниями.

> В нейропсихологии также накоплен опыт изучения особенностей нарушений мышления при локальных поражениях мозга. А.Р. Лурия выделяет несколько типов нарушения интеллектуальных процессов при поражении височных, теменно–затылочных, премоторных и префронтальных отделов мозга.

Поражение *левой височной области* вызывает сенсорную или акустико–мнестическую афазию. Несмотря на нарушение звукового образа слова, его смысловая сторона остается обычно сохранной, поэтому больные могут правильно оперировать пространственными отношениями элементов, выполнять письменно арифметические операции, решать задачи на поиск последовательности в сериях сюжетных картин. Однако у них грубо нарушены те смысловые операции, которые требуют постоянного опосредующего участия речевых связей или требуется удерживать в памяти речевой материал.

Поражение *левой теменно–затылочной области* вызывает распад возможностей пространственного анализа и синтеза. При этом больные обнаруживают трудности в тех интеллектуальных операциях, для решения которых необходимо выделение наглядных признаков и их пространственных отношений. Наиболее четко эти нарушения проявляются в задачах на конструктивный интеллект (складывание куба Линка или кубиков Коса). Общий смысл задач у больных остается относительно сохранным, однако понимание сложных логико–грамматических структур нарушается. Выполнение арифметических действий для них невозможно из-за первичной акалькулии.

При поражении *лобных премоторных отделов левого полушария* нарушается преимущественно временная организация всех психических актов, включая интеллектуальные. Наблюдается распад кинетических схем движения и трудности перехода с одного двигательного акта на другой, а также расстройства динамики мыслительного процесса (замедление процесса понимания). Характерным становится нарушение автоматизированных интеллектуальных операций в самых различных заданиях: арифметических, вербальных, наглядно–образных. Типичная ошибка больных – стереотипные ответы в случаях, когда требуется переключение на новую операцию.

При поражении *лобных префронтальных отделов мозга* клиническая феноменология нарушений интеллектуальных процессов разнообразная: от грубых дефектов до почти бессимптомных случаев. Поражение лобных отделов мозга проявляется часто в том, что предложенный текст задачи не воспринимается как задача, иначе говоря, как система соподчиненных элементов условий. Несмотря на полную сохранность понимания логико–грамматических структур и счетных операций распаду подвергается интеллектуальная деятельность в целом. Больные не сличают полученные результаты с исходными условиями задачи и не осознают бессмысленность полученного ими ответа.

Клиническая классификация расстройств мышления

Классификации нарушений мышления в патопсихологии дают возможность более глубже понять психологическую структуру большинства клинических проявлений мышления, но не заменяют клинических классификаций. Расстройства мышления у больных в психиатрии чаще всего условно подразделяют на две большие группы: количественные (расстройства ассоциативного процесса) и качественные (патология суждений и умозаключений).

I. Патология ассоциативного процесса. Большинство ассоциативных расстройств мышления встречаются не в изолированном, “чистом” виде, а в самых разнообразных сочетаниях.

1. Нарушения темпа мышления:

А) Ускоренное мышление (тахифрения) — увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Мышление сохраняет целенаправленность, но становится малопродуктивным, так как начинают преобладать простые ассоциации (по созвучию, сходству, смежности, контрасту), мысли становятся поверхностными и малодоказательными. Высшей степенью ускорения мышления является симптом “скачки идей” — крайняя отвлекаемость с непрерывной сменой тематики высказываний в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения. Ускоренное мышление характерно для маниакальных состояний.

Б) Замедленное мышление (брадифрения) — уменьшение количества ассоциаций в единицу времени. Мышление при этом, хотя и сохраняет свою

целенаправленность, но также становится малопродуктивным — ассоциативный процесс обедняется и скудеет. Замедление ассоциативного процесса типично для депрессий.

2. Нарушения подвижности мышления:

А) Детализированное мышление — цель рассуждения достигается не по краткому пути, а через множество побочных, второстепенных ассоциаций, несущественных деталей и подробностей, что делает мышление неэкономичным.

Б) Обстоятельное мышление — выраженная детализация, сочетающаяся с систематическим длительным застреванием на побочных ассоциациях (обстоятельность), но все же при последующем возвращении к основной теме мысли; это "лабиринтное", малопродуктивное мышление.

В) Вязкое мышление — крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее практически непонятной, а мышление непродуктивным. Больной обычно сам не может удержать основную линию разговора, так как не может освободится от побочных ассоциаций и застревает, "вязнет" в них.

В ряде случаев "застревание мысли" проявляется в том, что больной на любые вопросы дает один и тот же ответ или однообразно повторяет одну фразу. Например, больного спрашивают: "Как вас зовут?". Он отвечает: "Федор Степанович". Вопрос: "Где вы родились?". Отвечает: "Федор Степанович". Вопрос: "Сколько вам лет?". Ответ: "Федор Степанович". Такое нарушение мышления называют *персеверацией.* Персеверации наблюдаются и при поражении сенсорного центра речи Вернике.

Нарушения подвижности мышления характерны для эпилептического слабоумия, других органических заболеваний мозга.

3. Нарушения целенаправленности мышления:

А) Резонерское мышление — цель рассуждения "ускользает" от больного, что приводит к "рассуждательству" по несущественному поводу, пустословию, окружающим непонятно "зачем" он это говорит. Содержание — банальные нравоучения, морализованные истины, известные изречения и т.п. Речь построена грамматически правильно, но многословна и перегружена причастными и деепричастными оборотами, вводными словами. Такое мышление непродуктивно, не является конкретным, т.к. не опирается на опыт и не относится к абстрактному ввиду отсутствия обобщения.

> *Витиеватость мышления* — пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, цитат, терминов, формул и т.п., что не обязательно и даже не нужно для доказательства данной мысли и затрудняет ее понимание, снижает продуктивность мышления. Речь внешне логична, но приобретает черты необычности и псевдонаучности, что сближает ее с резонерством..

Б) Атаксически–ассоциативное ("разорванное") мышление — характерно полное отсутствие логической связи между ассоциациями: то, что должно быть объединено — разъединяется, а разнородное — соединяется. Атаксическое мышление обычно проявляется в грамматически правильно построенных фразах: "Пошел в магазин верхом на трехэтажном доме", "Летит крыльями под водой", "Река приобрела историческую дилемму" и т.п. (семантическая разорванность при синтаксической сохранности речи).

Разорванное мышление характерно для больных шизофренией. В начальных стадиях заболевания кратковременные эпизоды разорванности мышления больной может даже "ощущать" в виде "обрыва", перерыва мысли и даже своеобразной

“закупорки” мышления с потерей нити разговора (нем. “*шперрунг”*). Больные при этом во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается «пустота в голове, провал, перерыв, закупорка мыслей». Эпизоды закупорки мысли исчезают внезапно, как и появились.

Наблюдаются кроме того, психогенно обусловленные остановки мышления, например, состояния «экзаменационного ступора», при которых теряется способность к связному изложению и забываются хорошо знакомые сведения. Сильное волнение вообще препятствует свободному течению мышления. Короткие задержки мышления встречаются также у больных эпилепсией (Блейлер Э., 1920). По типу шперрунга возникают припадки височной эпилепсии. Шперрунги и обрывы мысли, равно как и другие проявления психического автоматизма нельзя считать прерогативой шизофрении. Быть может и реже, но они встречаются также при экзогенно-органических психозах.

Крайним выражением разорванности мышления является *шизофазия* когда больные произносят бессмысленный набор слов. Здесь нет связи не только между отдельными частями предложения, но даже между словами и слогами, речь становится совершенно непонятной и лишена всякого смысла — “словесная окрошка”, “словесный салат” (страдают и семантическая и синтаксическая стороны речи).

Шизофазию следует отличать от *инкогеренции* или бессвязанности мышления (лат. in — частица отрицания, coheerentia — сцепление, связь), где также имеет место хаотичность мышления с набором отдельных слов. Главное отличие состоит в том, что разорванное мышление с шизофазией возникает на фоне ясного сознания, а инкогеренция всегда является следствием помрачения сознания (обычно по типу аменции).

В) Паралогическое мышление — также нарушается образование логических связей между ассоциациями, но в отличие от разорванного мышления, где понятия и представления сочетаются друг с другом на основе совершенно случайных признаков, здесь мышление характеризуется явными нарушениями формальной логики. Больной приходит к совершенно необоснованным, даже нелепым выводам, т.к. в цепи рассуждений происходит “соскальзывание” с основного ряда мышления на побочный в силу утраты логической связи между элементами. Точнее, ассоциации здесь возникают не по законам общепринятой логики, а на основе какой-то другой, “понятной” только самому больному логики (аутистическая, “кривая логика”). Возникающие при этом связи между понятиями, суждениями и умозаключениями становятся необычными, поэтому окружающим не понятны (мышление с “выкрутасами”). Как случайное явление такого рода паралогизмы могут наблюдаться в состоянии аффекта, нарушающего логическое течение мыслей, а как постоянное расстройство — свойственны шизофрении.

Ряд авторов полагают, что паралогическое мышление это качественно иной способ мышления, отличающийся как от реалистического, так и аутистического. В отличие от последнего, оно ориентировано не в сторону удовольствия и выражается не пассивной игрой воображения, а вполне определенными, хотя и символическими действиями. В отличие от реалистического мышления паралогическое мышление оставляет без внимания причинно-следственные связи объектов и усматривает в происходящем участие сверхъестественных сил. Законы паралогического мышления являются причиной неожиданных и совершенно непонятных на первый взгляд умозаключений. На их основе может совершаться, например, ложная идентификация одного человека с другим, людей и животных с их изображениями, с неодушевленными предметами. Одним из признаков паралогического мышления считают рассуждения, построенные по принципу после этого, значит, вследствие этого. Характерной особенностью паралогического мышления

является и то, что один объект может рассматриваться в качестве эквивалента любого другого, если между ними обнаруживаются черты сходства.

Соскальзывания мышления — временами возникают внешне объективно немотивированные переходы логически и грамматически правильно построенной мысли одного содержания к другой по ложной неадекватной ассоциации, несущественному для цели мышления признаку. После этого больные способны к дальнейшему последовательному рассуждению, но допущенной ошибки не исправляют. В отличие от тематической отклоняемости по простым ассоциациям, отражающим конкретные свойства предметов (бывает при ускоренном мышлении), соскальзывание осуществляется по сложным (абстрактным) ассоциациям, которые основной цели мысли неадекватны.

Разноплановость мышления — постоянная немотивированная смена основания для построения ассоциаций, соскальзывания мышления систематичны, мысль при этом лишается основного содержания, так как в ней иногда объединяются не сочетаемые понятия. Интеллектуальные операции сохранны, инструкция усваивается правильно, но продуктивность мышления значительно снижается из-за того, что суждения о явлении или факте одновременно складываются как бы на разных уровнях.

В) Символическое мышление. Символика свойственна и нормальному мышлению, когда она отражает культурально общепринятые идеи и взгляды (герб, математические знаки, персонажи басни и пр.). При патологическом символизме она сугубо индивидуальна и непонятна окружающим. При этом логическая переработка в рассуждениях больного имеется, но в общепринятые понятия, которыми оперирует его мышление, вложен иной смысл, который понятен только ему самому. В результате многие явления и предметы окружающего мира приобретают для больного особое, отличающееся от общепринятого, значение.

В начальных стадиях символизм может провялятся *аморфностью мышления*, где заметна только нечеткость использования понятий. При этом грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый характер и мысли больного в силу этого окружающим малопонятны — не ясно “о чем” больной говорит (отличать от резонерства, где не ясно “зачем” говорит это больной).

К нарушениям целенаправленности мышления можно отнести и *ментизм (мантизм)* — непроизвольное, насильственное течение потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания (“Ералаш в голове, тысяча мыслей, летит и не запоминается”). Непроизвольный характер мышления, свойственный ментизму, нередко связывается больными с внешним воздействием на их психику. Поток мыслей депрессивного содержания обозначают термином “депрессивный ментизм”. Явления ментизма свойственны также астеническим, невротическим состояниям, наблюдаются у пациентов с последствиями травматического поражения головного мозга. Особенно часто встречаются перед засыпанием, в дремотном состоянии — гипнагогический ментизм. Невольно вспоминаются впечатления дня, неприятности, собственные промахи, сами собой, мелькают лица, проносятся картины, все больше напоминая сновидения. Депрессивный, астенический, травматический варианты ментизма отличаются от ментизма в более узком и традиционном его понимании, то есть параноидного ментизма (наблюдающегося в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома).

II. Патология суждений и умозаключений. К этой группе расстройств относятся бредовые, сверхценные, навязчивые и доминирующие идеи.

1. Бредовые идеи. Бредовые идеи — это возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции ни путем убеждения, ни другим каким–либо способом. Совокупность бредовых идей называется бредом.. Важно заметить, что бред всегда возникает на болезненной основе и нарушает адаптацию человека к своей среде; он вытекает не сколько из знаний и опыта, а сколько из внутреннего, аффективно-психического состояния. Личность охвачена

(эмоционально вовлечена) ложным убеждением, хотя и оно неприемлемо для других людей данной культуры или субкультуры (т.е. это убеждение не является религиозным догматом или суеверием).

Таким образом, в определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие четыре момента: ложное содержание идей, болезненная основа их возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции. Такой бред также называют *первичным бредом*, а при его формировании можно часто заметить определенную этапность — сначала бредовое настроение, а затем бредовое восприятие и толкование внешних событий с последующей "кристаллизацией" самой бредовой идеи. При первичном бреде можно даже говорить о своеобразной вере больного в свои болезненные идеи — он "чувствует", что он прав (аналогично религиозным чувствованиям или при суевериях у здоровых). Первичный бред является истинным расстройством мышления и недоступен пониманию в терминах культурального и образовательного статуса пациента, что отличает его от других видов убеждений (нормальная убежденность, доминирующая или сверхценная идея).

В отличие от первичного, *вторичный бред* доступен пониманию и объяснению в сочетании с другими психопатологическими явлениями, такими как галлюцинации или изменения настроения. Например, больной, который убежден, что его "отравляют соседи", может первоначально получить эту информацию от "голосов", которые он "слышит".

Анализ содержания бреда может иметь определенное диагностическое значение. Бредовые идеи ревности обычно указывают на возможность злоупотребления алкоголем. Бредовые идеи с характером преследования чаще встречаются при шизофрении. По данным G. Huber, G. Gross (1977), идеи преследования и отношения составляют 79,5 % шизофренического бреда, идеи отравления — 41,8 %; значительно реже наблюдаются бредовые идеи иного содержания.

По содержанию различают четыре основные формы бреда: 1) *бред с пониженной самооценкой* — самоуничижения, греховности, физического недостатка или дисморфомания (убежденность в уродстве тела) и нигилистический бред (убежденность в прекращении функций тела, их исчезновении или гниении); 2) *бред с повышенной самооценкой* (экспансивный) — разные виды бреда величия, богатства, изобретательства и пр.; 3) *персекуторный бред* (бред преследования) — больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся с враждебными, реже — благожелательными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения; 4) *смешанные формы бреда* — кверулянтства или сутяжничества при котором отстаивание своих ложных идей приводит к многолетним судебным тяжбам и разбирательствам, разные варианты "симптома двойника" и другие.

По структуре различают две основные разновидности бреда: *несистематизированный* (отрывочный, образный) и *систематизированный* (интерпретативный) бред.

Отрывочные бредовые идеи чаще проистекают из расстройств восприятия (патологических образов и представлений) и могут быть самого разнообразного содержания (преследования, отравления, порчи, ревности, изобретательства, величия и другие), но они существуют разрозненно и не имеют заметных тенденций к объединению и логической проработке.

Напротив, систематизированный бред построен на толковании (интерпретации) больным внешних и внутренних событий. Патологические идеи (суждения и умозаключения) здесь возникают в результате нарушений логики на этапе бредообразования ("кристаллизации" бреда). Наиболее систематизирован пароноальный бред, менее — парафренный, а параноидный бред более близок к образному бреду.

- Пароноальный бред — больной опирается в мышлении на изначально ложную посылку (первичная бредовая идея), но формально правильную, правдоподобную систему доказательств.

- Парафренный бред — также систематизирован, но он по своему содержанию часто весьма необычен и формируется в тесной взаимосвязи с обманами восприятия (чаще всего это бред причудливого, фантастического содержания, который переплетается с идеями величия, преследования или крайней греховности и вины).
- Параноидный бред — здесь уже нет достаточной стройности в рассуждениях и строгой селекции фактов, т.е. в структуре самого бреда имеются противоречия и нелепости.

2. Сверхценные (бредоподобные) идеи. Впервые описаны C. Wernicke в 1892 году. Представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. Главная отличительная черта сверхценной идеи заключается в том, что в их основе всегда лежит какой–либо реальный факт, правда весьма незначительный, мелкий. Однако суждения и умозаключения, возникшие на основе мелких фактов, в сознании больного начинают переоцениваться в их значении и занимать в жизни незаслуженно большое место. Сверхценные идеи, в отличие от бредовых, никогда не носят характера нелепости и больного можно в некоторой степени разубедить в них, правда, на непродолжительное время. В практике врача общего профиля наибольшие трудности в диагностике и лечении вызывают сверхценные идеи какого-либо соматического неблагополучия, так как в их основе действительно лежит какое-либо незначительное заболевание, значение которого непомерно переоценивается больным.

Бредоподобные идеи часто возникают у больных с аффективными нарушениями, где они тесно спаяны с измененностью настроения больного (конгруэнтны ему). При пониженном настроении (депрессия) нередко возникают идеи самообвинения с суицидальными мыслями: больной считает себя плохим человеком, недостойным даже жизни. Напротив, при повышенном настроении (мания) возникает склонность к переоценке своей личности и больной полагает, что он всех красивее, умнее, способнее. Такой бред и нарушения поведения называются *голотимными*, т.е. соответсвующими аффекту.

3. Навязчивые идеи. Впервые были описаны Ф. Платтером в 1617 году. Навязчивые идеи характеризуются появлением в сознании неотступных и назойливых мыслей, которые сам больной критически оценивает как болезненные, нелепые и не соответствующие действительности, но устранить их вновь и вновь повторяющееся возникновение не может.

Сам факт этой неодолимой навязанности (обсессии) субъективно тяжело переживается, но также часто эта отрицательная субъективная окраска навязчивой идеи или представления бывает связана с сопутствующим навязчивым страхом (фобия) или с навязчивым действием (неодолимая потребность совершить какое-либо действие или поступок). Все виды навязчивостей, которые буквально преследуют человека и отравляют все его существование, могут возникать при относительно редком заболевании (0,05% в населении) — неврозе навязчивых состояний (обсессивно–компульсивное расстройство).

Отвлеченные навязчивости — бесплодное мудрствование, навязчивый счет и навязчивые репродукции.

Бесплодное мудрствование (Griesinger, 1886) или душевная, умственная жвачка, руминация (Janet, 1903) — проявляется навязчивым стремлением вновь и вновь разрешать ненужные или даже бессмысленные вопросы (например, больной вынужден думать, почему правая рука называется именно правой, а левая — левой).

Навязчивый счет (арифмомания) — выражается назойливым стремлением считать и удерживать в памяти количество пройденных шагов, прохожих, столбов, автомобилей, производить в уме счетные операции.

Навязчивые репродукции — назойливое припоминание забытых или ненужных терминов, имен, определений, эпизодов из жизни. Например, ономантомания — это навязчивое вспоминание имен когда-то увиденных людей.

Образные навязчивости — это преимущественно простые фобии (страхи конкретного содержания), навязчивые опасения, представления и воспоминания, контрастные представления и хульные мысли, а также навязчивые влечения к действию (компульсии).

Фобии — в отличие от навязчивых мыслей и действий, при фобиях, т.е. навязчивых страхах конкретных ситуаций или предметов, больной не испытывет тревоги и дискомфорта, если не сталкивается с устрашающими объектами. Однако они формируют ограничительное поведение, — больной начинает избегать пугающих ситуаций, когда это возможно. К группе *пространственных фобий* относятся: клаустрофобия (страх закрытых помещений), гипсофобия (или акрофобия, боязнь высоты), агорафобия (боязнь открытых пространств и всех смежных ситуаций, связанных с выходом из дома). К группе *нозофобий* (боязни болезней) относятся: канцерофобия, спидофобия, радиофобия (страх заболеть раком, сифилисом, лучевой болезнью). К группе *социальных фобий* (социофобия) относяятся: эрейтофобия (страх покраснеть), скоптофобия (страх упустить кишечные газы). Реже встречаются страхи покончить жизнь самоубийством (суицидофобия), убить кого-либо (гомоцидофобия), боязнь острых предметов (айхмофобия, или оксифобия), страх кошек (эйлурофобия), езды на поезде (сидеродромофобия), цветов (антофобия), молнии (астрофобия), грома (бронтофобия), змей (офидофобия), темноты (никтофобия), микробов и грязи (мизофобия) и множество других.

*Навязчивые сомнения***,** или болезнь сомнений (Фальре, 1880) — неуверенность в правильности и законченности совершенных действий, вынуждающая пациентов многократно проверять сделанное, что обычно не устраняет болезненных сомнений.

Навязчивые опасения **—** неотвязные страхи, сомнения в удачном исходе предстоящих привычных действий, например, публичного выступления, управления машиной, самолетом, сдачи экзамена; страхи совершенно необоснованные, поскольку ранее такие действия выполнялись без труда. Сосредоточенность внимания на себе является условием анормального протекания автоматизмов, что в свою очередь еще более усиливает навязчивые опасения.

Навязчивые или овладевающие представления **—** не соответствующие действительности яркие представления мучительного содержания, принимающиеся на высоте болезненного состояния за реальность. Так, пациент повторно переживает яркую сцену того, как он оказался под колесами автомобиля: видит себя раздавленным, в луже крови, с раздробленными костями и черепом и т. п. В них явно видна тенденция к переходу в образный бред.

Навязчивые воспоминания **—** непроизвольное появление в сознании образных детальных воспоминаний о каком-либо неприятном или порочащем больного событии часто реального прошлого. Оттенок насильственности воспоминаний свидетельствует о возможности их перехода в образный ментизм.

Контрастные представления — это обычно хульные мысли, т.е. непроизвольное появление мыслей, представлений и чувств, содержание которых противоречит взглядам, верованиям, мировоззрению и этическим установкам самого больного.

Навязчивые влечения **—** внутреннее навязчивое побуждение (компульсия) совершить непристойный, бессмысленный либо опасный поступок. Навязчивые влечения могут трансформироваться в импульсивные, кататонические побуждения. Это особенно важно учитывать в отношении суицидных и гомоцидных тенденций.

Навязчивые действия — стереотипные, повторяющиеся, внешне бесцельные действия, которые нередко имеют вид ритуала. Они могут быть разными по генезу и внешнему оформлению.

В навязчивом действии всегда есть субъективный компонент — навязчивое влечение, или *компульсия*, и объективный — *ритуал* (вызванные влечением реальные действия заметные или незаметные окружающим). Навязчивые действия обычно имеют

своеобразное приспособительное, защитное значение для больного. Так, больной, страдающий страхом загрязнения, бесчисленное количество раз моет руки. Навязчивые ритуалы, как особая форма защитных магических действий, имеют порой нелепый и вычурный характер. Со временем они могут отрываться от первичных страхов, приобретая самостоятельный характер.

У детей наиболее часто встречается *навязчивое сосание пальца*. Оно также носит компенсаторный характер, снимая ощущение тревоги. Встречается часто при воспитании в условиях эмоциональной депривации, в детских сиротских учреждениях. У детей и подростков также может встречаться навязчивое обкусывание ногтей — *онихофагия*, навязчивое выдергивание волос с их поеданием — *трихотилломания* и *трихофагия*.

При *тиках* — первоначально возникают преднамеренные, в каком-то смысле нужные действия, но затем они становятся привычными и неодолимыми: подергивания плечами, дотрагивания до носа, пощипывание мочек ушей, расчесывание и т. п. Это могут быть покашливание, хмыканье, шумное втягивание воздуха, похрюкивание — респираторные тики. Встречаются чавкание, чмокание, цокание и т. п.— оперкулярные тики. Весьма часто наблюдаются слова–паразиты, «экание» и прочий речевой мусор — вербальные тики. К этой же группе можно также отнести навязчивое сосание большого пальца; онихофагию — стремление грызть ногти, трихотилломанию — выдергивать волосы. Все они переживаются пациентом как чуждые, вредные и болезненные.

Одним из тикозных расстройств является *синдром Жиль де ла Туретта*, подробно описанный в 1885 году. Это заболевание возникает в детском и подростковом возрасте и чаще всего бывает наследственным; характерна и высокая сочетаемость (коморбидность) его с неврозом навязчивостей. Сложный двигательный тик от навязчивых действий отличить бывает трудно, особенно у детей, которые еще не способны описать мысли и ощущения, сопровождающие эти действия. Для диагностики синдрома Туретта важен анализ динамики болезни: обычно в 6–7 лет появляются простые тики мышц лица, головы или шеи (моргание, подергивание носом), затем с годами они распространяются вниз на туловище и конечности (подергивание плечами). В 8–9 лет присоединяются голосовые тики (типа собачьего лая, повторения звуков, выкрикивания непристойностей), а в 11–12 лет появляются навязчивости и сложные тики (трогать себя и предметы, подпрыгивать, жестикулировать), которые чаще всего сохраняются с периодами ремиссий в течение всей жизни. Интересно отметить, что при данном заболевании помогают нейролептики (галоперидол, пимозид), которые сами при передозировке могут вызывать двигательные экстрапирамидные расстройства. Предполагается, что болезнь связана с нарушением медиаторного обмена (дофамин, серотонин и эндогенные опиоиды) в базальных ядрах и лобных долях мозга.

4. Доминирующие идеи. Доминирующей идеей следует называть такую мысль, которая занимает в сознании человека незаслуженно большое место. Доминирующие идеи часто бывают у здоровых людей, когда они усиленно к чему-то стремятся и сосредоточены на достижении цели. Встречаются они и у больных. Отношение больных к доминирующим идеям бывает разным, но иногда эти идеи начинают их тяготить. Не сомневаясь в их правильности, больной понимает, что они совершенно неправомерно все время владеют им. Эти идеи болезненны не потому, что они неправильно отражают действительность, а потому, что какой–либо реальный факт привлек к себе упорное внимание на слишком долгое время (“прилипание” внимания). Довольно часто в психиатрической клинике доминирующие идеи предшествуют возникновению других болезненных идей, в частности бреда.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Мышление — наиболее обобщенная и опосредованная форма психического отражения, устанавливающая связь и отношение между познаваемыми объектами с помощью особых умственных операций анализа, синтеза, сравнения, абстракции, обобщения, конкретизации и систематизации.

Генетическая классификация мышления включает три его вида: практическое, образное и отвлеченное. Практическое и образное мышление опираются на чувственные впечатления от предметов действительности или их вторичные образы (представления). Только отвлеченное мышление протекает в языковых формах, где умственные операции совершаются с понятиями, суждениями и умозаключениями. Умозаключение, как наиболее сложная форма и продукт мышления, формируется в рассуждении методами дедукции, индукции или аналогии.

Логически–ассоциативный тип мышления при концентрированной интеллектуальной деятельности отличается причинно–следственной целенаправленностью, в то время как для механически–ассоциативного типа мышления, встречающегосяся при утомлении, формирование ассоциаций идет более по законам смежности, сходства или контраста.

Сильные эмоции также могут искажать мышление и приводить к паралогизмам. Мышление, которое заметно зависит от эмоционально–мотивационной сферы личности, обычно обозначается как кататимное, паралогическое или аутистическое. Полагают, что в его формировании большую роль оказывают правополушарные мозговые факторы. Кататимия бывает у здоровых и характерна для больных неврозами, а терминами аутизм и паралогика чаще обозначают специфические нарушения мышления у больных шизофренией.

Решение проблемных ситуаций осуществляется специальными приемами, или стратегиями мышления: случайным, рациональным (конвергентное мышление) или систематическим (дивергентное мышление) перебором возможных вариантов. Известно, что решение сложных проблем проходит в мышлении четыре этапа: подготовки, инкубации, инсайта и проработки.

Индивидуальные особенности мышления определяются видом, типом и стратегиями мышления. Они же во многом определяют и такие интегральные характеристики мышления, которые обозначаются как широта, глубина, последовательность, гибкость, самостоятельность и критичность мышления.

Жан Пиаже онтогенез мышления описывает как последовательное прохождение им четырех стадий: сенсомоторного, дооперационального, конкретно–операционального и формально–операционального интеллекта. Все особенности ранней (допонятийной) формы мышления он объясняет присущим всем маленьким детям феномена эгоцентризма, как особой интеллектуальной позиции ребенка.

Для исследования мышления разработано множество психологических методик как для исследования темпа и особенностей течения ассоциативных процессов, так и особенностей операциональной стороны мышления. В клинической психологии для исследования мышления у больных наиболее широко используется методика классификации и пиктограммы.

Правильное, логическое мышление должно удовлетворять требованиям определенности, последовательности и доказательности. Это достигается навыком правильного использования четырех законов формальной логики: тождества, непротворечия, исключения третьего и достаточного основания Логическая аргументация и коррекция неправильностей мышления является существенной составной частью рациональной психотерапии.

В патопсихологии распространение получила классификация расстройств мышления, предложенная Зейгарник. Она выделяет три вида нарушений мышления: операциональные, личностно–мотивационные и нарушения динамики мыслительной деятельности. При деменциях и олигофрениях характерно снижение уровня процессов операции обобщения. Для больных шизофренией типично

искажение процессов операции обобщения, а также личносто–мотивационные сдвиги целенаправленности мышления в виде актуализации латентных свойств понятий, разноплановости и разорванности мышления. Динамические нарушения мыслительной деятельности в виде инертности или вязкости мышления бывают при различных психических заболеваниях.

В психиатрии расстройства мышления принято подразделять на количественные (патология ассоциативного процесса) и качественные (патология суждений и умозаключений). Ассоциативные расстройства подразделяются на три группы: нарушения темпа образования ассоциаций (ускорение или замедление мышления), нарушения подвижности ассоциативных переключений (детализация, обстоятельность и вязкость мышления), нарушения целенаправленности ассоциативного процесса (резонерство, разорванность, паралогичность и символизм). Качественные расстройства мышления заключаются в появлении у больного бредовых, сверхценных, навязчивых или доминирующих идей.

Вопросы для самопрверки

1. Почему наиболее существенными особенностями мышления считаются продуктивный его характер и тесная связь с речью?
2. Как в процессе беседы выявить сохранность умственной операции обобщения или абстрагирования у пациента с подозрением на олигофрению?
3. В чем заключается главное различие между формами мышления в генетической классификации мышления? В каком порядке формируются эти формы мышления в онтогенезе?
4. Понятия, суждения и умозаключения одновременно являются предметом изучения, как психологии, так и логики. Как соотносятся между собой эти разные отрасли знаний?
5. Почему дедукция, как метод мышления, занимает более приоритетное положение по сравнению с индукцией или аналогией?
6. Может ли у одного и того же человека выявляться отвлеченный вид мышления, в то время как его тип более соответствует механически–ассоциативному? Как соотносятся между собой тип и вид мышления?
7. Почему больным неврозам свойственно мышление, которое обычно обозначают как кататимное?
8. Что обозначают понятиями левополушарное и правополушарное мышление?
9. В чем заключаются различия между конвергентным и дивергентным мышлением?
10. Какими интегральными характеристиками описываются индивидуальные особенности мышления?
11. Какие основания приводятся для опровержения мнения Жана Пиаже о том, что стадия формальных операций является обязательной завершающей стадией онтогенеза мышления?
12. Нарушение каких законов формальной логики обычно приводит к непоследовательности мышления?
13. Как в предметном варианте методики классификации проявляется феномен разноплановости мышления?
14. В чем заключаются различия между паралогическим и символическим мышлением?
15. Какие главные различия существуют между сверхценными и навязчивыми идеями ревности, болезни сердца?

ВООБРАЖЕНИЕ

Воображение (фантазия) — познавательный психический процесс создания нового образа (представления) предмета или ситуации путем перестройки (преобразования) имеющихся у человека представлений.

Воображение как своеобразная форма отражения действительности осуществляет мысленный отход за пределы непосредственно воспринимаемого, способствует предвосхищению будущего, “оживляет” то, что было ранее.

Воображение — это созидательный процесс и в нем принимают участие многие психические процессы, особенно мышление, память и восприятие. Одновременно, само воображение “вмешивается” в течение того или иного психического акта, как бы пронизывая его и придавая ему свои соответствующие черты.

> Воображение является особой формой психической деятельности и занимает как бы промежуточное положение между восприятием, мышлением и памятью. Традиционно его рассматривают как самостоятельный психический процесс. Однако на этот счет имеются и другие точки зрения. Одни психологи склонны отождествлять воображение с мышлением, другие — с представлениями памяти. В последнее время обозначился даже такой подход: воображение — это комбинация не только образного, но абстрактного содержания. Возможно, что не стоит резко менять устоявшиеся взгляды на воображение, поскольку утверждение, что воображение поглощается мышлением или представлениями, а также мнение о формировании воображения на абстрактном материале пока недостаточно доказаны экспериментально.

Подобно мышлению, воображение — это аналитико-синтетическая деятельность, которая осуществляется под направляющим влиянием сознательно поставленной цели, либо чувств и переживаний, которые владеют человеком в данный момент.

Чаще всего воображение возникает в проблемной ситуации, когда требуется быстрый поиск решения, опережающий конкретные практические действия по ее разрешению (*опережающее отражение*), что также характерно и для мышления. Однако в отличие от мышления, где опережающее отражение действительности происходит путем оперирования понятиями, в воображении это происходит в конкретно–образной форме — в виде ярких представлений. Таким образом, в проблемных ситуациях существуют две системы опережения сознанием результатов деятельности — это организованная система образов (воображение) и организованная система понятий (мышление).

Возможность выбора и реконструкции образов (представлений) или возможность новой комбинации понятий обеспечивают человеку пластичность приспособления к жизненным ситуациям. В зависимости от обстоятельств, которыми характеризуется проблемная ситуация, одна и та же задача может решаться как с помощью воображения, так и с помощью мышления. Особенно велика роль воображения в ситуациях неопределенности, когда нет той нужной полноты знаний, которые необходимы мышлению.

> Вероятно, воображение характерно только для человека и до настоящего времени науке мало что известно о его механизмах, в частности его анатомо-физиологических основах. Правда, у человека можно зарегистрировать физиологические реакции на психологические состояния, связанные с воображением: непроизвольные микродвижения

при представлении о каком-либо движении (идеомоторный акт) или вегетативные реакции, особенно при воображении ситуаций угрозы.

Существуют индивидуально-типологические особенности воображения, тесно связанные со спецификой памяти, мышления и восприятия. Лица с художественным типом мышления обладают большим разнообразием фантазии в плане конкретно-образного восприятия мира (доминирование правого полушария мозга), а у других — отмечается больше склонность к оперированию абстрактными символами и понятиями (доминирование левого полушария мозга).

Виды воображения

Воображение может быть пассивным и активным, а последнее, в свою очередь, разделяют на воссоздающее (репродуктивное) и творческое (продуктивное) воображение.

Пассивное воображение характеризуется непроизвольностью своего возникновения, что проявляется в сновидениях и грезах. Правда, грезы человек может вызвать и преднамеренно, но и в этом случае возникновение самих образов воображения отличается непроизвольностью.

Отличительная черта пассивного воображения — это полный или почти полный отрыв его от практической деятельности человека. Продукты, образы сновидений и грез обычно неосуществимы и являются своеобразной заменой реальности, ее суррогатом. Грезы служат человеку средством "ухода" от различных жизненных трудностей, выступая в этой роли как особый механизм психологической личностной защиты. Всем людям свойственно грезить о чем-то радостном, приятном и заманчивом, но преобладание у человека во всех продуктах его воображения грез может свидетельствовать об определенных дефектах развития личности, ее пассивности.

Активное воображение характеризуется произвольностью и человек при этом по собственному желанию, усилием воли вызывает у себя соответствующие образы, оно более ориентировано на практическую деятельность.

При воссоздающем, *репродуктивном* воображении образ предмета или явления создается по его словесному описанию. Это необходимо человеку при чтении книг, изучении различных схем и карт. Репродуктивное воображение больше напоминает восприятие или память, чем творчество.

При творческом, *продуктивном* воображении предполагается самостоятельное создание совершенно новых образов без опоры на готовое описание. Оно требует отбора из запасов памяти соответствующих представлений и их реконструкции в соответствии с замыслом.

При творческом воображении различают объективную и субъективную новизну его результата. Если образы и идеи оригинальны и не повторяют чего-либо, что имеется уже в опыте других людей, то это объективное новое для данного человека и для всех других. Если образы воображения новы только для самого создателя (он не знал о существовании аналогичных результатов), то их следует относить к субъективному новому.

Если воображение рисует сознанию такие картины, которым ничего или мало что соответствует в действительности, то оно носит название *фантазии* (в широком смысле термины "воображение" и "фантазия" часто отождествляются). Понятие "*мечта*" наиболее применимо к содержанию образов воображения, моделирующих ситуации и события, особенно желательные и значимые для человека. Мечты могут стимулировать к активной деятельности, но могут и оставлять человека пассивным, как бы пребывающим в мире своих мечтаний.

Образы воображения создаются различными способами:

- агглютинация — “склеивание”, синтез различных в повседневной жизни не соединяемых свойств и частей предметов (так строятся сказочные образы — русалка, кентавр);
- гиперболизация — увеличение или уменьшение величины предмета, а также изменение его отдельных частей (сказочные великаны и карлики, многорукие богини);
- заострение (акцентирование) — подчеркивание каких-либо отдельных признаков (злые карикатуры и дружеские шаржи);
- схематизация — отдельные представления сливаются, различия сглаживаются, а черты сходства выступают четко;
- типизация — выделение существенного, повторяющегося в однородных явлениях с воплощением его в одиночном образе.

Наиболее ярко феномены воображения видны в художественном творчестве людей (например, импрессионизм и кубизм в живописи, а в литературе — фантастика). В продуктах воображения, фантазии человека всегда проявляются и его личностные особенности, особенно неосознаваемые эмоционально–мотивационные процессы. Данный факт нашел широкое применение в психологии для создания различных *проективных* психодиагностических личностных методик (тест “чернильных пятен” Роршаха, тест рисуночной фрустрации Розенцвейга и другие).

Знание особенностей воображения необходимо врачу для понимания внутреннего состояния своих пациентов. Воображение больного, в силу имеющихся страхов и опасений за здоровье, может искажать картину имеющейся болезни и ее последствий, хода предстоящей операции. Врач, пользуясь методами разъяснения, убеждения и внушения, должен направить воображение больного по оптимистическому пути. С помощью воображения мы можем управлять многими психофизиологическими состояниями организма. Именно эти возможности воображения лежат в основе некоторых психотерапевтических методик саморегуляции, в частности, *аутотренинга*.

Ятрогении

Некоторые расстройства психики своим возникновением иногда обязаны чрезмерной мнительности, впечатлительности и живому воображению больного. Часто непосредственным поводом для такого заболевания является неправильно понятое слово врача. Слово врача — могучее средство воздействия на больного. Как и всякое другое терапевтическое средство, слово врача может иметь не только полезное, но и вредное для больного действие. Психиатр О. Бумке (Bumke O., 1925) в своей небольшой статье “Врач как причина душевных расстройств” обратил внимание на вредные последствия неправильного (в психологическом плане) поведения врача с больным. Пациент здесь воображает, что он заболел опасной болезнью и у него даже “появляются” соответствующие симптомы. Такие болезни, которые возникают под влиянием неосторожного слова врача, принято называть *ятрогенными заболеваниями*. Сила ятрогенных воздействий врача возрастает при авторитарном, директивном стиле его отношений с больным. Врач должен уметь пользоваться словами. Еще Бернард Шоу писал, что “есть 50 способов сказать слово “да” и 50 способов сказать слово “нет”.

При ятрогении в сознании больного человека постоянно присутствует через обозначение в словах ощущение того симптома, который он себе вообразил под влиянием слов врача. Человек как бы не желая думать о симптоме, думает о нем.

Этот его миф о болезни постоянно нуждается в подтверждении, поэтому человек прислушивается к себе и "находит" соответствующие ощущения. У него начинает болеть там, где "должно" болеть. К этому разряду относиться и хорошо известный в среде медиков "симптом 3-го курса", когда студент "обнаруживает" у себя все изучаемые им болезни.

> Ятрогении (от лат. iatros — врач) — общее название обозначающее психогенные расстройства у больного, вследствие неосторожных, ранящих больного слов врача (собственно ятрогения) или его действий (ятропатия), медицинской сестры (соророгения, от лат. soror — сестра), других медицинских работников. Пагубные самовлияния, связанные с предубеждения по отношению к врачу, страхи перед медицинским обследованием, могут также привести к подобным расстройствам — эгогения (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976). Ухудшения в состоянии больного под влиянием нежелательных воздействий других больных (сомнения в правильности диагноза, лечения и т.п.) обозначают термином эгротогения (от aegrotus — больной, Либих С.С., 1975). Еще в 1937 г. отечественным психологом и психотерапевтом К.К. Платоновым описывались дидактогении — психогенные расстройства у учащихся, связанные с неосторожными высказываниями учителя.

Особую роль миф о болезни играет в ситуации лечения. Если больной верит в лечение, то его эффективность заметно возрастает. В ряде случаев лекарство (например, анальгетик) может быть заменено плацебо ("пустышка"), от которого больной субъективно чувствует тот же эффект. Лечебный миф, как и миф болезни, не имеет четкой структуры и подвержен влиянию извне. Слава целителя также может быть мифом, способствующим лечению. Порой самые фантастические и нелепые лечебные приемы находят своих убежденных последователей, эксплуатирующих этот неспецифический фактор "веры" больного в лечебный эффект, за счет которого и наблюдаются определенные успехи целительства, особенно в плане ближайших результатов.

Врач может попасть в сложное положение, если принимает миф за реальность, или наоборот. Врач должен понимать как свои терапевтические возможности или свои способности исцелять тем или иным методом, так осознавать реальное состояние пациента. С виду невинное заблуждение врача в своих качествах как целителя может привести к потере больным времени, сил и средств для осуществления настоящего патогенетического лечения (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998).

Патологические формы воображения и их оценка

В клинической практике врачу нередко приходится встречаться с больными, у которых психопатологическая симптоматика может относиться как к нарушениям пассивного, так и активного воображения. Однако замечено, что все эти нарушения чаще встречаются у лиц с особым психическим складом, отличающимся чертами инфантилизма и признаками чрезмерной возбудимости воображения с наклонностью к выдумкам и фантазированию. Еще в 1905 году эти личностные особенности описывались французским психиатром Эрнестом Дюпре (1862-1921) как "*мифоманическая конституция*".

Патологические формы пассивного воображения. В психиатрической и общесоматической клинике оценка особенностей пассивного воображения чаще всего требуется у больных при различных видах снижения уровня бодрствования и состояний помрачения сознания, а также нарушениях сна в связи со сновидениями.

Онейроид — сновидное, грезоподобное помрачение сознания, наблюдающееся в результате травм черепа, острых инфекционных заболеваний с лихорадкой,

интоксикацией или при некоторых разновидностях острой шизофрении. При этом у больного резко активизируются процессы воображения, причем создаваемые им образы “визуализируются” в виде калейдоскопических фантастических видений, напоминающих псевдогаллюцинации.

Ониризм — больной перестает ощущать различия образов воображения в сновидениях с реальностью. При этом увиденное во сне может не восприниматься с должной критической оценкой утром. Иногда при этом и днем у больного возникают яркие сновидные образы, стоит только ему закрыть глаза. Иногда такие “видения” бывают и при открытых глазах — грезы по типу сна наяву или “сна с открытыми глазами”. У психически здоровых лиц последнее может отмечаться при ослаблении деятельности сознания — в полудремотном состоянии или в состоянии аффекта.

Галлюцинации воображения (Dupre E.,) — разновидность психогенных галлюцинаций, фабула которых вытекает из аффективно значимых и длительно вынашиваемых в воображении идей. Особенно легко возникает у детей с болезненно обостренным воображением.

Бред воображения (Dupre E., Logre J.B., 1914) — является вариантом бредообразования, который вытекает из склонности к фантазированию у лиц с мифоманической конституцией. Возникает остро — как бы по “интуиции, вдохновению и озарению”. Восприятие не нарушено, больной полностью ориентирован в месте и собственной личности.

Сновидные эпилептические приступы (Ducoste, 1889) — сновидения с преобладанием красного цвета, сопровождающие или заменяющие (эквиваленты) ночной эпилептический припадок. Они всегда стереотипны с видением угрожающих образов в виде чудовищ, химер и частей собственного тела. В дневное время подобные сноподобные состояния (Jackson J.H.,1870) могут быть предвестником (аурой) припадка при височной эпилепсии, однако при этом все же преобладают явления дереализации, феномены “уже виденного” и “никогда не виденного”, “насильственные” (не подавляемые усилием воли) фантастические представления.

Патологические формы активного воображения. Главным признаком расстройств активного воображения является нарушение критичности к его продуктам и (или) их применению. Чаще всего в клинической практике врачу приходится сталкиваться с феноменом патологической лживости у ряда больных — *фантастической псевдологии (pseudologia phantastica).* Она выражается в том, что человек начинает искренне верить в созданные им самим фантазмы (фантастические идеи и образы). Этот феномен описан еще в 1891 году А. Дельбрюком как “ложь без нужды с убежденностью в правдивости высказываемой лжи”. В современном понимании псевдология рассматривается в двух основных вариантах:

1.*Фантазмы психотические*, где воображаемое субъективно более устойчиво принимается за истину (например, как при *конфабуляциях*) и оно может переходить в целые сюжетные псевдологии и даже бредоподобные фантазии. Такие расстройства более характерны для различных органических заболеваний мозга с грубыми нарушениями памяти (прогрессивном параличе, сифилисе мозга, травмах), а также эпилепсии и шизофрении.

2.*Фантазмы непсихотические*, где псевдология является сочетанием двух видов фантазирования: “для себя” (“бегство” в мир мечты от действительности) и “для других” (повышение собственной привлекательности), т.е. обладает свойствами, как механизмов психологической защиты, так и свойствами “манипуляционных механизмов” другими людьми (Якубик А., 1982).

Непсихотические фантазмы, как разновидность псевдологии, особенно часто встречается у лиц с истерическими психопатическими наклонностями и “мифоманической конституцией”. При этом такой человек, как и всякий лгун, знает, что он лжет. Однако эта ложь патологическая — она отличается от обычной тем, что чаще всего бывает явно нецелесообразной и больной понимает всю ее бесполезность, но противостоять своей потребности лгать не может. Псевдологи, в отличие от обычных истерических психопатических личностей, более активны и в стремлениях воплотить в жизнь свои фантастические построения, поэтому они чаще вступают в конфликт с законом. Лживость при этом заслоняет у них все остальные личностные черты.

Патологическую наклонность к вымыслам и лжи с детского возраста психиатры обычно рассматривают как проявление частичного инфантилизма. Таким личностям не хватает устойчивости, зрелости воли и суждений. Привязанности их не глубоки, так как любят они только себя. Им чуждо чувство ответственности и долга. Параллельно с созреванием личности эти психопатические проявления постепенно стихают. К возрасту 40 лет такие личности наблюдаются редко.

При оценке “патологичности” псевдологии у детей и подростков *(детская лживость)* следует учитывать возрастные особенности становления воображения. Ребенок получает возможность полностью отделить свои мечты, детские фантазии от реальности только к подростковому возрасту. Если период активного детского воображения (4-7 лет) по каким-либо причинам затягивается, то детская лживость постепенно может приобрести социально значимый и даже патологический характер, особенно в тех случаях, когда она становится постоянным орудием жизненной удачи. Это постепенно становится фактором деформации личности, патологического личностного развития.

У здоровых детей фантазии отличаются подвижностью и связаны так или иначе с реальностью. Патологические фантазии чаще всего достаточно стойкие, оторванные от реальности, причудливые по содержанию и сопровождаются поведенческими нарушениями. Такая склонность к необузданному фантазированию с неспособностью к четкому отделению мира своих фантазий и представлений от реальности у детей дошкольного и младшего школьного возраста может быть иногда ранним проявлением инфантилизма и психической незрелости (*иммatуризма* по А. Ван Кревлену).

В дошкольном возрасте (чаще в возрасте 3-5 лет) у родителей детей иногда возникают тревоги по поводу затянувшегося ***игрового перевоплощения ребенка*** в образ какого-либо персонажа сказки или даже в неодушевленный предмет. Такие случаи требуют консультации специалиста, так как они могут быть проявлением элементарных форм деперсонализации и нередко на смену им приходят иные психические нарушения (типа симптома психического автоматизма при шизофрении).

В других случаях в играх ребенка начинают доминировать ***манипуляции с предметами не игрового назначения*** — чашки, веревочки, бутылочки. Попытки родителей отвлечь ребенка от игр с таким “любимым” предметом безуспешны, здесь уже в фантазировании ребенка усматриваются или элементы сверхценности и (или) измененности сферы влечений.

Настораживающими в плане возможности психического расстройства у ребенка являются случаи ***стойкого фантазирования садистического содержания*** и ***патологические фантазии типа самооговоров***. Последний тип фантазирования чаще встречается в подростковом возрасте — у мальчиков это обычно “признания” в каких-либо ограблениях или участия в шпионской деятельности, а для девочек типичны самооговоры сексуального содержания.

Краткое содержание и выводы

Воображение — процесс преобразования представлений, создание новых образов на основе имеющихся. Это опережающее отражение

действительности в новых, неожиданных, непривычных сочетаниях и связях.

Воображение тесно связано с мышлением, так как только эти психические процессы продуктивны. Возможность создания нового образа лежит в основе воображения, а возможность новой комбинации понятий лежит в основе мышления.

Пассивное воображение как преднамеренное, так и непреднамеренное по своей сути непроизвольно и типично для сновидений и грез. Активное воображение произвольно и более ориентировано в практическую деятельность. При продуктивном активном воображении создаются совершенно новые образы, а при репродуктивном — образ воспроизводится по его описанию.

Все образы воображения создаются путем агглютинации (склеивания), гиперболизации, акцентирования, схематизации или типизации имеющихся образов, их качеств или черт. Неосознаваемые эмоционально–мотивационные процессы часто оказывают влияние на создание образа воображения, что используется в проективных тестах для изучения личности.

Особенности воображения больных могут объяснить его необоснованные страхи и опасения за свое здоровье, а также лежать в основе ятрогений — особых психогенных расстройств у больного вследствие неосторожных слов врача. Терапевтические возможности воображения используются во многих психотерапевтических методиках, особенно в аутотренинге.

Патологические формы пассивного воображения (онейроид, ониризм и другие) обычно связаны со снижением уровня бодрствования, помрачением сознания, а также расстройствами сна в связи со сновидениями.

Патологические формы активного воображения представлены преимущественно различными вариантами патологической лживости, которые чаще возникают у лиц с истерическими наклонностями. Психотические фантазмы типа конфабуляций обычно являются проявлениями органического заболевания мозга.

У детей диагностические сложности представляют феномены игрового перевоплощения ребенка, упорное манипулирование предметами неигрового назначения, стойкое фантазирование с садистическим содержанием и фантазии типа самооговоров.

Вопросы для самопроверки

1. Почему воображение и мышление часто обозначают как две системы опережающего отражения? В чем различие действия этих систем в проблемных ситуациях?
2. Почему грезы относятся к формам пассивного воображения? Могут ли грезы быть преднамеренно вызваны человеком?
3. В чем отличие продуктивного воображения от воображения репродуктивного?
4. Какой способ создания образов воображения чаще используется художником при изображении им злых карикатур или дружеских шаржей?
5. Как используются особенности воображения человека для целей психодиагностики?
6. Что собой представляют ятрогенные заболевания? Как осуществляется профилактика ятрогений?

7. Почему онейроид и ониризм относятся к патологическим формам пассивного воображения?
8. Что собой представляет псевдология? Чем отличаются псевдологи от обычных истерических личностей?
9. Чем психотические фантазмы отличаются от фантазмов непсихотических?
10. Каким образом производится оценка патологичности детской лживости?
11. Какие отдельные феномены детского фантазирования должны настораживать в плане возможности наличия у ребенка психического заболевания?

РЕЧЬ И ЕЕ ФУНКЦИИ

По своему значению речь имеет полифункциональный характер. Для человека она является основным средством общения, средством мышления, носителем сознания и памяти, носителем информации (письменные тексты), средством управления поведением других людей и регуляции собственного поведения. Речь, как и все высшие психические функции человека, является продуктом длительного культурно-исторического развития.

Язык — это система условных знаков, с помощью которых передаются сочетания звуков, имеющие для людей определенный смысл и значение. Если в речи выражается психология отдельно взятого человека, то в языке отражается психология целого народа, говорящего на данном языке. Связывающим звеном между языком и речью является значение слова, которое выражаться как в единицах языка, так и в единицах речи. Значение слова едино для всех людей, а его смысл может носить сугубо личностный характер. При одинаковых языковых значениях слов смысл их для разных людей может различаться в зависимости от тех сугубо личных мыслей и чувств, которые данное слово вызывает у человека.

В качестве самостоятельных основных видов выделяют экспрессивную и импрессивную речь, имеющих разное психологическое строение.

Экспрессивная речь (процесс высказывания — устная или письменная речь) начинается с замысла (план высказывания), затем проходит стадию внутренней речи, которая обладает “свернутым” характером, и, наконец, переходит в стадию развернутого внешнего высказывания — устного или письменного.

Импрессивная речь (процесс понимания речевого высказывания — устного или чтение) начинается с восприятия сообщения через слух, или зрение, затем проходит стадию декодирования (выделение единиц информации) и завершается формированием во внутренней речи схемы сообщения и его понимания.

Внутренняя речь недоступна прямому наблюдению и отличается свернутостью (в частности, опускаются многие члены предложения, происходит “выпадение” гласных звуков), она специально приспособлена к выполнению мыслительных операций и действий в уме.

При анализе устной и письменной речи выделяют следующие лингвистические единицы: фонемы (исторически сложившиеся смыслоразличительные звуковые единицы языка, набор фонем в различных языках различен), лексемы (слова, обозначающие отдельные предметы или явления), семантические единицы (обобщения в виде системы слов, обозначающие понятия), предложения (сочетания слов, обозначающие определенную мысль) и высказывания (законченное сообщение).

Основные закономерности понимания устной речи и устного высказывания формируются у ребенка до 2-3 лет, в то время как формирование чтения и письма происходит существенно позднее (с 6–7 лет). Эти различия в происхождении и психологической структуре разных форм речи находят свое отражение и в их мозговой организации. В речевой функции принимают участие все анализаторы: слуховой, зрительный, кожно-кинестетический, двигательный. Однако наличие общих закономерностей объединяет все виды и формы речи в сложную, но функционально единую систему. При локальных поражениях мозга (преимущественно левого полушария у правши) нарушения речи распространяются

на все формы речевой деятельности, т.е. возникает системный дефект с преобладанием нарушения того или иного аспекта речи (Хомская Е.Д., 1987).

Выделяют три главных критических периода в развитии речевой функции у детей.

Первый (1–2 года жизни), когда формируются предпосылки речи и складываются основы коммуникативного поведения, движущей силой которого является потребность в общении. Идет интенсивное развитие корковых речевых зон, в частности зоны Брока, критическим периодом ее развития является возраст 14–18 месяцев. Любые неблагоприятные факторы, действующие в этом периоде, могут отразиться на речевом развитии ребенка.

Второй критический период (3 года), когда интенсивно развивается связанная речь. Ранимость психики в этот период (упрямство, негативизм и т.д.) могут влиять и на речевое развитие. Могут возникать заикание, мутизм как реакция протеста на завышенные требования взрослых. Заикание также может быть обусловлено и возрастной неравномерностью созревания отдельных звеньев речевой системы (“эволютивное заикание”).

Третий критический период (5–7 лет) — начало развития письменной речи. Возрастает нагрузка на центральную нервную систему. При предъявлении повышенных требований также могут происходить “срывы” нервной деятельности с возникновением заикания. Критические периоды развития речи играют роль предрасполагающих условий, а в ряде случаев имеют и самостоятельную роль в формировании различных дисфункций речевой системы.

Речь и общение

Речь возникла в процессе исторического развития вместе с мышлением, и она имеет для людей, прежде всего коммуникативное, общественное значение. Однако к речи мы прибегаем не только тогда, когда нам нужно логично аргументировать свое отношение к разным жизненным проблемам, но и для повседневного общения, взаимодействия по поводу трудовой, учебной, игровой или иной деятельности. Потребность в совместной деятельности и приводит к необходимости в общении. Общение даже может обособляться как самостоятельная деятельность, в которой человек эмоционально заинтересован, и здесь общение уже выступает для человека как исключительная ценность.

Общение — это обмен информацией, а язык есть система знаков. Мысли и переживания человека должны быть сначала превращены (закодированы) в устные (звуки) или письменные (буквы, изображения) знаки, чтобы передать их другим людям. Значение (смысл) мыслей и переживаний будет понятно людям, если они знают язык, на котором их передают. Общение между людьми осуществляется не только посредством языка, но и при помощи многих других знаков: научных символов (в математике, физике и другие), знаков искусства (ноты в музыке, символы изобразительного искусства), морской сигнализации, знаков дорожного движения. Наука о знаках и знаковых системах (включая языковые знаковые системы) называется семиотикой.

Речь — это процесс словесного общения, выражение какой–либо мысли. Наиболее простой разновидностью устной речи является диалог. *Диалог* — это речь, которая активно поддерживается собеседником и она “свернута”, т.к. в ней многое подразумевается в силу знания и понимания ситуации партнером. *Монологическая речь* — развернутая речь человека, обращенная к другим людям. Она требует от говорящего умения связанно и последовательно излагать свои мысли, придавая им законченную форму. Монологическая речь, кроме коммуникативной функции, несет в себе и выраженную экспрессивную функцию. Сюда относится мимика и жесты, паузы и интонации, которые подчеркивают отношение говорящего к содержанию разговора.

Письменная речь представляет собой разновидность монологической речи, но в отличие от монолога строится при помощи письменных знаков. Первым видом письменности, который появился еще в четвертом тысячелетии до н.э., было рисуночное пиктографическое письмо. Каждая пиктограмма отображала в виде рисунка отдельный объект, а последовательность пиктограмм напоминала рассказ в картинках. Далее пиктограмма сменилась идеограммой, которая схематически отображала лишь повторяющиеся элементы. В наиболее полном виде идеографическое письмо сохранилось только в китайском языке, где имеется около 50 тыс. иероглифов–идеограмм, каждый из которых соответствует одному слову. В буквенном (звуковом) алфавите появляется возможность свободной комбинации из ограниченного набора элементов (букв) практически неограниченного количества слов.

Речь человека иногда называют его "визитной карточкой". Она несет информацию о самых различных чертах личности говорящего: о его происхождении, возрасте, профессии, образовании, интеллекте и т.д. Попытки выделить отличительные особенности речевого поведения и речевой деятельности привели к возникновению в психолингвистике нового объекта изучения — языковой личности. Подобные проблемы на практике часто встают перед криминалистами, которые по языковым характеристикам должны установить авторство того или иного текста. Следует также отметить, что претендуя на языковую исключительность, люди в сходных коммуникативных ситуациях часто ведут себя поразительно одинаково. Это связано и с тем, что говорящие в каждый момент своей речевой биографии демонстрируют особенности группового речевого поведения. Носитель языка как бы фокусирует в себе черты "коллективных языковых личностей". Исследованием различий в речевом поведении представителей разных культур занимается этнолингвистика.

Жестовая речь

В любом общении существуют различные неречевые средства, в частности жесты, которые дополняют или выражают отношение говорящего к содержанию сообщения. Особая роль использования жестов в искусстве — пантомима, опера, драма и другие. Издавна использовалась жестовая система общения у ряда племен североамериканских индейцев и австралийцев в условиях охоты и войны, такие системы были у некоторых монашеских орденов, соблюдавших обет молчания. Особо важное значение жестовая речь приобретает у людей с дефектами слуха. Система жестового общения глухих имеет сложную структуру и включает две разновидности жестовой речи — разговорную и калькирующую (Зайцева Г.П., 1991).

Разговорная жестовая речь глухих совершенно самостоятельная система. Долгое время не удавалось создать лингвистического описания разговорного жестового языка, т.к. традиционная лингвистика оперирует понятиями "часть речи", "существительное", "глагол", а в разговорной жестовой речи глухих нет возможности выделить эти элементы. Жест не звучит, но он имеет свою конфигурацию, пространственное положение и движение, передающие все особенности и оттенки сообщений собеседнику. Состав и количество жестов разговорной жестовой речи очень велико, порой складываются системы общения, которой пользуются только в данной конкретной семье.

Калькирующая жестовая речь имеет иное строение. Жесты здесь являются эквивалентами слов, а порядок их следования такой же, как в обычном

предложении. Ею ребенок овладевает в процессе специального обучения и она становится основным средством общения глухих со слышащими. В калькирующей жестовой речи жесты сопровождают устную речь говорящего. Глухие собеседники чаще всего произносят слова без голоса. Каждое слово, как и отдельные буквы, здесь сопровождаются своим жестовым эквивалентом. Например, дактильный (греч. dactilos — палец) русский алфавит составлен из жестов одной руки, а английская дактилология — двуручная. Используются специальные дактильные алфавиты и для слепоглухих. В их основе лежат национальные дактильные азбуки. Рука слепоглухого накладывается на руку говорящего, и он "считывает" дактильную речь. Существует и международный дактильный алфавит для слепоглухих.

Соотношение мышления и речи

Психология речи, как правило, излагается в системе познавательных психических процессов, вслед за темой мышление. Априорно, т.е. без особых доказательств, ясно, что язык и мышление связаны друг с другом. Однако, соотношение мышления и речи достаточно сложная проблема. Предлагаемые ее решения были самыми разными — от признания самостоятельности и полного разделения мышления и речи до столь же однозначного их отождествления. В настоящее время преобладающей является компромиссная точка зрения, согласно которой *мышление и речь тесно взаимосвязаны*, хотя по генезу и функционированию они являются относительно независимыми реальностями.

Мышление и речь первоначально выполняли различные функции и развивались отдельно. Исходной для речи была коммуникативная функция. У маленьких детей и у высших животных обнаруживаются своеобразные средства коммуникации, которые не связаны с мышлением. Это выразительные движения, жесты и мимика, отражающие внутренние состояния, но не являющиеся знаком или обобщением. Одновременно, есть виды мышления, которые не связаны с речью. Мышление нельзя отождествлять с речью, как отмечают Р. Конечный и М. Боухал (1983), хотя бы уже потому, что во многих случаях мы имеем мысли, к которым ищем дополнительных слов. Одновременно, зоопсихологи элементы конкретного практического мышления в процессе ориентировочного манипулирования предметами обнаруживают у ряда высших животных, в частности у обезьян. В филогенезе мышления и речи отчетливо вырисовывается доречевая фаза в развитии интеллекта и доинтеллектуальная фаза в развитии речи.

Становление речи у ребенка происходит в течение нескольких отчетливо различных периодов: *фонетический период*, когда ребенок еще не способен усвоить звуковой облик слова (до 2-х лет), *грамматический период*, когда слова уже усвоены, но не усвоена структура организации высказывания (до 3-х лет) и *семантический период*, когда постепенно начинается усваиваться понятийная отнесенность, осознание содержания понятий (после 3-х лет вплоть до подросткового возраста).

Таким образом, возрасте около 2-х лет у ребенка между мышлением и речью наступает переломный момент и речь постепенно становится механизмом, "орудием" мышления (Выготский Л.С., 1982). Ребенок, решая какие-либо интеллектуальные задачи, начинает рассуждать вслух, у него как бы появляется речь, обращенная к самому себе — *эгоцентрическая речь*. Эта внешняя речь особенно заметна у детей среднего дошкольного возраста во время игры и предназначена не для общения, а обслуживает мышление. Постепенно

эгоцентрическая речь у ребенка исчезает (свертывается) и превращается во внутреннею речь. Элементы эгоцентрической речи можно встретить и у взрослого, когда он, решая какую-либо сложную интеллектуальную задачу, начинает непроизвольно размышлять вслух и произносит иногда только ему понятные фразы.

Теории развития речи

Существует множество теорий, объясняющих развитие речи у человека. Можно было бы допустить, что ребенок учиться правильно строить предложения, подражая взрослым и получая от них за это эмоциональное подкрепление. Так считают сторонники *теорий научения* (бихевиористкий подход к развитию речи). Механизмы научения частично объясняют появление у человека определенных речевых оборотов и местного акцента.

Однако, в речи детей встречаются и весьма необычные комбинации слов (детское словотворчество), отсутствующие в речи взрослых и их невозможно усвоить методом подражания. Приходится допустить, что ребенок овладевает чем-то еще, что психологически эквивалентно системе грамматических правил. По мнению психолингвиста Ноама Хомского (Chomsky, 1959, 1974) в мозге существуют структуры, определяющие врожденную способность (задатки) каждого человека к усвоению речи (*теория врожденных языковых структур*). В частности, хорошо известно, что имеются общие для всего человечества ограничения на длину слова или предложения, связанные с объемом кратковременной памяти, а также обязательность трехчленного строения мысли (субъект, предикат и связка), которые, возможно, и определяют фундамент общечеловеческой "глубинной грамматики". Критический период для усвоения основ языка также во всех культурах одинаков и соответствует возрасту от полутора до трех лет. Данный возраст называется сенситивным для формирования речи.

Другие психологи (Sapir, 1921; Wharf, 1956) приходят к выводу об обусловленности структуры языка *культуральными особенностями* того или иного народа. Язык, характерный для каждой культуры, формируется в процессе адаптации к жизненным условиям. Например, у эскимосов существует более 10 слов для обозначения разных видов снега.

Известный отечественный психолог Выготский (1966) считает язык и речь человека социальным продуктом, который постепенно интериоризуется ребенком и становится главным "орудием" его мышления и "организатором" поведения в целом. Ж. Пиаже (1932), напротив, полагает, что речевое развитие ребенка первоочередно зависит от мышления, а не наоборот. Первые высказывания детей обычно относятся к тому, что они уже понимают. Наследуется лишь деятельность интеллекта, а познание мира, в котором язык служит лишь одним из способов отображения ("регистрации" умственных достижений), формируется при взаимодействии ребенка со средой.

Последняя точка зрения позволяет согласовывать основные положения всех других концепций и поэтому имеет много сторонников. К сожалению, методы, которыми располагает наука в настоящее время для решения вопроса о реальных процессах, лежащих в основе передачи и понимания речевых сообщений, еще чрезвычайно ограничены. Поиск строгих моделей тех языковых структур, которые отвечают за кодирование и декодирование речевых сообщений, т.е. почему язык усваивается, понимается и воспроизводится людьми, составляет предмет активно развивающейся области науки — *психолингвистики*. Психолингвистика возникла на

стыке психологии и лингвистики в 50–60-е годы и получила свое название в 1953 году на международной конференции в США.

Филогенез языка — это процесс возникновения и развития человеческого языка вообще, а не процесс возникновения и развития языка каждой данной личности. Интересно отметить, что “момент” филогенетического зарождения языка датируется гипотетически в очень отдаленных временах, так что Парижское лингвистическое общество еще в 1865 году в своем уставе запретило рассмотрение любых гипотез о происхождении языка, как проблемы “бесполезной” и “непродуктивной”. Однако интерес к непознанному оставался и возникло множество гипотез речевого филогенеза.

1. Теория звукоподражания идет от древнегреческих философов-стоиков. Смысл ее состоит в том, что человек обрел свой язык, подражая звукам природы. В любом языке, например, есть звукоподражательные слова, да и начала детской речи (которая как бы повторяет этапы филогенеза) содержат аналогичные словообразования.

2. Трудовая теория происхождения языка (теория “трудовых выкриков”) возникла в 19 веке и наиболее полно оформилась в трудах Л. Нуаре и К. Бюхера. Сущность этой гипотезы в предположении о том, что язык возник из звуков, сопровождающих совместную трудовую деятельность. В этой теории подчеркивается, что язык возник в процессе социального взаимодействия людей и языковые знаки вторичны по отношению к невербальным способам коммуникации.

3. Жестовая теория происхождения языка была сформулирована в 19 веке В. Вундтом, а позднее развита Н.Я. Марром. На сегодняшний день она считается наиболее убедительной, так как имеет множество психолингвистических аргументов в свою пользу. В частности ее подтверждает анализ речевого развития ребенка. Прежде чем ребенок овладевает языком как фоно—лексико—грамматической структурой, он создает особую невербальную (преимущественно жестовую) протоязыковую систему. В онтогенезе “сначала был осмысленный жест и эмоциональная фонация”, а потом уже “осмысленный звук”.

Другая область, которая дает факты в пользу жестовой теории, это наблюдения и эксперименты, проведенные в 60-70 гг. нашего столетия с человекообразными обезьянами (Р. и Б. Гарднеры, Р. Футс, Д. Примак и др.). Результаты наблюдений показывают, что обезьяны способны к научению в определенной степени жестовой коммуникации глухонемых (обучение звуковому языку обезьян невозможно из-за несовершенства у них строения артикуляционного аппарата). За три года обучения с 11-месячного возраста шимпанзе по имени Уошо у супругов Гарднеров освоила 132 знака американского жестового языка и “понимала” еще несколько сот других знаков, с которыми люди обращались к ней. Комбинируя знаки, обезьяны составляли из них несложные предложения, причем они отдавали предпочтение порядку “слов-жестов”, при котором на первом месте находился субъект действия, на втором — действие, на третьем — объект (например: “ты — щекотать — Ушо”). Иными словами, шимпанзе демонстрировали представление о субъекте, действии и объекте (цит. по Горелов И.Н., Седов К.Ф., 1997).

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

Нарушения речи могут возникать как вследствие врожденного недоразвития всех или отдельных звеньев речевой системы, так и при различных заболеваниях, особенно при поражении речевых зон коры головного мозга.

При ряде психических заболеваний у заболевшего исчезает инициатива в вербальном общении — больной ведет себя пассивно, отвечает кратко, не заинтересованно (ответы типа “да”, “нет”) или отказными понятиями (“не помню”, “не знаю”), что порой ошибочно трактуется как нарушения памяти и интеллекта. Угасание потребности в общении является одним из главных проявлений аутизма. Реже встречается противоположное состояние — многоречивость, но также с отсутствием заинтересованности в собеседнике. Главный признак здесь — монологичность речи, исчезновение диалогичности. Такое обезличенное общение часто называют “аутизмом наоборот, наизнанку”.

Собственно патопсихолингвистические речевые нарушения связаны с патологией высших психических функций, сознания и личности, которые имеют место при психических заболеваниях (Леонтьев А.А., 1997). В литературе даются описания характерных особенности речи при различных душевных расстройствах (Spoerri, 1964; Гриншпун, Добрович, Фрумкина, 1974 и др.).

Прогрессивный паралич (вариант сифилитического психоза) — наблюдается невнятность произношения из-за нарушений артикуляции, позднее появляется интонационная немодулированность речи, неспособность понимания переносных значений пословиц, слов.

Корсаковский психоз (встречается в 3 стадии алкоголизма) — резкое расстройство памяти отражается и в речи, особенно в форме парафазий, т.е. подстановки неадекватного слова на место необходимого.

Болезнь Пика и болезнь Альцгеймера (атрофические процессы мозга) — заметна стереотипность речи и высказывания больных состоят из одних и тех же слов и словосочетаний, которые произносятся с одинаковой интонацией. При *логоклонии* имеет место спастическое многократное повторение отдельных слогов произносимого слова. Характерной для болезни Альцгеймера является логоклония, распространяющаяся с начальных слогов слов на промежуточные и затем конечные.

Иногда при атрофических процессах мозга встречается симптом *палилалии* (признак стрипаллидарного поражения, наблюдается также при постэнцефалитическом паркинсонизме, псевдобульбарном синдроме), впервые описанный Brissaund и заключающийся в непроизвольном повторении пациентом два раза или более последнего слова, фразы или предложения, сказанных им самим. Данный феномен иногда называют «симптомом граммофонной пластинки» Майер–Гросса или «стоячими оборотами речи». Палилалия проявляется не только в ответах на вопросы, но также в спонтанной речи. Возникает как в отношении «интеллектуальной речи», так и эмоциональных восклицаний, брани и других форм речи более «низкого уровня». Речевые итерации достигают 20 повторений и более, в конце повторение может стать беззвучным — «афоническая палилалия». От палилалии следует отличать *палилогию* — индивидуальную особенность некоторых ораторов умышленно повторять слова или фразы с целью смыслового подчеркивания.

Эпилепсия — речь неясная, замедленная, “вязкая” с тенденцией к персеверации (повтору), характерна стереотипность и витиеватость речи с обилием уменьшительных форм слов. При нарастании слабоумия — бедность словаря (олигофазия).

Маниакально-депрессивный психоз — при повышенном настроении речь громкая, торопливая, неумолкаемая ни на минуту, “телеграфный стиль”, скачка идей, отвлекаемость. Возникновение большого числа ассоциаций по созвучию, отсюда изобилие рифмующихся слов.

Шизофрения — речевые симптомы очень разнообразны, что отражает многообразие форм болезни. В целом речь больных характеризуется нарушением механизмов опоры ее на прошлый речевой опыт, распадом закономерностей выбора слов, нарушением закономерной связи вербального и предметного значений понятий. Характерны преднамеренные искажения слов и “словотворчество” (неологизмы), замена конкретных понятий абстрактными и наоборот. Речь часто обстоятельная и резонерская, встречается семантическая разорванность или бессмысленность того или иного предложения при грамматической его целостности. Речь однотонная или больные иногда усиливают интонацию на второстепенной, вспомогательной части высказывания в ущерб основной смысловой части. Эхолалия — повторение слов собеседника или вербигерация — бессмысленное выкрикивание одного и того же слова или высказывания.

Нарушения речи при локальных поражениях мозга изучаются *нейролингвистикой* (раздел нейропсихологии), а нарушения и коррекция речи при задержке ее развития являются предметом исследования *логопедии* (отрасль педагогики).

В становлении нейролингвистики как науки большое значение имеют работы отечественного психолога А.Р. Лурия, который во время Великой Отечественной войны занимался восстановлением деятельности воинов, получивших травму головного мозга.

Он и его ученики собрали и обобщили огромный материал, подробно исследовали языковые функции левого полушария.

Однако, история изучения нарушений различных форм речевой деятельности при локальных поражениях мозга начинает свой отсчет в 1861 г., когда французский анатом П. Брока показал, что поражение задней трети третьей и частично второй лобной извилины левого полушария приводит к своеобразной патологии, когда больной теряет возможность говорить, хотя и понимает обращенную к нему речь (*моторная афазия*). Спустя тринадцать лет, в 1874 г. немецкий психиатр К. Вернике описал второй факт не меньшего значения. Он показал, что больные с поражением задней трети первой и частично второй височной извилины левого полушария сохраняют возможность говорить, однако лишаются способности понимать обращенную к ним речь (*сенсорная афазия*). Обе речевые соседствуют с более общими зонами деятельности: центр Брока соседствует с двигательным, а центр Вернике — со слуховым. Вернике полагал, что "сенсорные образы" слов приурочены к височной доле, а "моторные образы" — к речевым моторным центрам Брока лобной доли. Если прерываются связи между этими двумя центрами, то возникает *проводниковая афазия* (нарушено повторение слов и предложений при сохранности понимания речи и способности говорить). В 1881 году Вернике описал *полную (тотальную) афазию*; здесь поражены одновременно способность говорить и понимание речи, так как очаг захватывает оба центра. Эти открытия положили начало клиническому изучению мозговой организации речевой деятельности человека.

А.Р. Лурия выделяет 3 функциональных блока в деятельности мозга, совместная работа которых также обеспечивает и деятельность речевой системы. Выделение и дифференциация значимых акустических признаков звучащей речи обеспечивается кортикальными аппаратами речеслухового анализатора, куда входят вторичные отделы левой височной области коры мозга (зона Вернике), которые связаны с нижними отделами постцентральной и премоторной области коры. Процесс артикулирования, моторной организации речевого акта обеспечивается вторичными отделами постцентральной области (кинестетический аппарат) и нижними отделами левой премоторной области (кинетический аппарат). В постцентральной области происходит анализ кинестетических ощущений, поступающих от мышц речевого аппарата. В премоторной области организуются моторные программы речевого акта, обеспечивающие плавность перехода от одного движения к другому. Выбор языковых единиц и их комбинирование, процессы кодирования смысла в речевую форму невозможны без участия третичных отделов переднелобной и теменно–затылочной области. Третичные отделы коры головного мозга обеспечивают перевод последовательно поступающей акустико–моторной информации в смысловые схемы и образы. В теменно–затылочной области формируются схемы, обозначающие пространственные отношения. Различные отделы затылочной и теменно–затылочной области коры также принимают участие в процессе письменной речи.

Исследования последних двух десятилетий изменили и устоявшееся представление о роли правого полушария в речевой деятельности человека. Ответ на этот вопрос был получен при лечении некоторых психических заболеваний с использованием унилатерального электросудорожного шока. Процедура лечения заключается в том, что электроды подключаются только к одной половине головы. При этом происходит подавление активности только одного полушария, второе продолжает работать нормально. Для точного установления специализации полушарий по отношению к речи используют также особый прием, так называемый метод Вада — избирательный "наркоз полушарий". При этом в одну из сонных артерий на шее (слева или справа), обеспечивающих кровью соответствующее полушарие, ввводят амитал–натрий (снотворное вещество). Во время теста испытуемый лежит на спине и считает вслух. При попадании препарата в речевое полушарие наступает пауза, которая в зависимости от введенной дозы длиться 3–5 минут. Отечественными нейролингвистами Л.Я. Балоновым, В.Д. Деглиным и другими проведена серия экспериментов по изучению речи в условиях "выключения" одного из полушарий.

Результаты показали, что прямое значение слов воспринимается главным образом левым полушарием, а переносное — правым. Левое полушарие отвечает за тонкий механизм словесной передачи объектно-объектных отношений и полноту вербальной реализации текста, а правое — опирается на более общие и обобщенные принципы построения предложений, ориентировано на целостный смысл при пересказе текста. Эти факты дали возможность Л.В. Сахарному говорить о существовании как бы двух грамматик — левополушарной и правополушарной. Левое полушарие отвечает за

абстрактно–логический анализ информации. Эти механизмы описаны в традиционных учебниках грамматики. Правое полушарие обрабатывает информацию с опорой на подсознание, его деятельность связана с конкретным, но и глобальным освоением ситуации. Правополушарная грамматика оперирует как бы готовыми клишированными предложениями, целостными текстами.

В логопедии для обозначения нарушений речи часто используются термины недоразвитие речи и нарушение речи.

Недоразвитие речи предполагает качественно более низкий уровень сформированности речевой функции или речевой системы в целом. Оно может иметь различные причины: задержка развития только компонентов речевой системы или сочетание ее с общей задержкой психического развития, олигофренией.

Нарушения речи представляют собой отклонения от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности. Они подразделяются на нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

Расстройства устной речи могут быть обусловлены нарушениями произносительной стороны речи (фонационного, внешнего оформления высказывания) и структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания (системное нарушение речи).

Расстройства фонационного оформления речи

1. Дисфония (афония) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Патология голоса может возникать при различных заболеваниях: хронических ларингитах, парезах и параличах гортани, а также нарушения тонуса и подвижности голосовых связок гортани могут носить функциональный характер (фонастения у лиц голосоречевых профессий, психогенная афония при неврозах).

Полностью лишает голоса удаление (экстирпация) гортани по поводу злокачественной опухоли. Восстановление звучной речи у лиц без гортани возможно только при формировании так называемого *пищеводного голоса* (Таптапова С.Л., 1985). Специальная методика тренировок позволяет использовать в качестве компенсаторного органа голосообразования пищевод, физиологическое сужение которого на уровне 4–6 шейных позвонков будет служить смыкающейся псевдоголосовой щелью, а воздушный пузырь ниже ее будет являться энергетической базой псевдоголоса.

2. Брадилалия (брадифразия) ***и тахилалия*** (тахифразия) — патологически замедленный или патологически ускоренный темп речи. Эти расстройства связаны с центрально обусловленными нарушениями реализации речевой программы (органическими или функциональными по своей природе).

При брадилалии звуки и слова сменяют друг друга в более замедленном темпе, хотя и произносятся правильно (при нормальном темпе речи обычно произносится 10–12 звуков в секунду). Если слоги разделяются между собой короткими паузами, то речь становится *скандированной*. При брадилалии голос обычно монотонный, теряет свою модуляцию. Лицо амимичное, все движения замедленные и вялые. Замедленность отмечается также в сфере мышления, в переключении внимания.

При тахилалии может произноситься 20–30 звуков без резких искажений фонетики. При торопливости могут появляться расстройства речевого внимания, запинки, повторения, неясность произношения фраз, но при привлечении внимания происходит быстрое восстановление равновесия между внутренней и внешней

речью. Лицам с тахилалией свойственна и общая моторная гиперактивность. Моторное беспокойство отмечается даже во время сна (дети мечутся в постели).

Баттаризм (парафразия) — сочетание патологически ускоренной речи с аграмматизмами, т.е. неправильным формированием фразы вследствие особого нарушения речевого внимания. Полагают, что при ускорении мышления каждая последующая мысль может преждевременно (до того пока будет произнесена предыдущая) вклиниваться в речь. Потеря концентрации внимания в логически важных частях речевого потока делает речь спотыкающейся, неряшливой, хаотичной, она содержит пропуски, повторения, смешения букв в слове, недоговаривания, включения в фразу неадекватного по смыслу материала.

Полтерн (спотыкание) — сочетание патологически ускоренной речи с наличием ее прерывистости несудорожного характера (запинками, необоснованными паузами). Его часто смешивают с судорожной формой заикания, так как в момент спотыкания человек не сразу произносит звук, беззвучно движутся губы и язык, напоминая судорогоподобные движения. Однако можно заметить, что привлечение внимания к речи у лиц с полтерном (как и с баттаризмом) улучшает ее, а у заикающихся усиливает судорожность; заикающиеся дома (в непринужденной обстановке) говорят лучше, а люди со спотыканием (как и баттаризмом) — хуже; люди с полтерном (как и с баттаризмом) обычно свой дефект речи осознают недостаточно, в то время как заикающиеся от него страдают. Полагают, что спотыкание отличается большой распространенностью. Есть данные, что среди детей 7–8 лет массовой школы он наблюдается у 1,8% учащихся, а в классах для заикающихся у 11,5%.

3. Заикание — нарушение темпо–ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную (логоневроз) природу, возникает чаще в ходе речевого развития ребенка. К физиологическим (биологическим) симптомам заикания относятся речевые судороги, нарушения центральной нервной системы и физического здоровья, общей и речевой моторики. К психологическим (социальным) — речевые запинки и другие нарушения экспрессивной речи, феномен фиксированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психологические особенности.

Главным внешним симптомом заикания являются речевые судороги. Их длительность в средних случаях от 0,2 до 13 секунд, в тяжелых — до 90 секунд. При *тонических судорогах* имеет место короткое толчкообразное или длительное спазматическое сокращение мышц — тонус: “т-ополь” (черта после буквы означает судорожную паузу при произношении слова). При *клонических судорогах* наблюдается ритмическое повторение одних и тех же судорожных движений — клонус: “то–то–поль”. Могут наблюдаться не только клонические и тонические, но и смешанные (клонико–тонические) формы заикания.

4. Дислалия (косноязычие) — нарушение, недостатки звукопроизношения фонем при формально нормальном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата.

В основе *акустико–фонематической дислалии* лежит недостатки в процессе узнавания и различения входящих в состав слова фонем (фонематический слух). Ребенок не распознает тот или иной акустический признак сложного звука (гора — “кора”, жук — “щук”, рыба — “лыба”). Все это мешает правильно воспринимать речь как самому говорящему, так и слушающему.

При *артикуляторно–фонематической дислалии* фонематический слух у ребенка сформирован полностью, но имеют место нарушения в моторном звене производства речи. При этом может быть не полностью сформирована артикуляторная база некоторых звуков, что приводит к их замене нужного звука другим более простым по артикуляции. В других случаях, что бывает наиболее

часто, артикуляционная база сформирована, но принимается неправильное решение об использовании звука, вследствие чего звуковой облик слова становится неустойчивым (ребенок может произносить слова правильно и неправильно).

При *артикуляторно–фонетической дислалии* дефекты звуков обусловлены неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями. Чаще всего в этих случаях неправильный звук по своему акустическому эффекту близок к правильному и окружающими распознается.

Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса “изм”: ротацизм — дефект произношения “р”, ламбдацизм — “л”, мацизм — “г”, хитизм — “х”, каппацизм — “к”, сигматизм — свистящих и шипящих звуков и другие.

5. Ринолалия (гнусавость) — нарушение тембра голоса и звукопроизношения из-за анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата (расщелины неба, нарушения резонансных свойств полостей носа и другие).

6. Дизартрия (косноязычие) — нарушение произношения без расстройства восприятия речи на слух, чтения и письма, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата (паралич или парез речедвигательных мышц, что нередко встречается при детском церебральном параличе). Основными ее признаками являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания. Тонус речевой мускулатуры может быть как патологически повышенным, так и сниженным.

Расстройства структурно–семантического (внутреннго) оформления речи

1. Алалия (дисфазия, слухонемота) — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Встречается примерно у 1% дошкольников (0,1% — все население), чаще у мальчиков.

При *моторной алалии* нарушено произношение слов, родители таких детей характеризуют их как понимающих, но не желающих говорить. При *сенсорной алалии* нарушено понимание речи — ребенок слышит, но не понимает слов. Часто при этом он довольно болтлив (повышенная речевая активность) и слышимые слова проговаривает по несколько раз как эхо (эхолалия), но смысла их он не улавливает.

2. Афазия (утрата речи) — полная или частичная утрата речи (после того, как она уже была сформирована), обусловленная локальными поражениями головного мозга в результате травм головы, нейроинфекций и опухолей мозга. До 3-х лет, пока речь еще не сформирована, диагностика афазии невозможна. У взрослых афазия возникает примерно в трети случаев нарушений мозгового кровообращения, причем здесь наиболее часто наблюдается моторная афазия. У детей афазия возникает реже, как результат травмы головы, опухоли мозга или осложнения после инфекционной болезни.

Существуют различные классификации афазий, отражающие тот или иной исторический период развития наук о речи. В настоящее время в нашей стране общепринятой является нейропсихологическая классификация афазий А.Р. Лурия, где выделено 7 форм афазий: пять афферентных (акустико–гностическая сенсорная,

акустико–мнестическая, оптико–местическая, семантическая и моторная афферентная афазии), и две эфферентных (моторная эфферентная и динамическая афазии).

Акустико–гностическая сенсорная афазия (расстройство рецептивной речи) связана с поражением задней трети первой височной извилины левого полушария (у правшей), 41 первичное и 42-43 вторичные поля зоны звукового анализатора (“зона Вернике”). Отличительной чертой этой формы афазии является нарушение понимания речи при восприятии ее на слух. В основе лежит утрата фонематического слуха, т.е. нарушение способности различать звуковой состав слова. Однако при этом затруднений в произнесении звуков и слов нет. Речь беглая, но странная и бессмысленная, часто содержит несуществующие слова. Интонации, ритм и грамматические формы сохранены. Чтение и письмо, как и понимание устной речи, сильно нарушены. Больной обычно не осознает свой дефект.

Акустико–мнестическая афазия возникает при поражении средних отделов коры левой височной области (21 и частично 37 поля). Считается, что процесс слухового, акустического запоминания является прямым продолжением процесса восприятия слова. Любое внешнее воздействие, а тем более необходимость запомнить следующее слово, неизбежно тормозит акустико–мнестические процессы. Этот тип афазии связан с ослаблением слухо–речевой памяти. Главной характеристикой ее является диссоциация между сохранной способностью повторять отдельные слова и невозможностью повторения 3–4 не связанных по смыслу слов. Понимание больших фраз оказывается также существенно затрудненным, больной не может посещать доклады, лекции, утомляется при восприятии музыки и радиопередач. Почти постоянно отмечаются ошибки при выполнении проб Хеда (“Покажите указательным пальцем левой руки правый глаз, мизинцем правой руки — левое ухо”) и сложных логико–грамматических конструкций Лурия (“Положите ключ на тетрадь, но под карандаш”).

Оптико–мнестическая афазия (оптическая афазия) возникает при поражении смежных с затылочной долей задненижних отделов височной области у правшей (нижние отделы 20-21 и 37 полей). Данная афазия сходна с предыдущей формой, но в ее основе лежит не слабость памяти, а слабость зрительных представлений о предмете, зрительных образов слов. Связь между зрительным образом слова и его наименованием становится разорванной в силу чего, больные не могут назвать показываемый предмет, пытаясь дать ему словесное описание (Карандаш — “Это то, чем пишут”). Больные также не могут нарисовать даже самых простых предметов (стол, дом), хотя явных зрительных гностических расстройств нет. При рисовании предметов обычно опускаются, не дорисовываются значимые для их опознания детали. Дефект рисования здесь также связан с нарушением зрительных образов и входит в один комплекс симптомов вместе с расстройством называния предметов. Кроме того, замечено, что при пробах на припоминание больные лучше актуализируют глаголы, но не существительные.

Семантическая афазия возникает при поражении коры области стыка височных, теменных и затылочной областей (37 и частично 39 полей) доминантного по речи полушария (левое у правшей). При этом виде афазии больные перестают различать грамматические конструкции, отражающие симультанный (одновременный) анализ и синтез явлений, т.е. когда для понимания какого-либо выражения требуется одновременное представление нескольких явлений. Они не понимают различий в выражениях “круг над крестом” и “круг под крестом” (предлоги над, под, сверху, снизу и др.), “брат отца” и “отец брата” (конструкции родительного падежа), “ручка длиннее карандаша” и “карандаш короче ручки” (сравнительные отношения) и другие. При семантической афазии наблюдаются и грубые нарушения счетных операций (акалькулия).

Моторная афазия (расстройство экспрессивной речи) выражается в затруднениях произношения слов. Понимание речи, чтение и письмо не нарушены.

Афферентная (артикуляционная) моторная афазия — возникает при поражении вторичных зон постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга, расположенных сзади от Роландовой (центральной) борозды слева у правшей (7, 40 поля). При этом нарушается возможность появления четких ощущений, поступающих от артикуляционного аппарата, в силу чего возникают затруднения в произношении и различении близких по артикуляции звуков (д,л,н или г,х,к) и часто затруднено выполнение различных оральных движений (надуть щеки, облизать губы, высунуть язык). В выраженных случаях отсутствуют все виды экспрессивной речи при относительном сохранном понимании обращенной речи и чтении про себя.

Эфферентная (вербальная) моторная афазия — возникает при поражении нижних отделов коры премоторной области слева (44 и частично 45 поля, “зона Брока ”). Она сопровождается, как правило, кинетической апраксией, выражающейся в трудностях усвоения и воспроизведения двигательной программы. При грубой эфферентной моторной афазии при попытке что-то сказать больной произносит лишь нечленораздельные звуки, но окружающих понимает относительно хорошо. Часто в устной речи таких больных остается одно или несколько слов (словесный стереотип — “эмбол”), которыми он разной интонацией пытается выразить свою мысль. В менее грубых случаях проявления афазии иные: страдает только двигательная организация речевого акта, последовательность речевых движений. При попытках произнести слово больные не могут переключиться от одного слога к другому, поэтому легко возникают речевые персеверации, в том числе и в письме. В легких случаях нарушения плавности, “кинетической мелодии” речи проявляются при проговаривании скороговорок, трудных для произношения слов.

Динамическая афазия (речевая акинезия) связана с поражением заднелобных отделов левого доминантного по речи полушария (9,10,46 поля), т.е. третьего функционального блока — блока активации, регуляции и планирования речевой деятельности. Основным речевым дефектом при этой форме афазии является трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания. Самостоятельно больные почти не высказываются, а если и говорят, то речь их очень бедна (речевая адинамия). Это не просто затруднения в построении своей речи, а более глубокие нарушения. Больные не могут развернуто, т.е. в 2–3 предложениях, ответить на простой вопрос, составить даже элементарную фразу. При пробе на заданные ассоциации (например, попросить назвать 7 красных предметов) больные называют 1-2 предмета и замолкают. При пробах на припоминание слов больные лучше актуализируют существительные, но не глаголы. При динамической афазии чтение и письмо остаются относительно сохранными и служат задаче восстановления плана высказывания при реабилитации больных.

Нарушения письменной речи

В литературе конца 19 и начала 20 веков было распространено мнение, что нарушение чтения и письма представляют собой одно из проявлений общего слабоумия и наблюдаются только у умственно отсталых детей. Представления о нарушениях чтения и письма как самостоятельной патологии речи впервые появились в 1877 году благодаря работам А. Куссмауля (Kussmaul). В дальнейшем и другие исследователи подчеркивали, что эта патология может встречаться изолированно, вне связи с умственной отсталостью. Современные исследования показывают, что чтение и письмо представляет собой сложную, многоуровневую форму речевой деятельности и в ней принимают участие и взаимодействуют различные анализаторы. В основе нарушений речи и письма могут лежать нарушения различных звеньев этой функциональной системы.

Нарушения чтения и письма наиболее часто встречаются у детей при обучении их грамоте и, как показывают исследования, они имеют определенные отличия от нарушений чтения и письма у взрослых при локальных поражениях головного мозга (травмы, опухоли, нарушения мозгового кровообращения). О. Ортон (Orton, 1937) вслед за Е. Джексоном (Jackson) затруднения чтения и письма у детей называл “алексией и аграфией развития” или “эволюционной алексией и аграфией”. В их этиологии участвуют как генетические, так и экзогенные факторы (патология беременности, родов, асфиксия, “цепочка” детских инфекций, травмы головы), которые приводят к парциальной задержке, несформированности психических функций, осуществляющих процесс чтения и письма в норме (зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений, фонематического слуха и др.).

В современной литературе для обозначения нарушений чтения используется термин дислексия, письма — дисграфия, а полную несформированность навыков чтения и письма обозначают соответственно как алексия и аграфия.

1. Дислексия — частичное специфическое нарушение процесса чтения. Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв, в затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова, искажению понимания прочитанного. Дислексия встречается у 3% детей начальных классов массовой школы, чаще у мальчиков.

По проявлениям обычно выделяют два вида дислексий (аграфий): вербальная и литеральная. При *вербальной (аграфической) дислексии* нарушено понимание смысла фраз и отдельных слов, а при *литеральной (агностической) дислексии* нарушено узнавание отдельных букв, цифр и других знаков (см. зрительные агнозии).

Патологический процесс в случаях первичной вербальной алексии локализуется в области угловой извилины (задние отделы нижне–теменной дольки слева — поле 39), литеральной алексии — основание левой затылочной доли и частично прилегающие отделы височной доли. При поражении правого полушария наблюдаются трудности при чтении левой части слова, слово прочитывается справа налево.

В других классификациях выделяют акустическую, оптическую, моторную, семантическую, аграмматическую, тактильную и ряд других разновидностей дислексий.

Акустическая, оптическая и моторная формы дислексии выделены в зависимости от того, какой из анализаторов первично нарушен (Токарева О.А., 1969). При *акустической дислексии* в результате недостаточности фонематического восприятия с трудом усваиваются буквы, особенно сходные по акустическим признакам, искажается слоговая структура слова. При *оптической дислексии* отмечается неустойчивость зрительного восприятия и оптических представлений. При этом имеет место смешивание сходных по графическим характеристикам букв, так как нет их четкого зрительного образа, поэтому одна и та же буква воспринимается по–разному. При *моторной дислексии* отмечаются затруднения в согласованном движении глаз, отсюда частые “потери” строки или слов в строке при чтении. Недостаточности зрительно–звукового восприятия могут лежать в основе и длительного так называемого *побуквенного чтения*. При этом ребенок, даже верно считав все буквы слова, само слово прочитывает очень медленно, т.е. чтение становится аналитическим, побуквенным (“Spelling dyslexia”).

Семантическая дислексия проявляется в нарушении понимания прочитанных слов или текста при технически правильном чтении.

Аграмматическая дислексия проявляется в трудностях усвоения грамматического строя речи (неправильное согласование в роде, числе и падеже, неправильное употребление окончаний).

Тактильная дислексия наблюдается у слепых детей и проявляется у них в трудностях тактильного опознания букв азбуки Брайля.

2. Дисграфия — частичное специфическое нарушение процесса письма. Письмо тесно связано с процессом устной речи и осуществляется только на основе достаточно высокого уровня ее развития. Процесс письма взрослого человека является автоматизированным и отличается от характера письма ребенка, овладевающего этим навыком.

При *амнестической (чистой) дисграфии* наибольшие трудности возникают при спонтанном письме и письме под диктовку, в то время как списывание остается относительно сохранным. Характерным является затруднение нахождения графемы, соответствующей заданной фонеме — графический образ как бы забывается, отчуждается от своего фонематического значения. При *апраксической аграфии* больные не могут взять правильно ручку или карандаш и придать

правильное для письма положение руки. В силу этого рисунок буквы искажается, зеркален или нарушены пропорции. Нарушения сохраняются при всех видах письма, в том числе и при копировании.

Патологический процесс в случаях первичных аграфий у правшей локализуется в левой лобной области — в задних отделах средней лобной извилины (поле 6) или угловой извилине (поле 39).

В настоящее время наиболее обоснованной в логопедии считается классификация дисграфий, в основе которой лежит несформированность определенных операций письма.

1) Артикуляционно–акустическая дисграфия — всегда сочетается с нарушениями устной речи, ребенок пишет при этом также неправильно, как и говорит (“косноязычие в письме”).
2) Акустическая дисграфия — нарушено фонематическое распознавание сходных по звучанию звуков (свистящие и шипящие, звонкие и глухие и т.п.). Проявляется она в виде замен букв только при письме, в устной речи звуки в большинстве случаев произносятся правильно.
3) Оптическая дисграфия — связана с недоразвитием зрительного гнозиса, пространственных представлений буквы (литеральная дисграфия) или слова целиком (вербальная дисграфия). Заменам букв при письме чаще подвергаются сходные по написанию буквы и знаки, нередко наблюдается зеркальное их изображение. При вербальной дисграфии отдельные буквы воспроизводятся правильно, однако при написании слова все равно возникают искажения букв оптического типа. Зеркальное письмо чаще встречается у левшей и при органических заболеваниях мозга.
4) Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза — проявляется в искажениях слов и предложений при письме. Часто при этом нарушено деление предложений на слова (слитное написание следующих друг за другом слов или раздельное написание одного слова), а также систематические ошибки в виде пропусков, перестановок определенных букв или слогов.
5) Аграмматическая дисграфия — связана чаще с общим лексико–грамматическим недоразвитием (у детей с дизартрией, алалией и у умственно отсталых). Проявляется в трудностях использования префиксов, суффиксов, падежей, согласования членов предложения и т.п. Могут нарушатся не только грамматические, но и смысловые связи между отдельными предложениями.

Психолого–педагогическая коррекция дислексии и дисграфии развития осуществляется приемами, направленными на совершенствование зрительного и слухового гнозиса, мнезиса, пространственных представлений и их речевых обозначений. Большое внимание уделяется сравнению смешиваемых букв с максимальным использованием различных анализаторов.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

Наибольший риск развития речевых нарушений имеют дети, которые родились с родовыми травмами или во время беременности матери действовали различные патогенные факторы, которые могли обусловить нарушения онтогенеза мозга. Более высокий риск речевых нарушений у детей в семьях с наследственной отягощенностью патологией речи, леворукостью. Профилактика и коррекция речевых нарушений у детей должна начинаться как можно раньше.

Оценка экспрессивной речи производится на основании выполнения испытуемым специальных заданий исследования спонтанной, диалоговой, монологической, автоматизированной и отраженной речи.

При оценке спонтанной и диалоговой речи предъявляют ряд вопросов, предусматривающих как короткие, односложные ответы (типа “да”, “нет”, “хорошо”, “плохо”), так и развернутые ответы. Отмечается характер жестов и

мимики при ответах, особенности произносительной стороны речи, наличие эхолалий.

При исследовании автоматизированной речи просят перечислить числовой ряд (от 1 до 6, от 7 до 12, от 15 до 20), перечислить месяцы в году. Учитывается возможность плавного перечисления автоматизированных рядов, пропуски элементов, персеверации, парафазии.

Монологическая речь исследуется с помощью пересказа коротких рассказов после прочтения их экспериментатором или путем предложения описать показанную сюжетную картинку. При анализе обращают внимание на отражение в рассказе основных элементов текста, их последовательность, понимание смысла рассказа. Отмечаются плавность или отрывистость речи, затруднения в подборе слов, аграмматизмы, преобладание глаголов, существительных или вводных слов.

При исследовании отраженной речи пациента просят повторить изолированные гласные звуки (а, о, у, и, е, ю), изолированные согласные (эм, эр, рэ, с, д, к), слоги–триграммы (лив, кет, бун, шом, тал, гис), серии трех гласных звуков (аоу, уао, оау, уоа, оуа, ауо), серий оппозиционных слогов (ба-па, па-ба, ка-ха, са-за), различение изолированных гласных звуков и их серий (а-у-у-а-у-а), различение близких по звучанию слогов (да-та-да-да-та-та), простых и сложных слов (дом, работа, водопровод, полководец), повторение предложений и серий слов по смыслу не связанных (дом-лес, сон-бег, ночь-план-лист), повторение серий слогов–триграмм (бун-лец, кет-лаш, зук-тиз, рел-зук-тиз), повторение названий реальных и изображенных предметов, частей тела, название действий (топор–рубить, пистолет–стрелять, ножницы–резать).

Значимым при оценке речи является исследование обращенной к пациенту речи, понимание ее, выполнение простых команд (показать язык, поднять руку), флексивных отношений (ключ–ручкой, ручку–ключом, ручкой–ключ, ключом–ручку), а также понимание отношений между предметами (один предлог и наречие места — положите ручку под книгу, над книгой, справа от книги; двумя предлогами — положите тетрадь в книгу, но под ручку), конструкций родительного падежа (отец брата и брат отца, сын сестры и сестра сына), интравертированных конструкций (Я позавтракал после того, как прочитал газеты. Что я сделал раньше?), проб Хеда (Покажите указательным пальцем правой руки левое ухо, мизинцем левой руки правый глаз).

Письменная речь исследуется путем списывания коротких фраз, букв, слогов, слов и фраз под диктовку, запись автоматизированных энграмм (написать свое имя, отчество и фамилию).

Нарушения чтения исследуются путем чтения букв, слов, предложений и коротких рассказов. Предлагаются также буквы, выполненные разными шрифтами и “зашумленные” крапом. При вербальной алексии больной не понимает смысла фраз и отдельных слов, а при литеральной алексии нарушение чтения связано с нарушением узнавания отдельных букв и цифр.

В ряде случаев необходимым является и изучение нарушений счета (*акалькулия*), которые встречаются при поражении теменной и затылочных долей доминантного полушария головного мозга. Для оценки нарушений счета испытуемому предлагают прочесть, назвать и написать числа, произвести автоматизированные счетные операции (таблица умножения), решить устно и письменно ряд задач на сложение и вычитание.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Речь, — сложившаяся в процессе исторической эволюции человека форма общения, опосредованная языком. Она выполняет функцию общения, служит орудием осуществления многих психичесих функций, предоставляет отдельному человеку канал связи с общечеловеческим опытом.

С речью наиболее тесно связано мышление, так как речь и мышление протекают на основе общих элементов — слов языка. Экспрессивная и импрессивная речь имеют разное психологическое строение, но их общим звеном является внутренняя речь, которая специально приспособлена к выполнению мыслительных операций, действий в уме.

Язык является системой знаков и правил оперирования с ними. Связующим звеном между речью и языком является значение слов, которое едино для всех людей. В то время как смысл отдельных слов для разных людей может различаться, так как он уже зависим от личностного компонента общения.

Речь, как процесс словесного общения, может быть диалогической, монологической и письменной. Совершенно самостоятельную систему представляет собой разговорная жестовая речь глухих людей. Средством общения глухих со слышащими является калькирующая жестовая речь, эквивалентная обычной речи.

Становление речи у детей проходит три этапа: фонетический, грамматический и семантический периоды. В возрасте 2-3 года у ребенка возникает речь, обращенная только к самому себе — эгоцентрическая речь. Она обслуживает мышление, постепенно превращаясь во внутреннюю речь.

Существует много теорий, объясняющих развитие речи: теории научения, теория “врожденной грамматики” Хомского, культуральные теории. Выготский рассматривал язык и речь как социальный продукт, который усваивает ребенок, делая его “орудием” мышления. Но больше сторонников у теории Пиаже, позволяющей согласовывать разные точки зрения. Он полагал, что наследуется деятельность интеллекта, а речь формируется при взаимодействии со средой, “регистрируя” умственные достижения ребенка.

Расстройства фонационного оформления речи возникают в силу функциональных или органических нарушений собственно голосового аппарата. Наиболее часто среди этой группы расстройств встречается заикание и недостатки звукопроизношения (дислалия).

Специфические расстройства речи (алалия), чтения (дислексия), письма (дисграфия) и счета (акалькулия) обусловлены нарушением формирования (дизонтогенез) речевых зон коры мозга или их органическом поражении в раннем периоде развития ребенка. Утрата уже сформированных функций речи (афазия), чтения, письма или счета обычно является симптомом органического заболевания мозга вследствие травмы, кровоизлияния или опухоли.

Оценка экспрессивной речи производится на основании выполнения заданий исследования спонтанной, диалоговой, автоматизированной и отраженной речи. Письменная речь исследуется путем списывания букв и текста, письма под диктовку, автоматизированного письма. Нарушения чтения выявляются путем чтения букв и текста, выполненных разными шрифтами.

Вопросы для самопроверки

1. Как дать определение речи? Как соотносятся между собой речь и язык?

2. Что собой представляет внутренняя речь? Как она формируется в онтогенезе? Какие функции выполняет?
3. В чем заключено различие между экспрессивной и импрессивной речью? Что заключено в понятии “языковая личность”?
4. Чем отличается калькирующая речь от разговорной жестовой речи глухих людей?
5. Как между собой соотносятся речь и мышление? В чем заключено сходство мышления и речи в их филогенезе и онтогенезе?
6. Какой возраст считается сенситивным для формирования речи? Как этот факт соотносится с теорией “глубинной грамматики” психолингвиста Хомского?
7. Исчезновение потребности в общении является главным признаком аутизма. Что такое “аутизм наоборот” и каковы его признаки?
8. Как называется недостаток произношения буквы “Р”? К какой группе расстройств речи относятся дислалии?
9. Какой главный признак, который отличает афазии от алалий?
10. Каковы причины дислексий и дисграфий? Каким образом они выявляются у пациента?
11. Что собой представляет отраженная речь и как она исследуется у пациента?

ГЛАВА 6

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Определение и общая характеристика эмоций

Эмоции (от лат. emoveo — потрясаю, волную) — *это психический процесс субъективного отражения наиболее общего отношения человека к предметам и явлениям действительности, к другим людям и самому себе соотносительно удовлетворения или неудовлетворения его потребностей, целей и намерений.*

Если процесс удовлетворения потребностей протекает благоприятно, то человек испытывает положительные эмоции и, напротив, отрицательные эмоции возникают в ответ на неудовлетворение потребностей или отсутствие нужного результата собственного действия.

Эмоции, как и ощущения, восприятия или мышление, являются одной из форм отражения сознанием реального мира. Однако эмоции отражают предметы и явления не сами по себе, а в их отношении к субъекту, их значимости для его потребностей и мотивов деятельности. Таким образом, эмоции обусловлены с одной стороны внутренними потребностями и мотивацией, а с другой — особенностями внешней ситуации. Они как бы устанавливают связь и взаимоотношения между этими двумя рядами событий, сигнализируя субъекту о возможности или невозможности удовлетворения его потребностей в данных условиях.

Радость или печаль, гнев или страх, восхищение или возмущение — все это различные виды психической (эмоциональной) реакции человека на раздражитель. Эта реакция может быть рассмотрена, прежде всего, как *психический процесс*, поскольку она подвижна и имеет свою динамику. Однако эта реакция субъективно переживается и выступает для человека как особое *эмоциональное состояние*. Одновременно она может быть и проявлением особой эмоциональной пристрастности, устойчивого *личностного эмоционального отношения* к этому раздражителю, поскольку далеко не все объекты окружающего мира одинаково сильно индуцируют в нас эмоциональный отклик.

Все содержания эмоциональной сферы человека, какими бы разными они ни казались, неотделимы от личности. Они, прежде всего, связаны с потребностями, мотивами и отражают состояние, процесс и результат их удовлетворения. По отношению к личности все эмоциональные проявления возникают в трех их основных видах (Лебединский М.С. и Мясищев В.Н., 1966):

1) как острые *эмоциональные реакции* на внезапные обстоятельства — гнев, радость, тоска, страх и др.;

2) как *эмоциональные состояния* с изменениями нервно-психического тонуса — состояния эйфории и депрессии, страха и тревоги, гнева и тоски, фрустрационные и другие состояния;

3) как выраженная избирательность *эмоциональных отношений*, положительных или отрицательных к тому или иному объекту — чувства любви, привязанности, страсти, вражды, неприязни, ненависти и другие.

Эмоции субъективны и единственным способом ознакомится с ними — это спросить у человека, что он испытывает. Однако существуют и внешние выражения эмоций в виде особых их телесных проявлений: *мимики* (выразительные движения мышц лица), *пантомимики* (выразительные движения конечностей, изменения

положения тела в пространстве), *вокальной "мимики"* (изменения тона голоса), *вегетативных реакций* (изменения пульса, тонуса сосудов и мышц, дыхания, потоотделения и других вегетативных функций), а также *биохимических сдвигов в организме* (типа выделения в кровь адреналина, глюкозы и других биологически активных веществ).

При изучении психологии эмоциональной сферы следует учитывать существующую по этой теме терминологическую неоднозначность многих основных понятий. В какой-то мере она заложена уже в повседневном языке, позволяющем нам называть страх эмоцией, аффектом, чувством и даже ощущением или объединить под общим названием чувств такие различные явления как боль и иронию, красоту и уверенность, прикосновение и справедливость. В научном языке также нет полного терминологического единства. Например, эквивалентом словосочетания "органы чувств" является термин анализаторы. Следует также помнить, что эмоции и чувства в широком понимании рассматриваются как синонимы, но при классификации эмоциональных состояний в эти термины вкладывается различный смысл.

Основные свойства эмоций

1. Субъективный характер эмоций. Все психические явления являются субъективным отражением объективного мира, зависимым от жизненного опыта, состояния и установок человека. Но особенно субъективность проявляется в эмоциях. Некоторые проявления эмоций человек в состоянии сдерживать и может внешне даже показать совершенно противоположное истинному чувству. Субъективность эмоций выражается и в том, что одно и то же событие может вызывать у разных людей самые различные, а порой и противоположные эмоции. С другой стороны, даже сходные переживания у разных людей всегда будут в чем-то различаться. Нам иногда бывает трудно выразить словами то, что мы переживаем. Отсюда возникает иллюзия почти полной оторванности мира чувств от внешней действительности.

2. Полярность эмоций — вытекает уже из самого их определения эмоций, выражая процесс удовлетворения или неудовлетворения потребностей. Все эмоции отличаются полярностью, т.е. *обладают положительным или отрицательным знаком*: удовольствие-неудовольствие, веселье-грусть, радость-печаль. Следует, однако, отметить, что оба эти эмоциональных полюса не являются взаимоисключающими. В человеческих переживаниях они часто образуют сложное противоречивое единство — *амбивалентность*, как, например, страстная любовь может уживаться вместе со жгучей ненавистью. Эту амбивалентность чувств часто можно объяснить простым несовпадением эмоциональных ситуативных переживаний (реакций) и устойчивых эмоциональных отношений. В новой и незнакомой ситуации иногда можно фиксировать неопределенное по знаку, т.е. *эмоциональное ориентировочное состояние*. Оно обычно не является длительным и снимается изменением ситуации, переходя в положительную или отрицательную эмоцию.

3. Фазность эмоций — характеризует эмоции в их динамике с количественной стороны. Замечено, что в пределах одного и того же эмоционального состояния (одной модальности) отчетливо обнаруживаются колебания его интенсивности по типу *напряжения–разрядки и возбуждения–успокоения.*

Если чувство удовольствия или неудовольствия вызваны более особенностями самих предметов и их ролью в удовлетворении потребностей, то степень

напряжения и возбуждения обусловлены спецификой самого чувства. Так, например, гнев чаще протекает в форме яркого выраженного возбуждения, в то время как для удовольствия характерно успокоение.

Немецкий психолог Вильгельм Вундт (1832-1920) демонстрировал эти свойства на примере вслушивания в ритм метронома — прибора, который физически всегда выдает равномерный звуковой ряд. Если испытуемый субъективно организовывал звуки в определенные такты, то по мере повторения звукового ряда он все время находит подтверждение этой организации, каждый раз испытывая чувство удовольствия. Если сильно замедлить ритм метронома, то у человека в ожидании следующего звука непроизвольно возникает чувство напряжения. Наконец, щелчок метронома наступает — и возникает чувство разрядки. Экспериментатор учащает щелчки метронома — и у испытуемого появляется какое-то внутреннее дополнительное ощущение — это возбуждение, которое связано с ускоренным темпом щелчков. Если же темп вновь замедляется, то возникает успокоение.

По мнению В. Вундта в динамике эмоций проявляется возможности соединения, слияния и суммации отдельных эмоций в более сложные эмоциональные переживания. Он полагал, что все сложные эмоции человека являются производными комбинациями трех пар основных свойств (“измерений”) простых эмоциональных состояний: удовольствие-неудовольствие, напряжение-разрядка и возбуждение-успокоение (“*трехмерная теория чувств*” В. Вундта). Например, радость — это удовольствие и возбуждение, надежда — удовольствие и напряжение, а страх — неудовольствие и напряжение. Напряжение, помимо того, что оно неразрывно связано с такими чувствами, как гнев, страх, горе, и по мере их исчезновения, сменяется на разрядку, может переживаться и как самостоятельное особое чувство. Таково, например, напряжение при восприятии чего-то неизвестного, но очень важного для человека.

ФУНКЦИИ ЭМОЦИЙ

Человеческие чувства имеют длительную историю филогенетического развития, в ходе которого они стали выполнять целый ряд специфических функций. Основными из них являются регулятивная (гомеостаза и поведения) и коммуникативная функции.

1. Регуляция гомеостаза и вегетативных функций. Филогенетически наиболее древней является гомеостатическая функция эмоций, которая связана с необходимостью поддержания постоянства внутренней среды организма. Малейшие изменения гомеостаза улавливаются эмоциогенными подкорковыми структурами мозга и отражаются в эмоциональной сфере в виде различных *витальных (*лат. vita — жизнь*) эмоций*, например — голода или жажды, что способствует поиску необходимого и устранению дисбаланса. Витальные эмоции тесно связаны с инстинктами и являются разновидностью “низших” *элементарных (таламических, протопатических) эмоций*, которые сопровождают ощущения. Это переживания типа удовольствия при ощущении сладкого или неудовольствия при ощущении горечи во рту. Подкорковые таламические эмоции существенно отличаются от *корковых реактивных эмоций*, которые переживаются как реакция на осознание неблагополучия и корковых “высших”, *эпикритических эмоций,* т.е. нравственных и интеллектуальных чувств.

В процессе эволюции постепенно происходило формирование и закрепление наиболее целесообразных, способствующих выживанию регуляторных взаимосвязей определенных эмоций с теми или иными адаптивными

физиологическими сдвигами в организме. Например, при угрозе жизни возникает страх с активной одновременной подготовкой организма к борьбе или бегству. При этом происходит целесообразное для жизнеобеспечения перераспределение крови: усиливается ее приток к мышцам, сердцу, легким и мозгу, а сосуды кожи и брюшной полости сужаются. Животное при этом принимает различные защитно-устрашающие позы — оскал зубов, поднятие шерсти дыбом и другие. Различные эмоции по-разному внешне выражаются и по-разному влияют на деятельность отдельных внутренних органов. В таких случаях обычно говорят, что каждое *эмоциональное состояние имеет свое телесное (вегетативное) "сопровождение"*.

У человека все эти реакции, несмотря на то, что они во многом уже утратили свою целесообразность, все еще сохраняются в редуцированном виде. Поэтому излишняя интенсивность и длительность переживаний, создавая дополнительные нагрузки на соответствующие функциональные системы организма, может способствовать возникновению в них болезненных изменений. Так еще М.И. Аствацатуров (1932) отмечал, что сердце чаще "поражается" страхом, печень — гневом, а желудок — апатией и подавленным настроением.

С другой стороны, все особенности функционирования внутренних органов организма и различные болезненные изменения в них влияют на психоэмоциональное состояние человека, составляя важный компонент его так называемого ***общего чувственного тона***, т.е. своеобразной эмоциональной окраски любой психической деятельности — ощущений, восприятия или мышления. Особенно велика роль в обеспечении оптимального чувственного тона сохранность *эмоциогенных структур мозга* (таламус, лимбическая система и другие). При их повреждении оттенок всех эмоциональных состояний приобретает болезненно "витальный", протопатический характер.

> Чувственный тон включает также в себя и как бы аккумулированное отражение наиболее общих и часто встречающихся признаков полезных и вредных факторов внешней среды. Благодаря своей обобщенности он помогает принять предварительное, но зато быстрое решение о значении нового раздражителя.
>
> Замечено, что некоторые цвета, звуки или запахи могут сами по себе, независимо от их значения для человека, вызывать у него приятное или неприятное чувство. Чувственный тон часто носит и сугубо субъективную окраску: если для одного человека книга интересна, собеседник приятен, а кинокомедия веселая, то для другого человека все это может вызывать противоположные чувства. Чувственный тон зависит и от того, как протекает деятельность. Постоянно проигрывающий партнер по игре кажется нам более симпатичным, чем тот, который все время у нас выигрывает.
>
> Несмотря на свою внешнюю незначительность, знание и целенаправленное использование чувственного тона позволяет воздействовать на настроение человека и тем самым улучшить производительность труда на производстве или обеспечить более комфортное лечение в больнице (соответствующая окраска стен, оформление помещений, музыкальный фон и прочие компоненты внешней среды).

2. Эмоциональная регуляция поведения — совершается как через эмоциональное отражение и оценку текущих событий, так и через актуализацию прошлого индивидуального опыта.

Эмоции, благодаря обобщенности оценки, позволяют определить полезность или вредность воздействующих факторов *прежде*, чем будет определено само вредное воздействие. Они являются тем языком, той системой сигналов, посредством которых субъект узнает о значимости происходящего. Из этой оценки вытекает и побуждение к действию. Например, при переходе улицы человек может испытывать страх разной степени в зависимости от дорожной ситуации. Именно

усиление страха перед приближающейся машиной побуждает его ускорить свое движение через дорогу.

Эмоции также могут организовывать деятельность, направлять силы и внимание человека на определенный предмет. Закон Йорса–Додсона констатирует наличие криволинейной, "колоколообразной" связи между силой эмоционального (потребностного) возбуждения и успешностью деятельности человека. Наиболее продуктивной деятельность бывает при умеренном, оптимальном уровне возбуждения. При чрезмерном эмоциональном возбуждении может наступить дезорганизация деятельности за счет переключения на так называемое *"аварийное поведение"* (эмоциональный шок с бегством, агрессией, оцепенением).

Регулирующая функция эмоций заключается также и в том, что соответствующее эмоциональное подкрепление способствует закреплению нужных реакций, что играет важную роль в процессах научения. Прошлый эмоциональный опыт человека оказывает большое влияние на поведение. Сильное эмоциональное переживание способствует соединению, синтезу и сохранению всех событий и обстоятельств его возникновения, образуя в памяти прочный *эмоциональный комплекс*. Актуализация любого из его элементов влечет, часто против воли субъекта, к воспроизведению в сознании и всех других элементов комплекса с соответствующей коррекцией актуального поведения.

3. Коммуникативная функция эмоций. В эволюции эмоционально-выразительные движения (специфические изменения в пантомимике, мимике, тоне голоса), внешние вегетативные проявления эмоций (побледнение, покраснение и другие) развивались и закреплялись и как средства оповещения во внутривидовом и межвидовом общении (Дарвин Ч., 1953). У человека эта сигнально-экспрессивная функция эмоций не потеряла своего значения и обеспечивает ему так называемую *невербальную коммуникацию*. Эмоционально-выразительные движения указывают на внутреннее состояние говорящего и его отношение к тому, что в данный момент происходит. Они могут также оказывать определенное воздействие и на того, кто является субъектом восприятия эмоционально-выразительных движений. Следует, однако, отметить, что не все проявления чувств одинаково легко распознаются. Легче всего узнается ужас (57% испытуемых), затем отвращение (48%) и удивление (34%). Наибольшую информативность о переживаемых человеком чувствах несет выражение его рта.

Классификация эмоций

Наиболее часто в эмоциональной сфере выделяют пять основных групп эмоциональных переживаний: аффекты, собственно эмоции, чувства, настроения и стресс.

Аффект (от лат. affectus — душевное волнение, страсть) — сильная, бурная, но относительно кратковременная эмоциональная реакция на внешний стимул, которая полностью захватывает психику человека и предопределяет единую глобальную реакцию на ситуацию. Порой сам запускающий стимул и реакция на него осознаются недостаточно, что является одной из причин возможной неуправляемости аффектом. Он быстро овладевает человеком и характеризуются утратой самообладания, нарушением контроля за действиями, а также изменениями всей жизнедеятельности организма.

Формами проявления аффекта могут быть ярость, гнев, ужас и другие эмоциональные переживания. Перенесенный аффект может надолго фиксироваться в сознании — его следы могут актуализироваться при определенных условиях,

усиливаться и проявляться порой в еще более острой форме (эффекты “накопления” и “разрядки”).

Развитие аффекта характеризуется стадиями. Вначале человек не может не думать о предмете своего чувства и всего того, что с ним не связано. В поле восприятия удерживаются только те объекты, которые “вошли” в *аффективный комплекс*. Выразительные движения становятся все более безотчетными. Слезы и рыдания, хохот и выкрики, жесты и позы, характер дыхания и другие вегетативные реакции создают обычную картину нарастающего аффекта. Сдержаться, не потерять власти над собой на этой стадии человек еще может (*физиологический аффект*), но при наличии заболеваний и других ослабляющих факторов, аффект может перерасти в патологический.

При развитии *патологического аффекта* (Kraft-Ebing, 1868) торможение все глубже охватывает кору головного мозга — сознание резко сужается, нарастает дезорганизация мышления и человек утрачивает контроль над собой, совершая автоматические, безотчетные и бессмысленные разрушительные действия. После аффективной вспышки наступает разбитость, упадок сил, неподвижность. Патологический аффект обычно завершается сном с последующей амнезией совершенного. Правильная диагностика патологического аффекта имеет большое значение в судебной психиатрии, так как лица, совершившие противоправные действия в таком состоянии признаются невменяемыми.

Эмоция (“собственно эмоция” в узком значении слова) — это непосредственное, временное эмоциональное переживание какого–либо отношения человека к различным внешним или внутренним событиям. Эмоция, также как и аффект, возникает как *реакция на ситуацию*, но в отличие от аффекта, она более длительна и менее интенсивна. Если аффект — буря, то обычная эмоция — это душевное волнение.

Эмоция возникает как реакция не только на события совершившиеся, но и на вероятностные или вспоминаемые. Если аффекты отражают суммарную итоговую оценку ситуации, то эмоции более смещены к началу действия и предвосхищают его результат. В этом смысле они носят опережающий характер, обобщая оценку ситуации, связанной с удовлетворением потребности.

Кроме положительных и отрицательных эмоций, отражающих процесс удовлетворения потребностей, были выделены (Кант И.) *стенические и астенические эмоции*. Если стенические эмоции стимулируют деятельность, увеличивают энергию и напряжение человека, побуждают его к поступкам и высказываниям, то астенические эмоции обуславливают пониженную активность, неуверенность, сомнения и бездеятельность.

Все эмоции человека можно различать и классифицировать также по *модальности*, т.е. качеству переживания. Наиболее ярко этот аспект эмоциональной жизни человека представлен в ***теории дифференциальных эмоций*** американского психолога К. Изарда. Он выделил десять качественно различных “фундаментальных” эмоций: интерес–возбуждение, радость, удивление, горе–страдание, гнев–ярость, отвращение–омерзение, презрение–пренебрежение, страх–ужас, стыд–застенчивость, вина–раскаяние. Первые три эмоции К. Изард относит к положительным, остальные семь — к отрицательным. Каждая из фундаментальных эмоций лежит в основе целого спектра состояний, различающихся по степени выраженности. Например, в рамках такой одномодальной эмоции как радость можно выделить радость–удовлетворение, радость–восторг, радость–ликование, радость–экстаз и другие. Из соединения фундаментальных эмоций возникают и все другие более сложные, комплексные эмоциональные состояния. Например,

тревожность может сочетать в себе страх, гнев, вину и интерес. Каждая эмоция включает в себя три взаимосвязанных компонента:

1) нейронную активность мозга и периферической нервной системы (неврологический компонент);
2) деятельность поперечно–полосатой мускулатуры, обеспечивающей мимическую и пантомимическую выразительность и обратную связь в системе “тело–лицо–мозг” (выразительный компонент);
3) субъективное эмоциональное переживание (субъективный компонент).

Каждый компонент обладает определенной автономностью и может существовать независимо от других. К сожалению, теория дифференциальных эмоций не дает удовлетворительного объяснения тому, как актуализируется та или иная эмоция, каковы внутренние и внешние условия ее пробуждения. Тем не менее, наличие сходных эмоций у человекообразных обезьян и людей, а также у людей, выросших в разных культурах, свидетельствуют в пользу существования ряда базисных эмоций. Эти эмоции наследственно закреплены в организации лимбической системы мозга.

Фундаментальные эмоции (Изард К., 1980)

1. Интерес — положительное эмоциональное состояние, способствующее развитию навыков и умений, приобретению знаний. Интерес-возбуждение — это чувство захваченности, любопытства.

2. Радость — положительная эмоция, связанная с возможностью достаточно полно удовлетворить актуальную потребность, вероятность чего до этого была невелика или неопределенна. Радость сопровождается самоудовлетворенностью и удовлетворенностью окружающими миром. Препятствия к самореализации являются препятствиями и для появления радости.

3. Удивление — не имеющая четко выраженного положительного или отрицательного знака эмоциональная реакция на внезапно возникшие обстоятельства. Удивление тормозит все предыдущие эмоции, направляя внимание на новый объект и может переходить в интерес.

4. Страдание (горе) — наиболее распространенное отрицательное эмоциональное состояние, связанное с получением достоверной (или кажущейся таковой) информацией о невозможности удовлетворения важнейших потребностей, достижение которых до этого представлялось более или менее вероятным. Страдание имеет характер астенической эмоции и чаще протекает в форме эмоционального стресса. Наиболее тяжелая форма страдания — горе, связанное с безвозвратной утратой.

5. Гнев — сильное отрицательное эмоциональное состояние, протекающее чаще в форме аффекта; возникает в ответ на препятствие в достижении страстно желаемых целей. Гнев имеет характер стенической эмоции.

6. Отвращение — отрицательное эмоциональное состояние, вызываемое объектами (предметами, людьми, обстоятельствами), соприкосновение с которыми (физическое или коммуникативное) вступает в резкое противоречие с эстетическими, нравственными или идеологическими принципами и установками субъекта. Отвращение, если оно сочетается с гневом, может в межличностных отношениях мотивировать агрессивное поведение. Отвращение, как и гнев, может быть направлено на себя, снижая при этом самооценку и вызывая самоосуждение.

7. Презрение — отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в межличностных отношениях и порождаемое рассогласованием жизненных позиций, взглядов и поведения субъекта с таковыми объекта чувства. Последние представляется субъекту как низменные, не соответствующие принятым нравственным нормам и этическим критериям. Человек враждебно относится к тому, кого он презирает.

8. Страх — отрицательное эмоциональное состояние, появляющееся при получении субъектом информации о возможном ущербе для его жизненного благополучия, о реальной или воображаемой опасности. В отличие от страдания, вызываемого прямым блокированием важнейших потребностей, человек, переживая эмоцию страха, располагает лишь вероятностным прогнозом возможного неблагополучия

и действует на основе этого прогноза (часто недостаточно достоверного или преувеличенного). Эмоция страха может иметь как стенический, так и астенический характер и протекать либо в виде стрессовых состояний, либо в виде устойчивого настроения подавленности и тревожности, либо в виде аффекта (ужас).

9. Стыд — отрицательное эмоциональное состояние, выражающееся в осознании несоответствия собственных помыслов, поступков и внешности не только ожиданиям окружающих, но и собственным представлениям о подобающем поведении и внешнем облике.

10. Вина — отрицательное эмоциональное состояние, выражающееся в осознании неблаговидности собственного поступка, помысла или чувств и выражающееся в сожалении и раскаянии.

Фундаментальные эмоции, которые легко опознаются по выражению лица большинством людей разных культур



Радость **Удивление** **Гнев** **Печаль** **Отвращение** **Страх**

Чувства (высшие эмоции) — особые психические состояния, проявляющиеся социально обусловленными переживаниями, которые выражают длительные и *устойчивые эмоциональные отношения* человека к реальным или воображаемым объектам. Их часто обозначают как *вторичные эмоции*, так как они сформировались как своеобразное *обобщение* соответствующих простых (первичных) эмоций к объекту чувства.

Выражаются чувства также через эмоции, но не постоянно, а временами в соответствии с ситуацией. Причем конкретные эмоции, как формы переживания определенного чувства, могут быть самыми разнообразными. Например, любящая мать может испытывать ситуативную эмоцию гнева, столкнувшись с возмутившим ее поступком сына, однако по истечении времени любовь к сыну возьмет свое и этот поступок забудется. Потребовалось бы множество его проступков, чтобы отрицательные эмоции накопились с перерождением чувства любви к сыну, а тем более переход его в противоположное чувство.

Вторичные эмоции значительно разнообразнее, чем первичные. Поэтому при попытке их классификации у человека, единственного существа, которое осознает большинство своих чувств, создаются почти непреодолимые трудности из-за субъективного разнообразия их трактовок в словесном выражении. Однако чувства человека всегда предметны. Поэтому чаще всего их классифицируют в зависимости от предметной сферы, к которой они относятся. Отсюда можно выделить чувства моральные, интеллектуальные и праксические.

Моральные (нравственно-этические) чувства — это переживания, которые возникают при восприятии и оценке действий, поступков или психических особенностей людей (включая себя) с позиций норм и принципов общественной морали. Близкими к ним являются *эстетические чувства* — переживания прекрасного или безобразного в окружающем нас мире.

Интеллектуальные чувства — это переживания, сопровождающие умственную деятельность. К неспецифическим интеллектуальным чувствам относятся переживания, которые бывают не только при умственной деятельности:

любопытство, удивление, уверенность, сомнение, чувство нового, чувство иронии и юмора. Специфические интеллектуальные чувства порождаются исключительно процессом интеллектуальной деятельности (чувство первооткрывателя истины — “эврика”, чувство ясности, отчетливости, стройности и логичности формулировок решения).

Праксические чувства — это чувства, сопровождающие все сферы практической деятельности людей: труд, учение, спорт или игры.

Особый вид устойчивых чувств человека образуют ***страсти и увлечения***. Страсть — сильное и стойкое чувство, доминирующее над другими побуждениями человека. Она направляет все мысли и поступки человека на предмет страсти и характеризуется слиянием волевых и эмоциональных моментов. То, что не связано с доминирующей страстью, кажется человеку второстепенным и отодвигается на второй план. Увлечения отличаются от страсти только их меньшей интенсивностью.

Существует множество и других устойчивых чувств, захватывающих все помыслы и стремления личности. Заметное место среди них, особенно в юношеском возрасте, принадлежит ***чувству любви***. Понятие “любовь” употребляется в двух значениях. В широком значении (родовое понятие) любовь — это высокая степень эмоционально-положительного отношения к объекту с помещением его в центр устойчивых жизненных потребностей и интересов субъекта. Такова любовь к Родине, любовь к матери, к детям. В более узком понимании (видовое понятие) любовь — это интенсивное и относительно устойчивое чувство субъекта, физиологически обусловленное сексуальными потребностями и выражающееся в стремлении с максимальной полнотой быть представленным своими личностно-значимыми чертами в жизнедеятельности другого человека, чтобы пробуждать у него потребность в ответном чувстве той же интенсивности, напряженности и устойчивости.

Настроения. Настроение представляют собой общее и относительно слабое эмоциональное состояние, но окрашивающее в течение длительного времени все поведение человека. Одно настроение может сохранятся неделями, а иногда и месяцами. Вызываются настроения различными событиями, обстоятельствами, а также физическим самочувствием. Причины, обусловившие настроение, человеком осознаются не всегда.

Выделяют две основные черты, которые характеризуют настроение в отличие от других эмоциональных состояний. Во-первых, настроение не предметно, а личностно, т.е. когда у человека радостное настроение, он не просто рад чему-то, а ему просто радостно. Во-вторых, настроение не специальное переживание, приуроченное к какому-то частному событию, а разлитое общее состояние и основной компонент общего чувственного фона.

Настроения очень разнообразны: радостные или печальные, веселые или угнетенные, бодрые или подавленные, а также скука, ликование, восторг, надежда и так далее.

Стрессовые состояния. Первоначально понятие стресса (от англ. stress — давление, напряжение) возникло в физиологии для обозначения неспецифической биологической реакции организма (“общего адаптационного синдрома”, физиологического стресса) в ответ на любое неблагоприятное воздействие. Позднее оно стало использоваться для описания и типичных эмоционально—психических состояний человека в экстремальных условиях — *психологический стресс*. Последний иногда еще подразделяют на стресс эмоциональный (в ситуациях угрозы, обиды, опасности) и информационный (при информационных перегрузках).

Стрессовые состояния — это особые эмоциональные состояния, возникающие в ответ на экстремальные воздействия и требующие от человека мобилизации всех ресурсов организма, в том числе и нервно-психических сил. По выраженности

стрессовое состояние занимает промежуточное положение между эмоцией и аффектом, но по длительности протекания оно приближаются к настроениям.

Слабые воздействия не приводят к стрессу, т.к. он возникает только тогда, когда влияние стрессора превосходит приспособительные возможности человека. Небольшой уровень стресса даже полезен и необходим для любой физической или психической активности.

> Стресс не есть просто нервное напряжение, а комплексная приспособительная реакция всего организма. С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения приятна или неприятна ситуация, с которой сталкивается человек. Иногда различают понятия стресса и *дистресса*. Умеренный стресс не является вредным, помогает осуществлять приспособительные реакции. Дистресс — результат чрезмерного стресса, наступает при исчерпании адаптационных резервов, оказывает деструктивное действие на организм.
>
> Типичными тяжелыми стрессорами являются боевые действия, природные и транспортные катастрофы, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти других, разбойное нападение, пытки, изнасилование, пожар. В литературе описываются болезненные психические реакции человека, перенесшего эти события. Это так называемые посттравматическое стрессовое расстройство, социально–стрессовое расстройство, транзиторные ситуативные расстройства и нарушения адаптации.
>
> В случаях *депрессивного варианта* адаптационных и стрессовых расстройств в клинической картине появляются такие аффективные феномены как горе, понижение настроения, склонность к уединению, а также суицидальные мысли и тенденции.
>
> При *тревожном варианте* доминирующими становятся симптомы беспокойства, неусидчивости, страха и тревоги, спроецированной в будущее, ожидание несчастья. Одним из своеобразных вариантов адаптационных расстройств считается *паническое расстройство*, характеризующееся повторяющимися приступами (эпизодами) беспричинной тревоги с двигательным беспокойством, эмоционально–вегетативными кризами (напоминающие вегето–сосудистый или диэнцефальный криз), страхом смерти или страхом сойти с ума. Панические атаки могут возникать непредсказуемо даже для самого человека.

Следует отметить, что стрессогенные раздражители необязательно должны существовать в реальности. Человек реагирует не только на действительную опасность, но и на угрозу или напоминание о ней. Некоторые реальные, но не опасные раздражители могут иметь стрессогенное значение в силу неадекватной когнитивной интерпретации с приписыванием им угрожающих свойств. Отсюда понятно, что большей частью стресс в жизни человека инициируется и продуцируется им самим. Все зависит от того, как он реагирует на свое окружение и социально значимые стимулы.

Внешние признаки стресса проявляются общим возбуждением, а обычный набор эмоций уступает место беспокойству и тревоге. У одних людей реакция на стрессор активная и эффективность их деятельности может даже нарастать до определенного уровня, у других — реакция изначально пассивная и эффективность деятельности сразу падает. В любом случае обычное состояние человека в стрессовой ситуации характеризуется дезорганизацией поведения и речи: или беспорядочная активность, или несвойственная ранее человеку пассивность и бездеятельность. Поведение при стрессе во многом зависит от типа нервной системы, силы или слабости основных нервных процессов.

Фазы стрессовой реакции. Автор теории стресса Г. Селье (1960) определяет его как совокупность стереотипных и филогенетически запрограммированных реакций организма, готовящих его к сопротивлению, борьбе или бегству. В развитии стресса выделяют три фазы: тревоги, стабилизации и истощения.

В *первой фазе* (тревога) происходит мобилизация защитных сил организма и повышение работоспособности: в кровь выделяются гормоны, усиливающие режим

работы всех систем жизнеобеспечения организма. Во *второй фазе* происходит относительная стабилизация всех параметров, выведенных из равновесия в первой фазе, их закрепление на новом, более высоком уровне. Если стресс длится долго, то неизбежно наступает *третья фаза* — истощение со сломом регулирующих механизмов с ухудшением самочувствия, вплоть до необратимых изменений в органах.

> Близким по своим проявлениям к стрессу является состояние фрустрации (от лат. “обман”, “расстройство”, “разрушение планов”). *Фрустрационное состояние* возникает при объективных или субъективных трудностях, возникающих у человека на пути к цели. Фрустрация сопровождается целой гаммой отрицательных эмоций (озлобленность, подавленность, агрессия), которые в состоянии дезорганизовать поведение и сознание человека.

Уже давно врачи обращали внимание на связь предрасположенности к некоторым заболеваниям с преобладанием у человека определенных переживаний. Особенно в этом отношении показателен эмоциональный стресс. Он может приводить к нарушениям функций и даже структурным изменениям *концевого органа–мишени*, т.е. органа, в котором проявляются клинические признаки чрезмерного стресса. Патологические системные нарушения внутренних органов, возникающие вследствие длительного или часто повторяющегося неспецифического стресса, лежат в основе возникновения психосоматических заболеваний — гипертонической болезни и стенокардии, язвенной болезни желудка и 12–перстной кишки, бронхиальной астмы и других.

Известно множество житейских ситуаций, порождающих стресс, — от случаев отделения ребенка от матери в первые годы жизни до серьезных заболеваний и различных жизненных коллизий у людей зрелого опыта. В наше время одно из самых травмирующих событий для взрослого — это потеря работы. Но и сама профессиональная деятельность может порождать неспецифический стресс различной интенсивности. Особенно показательны в этом отношении данные, полученные в свое время английскими исследователями. Они проследили смертность от коронарной болезни у представителей 13 профессиональных групп. Оказалось, что врачи-хирурги и мелкие собственники почти в 10 раз чаще погибали от инфаркта миокарда, чем сельскохозяйственные рабочие, а судьи и адвокаты — в 5 с лишним раз.

Некоторые раздражители способны сами по себе вызывать стрессовую реакцию без вовлечения в нее высших когнитивно–интерпретационных механизмов мозга. Длительное воздействие жары, холода, вибрации, шума выше 85 децибел и прочих подобных раздражителей приводит к стрессорной реакции через низшие мозговые сенсорные механизмы. Неумеренный прием кофеина (кофе, крепкий чай), табакокурение (никотин), а также злоупотребление некоторыми другими веществами (теофиллин, амфетамины) запускают стрессогенную реакцию через пищеварение. Стрессогенной может оказаться и тяжелая физическая нагрузка.

РАЗВИТИЕ ЭМОЦИЙ В ФИЛОГЕНЕЗЕ И ОНТОГЕНЕЗЕ

Некоторые из внешних выражений эмоций у человека очень сходны с таковыми у предков людей — высших обезьян. Ч. Дарвин (1872) рассматривал способы выражения эмоций у человека как сохранившиеся остатки действий, связанных с нападением и защитой у животных. Этолог Н. Тинберген называл их “интенциональными движениями” — фрагментами подготовки животного к

действию. По мере развития “социальности”, групповых форм поведения они стали развиваться в средства внутривидового и межвидового общения животных.

Существуют убедительные данные в пользу того, что ряд фундаментальных человеческих эмоций также имеет эволюционную основу. Эти эмоции наследственно закреплены в организации *лимбической системы мозга* (Мак–Лин, 1952). Не обладают лимбической системой рептилии и амфибии и их эмоциональное поведение наименее выражено по сравнению с млекопитающими, у которых есть развитая лимбическая система. Чем выше животное в эволюционном ряду, тем больше эмоций и заботы о своем потомстве оно может проявить. У человека эмоциональная жизнь так разнообразна потому, что лимбическая система у него связана с корой полушарий и лобные области коры в высшей степени развиты.

Французский психолог Теодюль Рибо (1839-1896) филогенез чувств характеризовал следующими этапами:

1-й этап — протоплазматический (досознательный), где чувства выражаются лишь изменениями раздражимости тканей;

2-ой этап — потребностный с появлений первых признаков переживания удовольствия и неудовольствия;

3-й этап — примитивных эмоций органического характера типа боли, гнева, полового чувства;

4-й этап — абстрактных эмоций человека (моральные, этические, эстетические и интеллектуальные эмоции).

В индивидуальном развитии человека, в онтогенезе эмоций также можно проследить четыре этапа.

1) Новорожденный — преобладают инстинкты, прежде всего самосохранения и пищевой.

2) Младенчество — органические чувствования удовольствия-неудовольствия, приятного—неприятного. Они основаны на переработке экстеро– и интерорецептивной информации. Из этих чувствований постепенно формируется отношение ребенка к близким.

3) С 3-4 до 12-14 лет — постепенное развитие корковых (эпикритических) эмоций. Вначале этого периода преобладает связь эмоций с органическими потребностями и лишь к концу этого периода эмоции приобретают самостоятельное психическое выражение с преобладанием уже корковой коррекции органических потребностей и влечений.

4) Формирование высших эмоций, их полное развитие достигается лишь к 20-22 годам. Чувства становятся подвластными интеллектуальной проработке и разуму. В этот период человек в достаточной степени может подавлять и внешние проявления эмоций.

Новорожденный раньше всего переживает отрицательные эмоции, которые проявляются плачем и криком в ответ на неблагоприятные воздействия внешней и внутренней среды: холод, спазмы пустого желудка, вздутие кишечника. Выражение лица, похожее на улыбку, можно заметить у ребенка с первых дней жизни, но эта улыбка рефлекторная. Лишь через несколько недель улыбка начинает возникать на различные события внешнего мира, но она еще не дифференцирована и возникает на самые различные стимулы. Затем, примерно в 2,5 месяца, появляется *социальная улыбка*, т.е. — улыбка, обращенная к другому человеческому лицу. С этого времени ребенок уже требует социальных контактов. В возрасте 3-4 месяцев при встрече с взрослыми улыбка сопровождается общей двигательной реакцией — *“комплексом оживления”*.

Следует отметить, что у маленьких детей любая эмоция очень широко иррадиирует (распространяется), так как центральная нервная система является еще не зрелой. В период от 6 до 15 месяцев происходит активное отложение миелина во всех важнейших нервных трактах. Миелин для нервных волокон часто сравнивают с изоляцией для электропроводов — он облегчает целенаправленную передачу импульсов. Поэтому нарушение режима (например, запоздавшее кормление) или необычно строгий тон голоса вызывает иногда неожиданную для родителей бурную эмоциональную реакцию ребенка. Даже дети среднего дошкольного возраста отвечают общим нарушением обычного поведения на эмоционально значимое для них воздействие. После праздника или в его ожидании они капризничают, отказываются от еды, долго не засыпают. Общая лабильность нервной деятельности ребенка выражается также в том, что переживаемые эмоции обычно кратковременны и быстро затухают: ребенок может легко заплакать, но его легко можно отвлечь и вызвать улыбку.

К концу первого года отношения ребенка с окружающим миром становятся более избирательными. На новое, яркое и необычное явление ребенок начинает показывать эмоциональную реакцию удивления. Он уверенно узнает знакомые лица, появляется страх и неудовольствие при приближении незнакомца или отделении от матери. Последние два типа поведения обычно прекращаются к двухлетнему возрасту.

Возраст около двух лет считается важным переломным этапом интеллектуального развития ребенка. Неудовольствие при отделении от матери кончается именно потому, что наступает новый этап в развитии познания — устанавливается то, что в психологии называется *постоянством объекта*. Ребенок начинает понимать, что предметы и люди продолжают существовать и тогда, когда он не может их увидеть, услышать или потрогать.

Чувство удивления, которое возникает еще у годовалого ребенка, постепенно сменяется любознательностью. На основе врожденного страха младенца (например, при громких звуках или потере опоры) к 3-5 годам формируется стыд, который “надстраивается” над ним, являясь социальной формой этой эмоции — страхом осуждения. Гнев в младенчестве возникает лишь при ограничении свободы движений, но в 2-3 года у ребенка уже развивается ревность и зависть — социальные формы гнева. Удовольствие вначале пробуждается контактно — убаюкиванием, поглаживанием, а в дальнейшем на его основе развивается радость как ожидание удовольствия в связи с растущей вероятностью удовлетворения какой–либо потребности. Таким образом, эти и все другие сложные эмоции и чувства развиваются всегда на основе простых эмоций под влиянием социального научения.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ ЭМОЦИЙ

В настоящее время мы знаем, что физиологические сдвиги, сопровождающие эмоции, связаны с деятельностью симпатической и парасимпатической нервной системы. Но процессы в вегетативной нервной системе не объясняют всего многообразия эмоций. Реакции вегетативной нервной системы стереотипны и бывают одинаковы при разных эмоциях.

Физиологической основой эмоций является, прежде всего, деятельность подкорковых отделов мозга — таламуса, гипоталамуса и лимбической системы. Кора головного мозга оказывает сдерживающее, регулирующее влияние на

проявления эмоций. Еще экспериментально показано, что у лишенного коры животного возникают парадоксально более сильные “эмоциональные реакции” даже на более слабые импульсы, чем до декортикации. Аналогичное явление в клинике наблюдается всегда там, где интенсивность корковой деятельности ослаблена и где на первое место выходит деятельность подкорковых центров — у больного появляется чрезмерная вспыльчивость, истеричность, гневливость и прочие подобные явления.

Другие важные доказательства роли глубоких структур мозга в формировании эмоций получены экспериментами У. Хесса и Дж. Олдса в начале 50-х годов с вживлением электродов в определенные участки гипоталамуса животных. Они привели к открытию “центров страдания” и “центров удовольствия”. Например, у крысы 35% клеточного гипоталамического пространства мозга связано с положительной эмоциогенной системой, 5% — с отрицательной и 60% — с отсутствием побуждения к повторению или избеганию стимуляции. Много интересных данных принесли результаты изучения ретикулярной формации и роли правого полушария в формирования эмоций.

Однако, несмотря на важность этих открытий, только деятельностью подкорковых центров невозможно объяснить все богатство и сложное многообразие эмоциональной жизни человека. Участие коры головного мозга в сложных эмоциональных проявлениях очевидна. И.П. Павловым было показано, что именно кора регулирует протекание и выражение эмоций. Возникая в коре головного мозга, физиологический процесс, являющийся основой чувств, распространяется на ниже лежащие подкорковые центры.

О том, что кора мозга является субстратом чувств, свидетельствуют и клинические случаи так называемых “насильственных эмоций”, которые возникают при некоторых подкорковых поражениях мозга. У таких больных любой раздражитель часто приводит к неадекватной ситуации реакции — взрывы смеха или потоки слез. Однако, смеясь, эти больные чувствуют себя печальными, а плача — испытывают веселье. Существенную роль в эмоциональных переживаниях человека играет и вторая сигнальная система: переживания могут возникнуть не только при непосредственных воздействиях внешней среды, но могут быть вызваны словами, мыслями.

Теории эмоций

В 18-19 вв. не было единой точки зрения на происхождение эмоций, однако самой распространенной была интеллектуалистическая позиция: “телесные” проявления эмоций являются следствием психических явлений. Наиболее четкую формулировку этой теории дал И.Ф. Гербарт, который полагал, что чувства можно рассматривать как реакцию на конфликт представлений. Например, образ умершего близкого родственника, сравниваемый с образом его живого, порождает печаль. В свою очередь, эта эмоция непроизвольно, почти рефлекторно, вызывает слезы и вообще все телесные изменения, характеризующие печаль.

Другая группа психологов склонна была рассматривать эмоцию не как психическое состояние, а как ответ организма на внешнюю ситуацию. Такой подход можно обнаружить уже Ч. Дарвина, который считал, что большая часть эмоциональных реакций объясняется либо тем, что они полезны (например, выражение гнева и ярости пугает врага), либо просто тем, что они являются рудиментами движений ранее биологически полезных для организма. Например,

выражение печали есть ослабленная форма подлинного плача младенца. В 1872 году Ч. Дарвиным в работе “Выражение эмоций у человека и животных” этот принцип “полезных ассоциированных привычек” развивается в *биологическую теорию эмоций*, которая укрепляла положение о телесном выражении эмоций. Роль внешних поведенческих реакций в генезе самих эмоциональных состояний в дальнейшем была развита 1884 году В. Джеймсом и Г .Ланге.

Биологическая теория эмоций П.К. Анохина, как и теория Дарвина, подчеркивает эволюционный, приспособительный характер эмоций, их регулчторную функцию в обеспечении поведения и адаптации организма к окружающей среде. Положительное эмоциональное состояние (например, при удовлетворении потребности) возникает лишь в том случае, если обратная информация от результатов действия совпадает с ожидаемым результатом, т.е. акцептором действия. Эмоция удовлетворения закрепляет правильность любого поведенческого акта лишь в том случае, если результат достигает цели, т.е. приносит пользу, обеспечивая приспособление.

“Периферическая” теория эмоций Джеймса–Ланге. Американец В. Джеймс (1884) и независимо от него датчанин Г. Ланге (1885) сформулировали теорию, согласно которой возникновение эмоций обусловлено внешними воздействиями, приводящими к физиологическим сдвигам в организме. Ощущение этих собственных изменений в организме и переживается человеком как эмоция. По Джеймсу “мы печалимся потому, что плачем; боимся потому, что дрожим; радуемся потому, что смеемся; сердимся, потому, что наносим удар”. Таким образом, физиолого-телесные периферические изменения, которые обычно рассматривались как следствие эмоций, стали их причиной. Отсюда становится понятной упрощенная трактовка произвольной регуляции эмоций: горе, например, можно подавить, если намеренно совершать те движения, которые соответствуют положительным эмоциям. Ценность теории Джеймса–Ланге заключалась в том, что она открывала широкий простор для внедрения физиологических методов исследования в область психологии эмоций. Приемы, с которыми было связано экспериментальное изучение эмоций по их телесным и органическим проявлениям (сдвиги в дыхании, кровообращении и других системах организма), были названы немецким психологом О. Кюльпе общим именем — *“методом выражения”*.

Если Джеймс связывал эмоции с широким кругом периферических изменений, то К. Ланге — только с сосудодвигательной системой: состоянием иннервации и просветом сосудов. Он дал очень выразительные описания физиологических и поведенческих реакций при различных эмоциях. Радость, например, сопровождается усилением иннервации в мышцах, мелкие артерии расширяются, кожа краснеет — все физиологические отправления начинают совершаться лучше. Радующийся человек активно жестикулирует, подвижен. Радость молодит, потому что человек довольный, находящийся в хорошем настроении, создает оптимальные условия для питания всех тканей тела. Напротив, признаком печали является ее парализующее действие на мышцы, возникает чувство усталости, движения медленные и слабые. Глаза кажутся большими, так как расслабляются мышцы глазной впадины. Одновременно сосудодвигатели сжимаются и ткани обескровливаются. Человек постоянно ощущает чувство холода и озноба. Легкие тоже опорожняются от крови и человек постоянно ощущает недостаток воздуха, стеснение и тяжесть в груди. Он старается облегчить состояние продолжительными и глубокими вздохами. Огорчения очень старят, поскольку они сопровождаются изменениями кожи, волос, ногтей и зубов.

“Таламическая” теория эмоций Кэннона–Барда. В 1929 году физиолог Уолтер Кэннон (Cannon: 1871-1945) пришел к выводу, что в теории Джеймса–Ланге ошибочно само исходное положение, согласно которому каждой эмоции соответствует свой собственный набор физиологических изменений. Его

исследования показали, что одни и те же физиологические реакции могут сопровождать разные эмоции. Кроме того, искусственно вызываемые некоторыми препаратами (например, адреналин) у человека физиологические изменения на периферии часто и вовсе не сопровождаются эмоциями. Он заключил, что телесные изменения при эмоциях биологически целесообразны и являются средством для достижения цели — они готовят организм к борьбе или бегству. Как эмоции, так и соответствующие им сигналы активизации вегетативных функций возникают в одном и том же центре мозга — *таламусе*.

Филиппом Бардом (Bard, 1934) эти положения были модернизированы тем, что ему удалось показать, что при восприятии событий, вызывающих эмоции, нервные импульсы, проходя через таламус, как бы расщепляются: половина идет в кору больших полушарий, где порождает субъективное переживание эмоции, а другая половина идет в гипоталамус и центральную часть лимбической системы, которые управляют физиологическими изменениями в организме. Согласно "таламической" теории эмоций Кэннона–Барда, *психологическое переживание и физиологические реакции возникают одновременно.*

Круг Папеса и теория активации Линдсли.. Теория Кэннона–Барда, "вернув" процесс возникновения эмоций из периферических органов обратно в мозг, подчеркивала роль таламуса как "центра" эмоций. Однако благодаря работам анатома Дж. Папеса (Papez, 1937) и его продолжателей (Lindsley, 1951 и другие) стало известно, что эмоции — это функция не отдельных центров, а результат активности сложной сети мозга, названой позднее "кругом Папеса". Структуры, объединенные в круг Папеса, составляют в основном образования лимбической системы: передняя область таламуса, гипоталамус, миндалина, гиппокамп, поясная извилина, свод и перегородка.

Кроме того, было установлено, что важную роль в регуляции эмоций играет также ретикулярная формация (сетчатая структура внутри моста и ствола головного мозга), активность которой определяет многие динамические параметры эмоций — силу, продолжительность, изменчивость. Внешние или внутренние стимулы порождают импульсы, активирующие ствол мозга. Ретикулярная формация ствола, в свою очередь, активирует гипоталамус и кору мозга. В конечном итоге происходит опосредованная всеми эмоциогенными структурами мозга трансформация первичного стимула в поведение, характеризующееся эмоциональным возбуждением.

Некоторые участки ретикулярной формации обладают более определенными функциями. Таково, например, *голубое пятно* — плотное скопление тел нейронов, использующих в качестве медиатора норадреналин. Известно, что недостаток норадреналина в структурах мозга приводит к депрессии, а при длительном избытке его возникают тяжелые стрессовые состояния. Нейроны другого участка ретикулярной формации ("*черная субстанция*") используют медиатор дофамин. Последний способствует возникновению у человека эйфории, ради которой наркоманы употребляют кокаин или амфетамины. Избыток дофамина вызывает симптомы, сходные с шизофренией. Кроме того, оказалось, что "центры" агрессии и удовольствия, найденные в опытах с вживленными электродами, совпадают с путями передачи возбуждения от дофаминэргических нейронов черной субстанции и адренергических нейронов голубого пятна.

Важные данные для понимания природы эмоций были также получены при изучении функциональной асимметрии мозга. Установлено, что левое полушарие в большей степени связано с возникновением и поддержанием положительных эмоций, а правое — с отрицательными эмоциями.

Для локальных височных поражений медиобазальных отделов височной коры головного мозга (лимбическая система) существуют различия в проявлениях эмоциональных нарушений при право— или левостороннем страдании.

При поражении коры правой височной доли возникают два типа нарушений:

1) пароксизмы чрезмерных по силе эмоций типа тоски, страха и ужаса, которые могут сопровождаться галлюцинациями и висцеро—вегетативными изменениями;

2) пароксизмы дереализации и деперсонализации с резким уменьшением эмоциональности или эйфорическим настроением, причем внешне больные достаточно адекватны.

Кроме того, при поражении правой височной доли также обычно выявляются нарушения распознавания эмоциональных характеристик речи (методика опознания эмоций по голосу) и нарушения распознавания эмоций по мимике.

При поражении коры левой височной доли главными проявлениями нарушений эмоциональной сферы является преобладание депрессии и тревоги, сопровождающееся двигательным беспокойством. При этом у больных легко возникает настороженность, подозрительность, раздражительность и конфликтность.

Когнитивные теории эмоций. Отдельно стоит группа теорий, раскрывающих природу эмоций через механизмы мышления. Среди них надо отметить теорию когнитивного диссонанса Л. Фестингера и информационную теорию эмоций П.В. Симонова.

Теория когнитивного диссонанса Л. Фестингера. У человека в динамике эмоций не меньшую роль, чем физиологическая активация, играют когнитивно–психологические факторы (когнитивное — относящееся к знаниям). По мнению Фестингера положительная эмоция возникает тогда, когда ожидания человека подтверждаются, т.е. когда реальные результаты деятельности согласуются с намеченным им планом (находятся в *консонансе*). Отрицательные эмоции возникают в противоположной ситуации, когда ожидаемые и действительные результаты расходятся (находятся в *диссонансе*).

В психологии теория когнитивного диссонанса нередко используется не только для объяснения эмоциональных состояний, но и для объяснения поступков человека в различных социальных ситуациях.

Информационная теория эмоций П.В. Симонова (1970). Концепция эмоций отечественного физиолога Симонова также относится к разряду когнитивистских. В ней в краткой символической форме представлена совокупность факторов, влияющих на возникновение и характер эмоции: Эмоция = П•(Ин–Ис), где П — актуальная потребность, (Ин–Ис) — оценка вероятности ее удовлетворения на основе информации о необходимых (прогнозируемых) средствах для ее достижения (Пн) и информации о средствах, имеющихся в наличии в данный актуальный момент времени (Пс). Таким образом, *степень эмоционального напряжения определяется потребностью и дефицитом информации, необходимой для удовлетворения этой потребности.*

Отрицательные эмоции порождаются более или менее осознаваемой реальной или воображаемой невозможностью удовлетворения потребности или падением вероятности ее удовлетворения по сравнению с прогнозом, который давался ранее. Отрицательные эмоции возникают и при дефиците информации, необходимой для организации действий. Если субъективная вероятность удовлетворения потребности велика, появляются положительные чувства.

Индивидуально–психологические особенности проявлений эмоций и чувств

Эмоции как сложные системные психологические образования составляющие эмоциональную сферу личности характеризуются многими параметрами: *знаком* (положительные или отрицательные) и *модальностью* (качеством эмоции), *продолжительностью и интенсивностью* (силой), *подвижностью* (быстрота смены эмоциональных состояний) и *реактивностью* (скорость возникновения, выраженность и адекватность эмоционального отклика на внешние и внутренние стимулы), а также степенью *осознанности* эмоций и степенью их *произвольного контроля*.

При оценке эмоций врачу следует учитывать, что у здоровых людей все эти индивидуальные проявления эмоций чрезвычайно широко варьируют — они зависят от возраста человека, его темперамента и личности в целом. Оценка способности к эмоциональному переживанию (эмоциональности человека) приобретает особо важное практическое значение в случаях граничащих с патологией.

Эмоциональная лабильность (эмоциональная слабость) — обнаруживается чрезмерная подвижность, облегченность смены эмоций, например, перехода от слез к смеху и наоборот. Если в пожилом возрасте эмоциональная лабильность, особенно в случаях ее нарастания, расценивается как признак патологии (*слабодушие, эмоциональная слабость*), то для маленьких детей это явление естественно и расценивается как возрастная норма. При астении в период выздоровления после тяжелых соматических заболеваний эмоциональная лабильность также часто наблюдается, но она здесь обычно сочетается с обостренной эмоциональной чувствительностью к раздражителям и быстрой истощаемостью аффектов (*эмоциональная гиперестезия*).

Эмоциональная ригидность (инертность, “тугоподвижность”, “вязкость” эмоций) — противоположное эмоциональной лабильности состояние. У человека длительное время эмоция сохраняется, хотя вызвавшее ее событие давно миновало. Чаще всего такая длительная задержка (“застреваемость”, персеверация) возникает на неприятных переживаниях — чувстве вины, обиды, злобы, мести. Как личностная особенность эмоциональная инертность отмечается у акцентуированных тревожно-мнительных и параноических личностей. При ряде заболеваний, например при эпилепсии, эмоциональная ригидность постепенно прогрессирует и становится характерным признаком болезни.

Эмоциональная возбудимость — обычно определяется той минимальной силой, интенсивностью внешних или внутренних стимулов, которые способны вызвать отклик, эмоциональную реакцию у человека. Более выраженная реактивность наблюдается в детском и подростковом возрасте, а в старости она снижается. Человек может реагировать эмоционально повышенно, однако все же пропорционально стимулам (*синтонно*). Эта пропорциональность начинает нарушаться при невротических состояниях, когда повышенные эмоциональные реакции возникают на обычные стимулы. При повышенной чувствительности, проявляющейся легкой ранимостью, говорят об *эмотивности*. Такая эмоциональная гиперреактивность бывает у больных неврозами и обычно сопровождается быстрой истощаемостью аффекта.

Эксплозивность (взрывчатость) — бурные эпизодические взрывы аффектов, которые не адекватны раздражителям, появляются по каждому ничтожному поводу, иногда даже с проявлениями *агрессии* по отношению к окружающим или

аутоагрессии (самоповреждения). Взрывчатость часто сочетается с инертностью и тугоподвижностью эмоций, а также трудностями их произвольного контроля — больные в силу этого импульсивны. Наблюдается при некоторых видах психопатий, при алкоголизме, при органических заболеваниях мозга.

Эмоциональная монотонность (“холодность”) — в отличие от эксплозивности, отличается неадекватно эмоционально монотонным, ровным, холодным, почти безразличным отношением ко всем событиям независимо от их эмоциональной значимости. Эмоциональная холодность встречается при шизоидной психопатии и некоторых формах шизофрении. При шизофрении эмоциональная холодность и безразличие (эмоциональная “тупость”) по отношению к серьезным проблемам близких родственников часто парадоксально сочетается с эгоистично обостренной чувствительностью (“хрупкостью”) по отношению к предметам своего внутреннего аутизированного мира (эмоциональность по типу “дерево и стекло”).

Эмоциональный “паралич”. В некоторых случаях, в результате действия внезапного, шокового воздействия психической травмы (стихийное бедствие, катастрофа или тяжелое известие) наступает острое кратковременное выключение эмоций (“*паралич эмоций*”), когда никакие воздействия не находят эмоционального отклика в душе. Иногда этот “паралич эмоций” сопровождается мучительным для больного “*чувством потери чувств*”. По миновании реактивного состояния эмоциональные реакции больного восстанавливаются

Болезненное чувство выпадения эмоционального отклика на различные события может возникать и при других заболеваниях и его часто обозначают как *утрату эмоционального резонанса***,** которая описывается больными как весьма тяжелое ощущение разобщения с внешним миром: «Воспринимаю все глазами и умом, но не сердцем. Внутри все замерло, окаменело, будто души нет. Вижу, как люди волнуются, радуются, плачут, к чему стремятся, я же смотрю на все со стороны, как наблюдатель, не принимаю в жизни участия». Утрата эмоционального резонанса — одно из проявлений болезненной психической анестезии, состояние «мучительного бесчувствия», возникающее вследствие потери способности осознавать различные чувства (радости, печали, страха, любви).

Апатия (анормия) — по клиническому выражению близка к параличу эмоций. Она характеризуется полным безразличием к окружающему, близким родственникам и самому себе, часто сопровождается бездеятельностью (абулией). Такое полное отсутствие какой–либо эмоциональной реакции и эмоционального движения является болезненным симптомом и встречается при ряде психических заболеваний. Чаще такая апатия развивается постепенно через так называемое *эмоциональное огрубление* или *эмоциональное уплощение*. При этом происходит постепенное и стойкое оскудение эмоциональных переживаний, касающееся первоначально высших чувств (нравственных, этических, эстетических), а низшие эмоции (влечения: пищевое, сексуальное) при этом нередко усиливаются. Подобные изменения в эмоциональной сфере (*эмоциональное огрубление*) встречаются при алкоголизме и ослабоумливающих органических заболеваниях мозга. Для шизофрении более характерно параллельное оскудение и снижение всех видов чувствований *(эмоциональное уплощение)* с постепенным развитием полной апатии. Глубокая степень апатии обычно не осознается, не расценивается пациентами в качестве патологического явления, не тяготит их, не отражается в жалобах на самочувствие. Иногда она обозначается как «моральная идиотия», олотимия В относительно неглубоких случаях может быть понимание происшедших перемен в чувствах.

Эмоциональная неустойчивость. Об *эмоциональной устойчивости* обычно судят по тем изменениям, которые наступают в текущей деятельности человека под влиянием эмоциогенных факторов. При эмоциональной устойчивости текущая деятельность практически не меняется и внешние проявления эмоционального состояния хорошо контролируются. При *эмоциональной неустойчивости* происходят различные нарушения течения текущей деятельности, а внешние проявления эмоций слабее поддаются сознательному управлению. У некоторых людей эти особенности эмоциональной сферы могут в одних случаях устойчиво проявляться в *нарушениях психомоторики* (эмоционально–моторная неустойчивость), а в других — в *нарушениях точности восприятия* (эмоционально–сенсорная неустойчивость). Причем, они не всегда сопутствуют друг другу и совпадают с повышенной эмоциональной возбудимостью. Есть люди эмоциональные, но эмоционально—моторно устойчивые, а другие являются эмоционально–моторно неустойчивыми, но эмоционально—сенсорно устойчивы, или наоборот.

С эмоциональной моторной и сенсорной неустойчивостью связано другое психоэмоциональное состояние, нарушающее деятельность человека. Это *психоэмоциональная напряженность* в ответственных ситуациях, чаще при освоении нового дела. Ее очень ярко описал К.С. Станиславский (1948), изучая состояние молодого актера: “Вы не можете себе представить, каким злом для творческого процесса является мышечная судорога и телесные зажимы, когда они создаются в голосовом органе... Когда зажим в руках — руки коченеют, превращаются в палки и поднимаются точно шлагбаумы... Но хуже всего, когда зажим удерживается в лице и искривляет его, парализует или заставляет каменеть мимику...”.

Физиологическим механизмом напряженности является пассивно–оборонительный рефлекс (Павлов И.П.). Напряженность проявляется в нарушении движений, сужении объема внимания и сопровождается вегетативными изменениями (меняется окраска лица, учащается дыхание и сердцебиение, появляется дрожание пальцев рук, потливость, ощущение сухости во рту). Напряженность может быть разной степени выраженности, но в ней сказывается неспособность человека владеть своими эмоциями, отсутствие у него *самообладания*.

От напряженности следует отличать внешне похожую на нее *растерянность***.** Однако ее происхождение иное. Если при напряженности нарушения в сфере внимания и мышления производны от эмоционального состояния, то при растерянности они первичны, а эмоции производны.

Эмоциональная невоздержанность. Устойчивая неспособность человека контролировать и владеть своими эмоциями, приобретающая патологический характер, обычно бывает при некоторых органических заболеваниях мозга — после мозгового инсульта, при интоксикациях. В этих случаях ее называют *эмоциональной невоздержанностью*, так как здесь как бы отпадают естественные тормозы для эмоциональной реакции. Человек обнаруживает вовне себя свою радость или гнев, хотя и знает, что этого делать в данной ситуации не следует. У здоровых людей различного рода изменения аффективной возбудимости и эмоциональной невоздержанности могут быть либо длительными, устойчивыми, составляя сущность той или иной конституции, либо же наблюдаются в качестве эпизодической реакции.

Немаловажным в клинической практике считается симптом *алекситимии* — затруднения или неспособность точно описать собственные эмоциональные переживания. При этом пациент пытается объяснить свое состояние на сравнениях и примерах, однако адекватно описать свои переживания все равно не может.

Напротив, под *эмпатией* понимается способность точно, адекватно распознать эмоциональное состояние других людей, своего собеседника и сопереживать ему. Эмпатию в быту часто называют эмоциональной отзывчивостью.

В ряде случаев, особенно при депрессивно—деперсонолизационных состояниях, возникает *ангедония* — утрата человеком чувства радости, удовольствия.

Страх и тревога. В повседневной жизни у психически здорового человека довольно часто встречаются такие эмоциональные состояния как страх и тревога. Они же широко распространены и при многих психических заболеваниях.

Выраженность тревоги и страхов и их влияние на жизнедеятельность широко варьируют. Например, среди летающих самолетами людей большинство (75%) вовсе не бояться летать, 15% чувствуют тревогу, а 10% испытывают сильный страх, хотя и справляются с ним. С другой стороны, некоторые люди наотрез отказываются от самолетов, демонстрируя выраженную реакцию избегания (они не могут даже войти в стоящий на земле самолет); пока неясно, чем обусловлены эти различия.

В структуре страха и тревоги выделяют три основных нарушения: *аффективное* — чувство опасности; *интеллектуальное* — неуверенность и *волевое* — нерешительность.

Страх (фобия) — эмоция, возникающая на конкретную реальную или воображаемую опасность. Существуют как врожденные (природные, естественные), так и приобретенные (культурные) причины или стимулы для страха. К врожденным пусковым механизмам страха относят такие как одиночество, незнакомость, высота, неожиданное приближение, неожиданное изменение стимула, боль. К социокультуральным факторам страха относят обычно присутствие чего-то угрожающего или отсутствие того, что обеспечивает безопасность, а также контекст события, опыт и возраст индивида и др. Порог возникновения страха находится под влиянием индивидуальных различий биологического порядка, индивидуального опыта и общего социокультурного контекста происходящего. Страх переживается человеком как предчувствие, неуверенность, полная незащищенность. Человек ощущает угрозу своему существованию, своему телу и своему психическому “Я”.

Выделяют несколько сотен разновидностей страха, при этом о патологичности или физиологичности страхов приходится говорить только условно, поскольку страх может являться адекватной, мобилизирующей реакцией на реальную угрозу. Многие люди даже не подозревают о наличии у них какой–либо разновидности страха до того, пока не столкнутся с соответствующей ситуацией. Имеются данные, что примерно у 40% людей отмечается страх змей, 31% — высоты, 21% — лечения у стоматолога, 15% — смерти.

Тревога, в отличие от страха, определяется как страх без явного объекта, как осознаваемое эмоциональное состояние без конкретного содержания. Стимулы или условия, порождающие тревогу индивиду не известны. В состоянии тревоги интенсивность эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию непропорционально выше величины объективной опасности.

Тревогу обычно подразделяют на реактивную (тревога как состояние, ситуационная тревога) и личностную тревожность.

Тревога как состояние — это неприятное эмоциональное состояние, которое характеризуется ощущением напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий. Она обычно возникает в ответ на стрессовые воздействия — например, врачебный осмотр или хирургическую операцию. Такая тревога обычно кратковременна и

заканчивается с началом ожидаемого события или при его завершении. Такая ситуационная тревожность обычно отражает страх перед неизвестным.

Тревожность как черта личности — это склонность индивида испытывать состояние тревоги. Эта черта личности непосредственно не проявляется в поведении, ее уровень можно определить по тому, как часто и интенсивно возникает у человека состояние тревоги. Тревожность наиболее облегченно возникает у лиц с заниженной самооценкой и бывает обусловлена необоснованным чувством показаться смешным, получить отказ, потерпеть неудачу.

Классификация страха и тревоги
(по Х. Христозову, 1980).

1) По форме и оттенкам проявления: страх астенический (оцепенение, слабость, нецелесообразность поступков) и стенический (паника, бегство, агрессия), соответствующий и несоответствующий степени опасности, адекватный и неадекватный;

2) По степени выраженности: испуг (внезапный и кратковременный страх, возникающий при неожиданном и неприятном), боязнь (постепенно возникающее чувство страха, связанное с осознаванием продолжающейся опасности, которая может быть устранена) и ужас (наивысшая степень страха с характерным угнетением рассудочной деятельности — "безумный страх");

3) По форме проявления: страх витальный (переживание страха исходит из собственного тела, эмоциогенных систем головного мозга), реальный (опасность исходит из окружающего мира), моральный страх или страх совести (возникает в результате рассогласования первичных психических тенденций и более дифференцированных стремлений);

4) По виду: осознаваемый генерализованный, осознаваемый локализованный, неосознаваемый страх;

5) По этапам развития: нерешительность, неуверенность, смущение, боязливость, тревога, страх и ужас.

Патологический страх имеет три основные разновидности: а) навязчивый страх, или фобия (чаще в связи с определенной ситуацией, с осознанием абсурдности страха); б) ипохондрический страх (возникает в связи с переживаниями за собственное здоровье, без критического отношения); в) психотический страх (появляется как составная часть депрессивно-параноидного переживания или как недифференцированный, диффузный страх).

ПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Симптомы эмоциональных нарушений разнообразны и многочисленны, но можно выделить пять основных типов патологического эмоционального реагирования:

кататимный тип — обычно возникает в стрессовых ситуациях, патологические эмоциональные реакции относительно кратковременны, изменчивы, психогенно обусловлены (неврозы и реактивные психозы);

голотимный тип — характерна эндогенная обусловленность (первичность), нарушений настроения, которая проявляется полярностью эмоциональных состояний, их устойчивостью и периодичностью появления (маниакально–депрессивный и инволюционный психоз, шизофрения);

паратимный тип — характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности (шизофрения);

эксплозивный тип — отличается сочетанием инертности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью (признаки пароксизмальности),

доминирует злобно-тоскливое или экстатически–приподнятое настроение (эпилепсия, органические заболевания мозга);

дементный тип — сочетается с нарастающими признаками слабоумия, некритичности, расторможенность низших влечений на фоне благодушия, эйфории или апатии, безразличия, аспонтанности (старческое слабоумие Альцгймеровского типа, атеросклеротическое слабоумие, прогрессивный паралич и др. заболевания).

Колебания фона настроения в нормальном диапазоне, т.е. отсутствие депрессивного или приподнятого настроения, обычно обозначается термином "*эутимное настроение*". В патологии важное практическое значение имеют: *гипотимия* (патологическое снижение фона настроения), *гипертимия* (патологическое повышение фона настроения) и *паратимия* (извращенная эмоциональность).

Гипотимия — сниженное настроение, переживание подавленности, тоски, безысходности. Внимание фиксируется только на отрицательных событиях настоящего, вспоминаемого прошлого и представляемого будущего.

Типичный депрессивный синдром (депрессия) характеризуется депрессивной триадой: гипотимией, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Настроение у больных меланхолическое, угнетенное с глубокой печалью, унынием и тоской с неопределенным чувством грозящего несчастья и физически тягостными ощущениями стеснения и тяжести в области сердца, груди, во всем теле. Самочувствие больных особенно ухудшается в ранние утренние часы и тогда возрастает опасность суицида. Депрессиям обычно сопутствуют нарушения сна и аппетита, снижается половое влечение, у женщин прекращаются менструации (витальные, соматические признаки депрессии). При нерезком депрессивном аффекте (*субдепрессии*) витальные признаки слабо выражены или вовсе отсутствуют.

При типичных депрессиях все компоненты депрессии выражены равномерно, при атипичных депрессиях некоторые компоненты депрессии исчезают, а другие усиливаются.

При преобладании в структуре депрессии тревоги (тревожная депрессия) больные мечутся, "не находят себе места", просят помощи, убеждены в грозящей им опасности (тоскливое возбуждение — раптус).

При преобладании в структуре депрессии апатии (апатическая депрессия) больные малоподвижны, безучастны к себе и окружению, просят оставить их в покое.

При преобладании в структуре депрессии расстройств вегетативной регуляции внутренних органов и слабой выраженности собственно гипотимического аффекта говорят о *маскированной (ларвированной, скрытой) депрессии* или ее соматовегетативном эквиваленте. Такие депрессии трудно диагностируются, так как напоминают какое-либо соматическое страдание ("маскируются" под него) и больные длительное время безуспешно лечатся у врачей—соматологов разных специальностей.

Применение современных методов биологической терапии позволяет добиться положительного эффекта в 60–70 % всех случаев острых депрессивных эпизодов. Пациент должен знать, что лечебный эффект антидепрессанта в большинстве случаев обычно отставлен и наступает через 1–3 недели от начала приема. При наличии положительного эффекта прием антидепрессанта часто требуется продолжать много месяцев (6–9), а отмена препарата, как правило, производится постепенно. Для профилактики рецидивов аффективных расстройств (как депрессии, так и мании) обычно используют препараты нормотимики — литий или финлепсин, которые принимаются больным на протяжении ряда лет. Их профилактическое действие во многом зависит от правильного подбора нужной дозировки препарата.

Хотя основой лечения эндогенных аффективных расстройств являются биологические методы, пренебрежение параллельно проводимой психотерапевтической программой недопустимо. Методов психотерапии депрессий много.

При *интерперсональной терапии* (Klerman G.L., Weissman M.M., 1984) акцент делается не на внутренних конфликтах и переживаниях, а на актуальном приспособлении больного, его неуспешности в общении с окружающими.

Методы *когнитивной терапии* по A.T. Beck (1976) и A. Ellis (1990) фокусируются на коррекции депрессогенных особенностей мышления у больных. Депрессивные негативные мысли, как правило, бывают автоматическими, т.е. возникают вне разума и логики и основаны на низкой самооценке, а не реальности. Психотерапевт помогает больному распознавать негативные мысли и понимать, почему они ошибочны и нелогичны.

Разного рода *поведенческие программы* имеют целью активизацию больных, подкрепление социального успеха, обучение расслаблению и навыкам эмоциональной саморегуляции.

Целью многолетней *психоаналитической терапии* является не смягчение и устранение симптомов, а коррекция самооценки и притязаний, структуры личности в целом. Здесь также исследуется роль неразрешенных конфликтов раннего детства в формировании последующих депрессогенных реакций. Это расширяет возможности больного в общении и проблемно–решающем поведении, помогает осознать заместительную природу депрессивных поведенческих эквивалентов, таких, как, например, злоупотребление психоактивными веществами. Больной приобретает способность испытывать нормально–психологическую грусть, расширяется спектр испытываемых эмоций.

Дисфория (“несу плохое, дурное”) — отличается от депрессии тем, что пониженное настроение здесь приобретает напряженно–злобный оттенок. Дисфория кратковременна (часы, дни), внезапно начинается и заканчивается, обычно встречается у больных эпилепсией как своеобразный аффективный эквивалент судорожного припадка.

Дистимия — кратковременные, длящиеся несколько часов, иногда дней, расстройства настроения типа унылости и недовольства с гневливостью или тревогой (Fleming K., 1814). Наблюдается при неврозах, эпилепсии, органических заболеваниях мозга.

В современном понимании (МКБ–10) *дистимию* характеризуют как хроническую непсихотическую депрессию (“дурное настроение”). Длительность расстройства настроения не менее 2-х лет (у детей и подростков — не менее 1 года), а “светлые” промежутки нормального настроения у больных обычно не превышают и двух месяцев. Полагают, что дистимия является здесь своеобразным вариантом периодической депрессии, так как последняя часто встречается у родственников больного, а иногда и у самого больного на фоне хронического субпсихотического расстройства настроения могут возникать тяжелые депрессивные эпизоды (“двойная депрессия”).

Таким образом, термин “дистимия” в современной трактовке определяет врожденную склонность к плохому настроению, особенно если она проявляется рано — в возрасте до 21 года. Полагают, что аналогичные хронические расстройства настроения могут возникнуть и в результате “недостаточности” психофармакотерапии антидепрессантами (короткие курсы и низкие дозировки лекарств) на начальных этапах “большого” депрессивного эпизода (Petrilowitsch N., 1970). Остаточная субдепрессия, в свою очередь, способствует интолерантности больного к житейским конфликтам и последующим характерологическим сдвигам. Однако, с другой стороны, даже когда заболевание изначально явно спровоцировано психосоциальными стрессовыми факторами (депрессивный невроз, невротическая депрессия), часто также имеет место аналогичная недостаточность эффективности и одной психотерапии. В частности, в лечении невротической депрессии, которая отличается от типичного депрессивного невроза несоответствием клиники критериям реактивной триады К. Ясперса, как правило, также требуется для успешности лечения сочетание психотерапии с психофармакотерапией антидепрессантами.

В любом случае, как при раннем, так и при позднем начале заболевания, а также возникновении болезни аутохонно или в связи со стрессом, эндрореактивные механизмы в патогенезе заболевания всегда присутствуют. Больные дистимией обычно тревожны,

склонны к навязчивостям и выраженной “соматизации” состояния с обеспокоенностью состоянием здоровья. Постепенно, а иногда изначально, на первый план начинают выступать характерологические сдвиги — депрессивно–раздражительное настроение становится личностной особенностью больного. При этом заметная раздражительность, сочетающаяся с несоответствием субъективной оценки тяжести состояния объективным данным, часто обозначаются врачами как “истерические дисфории”, хотя патогенетические механизмы этого феномена лишь отдаленно напоминают таковые при истинных истерических.

Гипертимия — повышенно веселое, радостное настроение с приливом бодрости, энергичности и переоценкой собственных возможностей.

Маниакальный синдром (мания) характеризуется маниакальной триадой: гипертимией, ускорением мышления и двигательным возбуждением со стремлением к деятельности. Настроение у больных приподнятое, радостное (маниакальный аффект). Они много говорят, жестикулируют, переоценивают свои возможности. Охотно берутся за разные дела, но начатое легко бросают. При маниакальном аффекте также наблюдаются витальные его признаки: укорачивается сон, усиливаются влечения (особенно сексуальное), у женщин нарушается менструальный цикл. Если интенсивность маниакального аффекта невелика, то говорят о *гипомании*.

Маниакальные состояния, как и депрессии, могут быть *атипичными*, т.е. с неравномерной выраженностью составляющих их структуру компонентов. В некоторых случаях можно наблюдать у одного и того же больного одновременного присутствия признаков, как депрессии, так и мании (своеобразный “взаимообмен” компонентами). Такие сложные по структуре состояния принято называть *смешанными аффективными состояниями*.

Клинические картины, обозначаемые сейчас *аффективными расстройствами*, известны с глубокой древности. Термины меланхолия и мания употреблялись Гиппократом (450 г. до н.э.). Современные представления об аффективных расстройствах восходят к Крепелину (1896), выдвинувшего концепцию маниакально–депрессивного психоза (МДП). К. Леонгард (1957) предложил различать биполярную МДП, где представлены как маниакальные, так и депрессивные эпизоды. Легкую форму МДП часто обозначают термином ***циклотимия*** (Kahlbaum, 1882). Полагают, что заболеваемость циклотимией составляет около 1%, но эти данные скорее всего занижены, так как пациенты не всегда попадают в поле зрения психиатра и часто лечатся у врачей общего профиля. Полагают, что они составляют 3–10% от внебольничного контингента. Длительность фаз значительно меньше, чем при МДП (2–6 дней), смены состояний нерегулярны, пациенты болезненно воспринимают невозможность контролировать свой эмоциональный статус. В 5–10% случаев развивается наркотическая зависимость, в анамнезе частая смена мест жительства, вовлечение в религиозные и оккультные субкультуры.

Эйфория (“несу хорошее”) — другая форма болезненно–повышенного настроения. Для нее характерно благодушие и беспечность, которые сочетаются с пассивностью (“тихая радость”). Она чаще наблюдается при органических заболеваниях мозга на фоне более или менее выраженного слабоумия.

Мория (“лобная психика”) — эйфория с дурашливым двигательным возбуждением, склонностью к плоским, грубым шуткам. Наблюдается при поражении лобных отделов головного мозга на фоне слабоумия.

Экстаз — переживания восторга и необычайного счастья со своеобразным “погружением” в себя, в свой внутренний мир. При некоторых психических заболеваниях экстаз связан со зрительными галлюцинациями приятного содержания.

Экзальтация — приподнятое настроение, где более заметен не сам аффект, а ощущение прилива энергии, бодрости и повышения активности.

Паратимия — неадекватный аффект, извращение аффективности, когда больные радуются по поводу грустных событий и наоборот. Возможно также сосуществование в одно и то же время противоположных аффектов — *амбивалентность*. При этом одно и то же представление сопровождается и приятными, и неприятными чувствами, т.е. больной одновременно и огорчается, и радуется. Склонность больного отвечать на внешние раздражители неадекватно или двоякой реакцией характерна для шизофрении.

Элементы амбивалентности бывают и у психически здоровых людей. Например, страдающие хирургическими заболеваниями в одно и то же время желают и не хотят операции. Амбивалентность прекрасно характеризуется словами Лермонтова: “и как-то весело, и хочется мне плакать”.

Тяжело переживаются больными так называемые насильственные чувства, которые возникают без какого бы то не было внешнего повода. Насильственными могут быть смех, слезы. Вернее, чувств как таковых в подобных случаях нет, а есть лишь их внешнее проявление. Такие состояния возможны при поражении глубоких структур мозга при травмах или нарушениях кровообращения.

Исследование эмоций и чувств

При исследовании эмоциональной сферы в клинической практике главное значение придается беседе и наблюдению за эмоциональными реакциями пациента, а также анализу поведения больного, о котором могут сообщить врачу его родственники или сослуживцы по работе.

Обращают внимание на выражение лица и мимику, позу и пантомимику, особенности речи. К объективным признакам эндогенной депрессии, кроме поведенческих особенностей, можно отнести наличие тахикардии, мидриаза, спастических запоров, нарушений менструаций, сухости во рту и иных вегетативных сдвигов.

Психиатрами описан ряд специфических симптомов — внешних признаков депрессии: “фигура омеги” (складка между бровей, похожая на греческую букву “омега”), признак Верагута (нависание наружных половин верхних век) и другие. Иногда можно обнаружить на коже рубцы — следы бывших попыток к самоубийству (в области шеи, сердца или локтевых вен).

По поводу основного настроения задают пациенту вопрос, каково оно, хорошее–плохое, нет ли тоски, страха или тревоги. Если ответ неопределенный, то дополнительно спрашивают, не изменилось ли настроение и какое оно было раньше. Обращают внимание на суточные и сезонные колебания основного фона настроения (заметные ухудшения в утренние часы или вечером, в осенне-весенние сезоны года чаще характеризует периодическую эндогенную депрессию). Большое значение имеет выявление отсутствия или слабости эмоциональной реакции на эмоциогенные стимулы (апатия). При исследовании аффективных реакций следует иметь в виду, что они иногда не всегда соответствуют основному фону настроения. Так, например, на фоне веселого настроения можно наблюдать и реакцию злобности.

В условиях психологической лаборатории для исследования степени эмоциональной возбудимости используются методики регистрации кожно-гальванического рефлекса, электроэнцефалограммы (чаще усиление тета–ритма),

пульса, артериального давления и других физиологических, а также биохимических параметров при различных эмоциогенных нагрузках. Определенная независимость от воли возникновения вегетативных реакций при эмоциогенных стимулах легла в основу создания “детекторов лжи”, т.е. специальных приборов (полиграф), которые регистрируют различные телесные проявления эмоций. Полиграфические методы исследования приобрели большую распространенность в различных психофизиологических исследованиях.

Изучение эмоций по их телесным проявлениям названо немецким психологом Освальдом Кюльпе (1862–1915) *“методом выражения”*. Кюльпе, как последователь Вундта, известен также как создатель теории “без*о*бразной мысли” (мысль не должна иметь сенсорного или образного содержания). Он, установив наличие несенсорных форм сознания, нанес серьезный удар по структурной психологии сознания Вундта, где основными составляющими (“атомами”) сознания признавались ощущения и элементарные чувства.

Первые экспериментальные исследования эмоциональных состояний по методу выражения были проведены А. Моссо (1881), который сконструировал плетизмограф, Ш. Фере (1888) и И.Р. Тархановым (1890), которые независимо друг от друга предложили психогальванический метод.

Наряду с методом выражения большую роль в изучении эмоций сыграл и так называемый *“метод впечатления”*, начало которому положено И. Гете. Он изучал действие цвета на чувства, но полную методическую разработку метода осуществил Г. Фехнер в разделе экспериментальной эстетики. Цель опыта сводилась к определению того, как и в какой степени разные ощущения цвета оказывают на человека эстетическое воздействие. В последующем это использовалось для изучения элементарных чувств и эмоций в области слуха (сочетания звуков) и движений (пространственно—временные отношения слуховых и зрительных восприятий). Существенным для метода впечатления является субъективное сравнение (нравится или нет) двух и более одновременно или последовательно предъявляемых раздражителей. Итогом подобных исследований было построение для каждого из испытуемых аффективных кривых удовольствия и неудовольствия.

В 90-х годах 20 в. наметилась тенденция объединения метода впечатления с методом выражения, что связано со стремлением объективизировать субъективные оценки испытуемого. Кроме этих двух основных экспериментальных методов изучения эмоций, в психологии стали часто использовать различного рода опросники, фото-киносъемку для регистрации мимики, позы тела и других выразительных движений, сопровождающих эмоции человека.

Определенные данные об эмоциональной сфере больного дают тесты изучения темперамента и личности, опросники выраженности реактивной и личностной тревоги, наличия депрессии. Могут быть полезными для оценки эмоциональной сферы и ряд других методик экспериментально—психологического исследования: изучение уровня притязаний, тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, метод “чернильных пятен” Роршаха, тест “портретов” Сонди, цветовой тест Люшера, исследование понимания эмоционального подтекста в рассказе, исследование юмора и другие.

Начиная с 50-х годов происходит неуклонное внедрение специальных градуированных шкал во все основные отрасли медицины. Эти шкалы разрабатываются для сравнения разных методов и средств терапии, а также в научных целях. Для объективной оценки депрессии в психиатрии разработано множество шкал, которые могут быть подразделены на две группы: шкалы самооценки (например шкала Цунга,) и шкалы, где оценку состояния больного проводит врач (например, шкала Гамильтона, шкала Раскина, шкала Мотгометри–Асберга и др.).

Шкала самооценки депрессии Цунга (Zung W.W.K., Durham N.S., 1965) — обеспечивает оценку интенсивности депрессивных симптомов и измеряет депрессию в целом. Используется для предварительной диагностики, катамнестических сравнительных исследований, клинических испытаний лекарственных средств. Шкала состоит из 20 пунктов, каждый из них выражает симптом депрессии в форме утверждения (пункты 5, 6, 11, 12, 16, 17, 18 и 20, обратный подсчет баллов) или отрицания. Нормальный показатель равен 34 или меньше, а депрессивный — 50 или выше.

Вопросы шкалы Цунга для самооценки депрессии	Крайне редко (1)	Редко (2)	Часто (3)	Большую часть времени или постоянно (4)
1. Я чувствую угнетенность, подавленность				
2. Я лучше всего чувствую себя утром				
3. Я много плачу				
4. Я плохо сплю ночью				
5. Я ем столько же, сколько и раньше				
6. Я получаю удовольствие от того, что нахожусь среди привлекательных мужчин/женщин или общаюсь с ними				
7. Я заметно теряю в весе				
8. Меня беспокоят запоры				
9. Мое сердце бьется чаще, чем обычно				
10. Я чувствую усталость без видимой причины				
11. Я мыслю так же четко, как и раньше				
12. Мне легко выполнять привычную работу				
13. Я беспокоен и не нахожу себе места				
14. Я полон светлых надежд на будущее				
15. Я более раздражителен, чем раньше				
16. Мне легко принимать решения				
17. Я чувствую, что полезен и нужен людям				
18. Я живу полной и интересной жизнью				
19. Я считаю, что другим было бы лучше, если бы я умер				
20. Я по-прежнему получаю удовольствие от того, что мне нравилось и раньше				

Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) предназначена для измерения тяжести депрессии в клинических и экспериментальных целях (Hamilton M., 1967). Исследователь должен иметь подготовку в психиатрии, т.к. шкала основывается на клинической беседе с больным. Время оценки определяется как “сейчас” или “в течение последней недели”. Оригинальная версия шкалы содержит 23 пункта, 2 из которых состоят из двух частей. В настоящей версии 21 пункт (последние 4 пункта отражают типы депрессии или редкие синдромы). Сумма баллов лиц без депрессии равна 0, крайняя степень депрессивного (меланхолического) синдрома (максимальная оценка) равна 52 баллам.

1. Депрессивное настроение *(подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малой ценности)*

0= отсутствие

1= выражение указанного чувства только при прямом вопросе

2= высказывается в жалобах спонтанно

3= определяется не вербальным выражением, а посредством наблюдения: мимика, поза, голос, плаксивость

4= пациент выражает *только эти чувства* как в спонтанных высказываниях, так и невербально

2. Чувство вины

0= отсутствует

1= самоуничижение; считает, что подвел других

2= чувство собственной вины или мучительные размышления о прошлых ошибках или грехах

3= настоящее заболевание расценивается как наказание; бредовые идеи виновности

4= вербальные галлюцинации обвиняющего и осуждающего содержания и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

3. Суицидальные намерения

0= отсутствует

1= чувство, что жить не стоит

2= желание смерти или какие-либо мысли о возможности собственной смерти

3= суицидальные высказывания или жесты

4= суицидальные попытки (любая серьезная попытка оценивается как "4")

4. Ранняя бессонница

0= отсутствие затруднений при засыпании

1= жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (дольше чем 30 мин)

2= жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

5. Средняя бессонница

0= отсутствует

1= жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи

2= многократные пробуждения в течение всей ночи; любой подъем с постели оценивается как "2" (исключая физиологические потребности)

6. Поздняя бессонница

0= отсутствует

1= раннее пробуждение утром с последующим засыпанием

2= окончательное раннее утреннее пробуждение

7. Работоспособность и активность

0= отсутствие трудностей

1= мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью (работа или хобби)

2= утрата интереса к деятельности (работе или хобби), выраженная непосредственно в жалобах или опосредовано, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)

3= уменьшение времени проявления активности или снижение продуктивности; в условиях стационара оценка “3” выставляется, если активность пациента проявляется в течение не менее 3 ч в день (работа в стационаре или хобби)

4= отказ от работы вследствие настоящего заболевания; в стационаре оценка “4” выставляется, если пациент вообще не проявляет активности или не справляется даже с рутинной бытовой деятельностью без посторонней помощи

8. Заторможенность *(замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)*

0= нормальная речь и мышление

1= легкая заторможенность в беседе

2= заметная заторможенность в беседе

3= выраженные затруднения при проведении опроса

4= полный ступор (обездвиженность)

9. Ажитация *(тревожное возбуждение)*

0= отсутствие

1= беспокойство
2= беспокойные движения руками, теребление волос и пр.
3= подвижность, неусидчивость
4= постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ

10. Психическая тревога
0= отсутствие
1= субъективное напряжение и раздражительность
2= беспокойство по незначительным поводам
3= тревога, отражающаяся в выражении лица и речи
4= страх, выражаемый и без расспроса

11. Соматическая тревога *(физиологические проявления тревоги: гастроинтестинальные — сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка; сердечно-сосудистые — сердцебиение, головные боли; дыхательные — гипервентиляция, одышка; учащенное мочеиспускание; повышенное потоотделение)*
0= отсутствие;
1= слабая;
2= средняя;
3= сильная;
4= крайне сильная

12. Желудочно–кишечные соматические симптомы
0= отсутствие
1= утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения; чувство тяжести в животе
2= прием пищи только с упорным принуждением; потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов

13. Общие соматические симптомы
0= отсутствие
1= тяжесть в конечностях, спине или голове, мышечные боли; чувство утраты энергии или упадка сил
2= любые резко выраженные симптомы

14. Генитальные симптомы (утрата либидо, менструальные нарушения)
0=отсутствие симптомов; 1=слабо выраженные; 2=сильно выраженные

15. Ипохондрия
0= отсутствие
1= поглощенность собой (телесно)
2= чрезмерная озабоченность здоровьем
3= частые жалобы, просьбы о помощи и пр.
4= ипохондрический бред

16. Потеря в весе *{оценивается либо пункт А, либо Б)*

А. По данным анамнеза:
0= отсутствие потери в весе
1= вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием
2= явная (со слов пациента) потеря в весе
3= не поддается оценке

Б. Если имеются данные об измерениях веса тела
0= потеря в весе менее 0,5 кг в неделю
1= более 0,5 кг в неделю
2= более 1 кг в неделю
3= не поддается оценке

17. Критичность отношения к болезни
0= осознание, что болен депрессией или каким-либо заболеванием
1= осознание болезненности состояния, но отнесение этого за счет плохой пищи, климата, переутомления на работе, вирусной инфекции, потребности в отдыхе и пр.
2= полное отсутствие осознания болезни

18 суточные колебания
А. *Уточните, когда симптомы выражены а более тяжелой форме, утром* или *вечером; при отсутствии суточных колебаний маркируйте 0 баллов*
0= отсутствие колебаний; 1= ухудшение утром; 2= ухудшение вечером

Б. *Если суточные колебания имеют место, оцените их выраженность; при отсутствии колебаний маркируйте пункт "отсутствуют"*

0= отсутствуют; 1= слабые; 2= сильные

19. Деперсонализация и дереализация *(например, ощущение нереальности окружающего)*

0= отсутствует; 1= слабая; 2= умеренная; 3= сильная; 4= непереносимая

20. Параноидальные симптомы

0= отсутствуют; 1= подозрительность;

2= идеи отношения; 3-бред отношения и преследования

21 Обсессивные и компульсивные симптомы

0= отсутствуют; 1= легкие; 2= тяжелые

Особое место при исследовании эмоций, особенно в клинике неврозов, занимают методики изучения эмоциональных отношений больного. Для изучения эмоциональных отношений могут использоваться различные опросники, методика "незаконченных предложений", классический ассоциативный эксперимент, цветоассоциативный эксперимент на основе теста Люшера (Эткинд А.М., 1980) и другие. В качестве примера приведем бланковый вариант изучения фундаментальных эмоций по К. Изард.

Дифференциальные шкалы эмоций
(По К. Изард, модификация О.П. Елисеев, 1994)

Шкалы эмоций в понятиях						Сумма	**Эмоция**
Внимательный		Концентрированный		Собранный			1. Интерес
Наслаждающийся		Счастливый		Радостный			2. Радость
Удивленный		Изумленный		Пораженный			3. Удивление
Унылый		Печальный		Сломленный			4. Горе
Взбешенный		Гневливый		Безумный			5. Гнев
Чувствующий неприязнь		Чувствующий отвращение		Чувствующий омерзение			6. Отвращение
Презрительный		Пренебрегающий		Надменный			7. Презрение
Пугающий		Страшный		Сеющий панику			8. Страх
Застенчивый		Робкий		Стыдливый			9. Стыд
Сожалеющий		Виноватый		Раскаивающийся			10. Вина

Инструкция: оцените в 4-бальной шкале то, в какой степени каждое понятие описывает Ваше самочувствие в данный момент, проставив подходящую для Вас цифру справа: "1"— совсем не подходит, "2" — пожалуй, верно, "3" — верно, "4" —совершенно верно.

Обработка результатов. Подсчитываются суммы баллов по строкам (качественный анализ — обнаружение доминирующих эмоций). Вычисляется коэффициент самочувствия (К) из отношения результата суммы эмоций 1,2,3,9,10 к эмоциям — 4,5,6,7,8. Если К больше 1,0 самочувствие более отвечает положительному (гипертимному), а при К меньше 1,0 — отрицательному (дистимному, с пониженным настроением) полюсу. При очень низком К возможно заподозрить депрессию

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Эмоции, как и другие психические процессы, являются одной из форм отражения сознанием реального мира. Однако эмоции отражают окружающий мир соотносительно значимости его к субъекту, т.е. удовлетворения или неудовлетворения потребностей, целей и намерений. В этом наглядно проявляется и сугубо субъективный характер этого отражения в виде наиболее общего отношения человека к действительности и самому себе с положительной или отрицательной полярностью эмоционального состояния.

Немецкий ученый В. Вунд описывает и другие свойства эмоций в своей “трехмерной теории чувств”, полагая что все многообразие эмоциональных состояний можно свести к комбинации трех пар более простых эмоций. В теории фундаментальных эмоций К. Изарда уже насчитывается 10 таких качественно различных простых эмоций (три положительных и семь отрицательных), которые и формируют весь спектр эмоциональности человека.

Человеческие эмоции имеют длительный филогенез, ходе которого сформировались их специфические функции: регулятивная (гомеостаз, адаптивные физиологические и поведенческие реакции) и коммуникативная (внешнее выражение эмоций). Сравнительные нейроанатомические исследования указывают на роль развитой лимбической системы и коры мозга в формировании эмоциональных реакций. В онтогенезе более сложные эмоции — чувства, свойственные только человеку, формируются на основе простых эмоций под влиянием социального научения.

Эмоции у человека проявляются в виде трех основных форм — кратковременных эмоциональных реакций, более продолжительных эмоциональных состояний и достаточно устойчивых избирательных эмоциональных отношений. Более дифференцированно эмоциональную сферу описывает классификация, выделяющая пять основных групп эмоциональных переживаний: аффект, собственно эмоция, чувство, настроение и стрессовое состояние.

Особенности протекания эмоциональных процессов у человека лежат в основе индивидуальных различий между людьми. Крайние варианты этих особенностей граничат с эмоциональными нарушениями: эмоциональная лабильность–ригидность, эмоциональная возбудимость, эксплозивность или эмоциональная монотонность, эмоциональный паралич и апатия, эмоциональная неустойчивость и эмоциональная невоздержанность. Особое место в этом списке придается вариациям по выраженности, формам проявления и этапам развития страха и тревоги у человека., которые довольно часто встречаются как в повседневной жизни человека, так и при психических заболеваниях.

В психопатологии обычно выделяют пять основных типов патологического эмоционального реагирования, которые характерны для определенных групп психических заболеваний: психогенных (кататимное реагирование), эндогенных аффективных (голотимное реагирование), шизофрении (паратимное реагирование), эпилепсии и органических поражениях мозга (эксплозивное реагирование) и при ослабоумливающих мозговых процессах (дементное реагирование). В судебной психиатрии самостоятельное значение приобретает дифференциальная диагностика физиологического и патологического аффекта, а в психиатрической клинике — диагностика расстройств настроения (гипотимия, гипертимия и паратимия).

В условиях психологической лаборатории эмоции можно изучать по их телесным, внешним проявлениям (метод “выражения” по Кюльпе) с помощью специальных приборов — “детекторов лжи”, а также предложенный еще Гете метод “впечатления”, основанный на субъективном сравнении (нравиться или нет) двух и более предъявляемых стимулов. Широкое распространение, особенно для сравнения разных методов терапии, получили специальные градуированные шкалы для измерения выраженности расстройств настроения (шкала Гамильтона для оценки депрессии и другие).

Вопросы для самоподготовки

1. Можно ли, наблюдая за поведением человека, точно определить, какие эмоции он испытывает?
2. Является ли знание о физиологических изменениях в организме достаточным для определения эмоционального состояния?
3. В чем состоит регулирующая функция эмоций?
4. По каким критериям эмоциональные явления разделяются на аффекты, собственно эмоции, чувства и настроения?
5. Чем отличается стресс от дистресса?
6. В какой фазе стрессовой реакции возможны структурные изменения в концевом органе–мишени?
7. В чем заключается различие в теориях эмоций Джеймса–Ланге и Кэннона–Барда?
8. Как объясняется возникновение эмоций в когнитивных теориях?
9. Как классифицируются эмоции в теории дифференциальных эмоций К. Изарда?
10. Как классифицируются вторичные эмоции?
11. Каковы главные критерии дифференциации патологического аффекта от физиологического?
12. При поражении каких отделов мозга возникают “насильственные чувства”?
13. Каковы психофизиологические причины общего нарушения обычного поведения ребенка при эмоционально значимых воздействиях?
14. По каким параметрам описываются индивидуальные особенности эмоциональной сферы личности?
15. В чем сходство и каковы различия между эмоциональной возбудимостью и эксплозивностью?
16. Чем отличается тревога от состояний страха?
17. Какими признаками проявляется эмоциональная неустойчивость?
18. Какой тип эмоционального реагирования характерен для биполярных аффективных расстройств?
19. Что относится к соматическим (витальным) признакам депрессивного состояния?
20. Для какого психического заболевания характерны расстройства настроения по типу паратимии?
21. Какие психологические методики используются для объективной оценки тяжести депрессии при клинических испытаниях антидепрессантов?

ГЛАВА 7

ВОЛЯ И ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

Понятие воля

В повседневной жизни мы обычно не затрудняемся в определении явлений, которые относятся к проявлениям воли. К волевым относят все действия и поступки, которые совершаются не по внутреннему желанию, а по необходимости. К волевым также относятся и те действия, которые связаны с преодолением различных жизненных трудностей и препятствий. Кроме того имеется целый ряд свойств личности, которые традиционно обозначаются как волевые — настойчивость, выдержка, целеустремленность, терпение и другие.

В научной психологии подобной ясности нет. Более того, проблема воли как таковая часто и вовсе отрицается, а вместо нее обсуждают регуляцию поведения в связи с потребностями, мотивами, желаниями и целями человека. Действительно, если у субъекта есть потребность и желание к деятельности с заинтересованностью в ее осуществлении, то такое поведение не нуждается в волевой регуляции и называется *произвольным*.

Исходный мотив, т.е. побуждение к действию, является важным инициирующим началом конкретного поведения, но осознание необходимости действовать и принятие соответствующего решения вовсе не означает того, что человек приступит к его реализации. Например, разные люди с одинаковыми возможностями при решении одной и той же задачи почему-то действуют с разной степенью решительности и настойчивости, а при столкновении с трудностями одни из них и вовсе перестают действовать, а у других решительность и настойчивость удваивается. Поэтому понятие “воля” необходимо для анализа процессов побуждения к действию в ситуациях, где у человека отсутствует заинтересованность, где он действует по необходимости (“надо”), а не по непосредственному желанию. Воля проявляется тогда, когда человек встречается с трудностями, препятствиями на пути к цели. Внешние препятствия — это время, пространство, противодействия людей или физические свойства вещей. Внутренние препятствия — это собственные отношения и установки человека, болезненное состояние или преодоление просто усталости. Внешние и внутренние препятствия, отражаясь в сознании, вызывают *волевое усилие*, которое представляет собой *особое нервно-психическое состояние*, создающее необходимый тонус и мобилизационную готовность физических, интеллектуальных и моральных сил для преодоления трудностей.

Как и все психические явления, воля — одна из форм отражения. Отражаемым объектом в волевом процессе является цель поведения и ее соотношение с выполняемым в каждый данный момент поведенческим этапом на пути к достижению этой цели. *Воля — это психический процесс сознательного управления и регулирования своего поведения, обеспечивающий преодоление трудностей и препятствий на пути к поставленной цели.*

Воля человека непременно проявляется в его внешних или внутренних (умственных, психических) *действиях*, т.е. в прилагаемом мускульном и нервном напряжении для достижения цели. Все волевые действия целенаправленны и

согласованы между собой. Чем больше препятствий и чем сильнее у человека желание достигнуть цель, тем больше мышечного и нервного напряжения требует волевое действие. Именно это напряжение человек и переживает как волевое усилие.

Низшие уровни воли, такие как произвольное движение или задержка импульсивного действия, выделяются уже у животных, однако развитая воля является специфически человеческой функцией. Она является социальным новообразованием психики, возникла и формируется в процессе трудовой деятельности человека. Подчеркивая ее социальную сущность и исключительное влияние на человеческое поведение, И.М. Сеченов (1947) писал: “Воля не есть какой-то безличный агент, распоряжающийся только движением, это деятельная сторона разума и морального чувства, управляющая движением во имя того или другого и часто наперекор даже чувству самосохранения”.

Понятие воли было введено как понятие объяснительное. В античной философии это понятие и реальность, которую оно было призвано объяснить, наиболее четко представлено в трудах Аристотеля. Он привлекает понятие воли для объяснения порождения действия, основанного не на желаниях человека, а на разумном решении о его осуществлении. Само по себе знание не обладает побудительностью. Только в соединении со стремлением, которое придает решению побудительную силу, обеспечивается выполнение действия не потому, что “так хочется”, а потому, что “так надо”. Таким образом, воля понимается здесь как некая способность человека к определенной активности, причем активности не только в плане побуждения к действию на основе размышления, но и торможения желаемого действия, когда размышление подсказывает избегать его. Подход к рассмотрение проблем воли в контексте *побудительной ее функции* (порождения действия) в последующем обозначили как ***мотивационный*** (от лат. movere — приводить в движение, толкать).

В других случаях проблему воли рассматривают более со стороны необходимости *выбора мотивов и целей* (подход “***свободного выбора***”). При этом акцент делается на моменты принятия решения о действии при наличии в сознании одновременно двух или более идей движения (мотивов). Этот подход к исследованию воли также был намечен еще в сочинениях Аристотеля и позже привел к выделению из него и самостоятельной разработке философской проблемы свободы воли. В рамках подхода “свободного выбора” можно выделить два варианта представлений о воле (Иванников В.А., 1991).

В первом варианте воля рассматривается как самостоятельная сила души, обладающая способностью к решению о действии (*волюнтаристический тип теории*). Абсолютизация свободы воли привела к возникновению мировоззрения экзистенциализма, “философии существования” (М. Хайдегер, К. Ясперс, Ж.П. Сартр, А. Камю и др.). Свобода здесь рассматривается как абсолютная свобода воли, не обусловленная никакими внешними социальными обстоятельствами. Любые нормы и правила для человека есть его подавление, нивелировка.

Во втором варианте воля сводится к функционированию познавательных процессов (*интеллектуалистические теории*). Далеко не всякое желание претворятся в жизнь. У человека может возникнуть одновременно несколько противоречивых желаний. Какое из них реализовать первым, какое из них следует затормозить или вовсе от него отказаться? Внутренняя борьба мотивов включает в себя широкое мысленное обсуждение всех доводов за и против действовать в том или ином направлении. Внутренняя работа сознания, связанная с выбором, обдумыванием и оценкой — суть интеллектуалистических теорий. Подлинно волевое действие является избирательным актом, включающим сознательный выбор и решение.

Воля направлена не только на внешнее действие, но и на внимание и другие психические процессы. Власть личности над своими душевными состояниями невозможна без “некоего регулятивного фактора”. Сторонники ***регулятивного подхода*** к проблемам воли полагают, что воля занимает центральное место в ядре личности и через нее “Я” управляет мышлением, воображением, эмоциями и поведением в целом. Сама воля лишена способности порождать действия или мысли, она только регулирует их. В разрешение противоречий в структуре мотивации при ее становлении и

функционировании и принимают участие механизмы воли — активное “воление”, волевая регуляция (Басов М.Я., 1922; Калин В.К., 1989 и др.).

Побудительная и тормозная функции воли

Воля обеспечивает выполнение двух взаимосвязанных функций: побудительной и тормозной. Побудительная функция воли обеспечивает возможности человека для активизации своих действий, чтобы добиться их успешного завершения в условиях преодоления трудностей.

Побудительная функция воли связана с активностью человека, но не с любой активностью. Воля — это *особая* форма активности человека. В отличии от реактивности (*реактивного поведения*), когда действие обуславливается предшествующей ситуацией (на оклик человек оборачивается, брошенный мяч отбивает и т.п.), активность здесь порождает действие исходя из специфики внутренних состояний субъекта (нужда в необходимой информации побуждает окликнуть товарища).

Если поведение не ориентировано на цель деятельности и представляет собой совокупность реактивно–импульсивных ответов на стимулы окружающей среды, то такое поведение в психологии часто называют *полевым поведением* (“поле” в данном случае понимается как совокупность различных переживаемых “здесь и теперь” побудителей активности субъекта). Полевое поведение можно наблюдать у детей раннего возраста, а также при некоторых нарушениях психической деятельности взрослого человека.

В отличии от полевого поведения, характеризующегося непреднамеренностью, активность в волевых процессах характеризуется произвольностью, т.е. обусловленностью действия сознательно поставленной целью. Активность здесь может и не обуславливаться требованиями сиюминутной ситуации, она характеризуется надситуативностью, т.е. выходом за пределы заданного, постановкой целей избыточных по отношению к исходной задаче (творческий порыв и т.п.).

Тормозная функция воли заключается в возможностях человека удержаться от совершения каких-то действий, а если они начались то замедлить или остановить их, направить по другому руслу. Тормозная функция воли проявляется в сдерживании нежелательных проявлений активности. Человек способен затормозить побуждения и выполнение действий, которые не соответствуют его убеждениям, идеалам, мировоззрению. По мнению И.П. Павлова волевое торможение человеком своей деятельности не менее, а часто более сложное волевое усилие, чем активизация. В своем единстве тормозная и побудительная функции воли обеспечивают преодоление трудностей на пути к достижению цели, т.е. обеспечивают волевую регуляцию поведения человека.

Волевой акт человек осуществляет как личность, ответственная за все его последствия. Формой проявления активности человека и в особенности его воли выступает *деяние* — социально значимый результат деятельности, ответственность за который несет сам субъект (даже в том случае, когда произведенный результат выходит за рамки его исходных намерений).

Помогая другому, способствуя решению его проблем, человек совершает *благодеяние*. При этом он может и не подозревать, какую роль сыграл он в жизни другого человека. Неоправданно блокируя удовлетворение потребностей других людей, субъект совершает *злодеяние*. Осуществляя деяния человек может выступать носителем добра или злой воли и тем самым характеризоваться как личность с положительной или отрицательной стороны.

Восприятие человеком собственного поведения и его последствий связано с понятием *локуса контроля воли*. Люди заметно различаются по тому, кому они склонны приписывать ответственность за собственные деяния. Есть люди, которые

склонны приписывать причины своего поведения и свои деяния внешним факторам — судьбе, случаю, обстоятельствам (экстернальный локус контроля воли). Исследования показали, что склонность к экстернальной локализации контроля связана с такими личностными чертами как безответственность, неуверенность в своих способностях и силах, тревожность и т.п. (Петровский А.В.,1986). При внутренней (интернальной) локализации контроля индивид, как правило, принимает на себя ответственность за свои деяния и причину их видит в своих способностях, характере и т.п. Больные, обладающие внутренним локусом контроля, обычно лучше осведомлены о своем заболевании, о больничном режиме, стремятся принимать активное участие в процессе лечения.

Человек, совершивший правонарушение, должен нести за него ответственность потому, что он обязан и способен осознавать общественную опасность совершаемого им деяния и регулировать свое поведение, исходя из требований закона. Понятие *невменяемости* является негативным по отношению к вменяемости. Судебно–психиатрическая оценка невменяемости строится на основе определенных критериев невменяемости, содержащихся в законодательной формуле невменяемости. Последняя состоит из двух критериев — медицинского и юридического (психологического). Если медицинский критерий охватывает все возможные формы болезненных расстройств психики, то юридический критерий характеризует в психологических понятиях такую степень болезни, которая исключает вменяемость. Психологический критерий обычно подразделяют на два признака: *интеллектуальный* — невозможность отдавать себе отчет в своих действиях и *волевой* — невозможность руководить своими действиями.

ВОЛЕВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Поведение традиционно определяют как присущее всем живым существам взаимодействие с окружающей средой, опосредованное их внешней (двигательной) и внутренней (психической) активностью. Только человеку свойственна особая форма активности, называемая ***деятельностью***. Простое поведение не всегда целенаправленно и не предполагает создания определенного продукта, а деятельность — систематична и нацелена на создание определенного продукта. Она является особой формой психической и физической активности человека, регулируемой сознаваемой целью.

Деятельность имеет сложное иерархическое строение и состоит из нескольких “слоев” или “уровней”: 1) уровень особенных деятельностей (или особых видов деятельности); 2) уровень действий; 3) уровень операций; 4) уровень психофизиологических функций.

Действие — основная единица анализа деятельности и понимается в деятельностном подходе в психологии (Выготский Л.С., Рубинштейн С.Л., Леонтьев А.Н., Лурия А.Р., Эльконин Д.Б., Гальперин П.Я.) как процесс, направленный на реализацию цели. Человеческая деятельность проявляется в форме действия или цепи действий. Например, трудовая деятельность существует в трудовых действиях, учебная деятельность — в учебных действиях и т.д.

“Промежуточный” результат, которому подчиняются трудовые процессы человека, должен выделен для него субъективно — в форме представления. Это процесс осознания цели. *Цель* — образ желаемого результата, который должен быть достигнут в результате выполнения действия. Имеется в виду сознательный образ результата, он удерживается в сознании все время, пока осуществляется действие. Цель задает действие, действие обеспечивает реализацию цели. Сами цели характеризуются разнообразием, а главное разномасштабностью. Всякое достаточно крупное действие представляет последовательность действий более низкого порядка с переходами на разные “этажи” иерархической системы действий. Деятельность и действие представляют собой не совпадающие между собой реальности. Одно и то же действие может осуществлять

разные деятельности. Действие может быть как внешним (движение), так и внутренним (умственные действия), но все они подчинены целям.

Совокупность действий, которая как бы “гнездится” вокруг одного мотива называют *особенной деятельностью*. К особенным видам деятельности относятся игровая, учебная, трудовая деятельность.

Операции — способы выполнения действия. Совершить действие, т.е. достичь одну и ту же цель можно разными способами. Операции характеризуют техническую сторону выполнения действия. Операция подчинена условиям, в которых совершается действие. Цель, данная в определенных условиях, называется задачей. Главное свойство операций состоит в том, что они мало или совсем не осознаются. По существу, уровень операций заполнен автоматизированными действиями и навыками.

Под *психофизиологическими функциями* в теории деятельности понимается физиологическое обеспечение психических процессов. К ним относятся ряд способностей нашего организма — способность к ощущениям, моторные способности, мнемические способности. Психофизиологические функции — это органический, биологический фундамент процессов деятельности.

Макроструктуру деятельности схематично можно представить следующим образом: потребность—мотив—цель—действие—операция—психофизиологические функции. Главное, что отличает одну деятельность от другой, состоит в различении их предметов. Предмет деятельности (мотив) придает ей определенную направленность.

С помощью разума человек определяет когда, где и какое надо приложить усилие, чтобы получить необходимый результат. В большинстве случаев результат деятельности достигается сложным поведением, в ходе которого необходимо преодолевать объективные и субъективные трудности. Создать и удерживать усилие на уровне достаточном для получения нужного результата и призвана воля — действенная, активная и регулирующая сторона сознания. Благодаря воле человек по собственной инициативе, исходя из осознанной необходимости, может выполнять движения, действия в заранее спланированном направлении и с заранее предусмотренной силой.

Кроме двигательной активности, человек может соответствующим образом организовать и свою психическую деятельность, направлять ее: воспринять в нужный момент предмет, явление (произвольное восприятие), запомнить материал (произвольное запоминание), создать образ или идею (произвольное воображение). Человек может сдерживать свои эмоции, а порой внешне показать даже совершенно противоположное.

Таким образом, воля, с одной стороны, направляет действия человека или сдерживает их, а с другой — организует психическую деятельность, исходя из имеющихся задач и требований, что выражается в преднамеренных видах психических процессов. Как и в случае внимания, при рассмотрении воли целесообразно говорить и *волевом компоненте каждого конкретного психического акта*.

Все формы и способы организации человеческой деятельности связаны со сложными двигательными умениями и навыками. Любая практическая деятельность человека (игровая, учебная, трудовая) включает разнообразные действия: мысленные, сенсорные, мнемические, моторные (движения). Каждое из них определяется каким-то конкретным побуждением (влечением, желанием, страстью, убеждением, чувством долга) или совокупностью их. Не все эти побуждения отчетливо сознаются человеком, а действия, им соответствующие не одинаково контролируются сознанием.

Непроизвольные действия совершаются в результате возникновения неосознаваемых или недостаточно отчетливо осознаваемых побуждений. Они имеют импульсивный характер, лишены четкого плана. Примером непроизвольных действий могут служить поступки людей в состоянии аффекта (изумления, страха,

восторга, гнева). Непроизвольные моторные действия следует отличать от рефлекторных и инстинктивных движений. Рефлекторные и инстинктивные движения свойственны детям раннего возраста (сосательный, оборонительный, хватательный, ориентировочный и другие рефлексы), хотя они присущи и взрослым людям.

Произвольные действия предполагают осознание цели, предварительное представление о тех операциях, которые могут обеспечить ее достижение, их очередность. Все произвольные действия производны от воли человека, но только в тех случаях, когда на пути к достижению цели требуется преодоление трудностей и препятствий, мы говорим о подлинно волевых действиях.

Волевые действия можно подразделять на сложные и простые. *Сложное волевое действие* — наиболее совершенная форма деятельности человека, требующая очень большого участия в нем мышления и внимания. *Простое волевое действие* не требует специального осмысления, но требует при его выполнении постоянного активного внимания. Оно образовалось в результате частого повторения сложного, т.е. в свое время достаточно обдуманного волевого акта. По мере дальнейшего повторения простого волевого действия оно становится привычным и для его осуществления уже не требуется даже активного внимания.

Навыки, как ряд частных движений слившихся в единый акт (сложное движение), также относятся к произвольным действиям, которые автоматизировались и протекают без участия сознания (ходьба, письмо, завязывание узлов).

Воля и потребности

Важнейшее значение в формировании волевого акта имеет мотивационная сфера человека. Она представляет совокупность различных побуждений, приобретающих характер мотивов действий, поступков и форм деятельности. Особенности данной сферы обуславливают направленность личности и именно в них она проявляет свою сущность. В мотивационную сферу включаются как осознаваемые (желания, стремления и др.), так и недостаточно осознаваемые мотивы (влечения, установки и др.).

Мотив поведения формируется на основе *потребности*, которая в психологии понимается как состояние человека, создаваемое испытываемой им нуждой в объектах, необходимых для существования и развития. Хотя чаще всего речь идет о необходимостях биологического порядка (витальные, органические потребности), этот термин может также означать нужду и в чем-то ином, имеющим лишь отдаленное отношение к выживанию — так называемые вторичные (социальные) потребности.

Всякая потребность имеет свой предмет или объект, который и становится непосредственным побудителем или *мотивом* поведения (от лат. movere — приводить в движение, толкать). Одновременно заметим, что потребность как состояние нужды в чем-либо, может удовлетворятся различными предметами и способами. Выбор предмета и способа удовлетворения зависит от многих обстоятельств.

В зависимости от степени осознанности мотива различают влечения и желания. *Влечение* понимается как психологическое состояние, выражающее недостаточно отчетливо осознанную потребность субъекта. Если влечение смутно и неясно, то *желание* характеризуется достаточно осознанной потребностью. При этом осознаются не только объекты желания, но и пути их достижения. Влечение

является чаще преходящим явлением, т.к. представленная в нем потребность либо угасает, либо осознается и превращается в конкретное желание, намерение или мечту.

Непосредственно с потребностями человека связаны и его эмоции. Они отражают степень удовлетворения потребности. Кроме того, сейчас известно, что ответственные за биологические потребности и низшие эмоции нервные структуры расположены в мозге млекопитающих очень близко друг к другу. В частности, такие побуждения как голод и жажда, программируются в ядрах гипоталамуса, а центры эмоций (например, гнева), находятся в определенных участках лимбической системы, тесно связанной с гипоталамусом. Однако, чем выше мы поднимаемся по эволюционной лестнице, тем сложнее становятся мотивы и эмоции, и тем теснее они между собой переплетаются. Обособление в психологии раздела мотивации связано с тем, что для полного объяснения некоторого поступка у человека явно недостаточно утверждения, что он был совершен из-за возникшего влечения или желания. Мотивы волевых действий всегда имеют осознанный характер, а проблема мотивации в широком смысле предполагает выяснение всех факторов и детерминант, побуждающих и направляющих то или иное поведение человека.

Инстинктивные влечения играют существенную роль в жизни человека. Традиционно основные биологические влечения подразделяют на влечение самосохранения, пищевое и сексуальное. Влечение самосохранения признается не всеми исследователями однозначно. Можно было бы согласиться с тем, что пищевое влечение одновременно является и влечением самосохранения, аналогично тому как и влечения половое и материнское являются производными единой тенденции — самосохранения рода, которая в эволюционном ряду главенствующая. Однако, нарушения инстинкта самосохранения, известные из клиники душевных болезней, убеждают в правомочности его самостоятельности (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Все инстинкты (пищевой, половой и самосохранения) являются наиболее древними механизмами обеспечения целостности организма и продолжения рода. В процессе онтогенеза у человека они подвергаются коренному изменению, контролю воли и развитию до их высших, социальных форм проявления и осуществления в виде осознаваемой, целенаправленной деятельности.

По мнению Гарбузова В.И. (1995) по отношению к человеку можно выделить семь типов инстинктов как природных источников активности человека, определяющих выбор способов поведения: самосохранения (1), продолжения рода (2), альтруизма (3), исследования (4), доминирования (5), свободы (6), сохранения достоинства (7). На основании этого он строит и свою типологию личностей:

1) “эгофильный” тип — человек осторожен, рассудочен, избегает риска, недоверчив и подозрителен;
2) “генофильный” тип — человек охотно замещает “Я” на “Мы” и живет интересами группы, с которой он себя отождествляет;
3) “альтруистический” тип — это добрый, отзывчивый и способный к сопереживанию человек;
4) “исследовательский” тип — человек любознателен и изобретателен, он во всем стремиться дойти до сути;
5) “доминантный” тип — о таком человеке можно сказать, что он прирожденный лидер; он логичен, самокритичен, способен к прогнозированию, к восприятию нового, умеет отличить главное от случайного;
6) “либертофильный” тип — это свободолюбивый человек, который не терпит ограничений, рутины, обыденности, консерватизма, он невосприимчив к догмам и внушению;
7) “дигнитофильный” тип — человек этого типа гордый, не терпит унижения ни в какой форме, обладает чувством собственного достоинства и чувством чести.

Инстинкт самосохранения проявляется в активно-оборонительной форме — агрессивность и в пассивно-оборонительной форме — реакций страха, паники или “мнимой смерти”.

Маленькие дети очень рано начинают испытывать страх к определенным объектам — страх незнакомца, испуг при внезапной потере опоры или громком звуке. Точно также у них адекватной реакцией на ограничение потребностей является агрессия — крик на тугость пеленок, а позднее соревновательность и наряду с этим драчливость. Еще В. Джеймс (1892) заметил, что страх часто вызывается теми же объектами, которые вызывают у человека гнев и ярость. Он отмечал, что дети чаще пугаются при посредстве слуховых, чем при посредстве зрительных впечатлений. Некоторые пресмыкающиеся и насекомые (в особенности змеи и пауки) особенно часто вызывают у человека страх, преодолеваемый с большим трудом. Страх вызывает темнота, высокие места и открытые пустые пространства. У нас вызывают тревогу странные на вид люди и странные животные, особенно приближающиеся к нам с угрожающим видом. Чувство страха, вызываемое ими, вполне инстинктивно и предшествует всякому опыту.

Исследования последних лет показали роль ствола и лимбической системы мозга, как источников жестко запрограммированных форм поведения, необходимых для выживания. Например, все ящерицы определенного вида поворачиваются боком и демонстрируют свой горловой мешок для того, чтобы напугать противника. Обезьяны демонстрируют "оскал испуга" (напоминает улыбку у человека) как знак подчинения и отсутствия агрессивных намерений — своеобразная защитная реакция. Существуют центры на уровне лимбической системы, раздражение которых у животных автоматически вызывает агрессивную реакцию. У человека при поражении миндалевидных ядер, расположенных в височных долях мозга, развивается чрезмерная вспыльчивость.

В формировании у человека агрессивности и панических реакций нельзя недооценивать и роль социальных влияний. В частности, в этом плане интересны результаты обследования детей в Чикаго (Eron и др., 1982). При исследовании влияния родительской семьи на проявления агрессивности у детей у исследователей возникло впечатление, что чем моложе и малограмотнее отец, тем больше у его сына были шансы стать агрессивным. Что же касается агрессивности девочек, то она более коррелировала с заработком отца: чем меньше отец получает, тем чаще проявлялась агрессивность в характере дочери. Не ослабевает интерес исследователей и к роли телепередач с демонстрацией актов насилия на формирование жестокости детей. Имеется немало данных, показавших большую привлекательность для агрессивных детей таких телепередач. Однако, неясно формируют ли сами телепередачи черты агрессивности у детей или, напротив, более жестокие дети предпочитают смотреть такие программы.

Пищевое влечение субъективно проявляется голодом и жаждой, которые принуждают организм к устранению их. Любое нарушение в балансе сахара, воды, кислорода или какого-то другого нужного организму компонента автоматически приводит к появлению соответствующей потребности и к возникновению биологического импульса к ее удовлетворению. Центры, регулирующие потребление пищи находятся в гипоталамусе: латеральная зона ответственна за чувство голода, а вентромедиальная область — чувство сытости. Эти две области, вероятно, образуют систему, поддерживающую вес тела на том оптимальном уровне, который задан генетически. Аналогично потребление воды регулируется специальными клетками гипоталамуса (осморецепторы), которые при обезвоживании стимулируют выработку антидиуретического гормона, влияющего на усиление обратного всасывания почками воды из первичной мочи. Если экономия воды, достигаемая таким способом, оказывается недостаточной, то возникает чувство жажды.

Половое влечение у низших животных жестко регулируется нервными и гормональными механизмами. У самок они обуславливают эстральный цикл, которым определяется период, когда самка подпускает к себе самца. На половое поведение самцов могут оказывать влияние нервные импульсы исходящие из переполненных семенем семенных пузырьков (Тарханов И.Р., 1885). Инстинктивные механизмы лежат в основе форм поведения, которые позволяют самцу осуществлять спаривание и он не нуждается для этого в предшествующем опыте.

У высших млекопитающих, особенно у приматов, напротив, опыт все больше берет верх над генетически программируемым поведением. В частности, эксперименты с выращиванием в полной или частичной изоляции от сородичей шимпанзе показали выраженные аномалии полового поведения у них (Harlow, 1966). Развитие навыков сексуального (и материнского) поведения у людей находится в зависимости от жизненного опыта, а также от воспитания как в семье, так и в рамках той или иной культуры.

В половом влечении у человека (либидо) различают нейрогуморальный (энергетический, врожденный) и корковый (условно-рефлекторный, приобретенный) компоненты. Нейрогуморальная компонента связана с деятельностью гонад и подкорковых образований (межуточного мозга). Корковая компонента либидо обеспечивает формирование, т.н.. половой доминанты, которая обуславливает сексуально-эротическую окраску либидо. Двойственная природа либидо, взаимодействие его нейрогуморального и коркового компонентов обуславливают значительные колебания его интенсивности при половом воздержании и под влиянием всякого рода ситуационных моментах (Васильченко Г.С.,1977).

Как показали опросы американского сексолога А. Кинси (Kinsey A.C. и др., 1948) у большинства женатых мужчин в возрасте от 21 до 30 лет потребность в достижении оргазма среднем не превышает трех раз в неделю. У людей старше 30 лет эта цифра уменьшается до двух раз, а старше 45 лет — до одного раза в неделю. Приведенные цифры имеют чисто иллюстративное значение, т.к. частота половых сношений носит сугубо индивидуальный характер и зависит не только от возраста, но и от множества других факторов — силы индивидуально—биологических свойств полового влечения (*половой конституции*) и от таких факторов как усталость, недостаточность питания, болезнь и т.п. В первые несколько месяцев совместной жизни супруги, будучи достаточно молодыми, могут практиковать по несколько сношений с семяизвержением (эякуляция) в течение суток (*сексуальный эксцесс*), но со временем ритм половой жизни начинает более определяться оптимальными сроками созревания сперматозоидов и стабилизируется на уровне 2-3 раз в неделю (*условно-физиологический ритм* — УФР). Крайне редко можно встретить мужчину, который по тем или иным причинам в состоянии примириться с отсутствием в браке половой жизни. Потребность в половой близости связана с большей сексуальной активностью мужского организма. У большинства молодых мужчин при невозможности сексуальной разрядки возникает психический и физический дискомфорт — *сексуальная абстиненция* (чувство напряжения, раздражительность, застойные явления в органах малого таза).

У женщин несколько иное отношение к половой жизни в браке. Во всяком случае большинство женщин делают особый упор на гармонию характеров, силу чувств и именно от этих факторов ставят в зависимость супружеское счастье. Возможно это связано с тем, что у женщин, по мнению многих сексологов, оргазм представляет собой недавнее эволюционное приобретение. Хорошо известно, что в природе у самок, даже у человекообразных обезьян, нет оргазма. У самок животных сексуальная активность проявляется только в период овуляции (течка, эструс). Если у мужчин каждый половой акт заканчивается оргазмом, то у женщин процент половых актов с оргазмом нарастает по мере накопления сексуального опыта: в первый год супружества 60%, через 5 лет — 70%, через 10 лет — 80% и через 20 лет — 85%. У мужчин после оргазма всегда наступает

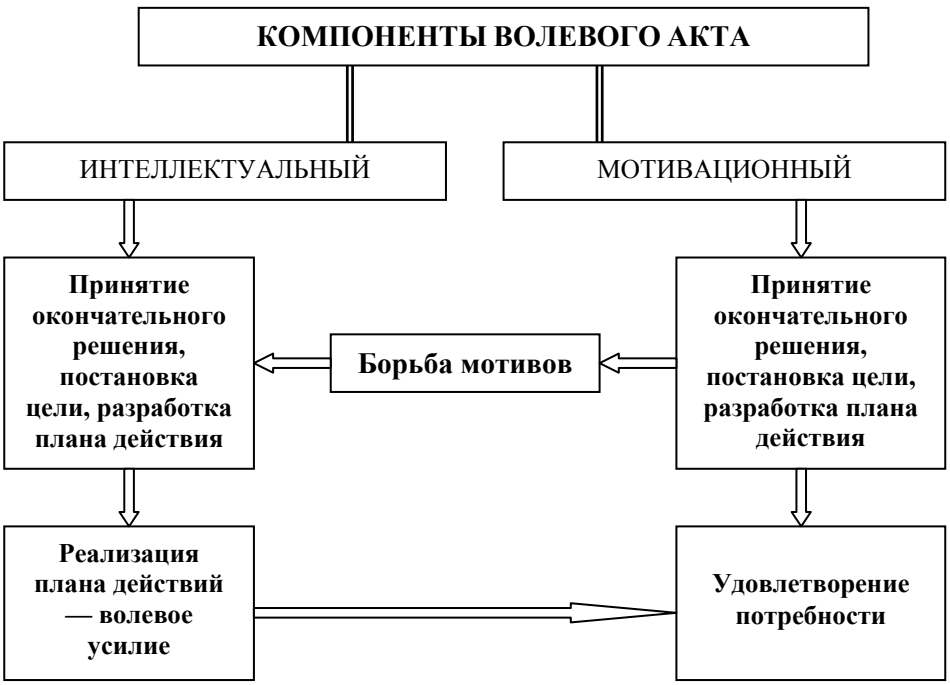
чувство удовлетворения. Если оргазм у него почему-либо исчезает, то через некоторое время, в силу отсутствия безусловно—рефлекторного подкрепления, обычно распадается вся функциональная система — исчезает половое влечение и эрекция (Васильченко Г.С., 1977). В то время как у женщин удовлетворение без оргазма (satisfactio sine orgasmo) может продолжаться годами, не вызывая дискомфорта. У мужчин физиологическая сторона удовлетворения занимает четко доминирующее положение, является более стабильной и очень тесно спаянной с организмом. В противоположность этому, у большей части женщин психологическая сторона удовлетворения от полового акта превалирует над физиологической, а само удовлетворение как по глубине, так и по тональности широко варьирует даже у одной и той же женщины в зависимости от множества ситуационных факторов и отношения к партнеру.

ЭТАПЫ ВОЛЕВОГО АКТА

Волевой акт состоит из этапов, т.е. последовательных и спланированных действий. В любом волевом действии можно обнаружить мотивационный и интеллектуальный компоненты, а также выделить четыре этапа:

1) актуализация побуждения с осознанием цели (возникновение мотивов деятельности);
2) обсуждение и борьба мотивов;
3) решение о действии;
4) исполнение принятого решения.

Нередко 1, 2 и 3-й этапы объединяют, называя эту часть волевого действия *подготовительным звеном*, а 4-й этап при этом является *звеном исполнительным*.



Этапы волевого акта
(Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е., 1998)

Первоначальным этапом всякого волевого действия является мотивирование, т.е. актуализация побуждения с осознанием и постановкой цели, на достижение которой направляется данное действие. Целью при этом является желаемый или

предполагаемый результат действия, направленного на предмет, при помощи которого человек намерен удовлетворить ту или иную потребность.

На следующем этапе волевого акта возникает борьба мотивов, как конкретных побудителей действия, — одно желание противопоставляется другому, сталкивается с ним. Ситуация может требовать от человека овладения своим поведением, заставляет приложить соответствующие усилия для ее осмысливания. При этом мотивы более высокие по уровню, например общественные интересы, могут сталкиваться с менее высокими, например, корыстными. Эта борьба мотивов переживается иногда мучительно, иногда проходит спокойно и заключается в подборе разумных доводов “за” и “против”.

> Возможные пути и средства достижения цели соотносятся с имеющейся у человека *системой ценностей*, включающей убеждения, чувства, нормы поведения, ведущие потребности. Здесь каждый из возможных путей проходит обсуждение в аспекте соответствия конкретного пути системе ценностей данного человека. По мнению В.А. Иванникова (1991) основным механизмом волевого поведения является изменение или придание *дополнительного смысла* действию, когда оно уже выполняется не ради исходного мотива, но и ради личностных ценностей человека. Чем более нравственно воспитан человек, тем легче осуществляется им волевое действие. Этап борьбы мотивов и выбора путей достижения цели является центральным в сложном волевом акте. Нерешительность, как волевое свойство личности, часто является результатом задержки волевого акта не только на этапе реализации принятого решения, но и на этапе борьбы мотивов.

Взвесив различные мотивы, ситуацию и возможные последствия своих действий человек *принимает решение о действии*. При этом он ставит перед собой конкретную задачу и составляет план действия. Этот этап характеризуется спадом внутреннего напряжения, которое сопровождало борьбу мотивов. Волевое действие заканчивается исполнением принятого решения.

Этап *осуществления принятого решения*, однако, не освобождает человека от необходимости прилагать волевые усилия, и порой не менее значительные, чем при выборе цели действия или способов его исполнения, поскольку практическое осуществление намеченной цели опять же сопряжено с преодолением препятствий.

Важно подчеркнуть, что отказ от практической деятельности не всегда является показателем безволия личности. Если человек прекращает стремление к цели из-за нежелания, неспособности справится с возникшим напряжением или приостанавливает практическую деятельность без достаточно веских причин — это показатель слабости воли. Если же у человека имеются серьезные основания к тому, чтобы прекратить стремление к цели, характеризовать его безвольным нельзя. Волевой человек должен уметь, когда это нужно, отказаться от намеченного действия, принять новое решение, иначе это уже будет не появление воли, а бессмысленное упрямство.

Продолжительность каждого из этапов в разных случаях различна и четких переходов между ними не существует. Результаты любого волевого действия имеют для человека два следствия: первое — это достижение конкретной цели; второе связано с тем, что человек оценивает свои действия и извлекает соответствующие уроки на будущее относительно способов достижения цели и затраченных усилий.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ФОРМИРОВАНИЕ ВОЛЕВЫХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Произвольные движения начинают формироваться у ребенка на первом году его жизни. Со второго года жизни формируется способность к представлению отсутствующих предметов, благодаря чему поведение ребенка определяется уже не только наличной ситуацией, но и представляемой. Вследствие этого растет и время удержания ребенком заданной взрослыми цели действия, а затем у него появляется возможность и самостоятельной постановки цели.

В период от 2 до 3 лет закладываются основы регулирующей функции речи, хотя побуждение и торможение действия в этом возрасте в основном еще регулируются действием реальных внешних стимулов, а не с помощью слов. Вследствие развития речи и мышления постепенно у ребенка формируется внутренний интеллектуальный план, благодаря которому ребенок создает замысел и план игровых действий, подчиняется правилам. Развитие внутреннего плана сознания позволяет предвидеть будущее и учитывать его в своих действиях.

В возрасте 3-4 лет у ребенка впервые появляются мотивы долга, развитие которых усиливается в школьном возрасте и продолжается у взрослых людей. На первом месте у дошкольников находятся игровые мотивы, но к старшему дошкольному возрасту начинают формироваться познавательные и общественные мотивы. Мощными мотивами поведения дошкольников остаются выполнение просьб взрослого и получение его одобрения. С 4 лет развивается контроль за своими действиями, а нарушение правил поведения другими замечается уже с 3 лет. В дошкольном возрасте появляется первая самооценка, роль которой в регуляции поведения постоянно возрастает. Все эти изменения служат предпосылками и создают условия для развития воли и волевых качеств личности.

Одним из важных результатов, полученных в исследованиях онтогенеза волевой регуляции, является выявление связи между развитием воли и развитием мотивационной сферы личности, зависимости эффективности волевой регуляции действия от силы стоящих за ним мотивов. Если в младшем возрасте волевая активность усиливается только через внешнюю стимуляцию, через помощь со стороны взрослых, то с возрастом растет роль внутренней стимуляции (собственной постановки цели, намеренного изменения мотивации).

В ходе жизненной практики из проявлений воли в отдельных поступках складывается волевая организация личности. Волевые свойства становятся неотъемлемым признаком личности. Закрепившиеся у человека волевые свойства обозначаются специальными терминами: целеустремленность, решительность, смелость, настойчивость, выдержка, мужество, инициативность, самостоятельность, дисциплинированность и другие.

Целеустремленность — волевое свойство личности, проявляющееся в подчинении человеком своего поведения устойчивой жизненной цели, целевая направленность принимаемых решений и их исполнения.

Решительность — волевое свойство личности, которое проявляется в быстром и продуманном выборе цели и определения способов ее достижения. Особенно ярко решительность проявляется в сложных ситуациях, связанных с риском. Противоположность этому качеству — нерешительность.

Смелость — способность к преодолению страха и растерянности, учитывая грозящие опасности. Смелый человек осознает свои возможности и достаточно продумывает действия.

Настойчивость — волевое свойство личности, которое проявляется в способности доводить до конца принятые решения, достигать поставленные цели. От настойчивости следует отличать упрямство, где признается лишь собственное мнение, хотя оно может быть и ошибочным.

Выдержкой, или самообладанием, называют волевое свойство личности, которое проявляется в способности сдерживать психические и физические проявления, мешающие достижению цели. Противоположное свойство — импульсивность, склонность действовать по первому побуждению, поспешно, не обдумывая своих поступков.

Мужество — сложное волевое свойство личности, предполагающее наличие не только смелости, но и настойчивости, выдержки, уверенности в себе. Мужество — это не кратковременное состояние, а длительное систематическое преодоление внутренних и внешних трудностей при решении больших и сложных жизненно важных задач.

Инициативность — это волевое свойство, благодаря которому человек действует творчески. Это отвечающая времени и условиям активная и смелая гибкость действий и поступков человека.

Самостоятельность — волевое свойство, проявляющееся в умении самому ставить цели, находить пути их достижения и выполнять принятые решения. Противоположное качество — внушаемость. Внушаемый человек легко поддается чужому влиянию, не умеет критически относиться к чужим советам и противостоять им.

Дисциплинированность — это волевое свойство личности, заключающееся в сознательном подчинении своего поведения общественным правилам и нормам.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ДВИЖЕНИЙ, ДЕЙСТВИЙ И НАВЫКОВ

В психологии связь восприятия, мысли, чувств и воли с мышечными движениями называют ***психомоторикой.*** Конечным элементом психомоторной деятельности является *двигательное действие*. Оно является итогом или входит в структуру двигательного решения определенных поведенческих задач.

Двигательное действие, формирующееся в процессе упражнения, принято называть *двигательным (психомоторным) навыком*. Важно подчеркнуть, что в процессе освоения навыка все движения и все связи между ними усваиваются сознательно, но по мере овладения число осознаваемых элементов уменьшается, т.к. они переходят на неосознаваемый уровень регулирования.

Ход выполнения двигательной задачи контролируется афферентными системами — с помощью зрения и кинестетической иннервации (тонус мышц, положение конечностей, равновесие и другие сигналы). Контроль над протеканием действия и коррекция ошибок осуществляются *путем постоянного сличения выполняемого действия с исходным намерением*. Этот аппарат (“акцептор действия” по П.К. Анохину, “рефлекторное кольцо” по Н.А. Бернштейн) представляет собой как бы постоянно следящее устройство, обеспечивающее учет “обратной” афферентации и сличение ее с исходными эфферентными сигналами. Любое произвольное движение представляет собой целый набор различных двигательных актов, регулируемых различными уровнями (структурами) нервной системы. Патология любого уровня ведет к нарушениям движений данного уровня, а также тех двигательных актов, куда данные движения включаются как “фоновые” (Бернштейн Н.А., 1966).

До работ Н.А. Бернштейна (1966) в физиологии считалось, что двигательный акт описывается схемой рефлекторной дуги: стимул →возбуждение двигательных программ в центрах → двигательная реакция. Так только может осуществляться только простое движение типа коленного рефлекса или мигания. При сложных движениях на пути к цели движения могут возникать разные помехи и требуется всегда вносить коррекцию, поправки в двигательный акт. Координация движений осуществляется с помощью

системы “сигналов обратной связи”. Бернштейн описал ее задолго до появления аналогичных идей в кибернетике. Управление движениями решается по *“принципу сенсорных коррекций”*. Сенсорная информация от мышц (их чувствительных датчиков) о результатах выполнения действия возвращается обратно в моторные центры, что вносит коррекцию в следующие порции моторных импульсов. Это уже не схема рефлекторной дуги, а ***схема рефлекторного кольца.*** Например, при спинной сухотке все моторные центры, проводящие пути и мышцы вполне здоровы. Нет только афферентных сигналов от мышц. В результате больной не может ходить и выполнять нужные движения, если закрывает глаза (т.е. когда нет компенсации точности движения с помощью зрения). Много различных сигналов, кроме сигналов от самих мышц, принимает участие в коррекции моторных импульсов.

Бернштейном выдвинута теория уровней построения движений. В зависимости от качества обратных от мышц сигналов они обрабатываются в разных чувствительных центрах мозга, на *разных уровнях*. Каждому чувствительному уровню соответствует и своя специфика движений — свой класс движений. Этот уровень определяется как ведущий для данного движения, он же и осознается человеком. При этом степень осознаваемости на разных уровнях не одинакова, она растет снизу вверх, как степень произвольности. Ведущий уровень задается смыслом, или задачей, движения.

Уровень А — филогенетически самый низкий и древний. У человека не имеет самостоятельного значения, но вносит свой вклад в любое движение. Он заведует тонусом мышц. Самостоятельно он проявляется только в виде непроизвольного дрожания от холода и страха, удержания позы.

Уровень В — уровень синергий, обработка сигналов о взаимном расположении различных частей тела. Этот уровень оторван от внешнего мира, но зато “хорошо осведомлен” о том, что делается в “пространстве тела”. К собственным движениям относятся только те случаи, когда не требуется учета внешнего пространства — мимика, некоторые движения в вольной гимнастике.

Уровень С — уровень пространственного поля, на него идут все сигналы от внешнего пространства через зрение, слух, осязание и др. органы чувств. Движения типа ходьбы, бега, бросков завязаны на этот уровень.

Уровень D — уровень предметных действий, корковый уровень, заведует действиями с предметами. В нем сосредотачиваются все орудийные действия, манипуляции с предметами. Это уже не движения, а действия. Задан лишь конечный результат, а способ исполнения безразличен для него. Например открыть бутылку можно штопором, протолкнуть ее внутрь или выбить ударами по дну бутылки.

Уровень Е — самый высокий уровень, уровень интеллектуальных двигательных актов. Это речь, письмо, кодированная речь глухих или азбука Морзе. Движения определяются не предметным, а отвлеченным, вербальным смыслом.

Формально одно и то же движение может строится на разных ведущих уровнях. Однако ведущий уровень задается *смыслом*, или задачей, движения. Например, психологи, наблюдая за ранеными, выявили интересный факт, который хорошо иллюстрирует сказанное. При пробе на объем движений в поврежденной руке при задании поднять ее как можно выше раненый поднимал ее не очень высоко — диапазон движений был сильно ограничен. Но при задании дотянуться до определенной отметки на стене раненому удавалось поднять ее на 10-15 см выше, а при задании “снять шляпу с крючка” — рука поднималась еще выше!. Здесь явно обнаруживалось решающее значение такой психологической категории, как задача, или *цель движения* на организацию протекания чисто физиологических процессов.

К эфферентным (исполнительным) механизмам произвольных движений и действий относятся пирамидная и экстрапирамидная системы. Их поражение приводит к относительно простым, элементарным расстройствам движения. В коре 4-го поля моторной коры начинается первый нейрон пирамидной системы и который далее продолжается в виде пирамидного тракта, переходящего на противоположную сторону и заканчивающегося на мотонейронах спинного мозга (2-й нейрон), иннервирующих соответствующие мышцы. В экстрапирамидную систему входят 6,8-е, а также 1,2-е поля коры и прилегающие к ним подкорковые структуры. При поражении коркового звена пирамидной системы возникают

двигательные расстройства в виде парезов или параличей определенных групп мышц на стороне тела, противоположной очагу. Поражение подкорковых звеньев экстрапирамидной системы приводит к появлению насильственных движений в руке, ноге, голове (гиперкинезы).

К сложным двигательным расстройствам относятся нарушения, связанные с поражением коркового уровня двигательных функциональных систем. Этот тип расстройств принято называть ***апраксиями*** (от греч. apraxia — бездействие) и они характеризуется возникновением нарушения произвольных целенаправленных движений при относительной сохранности элементарных двигательных актов (отсутствуют парезы и параличи, нет грубых расстройств мышечного тонуса и тремора).

Нарушения действий. Классификация апраксий, предложенная еще в начале 20 столетия Liepmann (1900, 1905), основана на представлениях о наличии в мозгу идеаторных (формирование "идеи" движения) и моторных (исполнительных) центров движений. При их поражении возникает соответственно идеаторная и кинетическая (моторная) апраксии конечности. Если поражены связи между этими центрами, то возникает идеомоторная апраксия. Хотя эти представления сейчас вряд ли могут признаны удовлетворительными, однако предложенные названия апраксий получили широкое распространение. Иногда отдельно выделяют конструктивную апраксию и ряд специализированных форм форм идеомоторной апраксии: оральная, туловища и одевания (Тонконогий И.М.,1973).

Кинетическая апраксия конечности возникает при поражении премоторных отделов коры головного мозга. При этом нарушается выполнение простых действий, в том числе жестов. Она обычно односторонняя и проявляется в нарушениях точности, какой-то неловкости в выполнении действия, особенно если в него включен жест ("погрозить", "поманить" пальцем и т.п.). Эта апраксия в какой-то мере сходна с атаксией при "афферентном парезе", когда возникает диффузное сокращение мышц сгибателей и разгибателей, что было удачно названо движениями "руки–лопаты" (Foerster, 1936). Однако при кинетической апраксии, в отличие от атаксии, координация мышц агонистов и антагонистов не нарушается. А.Р. Лурия предложил современную трактовку механизмов этого нарушения, выделив "кинетическую эфферентную апраксию". При *идеаторной апраксии* (поражение угловой и частично надкраевой извилин левого полушария), напротив, нарушено выполнение сложных действий при сохранности простых. Здесь больные не могут зажечь спичку, они "разучились" прикуривать сигарету или сделать чай в стакане сладким. При *идеомоторной апраксии* нарушено выполнение различных действий по команде (сжать кулак, показать рукой ухо), спонтанно эти же действия выполняются правильно. Идеомоторная апраксия возникает при поражении надкраевой извилины теменной доли левого полушария, и в этом случае она двухсторонняя. Правосторонние локализации очага поражения ограничивают апраксию только левыми конечностями.

При *конструктивной апраксии* больные не могут нарисовать правильно по памяти или копировать по образцу с соблюдением пространственных соотношений геометрические фигуры (ромб, пятиконечную звезду) или различные предметы, животных, человека. При *оральной апраксии* больной не может показать как смеются, целуются или свистят. При *апраксии туловища* нарушается способность располагать туловище и нижние конечности в пространстве, что в итоге приводит к развитию симптомов астазии–абазии. При *апраксии одевания* больные "разучиваются" одеваться и раздеваться.

А.Р. Лурия (1947, 1962) разработал классификацию апраксий, исходя из общего понимания психологической структуры и мозговой организации произвольного двигательного акта. Вычленяя ведущий фактор в происхождении нарушений, он выделяет 4-е формы апраксий:

1. Кинестетическая апраксия возникает при поражении нижних отделов постцентральной области коры преимущественно левого полушария (поля 1,2-е и частично — 40-е). Здесь страдает проприорецептивная кинестетическая афферентация двигательных актов и поэтому движения становятся плохо управляемыми, неловкими (симптом — "рука–лопата"). Нарушено письмо и воспроизведение различных поз руки.

Больной даже иногда не может показать как выполняются самые простые бытовые действия, например, как наливают воду в стакан или закуривают папиросу. При усилении зрительного контроля движения можно в определенной степени скомпенсировать.

2. Пространственная апраксия (апрактоагнозия) возникает при поражении теменно-затылочных отделов коры на границе 19 и 39-го поля, особенно при поражении левого полушария. В ее основе лежит расстройство зрительно-пространственного синтеза, что приводит к нарушению понимания "верх–низ" и "правое–левое". Отсюда и трудности выполнения пространственно-ориентированных движений, как простых бытовых (застелить постель или одеться), так и более сложных типа конструирования целого из отдельных элементов в пробах с кубиками Коса ("конструктивная апраксия"). Нарушения зрительно–пространственной афферентация движений часто, особенно при левосторонних очагах, сопровождается зрительной оптико–пространственной агнозией и аграфией.

3. Кинетическая апраксия возникает при поражении нижних отделов премоторной коры (6, 8-го полей, т.е. передних отделов коркового ядра двигательного анализатора), здесь более страдает эфферентное звено двигательного акта. При этом обычно нарушается последовательность выполнения действий и организации двигательных актов (предметных действий, письма, рисования) во времени. Иногда эту форму апраксии называют *динамической*, так как "идея" или план двигательного акта сохранен, но нарушена организация, плавность его исполнения. Весьма характерными становятся элементарные двигательные персеверации, проявляющиеся в бесконтрольном продолжении раз начавшегося движения. Кинетическую апраксию выявляют при пробах с рисованием, письмом и двигательных пробах с предметами.

4. Регуляторная апраксия возникает при поражении префронтальной коры спереди от премоторных отделов. Эти аппараты лобных долей являются исходными для организации любого произвольного движения. При их нарушении больной обычно теряет способность самостоятельно формулировать двигательные задачи. Даже в тех случаях, когда двигательная задача дается ему со стороны в виде речевой инструкции, она все равно не становится фактором реально регулирующем движения. У больного происходит как бы отключение сознательного контроля за выполнением задачи и нужные движения заменяются моторными шаблонами и стереотипами. Больному обычно приходится много раз повторять задание (типа "поднимите руку" или "сожмите руку в кулак"), он затрудняется в выполнении серий движений (типа "на один стук — поднимите руку, на два не поднимайте") или движений в конфликтных ситуациях ("когда будет два удара — поднимите руку один раз, а один удар — два"). Нарушение речевой регуляции двигательного акта — главный признак регуляторной апраксии. У больных можно также заметить и системные персеверации, т.е. персеверация не отдельных элементов двигательной программы, а всей программы в целом. Например, такие больные после письма под диктовку, на предложение нарисовать треугольник обводят его контуры движениями, характерными для предыдущего задания, т.е. письма.

Нарушения произвольной регуляции поведения. В соответствии с концепцией А.Р. Лурия произвольный контроль всех высших психических функций (включая произвольность двигательных актов) связан с функционированием третьего структурно-функционального блока мозга — лобными долями, где выделяется немоторная и моторная кора. Прямые связи передних отделов лобных долей с двигательной корой и позволяют рассматривать лобные системы в комплексе с моторной и премоторной зонами, как корковыми отделами двигательной сферы. Важная особенность лобных долей заключается в том, что отдельные корковые поля в них очень изменчивы в своем расположении. Наиболее устойчивы 44, 45 и 47-е поле, а остальные (6,8,9,10-е) — вариабельны.

При поражении ***заднелобных отделов*** развивается *синдром нарушения динамической (кинетической) составляющих движений и действий*, включающий описанные выше кинетическую апраксию, эфферентную (кинетическую) моторную афазию. Одновременно у больного возникают трудности в решении интеллектуально–мнестических задач в виде феномена застревания на первоначально выполненных действиях, что и препятствует переходу на последующие этапы, обуславливает невозможность сменить неправильный алгоритм решения на правильный.

Префронтальные отделы мозга относятся к третичным системам, формирующимся поздно и в фило-, и в онтогенезе и достигающим наибольшего развития у человека (25 % всей площади больших полушарий мозга). По словам А.Р. Лурии, лобная кора как бы надстраивается над всеми образованиями мозга, обеспечивая регуляцию состояний их

активности. Нарушение ее регуляторной и активационной функций в клинике проявляется широким спектром психических нарушений. Можно выделить три основных клинических варианта психических нарушений, связанных с поражением конвекситальных, базальных и медиальных отделов лобных долей головного мозга. Отдельно выделяется также комплекс психических нарушений при поражении глубинных отделов лобных долей.

Префронтальный конвекситальный синдром *("лобная психика", синдром нарушения регуляции, программирования и контроля деятельности)* — существует множество вариантов проявлений поражения наружных отделов лобной коры, зависимых от локализации очага, характера заболевания, возраста больного. Главной особенностью лобного синдрома является диссоциация между относительной сохранностью непроизвольной и ущербностью произвольной регуляции психических процессов. В тяжелых случаях поведение больных определяется как "полевое", подчинено стереотипам и штампам. Нарушения программирования целостного произвольного поведения можно заподозрить при наличии нелепых, неадекватных поступков без должной критики к ним. Например, А. Лурия описывает больного, который, увидев дверь, открывает и входит внутрь... шкафа, и не может объяснить, зачем он это сделал. При поражении лобных долей нарушения произвольности регуляции можно заметить и при пробах других высших психических функций и интеллекта в целом. Так при пробах на вычитание (100-7 и т.п.) больные сначала делают 2-4 правильных действия, а затем начинают давать стереотипные ответы (79-7=69-7=59-7=49), не замечая своих ошибок. Здесь хорошо заметны *интеллектуальные персеверации*, т.е. инертное повторение одних и тех же интеллектуальных действий в изменившихся условиях. Механизм произвольной регуляции можно рассматривать как самостоятельный фактор, нарушение которого вызывает совокупность дефектов, т.е. целый нейропсихологический синдром. Особое место в нем также занимает *регуляторная апраксия*, или апраксия целевого действия. Нарушения произвольной регуляции деятельности и регулирующей функции речи тесно взаимосвязаны с еще одним симптомом — инактивностью больного с префронтальным поражением лобных долей. Эта инактивность заметна на всех этапах — формирования намерений, программы исполнения и сличения образца и полученного результата деятельности.

Есть различия в проявлениях лобного синдрома при лево– и правосторонних поражениях. При локализации очага слева отчетливее выступает нарушение регулирующей функции речи, обеднение речевой продукции, грубее выражены нарушения памяти и интеллекта. При правосторонних поражениях — расторможенность речи с утратой содержания, более выражены дефекты наглядного, невербального мышления, нарушение целостной оценки ситуации.

Префронтальный базальный синдром *(синдром эмоционально–личностных и мнестических расстройств при поражении базальных отделов лобных долей)* — проявляется преимущественно эмоционально–личностными нарушениями. Причем правополушарные локализации поражения сопровождаются благодушным фоном настроения. Больные знают проявления своей болезни, но свои ошибки не осмысляют, обнаруживая своеобразную анозогнозию заболевания в целом. Левосторонняя локализация поражения лобных долей характеризуется депрессивным состоянием, но в структуре когнитивной составляющей депрессии также истинное сознание болезни отсутствует.

Кроме эмоционально–личностных расстройств характерным становится нарушение нейродинамических параметров деятельности (сочетание расторможенности и ригидности, т.е. изменение пластичности психических процессов), что приводит к ухудшению памяти и интеллекта, но отсутствуют при этом расстройства гнозиса, праксиса и речи. Выполняя последовательность мыслительных операций, больные обнаруживают импульсивное соскальзывание на побочные ассоциации, но проявляют ригидность при необходимости смены алгоритма. Подобные явления обнаруживаются и при исследовании памяти. Уровень достижений здесь также колеблется, но не за счет изменения продуктивности, а за счет преобладания в продуктах воспроизведения то одной, то другой части стимульного материала.

Префронтальный медиальный синдром *(синдром нарушения памяти и сознания при поражении медиальных отделов лобных долей мозга)* — внутренние отделы лобных долей входят в первый (энергетический) блок мозга и при их поражении облегченно возникают нарушения сознания и расстройства памяти. Нарушения сознания проявляются дезориентировкой — больной по типу "полевого" поведения интерпретирует ситуацию

своего местонахождения. Нарушения памяти характеризуются модальной неспецифичностью и расстройством избирательности воспроизведения (как при поражении гиппокампа), а также более выраженным ухудшением запоминания по сравнению с сохранным непосредственным воспроизведением (воспроизведение сразу после заучивания удовлетворительное, но введение между заучиванием и воспроизведением интерферирующей задачи уже резко ухудшает результат). В пробах на воспроизведение рассказов имеются конфабуляции в виде включения в сюжет смысловых отрывков из прошлого больного.

Синдром поражения глубинных отделов лобных долей. Полная дезорганизация психической деятельности наблюдается при поражении глубинных отделов лобных долей мозга с вовлечением в процесс (например, опухолевой) подкорковых узлов. Аспонтанность больных здесь распространяется на все компоненты мотивационно-потребностной сферы. Даже биологические потребности в пище и воде не стимулируют спонтанные реакции. Больные становятся неопрятными, исчезают интересы. На этом фоне растормаживается ориентировочный рефлекс, что приводит к ярко выраженному феномену полевого поведения.

В психомоторике условно можно выделить сенсомоторные, сенсоречевые, идеомоторные и эмоционально-моторные процессы.

Сенсомоторные процессы связывают восприятие с движением и проявляются в форме сенсомоторных реакций и сенсомоторной координации двигательных актов.

В *сенсомоторной реакции* можно выделить сенсорный (акт восприятия), центральный (переработка воспринятого, его оценка) и моторный компоненты реакции (собственно движение). С физиологической точки зрения сенсомоторные реакции представляют собой условные рефлексы. В зависимости от того, насколько сложен центральный момент реакции, различают простую и сложную сенсомоторную реакцию.

Простая сенсомоторная реакция проявляется наиболее быстрым заранее известным простым одиночным движением. Примером ее в эксперименте может служить включение тумблера по ожидаемому сигналу. Время от момента появления раздражителя до начала движения называется латентным временем реакции, а если еще учитывается и время выполнения движения, то говорят об общем времени реагирования. Скоростью простой реакции является типичное (среднее) для данного человека в данных условиях латентное время его реакций. Она зависит от направленности (установки) внимания на восприятие сигнала (сенсорная реакция) или на движение (моторная реакция).

Как показали исследования сенсорные реакции в среднем на 100 миллисекунд продолжительнее моторных. В обычной деятельности реагирование человека чаще осуществляется по сенсорной, а не по моторной схеме (Луков Г.Д., Платонов К.К., 1964):

Раздражитель	***Латентное время моторной реакции (м/сек)***	***Латентное время сенсорной реакции (м/сек)***
Звуковой	120	230
Световой	170	290
Электрокожный	100	210

Сложная сенсомоторная реакция — центральный момент всегда связан с выбором нужного ответа из ряда возможных. В эксперименте испытуемому требуется из ряда кнопок выбрать только одну, которую следует нажать на определенный сигнал. Сложные реакции протекают медленнее простых, так как здесь существенно влияние состояния внимания, памяти и эмоционального состояния испытуемого. Если вычесть время простой реакции из времени сложной реакции, то можно приблизительно представить время, затрачиваемое на

центральный момент данной сложной реакции (чистое время сложной реакции). Скорость реакции не следует смешивать со скоростью заключительного движения.

При повторении одних и тех же реакций степень их скорости и точности может в одних случаях изменятся очень мало, а в других значительно сильнее. Это характеризует еще одно качество реакций — степень их постоянства или их вариативность. Чистое время и точность сложной сенсомоторной реакции у одного и того же человека не зависит от скорости простой реакции у него.

Процессы сенсомоторной координации являются наиболее сложными и типичными для трудовой деятельности человека. В различных профессиях человеку часто одновременно требуется следить за различными приборами (сенсорное поле рабочего места) и воздействовать трудовыми движениями на орудие производства, т.е. ту часть рабочего места, где располагаются рычаги машины, кнопки (моторное поле рабочего места).

Сенсомоторная координация является двигательным навыком. На первых этапах обучения сенсомоторная координация заменяется цепью отдельных сенсорных реакций, каждая из которых имеет свое начало и конец. В дальнейшем отдельные реакции объединяются в гибкую пластичную систему сенсорных коррекций выполняемого движения.

Сенсоречевые реакции являются особым видом психомоторных процессов, при которых восприятие связано с речевым ответом на воспринятое. Центральный момент их очень усложнен и протекает во второй сигнальной системе, а моторный момент — это двигательный компонент речи. Сенсоречевые реакции также имеют латентное время, вариативность и точность реакций. Даже в случае внутренней речи моторный момент в виде мелких движений речедвигательных мышц можно уловить с помощью специальных приборов, датчики которых прикреплены к коже подбородка.

Идеомоторные процессы связывают представления о движении с выполнением его. Идеомоторные акты иногда понимаются только как непроизвольные движения, автоматически возникающие вслед за представлением о нем. Однако, в практике более важное значение имеет более широкое понимание проблемы идеомоторики. В физиологическом плане — это проблема связи второй сигнальной системы с двигательным анализатором; в психологическом плане — это проблемы сознательности овладения двигательными навыками и самоконтроля над движениями. Электрофизиологическими исследованиями было доказано, что двигательные представления также всегда сопровождаются микросокращениями соответствующих мышц.

> В понятия психомоторики входят также *эмоционально-моторные процессы* (выразительные движения и эмоционально-моторная неустойчивость), которые подробно рассмотрены в разделе “Эмоции”. Они показывают связь движений с эмоциональной сферой человека. При оценке психомоторики конкретного человека следует учитывать всю совокупность факторов, оказывающих влияние на психомоторные реакции, в том числе влияние эмоциональных процессов.

РАБОЧИЕ ДВИЖЕНИЯ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА

Любые рабочие движения человека характеризуются не только с точки зрения физиологии и биомеханики (траектория, темп, скорость и объем движения конечности), но и психологии.

Психологическая характеристика движений исходит из целей, достигаемым данным движением. Исходя из соответствия целям деятельности рабочие движения

можно подразделить на *основные* (минимально необходимые для достижения цели трудовой деятельности), *поправочные* (уточняющие основные движения), *дополнительные* (не относящиеся к основному заданию, но необходимые в силу побочных для основного трудового процесса факторов), *аварийные* (дополнительные, необходимые для ликвидации аварийной ситуации и выделяемые в отдельную группу ввиду их важности), *лишние* (ненужные и обычно мешающие движениям первых четырех групп), *ошибочные* (непроизвольно выполняемые вместо нужных движений и не достигающие цели).

Все особенности рабочих движений могут быть случайными и временными, но могут быть стойкими и характеризовать качества, свойственные психомоторике данного человека.

Выделяют общую (максимально возможную) и фактическую работоспособность человека. Последняя всегда ниже максимально возможной работоспособности и зависит от текущего уровня здоровья и самочувствия, а также от типологических свойств нервной системы, индивидуальных свойств психики и оценки значимости человеком своей деятельности.

В процессе выполнения работы человек проходит фазу мобилизации, врабатываемости и оптимальной работоспособности. Последняя характеризуется экономным режимом работы и хорошими, стабильными ее результатами в течение заданного времени.

Если не созданы условия для восстановления расходуемых ресурсов организма наступает фаза неустойчивой компенсации, так как необходимый уровень работы начинает поддерживаться за счет ослабления менее важных функций, включаются дополнительные и менее энергетически выгодные физиологические процессы. После фазы неустойчивой компенсации наступает фаза декомпенсации с прогрессирующим снижением работоспособности, появлением ошибок, вегетативными нарушениями (сердцебиение, одышка и другие). В фазе срыва наступает фактическая невозможность продолжения работы, обмороки или выраженная неадекватность реакций организма. После прекращения работы наступает фаза восстановления физиологических и психологических ресурсов организма.

Начиная с фазы субкомпенсации возникает специфическое состояние, которое называют утомлением. *Утомление* — это временное снижение работоспособности в результате длительного воздействия нагрузки. Оно представляет собой нормальную и в известной степени полезную реакцию. Полезно оно потому, что без утомления у человека не развивается выносливость. Утомление начинает сказываться отрицательно, если оно влияет на *дееспособность человека*, т.е. возможности безошибочного выполнения конкретной деятельности. Различают общее и местное утомление, хотя это деление весьма условно. Утомление часто также подразделяют на физическое, умственное и эмоциональное.

Дееспособность — понятие психологическое, работоспособность — биологическое, изучаемое физиологией, а трудоспособность — социальное, оцениваемое по совокупности данных о человеке. Одновременно, утомление часто смешивают с усталостью, рассматривая усталость как начальную степень утомления.

Усталость — психическое явление (психическое состояние), вызываемое утомлением. Оно близко по своей природе к голоду, жажде, боли. Усталость характеризуется чувствами слабости, вялости, бессилия, ощущениями физиологического дискомфорта, осознанием нарушений в протекании психических процессов, потерей интереса к работе, негативными эмоциональными реакциями. Важно отметить, что степень усталости может не совпадать со степенью утомления.

Накапливание (кумуляция) утомления в результате несоответствия между утомлением и отдыхом приводит к качественно новому состоянию организма — *переутомлению*. Волевое усилие, эмоциональное возбуждение, интерес к выполняемой работе могут как компенсировать, так и маскировать признаки наступившего утомления, объективно подтвержденного физиологическими и биохимическими показателями.

К основным факторам утомления относится все то, что объединяется понятием “трудовая деятельность”. Под дополнительными факторами утомления понимаются факторы, которые не связаны непосредственно с трудовой деятельностью: усиленная дополнительная физическая или умственная нагрузка, сильные или частые личные переживания. Способствующие факторы утомления сами по себе не могут его вызвать, но ослабляют организм и облегчают его возникновение. К этим факторам относятся недостатки в качестве и режиме питания, неблагоприятные температурные воздействия, врожденная или приобретенная слабость нервной системы, слабая физическая подготовка, хроническое соматическое заболевание, злоупотребление алкоголем.

Переутомление условно подразделяется по степеням. Учет степени переутомления помогает наметить и осуществлять необходимые психогигиенические мероприятия.

Схема степеней переутомления
(Луков Г.Д., Платонов К.К., 1964)

Симптомы	**Степень переутомления**			
	I — начинающееся	**II— легкое**	**III — выраженное**	**IV— тяжелое**
Снижение дееспособности	Малое	Заметное	Выраженное	Резкое
Появление ранее отсутствовавшей усталости при нагрузке	При усиленной нагрузке	При обычной нагрузке	При облегченной нагрузке	Без всякой нагрузки
Компенсация снижения дееспособности волевым усилием	Не требуется	Полностью	Не полностью	Незначительно
Эмоциональные сдвиги	Временами снижение интереса к работе	Временами неустойчивость настроения	Раздражительность	Угнетение, резкая раздражительность
Расстройство сна	Трудно засыпать или просыпаться	Многим труднее засыпать или просыпаться	Сонливость днем	Бессонница
Снижение умственной работоспособности	Нет	Трудно сосредоточиться	Временами забывчивость	Заметное ослабление внимания и памяти
Необходимые мероприятия	Упорядочение отдыха, физкультура, культурные развлечения	Очередной отпуск и отдых	Необходимо ускорение очередного отпуска и организованного отдыха	Лечение

В состоянии хронического переутомления снижается умственная работоспособность: человеку трудно сосредоточится, наступает забывчивость,

замедляются мыслительные операции. Все это повышает опасность несчастных случаев.

Вероятность несчастного случая на производстве повышается также в условиях монотонной работы, что также приводит к заторможенности, “отключения”, “засыпания с открытыми глазами”. Исследованиями показано, что более устойчивы к ситуациям монотонии люди со слабым типом нервной системы. Они более длительно сохраняют должный уровень работоспособности и бдительности, чем лица с сильной нервной системой.

ПАТОЛОГИЯ ВОЛЕВОЙ И ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Нарушения волевой сферы могут возникнуть на любом этапе волевого акта — как на уровне *подготовительного звена* (мотивационная и интеллектуальная компоненты), так и на уровне *реализации* волевого усилия.

Нарушения волевой активности и произвольной регуляции наблюдаются при многих заболеваниях, но механизмы ее возникновения при них бывают разными. При описании нарушений воли и произвольной регуляции обычно обращают внимание на поведенческие и двигательные характеристики, а также особенности проявлений витальных и других влечений человека.

1) Нарушения на уровне мотивационной компоненты волевого акта — подразделяются на три основные группы: угнетение, усиление и извращение мотивов деятельности и влечений.

А) Угнетение мотивов деятельности и влечений

Гипобулия — снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности с регрессом мотивов встречается не только в клинике психических заболеваний, но и при ряде хронических, истощающих соматических расстройств, интоксикациях. Крайняя выраженность этого состояния называется *абулией,* где имеет место полное отсутствие желаний, стремлений и побуждений к деятельности. При гипобулиях больные обычно малоподвижны, движения у них вялые, с малой амплитудой. Начав что-либо делать, они быстро прекращают работу, но не из-за усталости, а в связи с отсутствием побуждений, желания продолжать свое занятие.

> Гипофункция воли особенно часто встречается при длительном потреблении наркотиков, алкоголизме, истощающих хронических соматических заболеваниях. Очень характерно это расстройство для шизофрении, где оно обычно сочетается с аффективной тупостью. Такого рода больных можно заставить действовать, но когда внешнее побуждение прекращают, у них опять исчезают волевые импульсы.

Влечения при гипобулиях. Ослабление основных биологических влечений закономерно входит в структуру гипобулического синдрома. Изолированное ослабление биологических влечений может наблюдаться при органическом поражении подкорково-стволовых структур, а также встречается при некоторых эндокринных расстройствах и психических заболеваниях.

Ослабление пищевого влечения (анорексия) — проявляется в снижении аппетита, вплоть до его полного исчезновения. Встречается при синдроме Симмондса, синдроме Шиена, некоторых эндокринных заболеваниях. Нередко наблюдается при психических заболеваниях — психическая анорексия. Например, в острых психотических состояниях, депрессии, кататоническом состоянии. Алкогольная анорексия — исчезновение чувства голода в опьянении и абстиненции

у больных алкоголизмом. В пубертатном возрасте, чаще у девочек, встречается нервная анорексия, где первоначально намеренное воздержание от еды позже влечет к угасанию чувства голода, отвращения к пище. Эмоциональная анорексия — избирательное отношение к пище, непереносимость некоторых пищевых продуктов, имеющие причиной принудительное кормление в детстве.

Ослабление полового влечения (либидо) и сексуальных функций (импотенция у мужчин и фригидность у женщин; устаревшие термины, т.к. сейчас они включают множество причин возникновения этих состояний) также часто встречается при депрессиях, истощающих заболеваниях и после психических травм.

Ослабление инстинкта самосохранения выражается в торможении оборонительных реакций (исчезновение защитных двигательных реакций типа моргания, возникновения и удержания защитных поз, избегания опасности и т.п.), а также в суицидальных тенденциях, что также являются характерным признаком депрессивных состояний.

Б) Усиление мотивов деятельности и влечений

Гипербулия **—** патологическое увеличение интенсивности и количества побуждений и мотивов к деятельности. Гипербулия обычно придает поведению больного неадекватный характер. Если она сочетается со сверхценными и паранойяльными идеями, то больные обнаруживают чрезмерную активность, настойчивость и упорство в отстаивании своих идей и убеждений. Препятствия, нежелание окружающих признать, разделить их убеждения и идеи (порой нелепые) только усиливают активность в их отстаивании. Чрезмерная активность и увеличение количества побуждений обнаруживается также при болезненно повышенном настроении (маниакальные состояния) и в опьянении. Весьма характерным при гипербулиях является пониженная утомляемость больных.

При гипербулиях можно заметить, что все волевые импульсы у некоторых больных могут иметь какую-то целевую установку, что проявляется своеобразным *стремлением к деятельности*, хотя сами отдельные действия могут быть и не совсем целесообразными (типично для маниакальных состояний). В других случаях, напротив, обнаруживается просто *стремление к движениям*, без целевой установки, больные при этом не знают для чего и почему они производят разнообразные движения (типично для кататонических состояний психомоторного возбуждения при шизофрении).

Влечения при гипербулиях. Болезненное усиление, расторможенность влечений иногда может иметь относительно изолированный характер, но чаще она встречается как составная часть гипербулического синдрома в структуре различных заболеваний.

Расторможенность пищевого влечения с усиленным аппетитом называется *булимией*, а при отсутствии повышенного аппетита обозначается термином *полифагия* (букв. — прожорливость). Булимия как преходящее расстройство иногда встречается при неврозах, она более стойкая при органических заболеваниях мозга с преимущественным поражением гипоталамуса. При синдроме Кляйн–Левина булимия сочетается с приступами повышенной сонливости. Полифагия с поеданием несъедобного чаще всего наблюдается при врожденном и приобретенном слабоумии.

Усиление полового влечения у мужчин обозначают термином *сатириазис*, а у женщин — *нимфомания*. Патологическая гиперсексуальность характерна для маниакальных состояний и органических заболеваний мозга (поражение гипоталамических структур). Она может привести к сексуальным правонарушениям, особенно при алкогольном опьянении.

Болезненное *усиление инстинкта самосохранения* нередко выражается неадекватной агрессивностью или паническими реакциями также с возможностью разрушительных и насильственных действий.

В) Извращение влечений, побуждений и мотивов деятельности

Парабулии — качественные изменения воли с извращением как мотивационной, так и интеллектуальной компонент волевого акта.

Качественные нарушения мотивационной компоненты волевого акта могут проявляться различными симптомами: болезненным влечением к бессмысленному воровству (*клептомания*), поджогам (*пиромания*), пьянству вне связи с алкогольной зависимости (*дипсомания*), бродяжничеству (*дромомания,* или вагабондаж), побегам детей из дома (*пориомания*), к убийству людей без ситуационно–психологической обусловленности *(гомицидомания),* самоубийству *(суицидомания),* делать бессмысленные покупки *(ониомания),* безмерной увлеченности азартными играми *(гемблинг)*, безмерному стремлению к безупречности (*перфекционизм*), произнесению бранных слов и нецензурных ругательств *(копролалия)*, поеданию несъедобного, в частности экскрементов *(копрофагия),* удовлетворению полового влечения противоестественным способом *(перверсия, парафилия)* и другими.

Извращение пищевого инстинкта (поедание несъедобных веществ) и инстинкта самосохранения (самоистязание) встречаются относительно редко. Напротив, извращения полового влечения (юридический термин — перверсия; медицинский — парафилия) многообразны и встречаются часто, особенно при неврозах и психопатиях. Как правило речь здесь идет о сложных формах личностного поведения, а не о изолированном сексуальном извращении. Нарушения при парафилиях касаются искажений направленности полового влечения по объекту или нарушений способа его удовлетворения (реализации).

Искажения направленности полового влечения по объекту: гомосексуализм — направленность полового влечения на одноименный пол (у мужчин — педерастия, или уранизм; у женщин — лесбианство, или сапфизм, трибадия; при эго–синтоническом типе гомосексуализма человек доволен своей сексуальной ориентацией, эго–дистонические формы сопровождаются формированием внутриличностного конфликта из-за разнонаправленности внутренний желаний и внешних требований к проявлениям сексуальности), педофилия — влечение к детям; эфебофилия — влечение к подросткам; геронтофилия — к старикам и старухам; некрофилия — к трупам; зоофилия — к животным; фетишизм или сексуальный символизм — к неодушевленным предметам (в частности, к скульптурам — пигмалионизм, к обуви — ретифизм и др.); нарциссизм (аутоэротизм) — направленность сексуального влечения на себя и многие другие.

Нарушения способа реализации полового влечения: садизм — унижение с причинением боли сексуальному партнеру; мазохизм — стремление к получению унижения и боли от сексуального партнера; эксгибиционизм — самообнажение с демонстрацией половых органов незнакомым лицам (кандаулезизм — разновидность эксгибиционизма, где сексуальное удовлетворение достигается демонстрацией окружающим обнаженной жены или сексуальной партнерши), визионизм — сексуальное возбуждение достигается путем подглядывания, созерцания за чужими половыми органами и сексуальными действиями посторонних.

К особым формам сексуальных расстройств относятся случаи нарушений половой идентификации. При *транссексуализме* основным проявлением является дискомфорт от принадлежности к своему полу, ощущение его неадекватности и постоянное стремление изменить пол. Собственные гениталии производят на них отталкивающее впечатление, что побуждает требования соответствующей хирургической операции. При *трансвестизме* с сохранением обеих половых ролей (вторичный транссексуализм) нет озабоченности вопросом анатомического изменения своего пола, но больные периодически стремятся к ношению одежды другого пола. Вне переодевания пациенты по внешнему виду соответствуют своему биологическому полу. Перенятие внешних признаков другого пола отражает здесь внутреннюю неудовлетворенность своим

биологическим полом, а не стремление добиться сексуального возбуждения с генитальными реакциями, как это бывает при фетишистском трансвестизме.

Все указанные выше симптомы качественных нарушений мотивационной компоненты волевого акта могут проявляться в трех основных формах:

1) Навязчивых влечений — побуждения появляются помимо воли больного, не отражают его интересы и ситуацию, сопровождаются борьбой мотивов, сохранностью критики к ним. Волевой контроль относительно реализации навязчивых влечений сохранен, поэтому обычно они не реализуются в конкретных действиях и поступках. Больной воспринимает их как чуждые, нелепые и ненужные. Наблюдаются при невротических и психопатических состояниях.

2) Компульсивных влечений — побуждения возникают подобно витальным влечениям как при голоде, жажде или половом влечении. Эти влечения связаны с изначальным возникновением психофизического дискомфорта, который быстро приобретает характер соответствующего ему доминирующего мотива деятельности. Все поступки человека направлены на его реализацию, после которой дискомфорт исчезает. Критическое отношение к влечению также имеется, но оно уже сочетается с практической невозможностью торможения и борьбы с ним. В качестве примера можно привести компульсивное влечение к наркотическому веществу у наркоманов.

3) Импульсивных влечений — болезненные побуждения возникают остро, безмотивно и напоминают эквиваленты эпилептических пароксизмов. Стремление к реализации влечения неотступное, а на высоте состояния возникает даже своеобразное сужение сознания с последующей фрагментарностью воспоминаний о совершенном. После реализации влечения обычно наступает состояние психического истощения, расслабление и успокоение с удовлетворением. Встречается обычно при кататонических синдромах (при шизофрении) и сумеречных состояниях сознания (органические заболевания мозга. Эпилепсия).

Качественные нарушения интеллектуальной компоненты волевого акта чаще всего встречаются на этапе борьбы мотивов и проявляются симптомом *амбитендентности*. При этом в сознании больного сосуществуют одновременно два противоположные мотива и цели деятельности. Амбитендентность как болезненный симптом наиболее часто встречается при кататонической форме шизофрении, а в менее ярких проявлениях типична при различных невротических состояниях.

К нарушениям целенаправленности деятельности (интеллектуальная компонента волевого акта) можно отнести и все случаи реализации в конкретных действиях навязчивых, компульсивных и импульсивных влечений.

Навязчивые действия напоминают защитныые ритуалы и чаще встречаются при невротических расстройствах. Обычно совершаются только те навязчивые действия, которые не угрожают жизни самому больному и окружающим, а также не противоречащие его морально-этическим установкам: мытье рук, счет предметов (арифмомания), обгрызание ногтей (онихофагия), потирание и почесывание кожи (дерматотлазия), выщипывание бровей и волос на голове (трихотилломания) и другие.

Компульсивные действия — реализованные компульсивные влечения. В большинстве случаев импульсивные влечения монотематичны и проявляются своеобразными повторяющимися неодолимыми пароксизмами поведенческих нарушений. Довольно часто они стереотипно повторяются, приобретая характер своеобразной болезненной одержимости (“мономания”) поджигательством, бессмысленным воровством, игрой в азартные игры и т..п. Компульсии встречаются при широком круге заболеваний: эпилепсии, циклотимии и других.

Импульсивные действия проявляются в нелепых действиях и поступках, которые продолжаются секунды или минуты, совершаются больными без обдумывания и

неожиданны для окружающих. Мотивы данных поведенческих реакций мало осознаются и непонятны даже самому больному. Они возникают неадекватно обстановке и отличаются резкостью, ловкостью и грубостью исполнения как по отношению к себе, так и к окружающим. Например, внешне спокойный больной шизофренией может без видимой причины неожиданно выпрыгнуть в окно, совершить акт агрессии или нанести самоповреждение.

От вышеописанных следует отличать *насильственные действия*, т.е. движения и поступки, которые возникают помимо воли и желания. К ним относятся насильственный плач и смех, гримасы, покашливания, чмокания, сплевывание, потирание рук и другие. Насильственные действия, как и тики, чаще всего встречаются при органических заболеваниях мозга.

2) Патология на уровне реализации волевого усилия

Нарушения исполнительного звена при волевом акте проявляется в форме угнетения, усиления и извращения двигательной активности и видимого поведения больного.

А) Угнетение двигательных функций

Гипокинезия — двигательное торможение, замедление темпа произвольных движений, которое в ряде случаев выдвигается на первый план при гипобулиях. Практически полная обездвиженность (акинезия) является главным признаком *ступорозных состояний*, которые возникают при различных психических заболеваниях.

Наиболее частыми разновидностями ступорозных состояний в психиатрической клинике являются кататонический, апатический, депрессивный и психогенный ступор.

Кататонический ступор. При кататонической форме шизофрении часто наступает полная или частичная задержка прохождения волевых импульсов в двигательную сферу, причем движение вызывает как бы антагонистические, тормозящие противоимпульсы и когда их действие исчезает, волевые проявления могут, в отличии от заторможенности, тут же беспрепятственно обнаружится. При кататоническом ступоре полная или частичная обездвиженность больного (гипокинезия) часто сочетается с *паракинезией*: невыполнением инструкций (пассивный негативизм), с действиями противоположными инструкции (активный негативизм), с отсутствием ответов на вопросы (мутизм), с сохранением приданной позы (восковая гибкость, каталепсия), с длительным удерживанием головы над подушкой (симптом “воздушной подушки”) и другими.

Апатический ступор наблюдается чаще при органических заболеваниях мозга (особенно при поражении лобных долей), при некоторых формах шизофрении. Многие считают апатический ступор следствием эмоциональной тупости. Больные полностью безразличны к окружающему, даже угрожающая жизни обстановка не выводит их из состояния глубокой пассивности.

Депрессивный ступор. При депрессивном ступоре настроение больного резко снижено и ему приходится преодолевать внутреннее сопротивление для того, чтобы "заставить" себя что-либо делать в силу чего наблюдается выраженная заторможенность в двигательной сфере.

Психогенный ступор возникает при сильных внезапных психотравмах (авариях, стихийных бедствиях, катастрофах) и сопровождается глубокой общей заторможенностью, оцепенением, эмоциональным приглушением, замедлением интеллектуальных процессов. Застывшее выражение лица фиксирует аффективное реагирование, которым было отмечено начало психогении — страх, ужас, растерянность.

Гипомимия — уменьшение интенсивности и экспрессивности произвольных мимических реакций или полное их отсутствие (амимия).

Мутизм — отсутствие спонтанной и ответной речи при сохранности речевого аппарата и понимания речи.

Б) Усиление двигательных функций

Гиперкинезия — усиление двигательной активности, которое может сопровождаться преимущественным стремлением к деятельности или движениям,

которые часто перерастают в состояние *психомоторного возбуждения*. Последнее при разных заболеваниях имеет свои характерные особенности. Наиболее часто в клинике встречается психомоторное возбуждение при аффективных психозах, шизофрении и реактивных состояниях.

Маниакальное возбуждение протекает с чрезмерной активностью в плане усиления стремления к деятельности. Все начатые дела до конца не доводятся, т.к. больные очень отвлекаемы, многоречивы, мышление ускорено, а настроение эйфоричное.

Меланхолическое возбуждение (ажитация) возникает при тревожной депрессии — проявляется нецеленаправленной и непродуктивной суетливостью. Больные при этом испытывают душевные муки, мечутся, стонут, взывают о помощи, могут неожиданно совершить самоубийство.

Кататоническое возбуждение протекает с чрезмерной активностью в плане стремления к движениям. Оно практически представляет собой набор однообразных, стереотипных движений — изгибания тела, "плавающие движения", размахивания конечностями. Эти движения бессмысленны и хаотичны, но при внешних попытках их прекратить больные активно сопротивляются (негативизм).

Гебефреническое возбуждение отличается от кататонического обилием нелепых поз, скачков, прыжков, ужимок и хохота. Речевые обороты и интонации речи вычурны, высказывания нелепы, больные плоско шутят.

Психогенное возбуждение развивается после внезапных и сильных психотравм (катастрофы, аварии и т.п.). Охваченный страхом человек бежит не разбирая дороги, часто при этом даже навстречу опасности , т.к. не осмысляет ситуацию.

В) Паракинезии — извращение двигательной активности

Парабулические двигательно–поведенческие нарушения (паракинезии) чаще всего встречаются в структуре кататонического синдрома при шизофрении К ним относятся симптомы негативизма, эхолалии и эхопраксии, а также специфические поведенческие нарушения в виде стереотипий и манерности.

Негативизм — немотивированное отрицательное отношение больного, проявляющееся отказом, сопротивлением и даже противодействием всякому воздействию извне.

Эхопраксия — нелепое, часто зеркальное, повторение мимики, жестов и поз окружающих.

Эхолалия — нелепое, зеркальное повторение слышимых больным фраз и слов.

Стереотипии характеризуются однообразным и бессмысленным (длящимся часы, дни, недели и месяцы) повторением одних и тех же действий: принимать одно и то же положение тела (стереотипия позы), находится в одном и том же месте помещения (стереотипия места) и другие. Стереотипное повторение одних и тех же слов или оборотов речи носит специальное название — *вербигерация.*

От стереотипий следует отличать особые психопатологические нарушения — *автоматизмы*. Автоматизмы характеризуются самопроизвольными и неконтролируемым осуществлением ряда функций вне связи с побудительными импульсами извне. При *амбулаторном автоматизме*, как варианте сумеречного состояния сознания у больных эпилепсией, больной может совершать внешне упорядоченные и целенаправленные действия, о которых после окончания припадка не помнит. Сходные действия бывают при *сомнамбулическом автоматизме*.

Более сложны автоматизмы возникают при *синдроме психического автоматизма Кандинского—Клерамбо*, который характерен для шизофрении. Проявляется он тремя видами автоматизмов:

1) ассоциативным, при котором человек ощущает, что его мышление и речь управляются по мимо его воли извне;

2) сенестопатическим, при котором ощущения в теле расцениваются как чуждые, навязанные и кем-то "сделанные";

3) кинестетическими, при котором утрачивается ощущение контролируемости и подчиненности воле собственных движений и действий

Манерность (вычурность) проявляется в искусственности поведения, утрированности манер, жестов, мимики, произношения. Необычные манеры больного лишены смысла, нелепы и бесполезны.

Шизофреническая манерность стереотипна, эмоционально блеклая, сочетается с вычурностью и витиеватостью высказываний. В отличии от нее истерическая манерность отличается утрированной театральностью, излишним аффектом и всегда содержит элемент "игры для публики".

Из специальных расстройств волевых функций большое значение имеет пассивная подчиняемость чужому влиянию — *внушаемость*. Различают повышенную и пониженную внушаемость. Повышенная внушаемость чаще встречается у детей и женщин. К повышению внушаемости предрасполагает утомление, опьянение. Полагают, что многие симптомы расстройств воли (каталепсия, восковая гибкость, автоматическая подчиняемость, эхопраксия и эхолалия) связаны с повышенной внушаемостью больных. Напротив, симптомы негативизма и мутизма являются проявлениями понижения внушаемости ("отрицательная внушаемость").

Следует обратить внимание на то, что автоматическая подчиняемость и негативизм часто "уживаются" рядом. У больных с кататоническим ступором иногда можно видеть, что на одной руке имеется симптом восковой гибкости, а на другой — негативизм. Больные истерией могут при гипнотическом сеансе оказаться резко внушаемы, но дома обнаруживать упрямство и негативизм. Полагают, что подчиняемость и негативизм относятся к числу глубоких филогенетических механизмов. По мнению Кречмера это так называемые гипобулические (подволевые) механизмы, преимущественно свойственные детям и примитивным личностям. Эти механизмы знают либо безапелляционное подчинение, либо слепое сопротивление и не знают середины.

Исследование воли

Исследование воли включает прежде всего сбор анамнеза со слов больного, а также родственников и близких. Много данных приносит наблюдение за больным — выразительность и точность движений, степень его активности.

Врач, исследуя волевые процессы, должен составить представление о способности пациента к выполнению принятого решения, наличия или отсутствия особых односторонних интересов к определенным областям (религии, искусству, технике, внешнему почету), его способностях к самостоятельной работе (продуктивность, творчество), способности к подчинению (субординация, дисциплина), о предрасположенности к упорному сохранению воззрений, привычек и склонностей (консерватизм) или быстрому приспособлению к новым и непривычным требованиям, способности неуклонно следовать суждениям и замечаниям (последовательность, упорство, решительность), а также способностях отстаивать свое убеждение и свою волю передавать другим.

Об ослаблении воли могут говорить нерешительность и повышенная внушаемость. Тщательному анализу подвергают выявляемую психопатологическую симптоматику, связанную с функциями воли и произвольной деятельности: навязчивые, насильственные, импульсивные действия, застывание в позах, мутизм, негативизм, преобладание автоматизированных и инстинктивных действий над волевыми.

Чрезмерная активность больного может встречаться эпизодически не только при психозах, но и у соматических больных — на высоте лихорадочных состояний и при астении. Она может сопровождаться гиперкинезией — оживлением

двигательной активности. Гипербулические явления у соматических больных быстро сменяются гипобулией — усталостью, ослаблением стремлений к деятельность. Гипобулия обычно сопровождается гипокинезией — заторможенностью движений, вялостью мимики.

У беременных женщин нередко встречаются различные вкусовые прихоти — "*пика беременных*", парарексия (от фр. piquant — острый, возбуждающий), которые можно рассматривать как своеобразные "физиологические" парабулии. Женщины едят мел, яичную скорлупу, уголь. Пика беременных объясняется разнообразными глубинными сдвигами обмена веществ в организме будущей матери и самостоятельно исчезает после родов. При так называемом *"половом пикацизме"* сексуальное возбуждение достигается в результате слизывания вкусовых веществ с тела партнера (иногда рассматривается как разновидность парафилии).

Экспериментальные психологические методы исследования воли наименее разработаны в психологии, т.к. существуют большие трудности в объективизации волевых проявлений личности. Поскольку волевые свойства проявляются в деятельности, еще в 1930 г. В.Н. Мясищевым была предложена нейрофизиологическая методика, позволяющая количественно измерять мышечное волевое усилие. В большей степени психологические методы изучения волевой сферы личности касаются исследования мотивации (мотивы как причины, определяющие выбор направленности поведения), моральной регуляции поведения, локуса контроля воли, настойчивости и спонтанной активности, а также исследования произвольных движений и действий.

К наиболее известным из опросников мотивов относится разработанный А. Эдварсрм "Список личностных предпочтений" (Edwars A., 1954), который состоит из 15 шкал (210 пар утверждений) и предназначен для измерения "силы" потребностей из перечня, предложенного Г. Мюрреем (Murrey H.,1938): потребности в достижении успеха, уважения, лидерства и прочие. "Сила" каждой потребности выражается не в абсолютных величинах, а относительно "силы" других потребностей.

> Оригинальный теоретический и экспериментальный подход к исследованию воли предложил К. Левин (Lewin K.,1935). В частности, как волевое поведение он рассматривает разрешение конфликтов, выделяя три их типа. *Первый тип конфликта* возникает при выборе одной из двух равнопривлекательных, но несовместимых целей (например, пойти в кино или в консерваторию на концерт). Обычно при разрешении этого конфликта привлекаются другие основания и нерешительность длится не долго. *Второй тип конфликта* наблюдается при выборе из двух отрицательных целей или действий. *Третий тип конфликта* возникает в случае выбора при совмещении в одном объекте или действии как привлекательных, так и отрицательных черт.

Для изучения глубинных мотивационных образований, особенно неосознаваемых мотивов, широко используются проективные методы (ТАТ — тематический апперцептивный тест Г. Мюррея, тест фрустраций Розенцвейга, незаконченных предложений и др.). Все они построены на анализе продуктов воображения (фантазии) больных.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Воля — это способность человека действовать в соответствии с собственными целями, идеалами и ценностями. Такая способность действовать с преодолением трудностей и препятствий зависит от степени развитости и устойчивости мотивационной сферы человека.

Для человека с сильной волей характерны решительность, настойчивость, независимость, упорство и целеустремленность. Слабость воли, напротив, характеризуется неразвитостью мотивационной сферы с неустойчивостью или отсутствием сильных желаний и значимых целей, что порождает нерешительность и неуверенность, а также зависимость поведения человека от ситуации и других людей.

Воля обеспечивает выполнение двух взаимосвязанных функций: побудительной и тормозной. Волевое торможение побуждений, которые не отвечают убеждениям и идеалам личности, является часто даже более сложным актом, чем просто активизация.

Любой волевой акт, который представлен как мотивационной, так и интеллектуальной компонентами, состоит из ряда этапов: мотивирования, борьбы мотивов, решения действовать и осуществления своего решения. Причем первые три этапа называют подготовительным, а последний этап исполнительным звеном волевого действия.

Социально значимым результатом волевой активности человека, ответственность за который несет сам субъект, выступает деяние. Люди различаются по склонности приписывать ответственность за свои деяния и поведение внешним (экстернальный локус контроля воли) или внутренним (интернальный локус контроля воли) факторам.

В мотивационную сферу включаются как осознаваемые, так и недостаточно осознаваемые мотивы действий, поступков и форм деятельности. Мотив формируется на основе потребности, определяемой как особое состояние организма из-за испытываемой нужды в чем-то необходимом для существования. Для человека, кроме биологических, характерны социальные (вторичные) потребности.

Недостаточно осознаваемая потребность, обычно обозначается как влечение. Все биологические влечения-инстинкты обычно относят трем основным группам: самосохранения, пищевому и половому. Желание, в отличие от влечения, характеризует состояние субъекта достаточно осознающего свою потребность, где ясен не только желаемый объект, но и пути его достижения.

Связь восприятия, мысли, чувств и воли с мышечными движениями в психологии обозначают как психомоторика. В ней изучаются психофизиологические характеристики сенсомоторных, сенсоречевых, идеомоторных и эмоционально-моторных процессов. Психологическая характеристика собственно двигательной активности исходит из целей, достигаемых тем или иным движением. На возможность безошибочного выполнения конкретной двигательной программы влияет утомление и переутомление. Волевое усилие может, как компенсировать утомление, так и маскировать признаки переутомления.

Ход выполнения любой двигательной задачи контролируется разными уровнями нервной системы, которая обеспечивает ее выполнение. Патология любого уровня функциональных двигательных систем ведет к нарушениям движений данного уровня, а также тех двигательных актов, куда эти движения включаются как фоновые. Поражение корковых уровней приводят к апраксиям, которые характеризуются расстройством произвольных целенаправленных движений при сохранности элементарных двигательных функций.

Расстройства волевой сферы обычно захватывают все этапы волевого акта, но их условно подразделяют на нарушения преимущественно его подготовительного звена и на нарушения, которые касаются реализации волевого усилия. Нарушения на уровне подготовительного звена могут выражаться в ослаблении (гипобулия),

усилении (гипербулия) или извращении (парабулия) мотивов деятельности и других побудителей поведения. Патология на уровне реализации волевого усилия проявляется в форме ослабления (гипокинезия), усиления (гиперкинезия) или извращения (паракинезия) двигательной активности и видимого поведения больного.

Исследование воли заключается в анализе поведения больного, в том числе и по анамнестическим данным. В большей степени психологические методы изучения волевой сферы личности касаются изучения мотивации, моральной регуляции поведения, локуса контроля, настойчивости и спонтанной активности, а также исследования произвольных движений и действий.

Вопросы для самопроверки

1. Почему в определение воли, как особой формы активности человека, должны быть включены понятия цели деятельности и преодоления трудностей на пути к ее достижению?
2. Что собой представляет человека и какова ее структура? Каким образом выражается волевая регуляция психической деятельности у человека?
3. В чем заключаются различия поведения больных с экстернальным и интернальным локусом контроля?
4. Что собой представляет начальный этап волевого акта, т.е. этап возникновения мотивов? Как мотив поведения соотносится с потребностями, лежащими в его основе?
5. Что собой представляет волевая организация личности? Как в процессе онтогенеза она формируется?
6. Что собой представляют апраксии? Поражения, какого уровня функциональных двигательных систем мозга приводят к этим расстройствам?
7. Чем различаются простые и сложные сенсомоторные реакции? Как с ними соотносится сенсоречевая реакция?
8. Чем качественно отличается переутомление от утомления? Компенсируется ли снижение дееспособности волевым усилием при второй (легкой) степени переутомления?
9. Какие группы нарушений воли выделяются на уровне мотивационной компоненты волевого акта? К какой из этих групп нарушений относится сатириазис?
10. В чем заключается различие между навязчивыми, импульсивными и компульсивными влечениями? Какие из этих влечений невозможно затормозить волевым усилием?
11. К нарушениям, какого этапа волевого акта относится амбитендентность? При каких заболеваниях типичен этот симптом?
12. Какие группы нарушений воли выделяются на уровне реализации волевого усилия? К какой из этих групп нарушений относится манерность?

ГЛАВА 8

ВНИМАНИЕ

Определение и функции внимания

Человек находится под постоянным воздействием многочисленных раздражителей внешнего и внутреннего мира, однако он не может одновременно реагировать на все раздражители и решать несколько различных задач сразу. Из огромного потока раздражителей в каждый данный момент ясно воспринимается только немногое. Все остальное или вовсе не замечается, или подмечается смутно, неопределенно.

Припоминая, воображая, думая человек сосредотачивается на чем-то определенном, что и является объектом его представлений, мыслей, чувств или конкретных действий. Этот избирательный, направленный характер психической деятельности в психологии связывается с вниманием. Одно из первых письменных упоминаний о внимании содержится в практическом руководстве по подготовке ораторов и тренировке их памяти у древних римлян. Оно составлено в 400 г. до нашей эры и там записано: “Первое, что нужно знать: если вы направите внимание на события, проходящие через ваш разум, то вы лучше их воспримете” (Norman, 1969)

Внимание может рассматриваться не только как самостоятельный психический процесс, но и как сторона всех психических процессов. По сути, внимание не имеет ни своего содержания, ни своего продукта, т.к. оно включено в другие психические процессы — ощущения и восприятия, память, мышление, воображение, эмоции, проявления воли. Внимание, характеризуя динамическую сторону протекания любого психического процесса, может проявляться в разных вариантах, поэтому иногда говорят о сенсорной, моторной, интеллектуальной, эмоциональной и других формах внимания. Внимание можно рассматривать как динамическую сторону нашего сознания, которая будет характеризовать степень направленности и сосредоточения его на определенном объекте.

Внимание — это психический процесс, который обеспечивает направленность и сосредоточенность психики на определенных предметах и явлениях внешнего мира, действиях, образах, мыслях и чувствах самого человека. Таким образом, внимание рассматривается как психический процесс не являющийся самостоятельной формой отражения, а как *организующий другие формы отражения* (ощущения, восприятия, память, мышление, воображение, эмоции), в результате чего что-то отражается в сознании более отчетливо, а другое менее отчетливо.

Внешне внимание выражается в специфической позе, особой мимике, в движениях. Поза обычно характеризуется торможением движений, направленностью органов чувств на объект, а при сосредоточенности на своих мыслях происходит разведение осей глаз — “отсутствующий взор”.

Основная функция внимания состоит в отборе значимых для человека воздействий и игнорировании (торможении) других несущественных, побочных воздействий. Другая важная функция внимания — это удержание, сохранение в

сознании определенного предметного содержания до тех пор, пока не будет достигнута цель. Третья существенная функция внимания — регуляция и контроль протекания деятельности. С явлениями внимания связаны и такие сложные процессы как ожидание, установка, апперцепция и другие.

ФОРМЫ И УРОВНИ ВНИМАНИЯ

Внимание способствует селективности (избирательности) протекания любых психических процессов. В силу этого можно выделить несколько форм внимания:

а) сенсорное внимание (зрительное, слуховое, тактильное и другие);

б) моторное (двигательное) внимание;

в) эмоциональное внимание (связано с эмоционально–значимыми стимулами, с процессами запечатления информации);

г) интеллектуальное внимание (связано с процессом обдумывания).

Иногда просто говорят о *внешнем внимании* (направленность сознания на предметы, явления внешней среды и свои внешние действия) и *внутреннем внимании* (направленность внимания на явления и состояния внутренней среды организма).

По активности человека в организации внимания можно выделить два самостоятельных уровня внимания: *непроизвольное* (пассивное, непреднамеренное) и *произвольное* (активное, преднамеренное) внимание. Особое место в этом ряду занимает *послепроизвольное* внимание, выделенное Н.Ф. Добрыниным (1958).

Непроизвольное внимание представляет собой реакцию на раздражитель, оно не обусловлено волевым актом человека.

Первичное непроизвольное внимание врожденно и является естественным проявлением безусловного ориентировочного рефлекса. В проявлении такого внимания играет роль сила раздражителя и его неожиданность (громкие звуки, яркий свет, резкий запах).

Вторичное непроизвольное внимание также не требует волевого усилия, но внимание здесь привлекается не яркостью или необычностью предмета, а определенным его содержанием, которое отвечает направленности, интересам человека, т.е. постоянному ожиданию чего-либо.

Произвольное внимание, также как и вторичное непроизвольное внимание, является социально опосредованным типом внимания, но оно тесно связано с волей человека, сознательно поставленной целью. В данном случае предполагается использование специальных приемов сосредоточения, организации своего восприятия или мыслей. Произвольное внимание у взрослого человека направляется, прежде всего, речевыми стимулами, т.е. оно тесно связано с речевой системой.

Послепроизвольное внимание возникает вслед за произвольным. Это значит, что человек сначала сосредотачивает сознание на каком-то предмете или деятельности (иногда даже с помощью немалых волевых усилий), а затем этот процесс вызывает нарастающий интерес и внимание продолжает удерживаться уже без всякого волевого усилия. Таким образом, послепроизвольное внимание, появляясь вслед за произвольным, не может быть сведено к нему. Оно не является и вариантом непроизвольного внимания, т.к. связано с сознательно поставленной целью.

Свойства внимания

Внимание характеризуется различными качественными проявлениями или свойствами. Основными из них являются объем, концентрация, устойчивость, переключаемость, распределяемость и отвлекаемость.

Объем внимания характеризуется количеством идей, объектов и видов деятельности, которые одновременно может удерживать и контролировать человек. Иными словами объем внимания связан с числом одновременно отражаемых в сознании объектов. Установлено, что при восприятии множества простых объектов (букв, цифр, фигурок и пр.) в интервале времени 0,07–0,1 секунды объем внимания у взрослого человека равен 5-7, в среднем 7 элементов (связь с кратковременным запоминанием). У младших школьников он весьма ограничен и с возрастом увеличивается. Увеличить объем внимания можно и с помощью специальных упражнений.

Концентрация внимания выражается в степени интенсивности (сосредоточенности) внимания на одном объекте или ограниченном круге своих представлений, переживаний, мыслей. Поглощенность объектами сосредоточения делает человека высокопомехоустойчивым. Лишь с трудом его можно отвлечь от мыслей или дел, в которые он погружен, он не замечает шума и других отвлекающих раздражителей.

Устойчивость внимания определяется длительностью сохранения концентрированного внимания. Она измеряется временем сосредоточения при условии сохранения отчетливости отражения в сознании объекта внимания. Устойчивость внимания зависит от целого ряда причин — значимости дела, интереса к нему, навыков и тому подобное.

> Распределение подачи материала во времени на уроке учителем опирается на исследование устойчивости внимания у школьников:
>
> 0–7 минута занятия — внимание рассеянное, требуются усилия со стороны педагога на его концентрацию;
>
> 8–23 минута занятия — период наибольшей устойчивости и концентрации внимания;
>
> 24–30 минута занятия — устойчивость внимания падает и увеличивается количество ошибок, требуется снижение напряжения работы и расслабление (переход от теоретических обоснований к примерам и т.п.);
>
> 30–45 минута занятия — вновь концентрация внимания в связи с поставленной задачей (произвольное внимание).

Переключаемость внимания характеризуется быстротой произвольного перехода внимания на новый объект или от одного действия к другому, сохраняя при этом высокую степень концентрации на нем.

Выделяют ряд показателей переключаемости внимания:

1) время, затрачиваемое на переключение внимания;
2) продуктивность (производительность) работы по сравнению с объемом ее или временем выполнения определенного объема работы без переключения внимания;
3) качество, т.е. точность или наличие ошибок, обусловленных переключением.

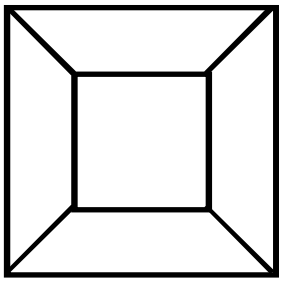
В отличие от полного (завершенного) переключения, неполное (незавершенное) переключение не сопровождается возникновением такой степени

сосредоточения, которая необходима для нового дела или объекта внимания. При неполном переключении тормозящее влияние предыдущей деятельности чаще проявляется в том, что новая работа может выполняться по правилам, отвечающим специфике старой.

Имеются значительные индивидуальные различия в переключении внимания. Эффективность переключения зависит от особенностей объектов внимания, значимостью работы или интереса к ней, а также от индивидуально-типологических особенностей подвижности нервных процессов. Слишком частое переключение (впрочем, как и однообразная, требующая длительного сосредоточения внимания, работа) может приводить к быстрому утомлению. Возможно повышение показателей переключения путем специальных упражнений.

Распределяемость внимания определяется возможностью выполнения двух и более действий одновременно, рассосредотачивая внимание между ними. Уровень распределения внимания зависит от ряда условий: от однородности или разнородности совмещаемых видов деятельности, их сложности, степени их привычности. Труднее совмещать два вида умственной деятельности и более эффективно распределение внимания при одновременном выполнении моторной и умственной деятельности.

Отвлекаемость внимания связана с непроизвольными колебаниями его уровня. Непроизвольные флуктуации внимания особенно хорошо заметны при сосредоточении на раздражителях пороговой силы. Так, прислушиваясь к очень слабому, едва слышимому тиканью механических часов, мы то слышим звук более отчетливо, то менее отчетливо. Колебания внимания легко прослеживаются и при восприятии конкурирующих (двойственных) изображений. Такие непроизвольные флюктуации внимания при восприятии простых объектов длятся не более 2-3 секунд (максимум — 12 секунд). Их рассматривают как колебательный процесс, связанный с самонастройкой сенсорных систем, обеспечивающих регулирование их “пропускной способности”.



Конкурирующие изображения: усеченная пирамида с “разнонаправленной” вершиной

Эти физиологически обусловленные флюктуации внимания следует отличать от *отвлекаемости* на посторонние раздражители. Очень сильно отвлекают внимание раздражители внезапные, неожиданные, прерывистые, а также связанные с эмоциями. При длительном выполнении однообразной работы действие побочных раздражителей усиливается по мере нарастания утомления.

РАЗВИТИЕ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ

Первые проявления сосредоточенности младенца начинают фиксироваться на 10-12 день жизни и к концу первого месяца он уже может следить в течение нескольких секунд за ярким блестящим предметом, движущимся на расстоянии около метра от его глаз. К 6-месячному возрасту возрастает как длительность зрительного сосредоточения, так и дальность расстояния до фиксируемого предмета. Ребенка привлекают не только яркие, подвижные предметы, но и звуки, а начиная со 2-го месяца возрастает и длительность сосредоточения на звуках. На 2-3 месяце жизни внимание ребенка наиболее легко привлекает человек и его голос.

Сосредоточение на словах взрослого — результат и необходимое условие развития слушания, а затем и разговорной речи ребенка.

К 2-му году жизни ребенок уже может сосредоточенно заниматься с разными предметами в течение 8-10 минут, однако устойчивость внимания у маленьких детей слабая. Например, трехлетний ребенок за 12 минут 8 раз переменил предмет своей игры, а длительность сосредоточения на одном объекте не превышала 2 минут. Внимание ребенка более легко привлекается ярким, сильным или новым раздражителем и он еще не может сам, произвольно менять направленность внимания. У маленьких детей и очень узкий объем внимания. Если ребенок держит в руках игрушку и ему показали другую, он отпускает первую и тянется за второй. Если трехлетнему ребенку что-то рассказывают, он перестает есть. Распределение внимания между двумя предметами или действиями маленьким детям совершенно недоступно.

В дошкольном возрасте происходит расширение объема внимания и рост его устойчивости, формируется произвольное внимание. Расширение объема внимания проявляется в том, что ребенок старшего дошкольного возраста может воспринять уже не один предмет, однако у 4-6-летних детей объем внимания еще недостаточен для различения сложных или мало отличимых друг от друга объектов (например, буквенных или цифровых знаков).

Нарастание устойчивости внимания проявляется у детей в увеличении продолжительности игр. Если годовалые дети сохраняют устойчивое внимание на играх в среднем 14,5 минут, то у 3-летних это время достигает 27 минут, а 5-6-летние дети могут играть на протяжении 96-100 минут. Если младшие дошкольники рассматривают картинку 6-7 секунд, то старшие дошкольники тратят на те же картинки 12-19 секунд времени. В устойчивости внимания особенно сильно сказываются индивидуально-типологические особенности нервной системы детей. У возбудимых детей устойчивость внимания в 1,5-2 раза меньше, чем у детей сдержанных, уравновешенных.

Внимание можно и нужно воспитывать. Начальные формы произвольного внимания возникают к 5-7-летнему возрасту и совершенствуются в младшем и школьном возрасте. Внимание, часто проявляясь как психический процесс, постепенно превращается в устойчивое свойство личности — внимательность. Внимательность характеризуется умением длительно сосредотачиваться на объекте деятельности и умением управлять своим вниманием. Люди существенно различаются степенью развития этого личностного свойства.

В детской практике часто встречается *синдром дефицита внимания с гиперактивностью* (или без таковой). Симптоматика почти всегда проявляется до 7 лет, обычно в 4 года. Нарушения внимания включают неспособность ребенка сохранять его длительно, характерна крайняя отвлекаемость. Ребенок суетлив и беспокоен, не может сидеть спокойно. Внешне заметны постоянные беспокойные движения в кистях и стопах (“извиваются”). Отличается болтливостью с легкой отвлекаемостью на посторонние стимулы и нетерпеливостью (с трудом дожидается своей очереди во время игр). Склонен отвечать не выслушав вопроса, вмешивается во все дела, теряет необходимые вещи (игрушки, карандаши и т.п.); может совершать опасные действия, например, перебегать автодорогу (недоучет последствий).

По разным оценкам распространенность синдрома дефицита внимания 3–10% детей в начальных классах. В 30–70% случаев эти проявления переходят и во взрослый возраст, повышая риск асоциальных личностных расстройств. Ранее причиной дефицита внимания и гиперактивности считали внутриутробное или постнатальное повреждение мозга (синдром “минимальной мозговой дисфункции”). В настоящее время получены данные о генетической предрасположенности к данному расстройству, а также связи его с

нечувствительностью к тиреоидным гормонам (мутация гена бета–рецептора гормонов щитовидной железы).

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВНИМАНИЯ

Первую теоретическую модель внимания, или *модель фильтра*, создал Д.Е. Бродбент (1958). Он предполагал, что нервная система, несмотря на множество входов информации, в какой-то степени работает как одиночный коммуникационный канал с ограниченными возможностями. Поэтому на входах уже выбирается сенсорная информация обо всех событиях, которые имеют один общий признак. Для всей остальной информации фильтр блокирует основной канал.

Существуют анатомические, физиологические и клинические данные, указывающие на непосредственное отношение неспецифической системы мозга (ретикулярная формация ствола, структуры среднего мозга, кора мозга) к явлениям внимания и "фильтрации информации".

Непроизвольное внимание связывают с активностью неспецифической системы преимущественно на уровне нижних отделов ствола и среднего мозга (физиологический коррелят — генерализованные формы неспецифической активации мозга), а произвольное внимание является корковой функцией (физиологический коррелят — локальные сдвиги активности определенных мозговых структур).

По мнению И.П. Павлова (1951) в динамике внимания важную роль играет физиологическое явление оптимального очага возбуждения. Изменение природы раздражителя или длительное его действие на одни и те же участки коры мозга приводит к перемещению очага в другие участки. Доминанта, открытая А.А. Ухтомским в 1923 году, отличается от подвижного оптимального очага возбуждения повышенной устойчивостью. Она не только тормозит вновь возникающие очаги возбуждения, но и способна усиливаться за их счет. Наличие доминирующего очага возбуждения в коре головного мозга позволяет понять такую степень сосредоточения на каком-то предмете или явлении, когда посторонние раздражители не могут отвлечь внимания и остаются незамеченными.

Большое значение при изучении нейрофизиологических основ внимания придается исследованию *ориентировочных реакций*. Следует отметить, что уже И.П. Павловым выдвигалось предположение о рефлекторной природе непроизвольного внимания, которое он обосновывал наблюдениями ориентировочных рефлексов. Ориентировочные реакции можно наблюдать уже у детей с первых недель жизни — сначала они проявляются только в виде реакции пробуждения (arousal), затем в виде фиксации внешнего раздражителя и, наконец, в виде активного поиска раздражителя. Современные данные свидетельствуют о сложности ориентировочных реакций и они могут носить высокоизбирательный характер. Предполагают, что именно на их основе и возникает произвольное внимание, проявляющиеся в возможности самостоятельно контролировать протекание психических процессов, собственное поведение.

По принципу распространенности различают *генерализованные и локальные ориентировочные реакции*; по принципу скорости угасания — *фазические* (быстро угасающие, но с тонкой дифференциацией стимулов и менее подверженные привыканию) и *тонические* (более длительные, но легко поддающиеся привыканию); по отношению к индифферентным (нерелевантным) и сигнальным (релевантным) стимулам — *безусловные и условные ориентировочные реакции*.

Нижние уровни неспецифической системы (уровни продолговатого и среднего мозга) имеют преимущественное отношение к генерализованным и тоническим ориентировочным реакциям; верхние уровни (уровни зрительного бугра, лимбической системы и коры больших полушарий) — к локальным и фазическим ориентировочным реакциям. Корковые уровни неспецифической системы реализуют условные формы ориентировочных реакций.

Полноценное функционирование внимания возможно лишь при определенном уровне активности мозга в целом. На фоне как расслабленного (пассивного), так и чрезмерного бодрствования у человека возникают трудности сосредоточения.

Сами по себе длительные изменения уровня активности мозга также связаны с функционированием неспецифической системы и также неоднородны по характеру. В них выделяют глобальные, общие изменения функционального состояния в виде его одновременного повышения или понижения в различных системах (сенсорных, моторных, ассоциативных) и более избирательные сдвиги, распространяющиеся только на одну сенсорную систему или на определенную моторную систему.

Известно, что общие сдвиги регулируются преимущественно каудально расположенными отделами неспецифической системы, а локальные — корковыми структурами (преимущественно медиобазальными отделами коры лобных долей мозга).

Менее изучены формы регуляции как кратковременных, так и длительных процессов активации, осуществляемых с помощью речевой системы. Известно, что в их реализации решающая роль принадлежит лобным медиобазальным отделам коры больших полушарий. В частности, у здоровых людей в условиях напряженного внимания при решении интеллектуальных и двигательных задач наибольшие изменения биоэлектрической активности мозга наблюдаются в лобных долях. На роль коры в процессах внимания указывают и относительно недавно обнаруженные в гиппокампе нейроны особого типа — нейроны внимания: *детекторы новизны и детекторы тождества*. Их совместное действие позволяет подчеркивать новые раздражители и ослаблять действие привычных стимулов (Соколов Е.Н., 1995).

НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ

Расстройства внимания бывают как временные явления у совершенно нормальных людей при утомлении или эмоциональном перенапряжении. В некоторых случаях недостаточность внимания становится устойчивой и в этих случаях ее называют “невнимательностью” (в противовес такому свойству личности, как “внимательность”). В зависимости от особенностей и форм сочетания различных свойств внимания, приводящих к невнимательности можно говорить о трех ее типах.

Первым типом невнимательности является рассеянность (“порхающее” внимание), определяемая легкой непроизвольной переключаемостью слабо концентрированного внимания. Этот вид невнимательности свойственен дошкольникам и людям ослабленным, астенизированным в результате сильного переутомления или болезни.

Второй тип невнимательности, напротив, определяется высокой интенсивностью и концентрацией внимания при трудностях переключения. Это — тип “невнимательности ученого”, сосредоточенного на своих мыслях. У больных этот тип невнимательности свойственен лицам со сверхценными и навязчивыми мыслями.

Третий тип невнимательности характеризуется весьма слабой концентрацией внимания и еще более слабой его переключаемостью. Этот тип невнимательности связан с постоянным или временным снижением силы и подвижности нервных процессов. У здоровых людей подобная невнимательность является временной в результате переутомления. В клинике такое внимание наблюдается в условиях кислородного голодания мозга, при церебральном атеросклерозе у пожилых людей (“стариковская рассеянность”).

Жалобы на расстройства внимания становятся признаком заболевания только в контексте с общим соматическим или нервно-психическим расстройством. В большинстве случаев можно говорить о трех основных группах нарушений внимания: гипопрозексия, гиперпрозексия и парапрозексия.

При ***гипопрозексиях*** встречаются разнообразные варианты ослабления внимания. Полная неспособность к сосредоточению, концентрации внимания называется *апрозексией*. Последняя сопровождается повышенной отвлекаемостью. Чаще всего в клинике встречается сочетание снижения возможностей к сосредоточению с ослаблением устойчивости внимания. Нередко эти явления сопровождаются снижением объема внимания.

Рассеянность внимания — нарушение способности длительно сохранять его направленность, страдает сосредоточение. Внимание становится неустойчивым, больной не в состоянии длительно сосредотачиваться на определенном виде деятельности, преобладает непроизвольное внимание.

Истощаемость внимания — прогрессирующее ослабление его интенсивности в процессе работы, хотя изначально была достаточно высокая степень сосредоточения. В силу этого резко падает продуктивность работы, становится невозможным углубленность, поглощенность деятельностью. После непродолжительного периода работы в достаточно высоком темпе появляется чувство усталости, повышенная отвлекаемость, теряется интерес к занятию, возникает потребность в отдыхе или перемене деятельности, сонливость, непоседливость.

Сужение объема внимания — патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью его распределения. Отсюда содержанием сознания становятся наиболее личностно близкие больному впечатления. Объем внимания ограничен объектами, имеющими ситуационную или индивидуально—личностную значимость.

Сужение объема внимания обычно проявляется неспособностью удерживать в кругу произвольной целенаправленной деятельности достаточно большое число представлений и свободно оперировать ими. Больные становятся рассеянными, забывчивыми. По их словам, стоит им немного отвлечься в беседе, как они теряют мысль, которую хотели высказать. Отправляясь за нужным предметом в соседнюю комнату, по дороге отвлекаются и забывают, зачем пошли. При счете, особенно в уме, начинают ошибаться, как только количество цифр и операций с ними становится больше чем они могут удержать в зоне активного внимания.. Сужение объема внимания характеризует астенические состояния разного, чаще органического генеза.

Нарушение направленности внимания — проявляется в том, что внимание приковано к явлениям, заслоняющим от больных другие важные стороны жизни. Так, при патологической рефлексии внимание поглощено самоанализом, постоянными размышлениями о своих поступках, мыслях, отношениях с людьми. Внимание депрессивных больных обычно привлечено к безрадостным сторонам жизни. Своеобразие нарушений внимания больных шизофренией состоит в том, что оно часто рассеивается по мелочам, на несущественные детали происходящего. Существует гипотеза о связи нарушения внимания при шизофрении с тенденцией больных реагировать на не доминантные стимулы (Broen Storms, 1966). По мнению D. Shachov (1962), «отклоняющееся внимание» выступает как фундаментальное когнитивное (познавательное) нарушение у больных шизофренией.

Ослабление внимания отмечается при различных астенических состояниях, особенно если они сопровождаются неустойчивостью степени бодрствования.

Быстрая истощаемость внимания свойственна больным с травмами черепа и другими органическим заболеваниям мозга. Повышенная отвлекаемость с непроизвольным вниманием к случайным и нейтральным раздражителям характерна для маниакальных состояний и при растерянности.

При некоторых расстройствах сознания возникает иногда явление близкое к повышенной отвлекаемости внимания — симптом *гиперметаморфозы*. Больные при этом с особой остротой постоянно замечают изменения формы и пространственной локализации окружающих предметов, они все время пытаются удостовериваться в этом прикосновением руки или перестановкой находящихся в поле зрения вещей.

При ***гиперпрозексиях*** внимание усилено, причем часто за счет односторонней его направленности. Например, больные с ипохондрическими состояниями проявляют патологически повышенное внимание к своим болезненным ощущениям и всему тому, что имеет отношение к своему здоровью.

Как бы полной противоположностью симптому отвлекаемости является *патологическая застреваемость, тугоподвижность внимания*, которая свойственна больным эпилепсией, при депрессиях. В этих случаях наблюдаются и нарушения механизма переключения внимания с одного объекта на другой, что зависит от малой подвижности основных нервных процессов в коре головного мозга. В некоторых случаях усиление внимания проявляется в виде явления “прилипания” внимания к определенной мысли или представлению. Появившееся у больного то или иное представление, мысль задерживается в сознании, что часто выражается в речи повторением одних и тех же слов (*персеверация*). Доминирующие идеи (в патологических случаях) также часто находят объяснение феноменами своеобразного “прилипания” внимания к определенным мыслям и больной при этом осознает, что они занимают в его сознании незаслуженно большое место.

Парапрозексии — извращение внимания. В психопатологии понимается как проявление в сфере внимания явлений диссоциации и амбивалентности, типичных при шизофренических расстройствах. Здесь обычно демонстрируемая больным слабость побуждений к концентрации внимания и видимая истощаемость произвольного внимания в повседневной деятельности пародоксально сочетается с крайним усилением и даже ригидностью внимания при возникновении у больного феноменов психопатологического свойства. Обычно это крайняя сосредоточенность на галлюцинациях или бредовых построениях, но чаще эта сохранность и даже усиление внимания наглядно проявляется у таких больных при скрупулезном выполнении ими чрезвычайно сложных патологически фиксированных ритуальных действий.

У здоровых лиц парапрозексии также встречаются. Однако здесь их следует рассматривать более в плане несоответствия, неадекватности первоначальной установки произвольного внимания и результата. Чаще всего это возникает при чрезмерно сильном напряжении внимания, которое само по себе становится непереносимым для нервной системы, что и обуславливает парадоксальные, извращенные реакции со стороны внимания. Например, спортсмен на старте не слышит выстрела стартового пистолета, хотя активно сосредотачивался и готовился к этому моменту. Здесь имеет место своеобразное нарушение внимания, характеризующееся тем, что напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта.

Расстройства внимания при очаговой патологии мозга подразделяют на модально–неспецифические и модально–специфические нарушения.

Модально–неспецифические нарушения внимания — распространяются на все виды и уровни внимания. Больной не может сосредоточится на стимулах любой модальности (зрительной, слуховой, тактильной и т.д.). Подобные нарушения внимания характерны для больных с поражением неспецифических серединных структур мозга разных уровней.

Уровень *нижних отделов неспецифических структур* (область продолговатого и среднего мозга) — это первый уровень поражения, при котором у больных наблюдается быстрая истощаемость, резкое сужение объема и нарушение концентрации внимания. Эти симптомы проявляются в любом виде деятельности из-за слабости тех механизмов, которые поддерживают внимание. Например, при выполнении серийных счетных операций (вычитание или сложение) больные сначала дают быстрые и правильные ответы, затем латентные периоды ответов резко увеличиваются (по типу истощения), появляются ошибки и следует отказ. Иногда возможен повторный всплеск активности, когда больной начинает совершать счетные действия правильно. В большей степени страдают непроизвольные формы внимания, так весьма заметно, что больным легче сосредоточиться, если задание их лично интересует (обращение к профессиональному интересу или к мотивационной основе действий улучшает результаты).

Уровень *диэнцефальных и лимбических отделов* — это второй уровень поражения, при котором нарушения внимания проявляются грубее. Такие больные часто вообще не могут сосредоточиться на чем-либо или их внимание крайне неустойчиво. Эти трудности проявляются при выполнении двигательных актов, при решении задач и при выполнении невербальных заданий. Попытки поднять уровень активности этих больных, как правило, не дают стойкого результата.

Уровень *медиобазальных отделов лобных и височных долей* — третий уровень поражения неспецифических серединных структур мозга, при котором преимущественно страдает произвольное внимание, а непроизвольное патологически усилено. У больных возникает так называемое “полевое поведение”, т.е. они становятся чрезмерно реактивными на все стимулы вокруг себя — оборачиваются на любой звук, вступают в разговоры соседей и т.п. Такая бесконтрольная реактивность отражает растормаживание элементарных форм ориентировочной деятельности. У таких больных с помощью обращения к непроизвольному вниманию можно вызвать такие действия, которые нельзя получить, адресуясь к произвольному уровню внимания. Например, они не могут переводить взор по словесной инструкции, но переводят взор вслед за зрительным объектом. У больных с поражением лобных долей наблюдается нередко и своеобразное нарушение произвольного переключения внимания на новое действие, при этом возникает повторное выполнение (персеверация) одного и того же действия.

Модально–специфические нарушения внимания проявляются только в одной сфере — зрительной, слуховой, тактильной или двигательной. В клинике они часто описываются как явления игнорирования тех или иных стимулов. Их нельзя рассматривать как нарушения восприятия или как непонимание инструкции. Они проявляются в специфических трудностях осознания при одновременном предъявлении “двойных” стимулов одной модальности (двух зрительных, двух слуховых или двух тактильных).

Зрительное невнимание можно выявить при исследовании полей зрения периметром при предъявлении испытуемому не одного стимула–объекта с левой или правой стороны, а сразу двух. При обычной процедуре исследования поля зрения справа и слева сохранны, а при использовании методики двойной стимуляции выявляется асимметрия полей зрения.

Клинически очерченные феномены игнорирования объектов в одном поле зрения (чаще в левом) выявляются также при рассматривании сюжетных картин с большим количеством деталей — больные (правши) как бы не замечают, что изображено слева на картинке (в верхнем или нижнем углу). Такие больные при копировании рисунка изображают только правую его половину. В выраженных случаях больной может при ходьбе натыкаться на предметы, расположенные слева от него.

Феномены зрительного невнимания обычно связаны со спецификой работы правого полушария. Однако они могут появляться и как симптомы при начальных стадиях поражения задних отделов правого полушария (глубинных или конвекситальных). Тогда они далее обычно переходят в гностические расстройства (*односторонняя зрительно–пространственная агнозия)* или одностороннее нарушение полей зрения (*фиксированная левосторонняя гомонимная гемианопсия*).

Есть мнение, что симптомы зрительного невнимания должны описываться в разделе зрительных агнозий. Более того, некоторые специалисты полагают, что феномены зрительного невнимания входят в более широкое понятие — *"односторонняя пространственная агнозия",* включающее также другие виды нарушений, которые описаны ниже (слуховое, тактильное и двигательное невнимание). Практически всегда при “феноменах невнимания” имеет место их сочетание с анозогнозией. В этой связи высказывается предположение о связи этих нарушений с механизмами искажения внутренней картины болезни и "психологической зашиты". В последнее время активно развивается представление об отношении правого полушария к индивидуально–смысловым образованиям в структуре личности. На это указывает частота искажений внутренней картины болезни в ее сенсорных и личностно–оценочных составляющих при поражении именно правого полушария (Корсакова Н.К., Московичюте Л.И., 1988).

Слуховое невнимание выявляют одновременным предъявлением разных звуковых стимулов в оба уха (методика дихотического прослушивания, предложенная Кимурой Д.). Здоровые люди (правши) слышат слова на 10–15% лучше правым ухом, чем левым (“эффект правого уха”). У больных с локальными поражениями мозга проценты асимметрии резко возрастают (до 50–60 % и более). Таким образом, в данном случае имеет место игнорирование левым ухом поступающих стимулов. Те же звуки, предъявляемые отдельно на правое и левое ухо, воспринимаются нормально. Слуховое невнимание может наблюдаться при поражении слуховой анализаторной системы или более обширных локализациях очагов поражения внутри полушария (правая височная доля).

Тактильное невнимание выявляют при закрытых глазах путем одновременного прикосновения справа и слева острыми предметами (например, кончиками двух карандашей) к коже кистей рук. Требуется определить, сколько было прикосновений — одно или два. При поражении правой теменной доли больной чаще “не замечает” прикосновения к левой руке (одиночные прикосновения ощущаются четко). Намного реже обнаруживается игнорирование прикосновения справа.

Двигательное невнимание выявляют при выполнении двуручных двигательных заданий. Больной начинает выполнять задание правильно, но затем одна рука замедляет движения — “отключается”. На вопрос: “Правильно ли Вы делаете”, он отвечает: “Правильно”. Своих ошибок больной не осознает, но при раздельном выполнении пробы симптом игнорирования исчезает. Это игнорирование собственных ошибок отражает нарушение внимания в двигательной сфере. Двигательное невнимание обычно возникает при локализации очага поражения в передних отделах правого полушария (премоторных, префронтальных и глубинных с вовлечением базальных ядер).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ

Исследование внимания имеет большое значение в работе школьных психологов, в частности при анализе причин неуспеваемости и при выработке индивидуальных психолого-педагогических мероприятий, а также в профессиональной психодиагностике, особенно в профотборе для работ, где требуется обрабатывать слишком много одномоментно поступающей информации (например, диспетчерская служба в аэропортах). Различные по характеру и выраженности нарушения внимания и умственной работоспособности также типичны для некоторых контингентов больных нервно–психическими и соматическими заболеваниями.

При исследовании внимания следует учитывать, что качества внимания у одного и того же человека зависят от многих факторов: возможны колебания внимания в зависимости от утомления и общего состояния организма, отношения человека к тому или иному виду деятельности, его эмоционального состояния. С другой стороны, внимание всегда “включено” в самые разнообразные психические явления, поэтому при его исследовании существует необходимость *вычленения*, “извлечения” его из этих процессов. Большинство разработанных проб на

испытание внимания имеют варианты, позволяющие не только выявлять, но и количественно выражать различные свойства внимания: объем, переключаемость, устойчивость, концентрацию, избирательность и другие.

В клинической практике наиболее удобны простые пробы исследования внимания, работоспособности и утомляемости, которые могут быть проведены непосредственно во время беседы с пациентом. Например, предлагают испытуемому вычитать от 100 по 7 или по 13 (устный счет по Э. Крепелину, 1895). Возможен вариант пробы для выявления особенностей переключения внимания. В этом случае отсчитывается не одно число, а два чередующихся, например 7 и 8. Разработано также много бланковых модификаций пробы Крепелина.

Объем внимания. Все методы для изучения объема внимания можно подразделить на прямые и косвенные методы. Прямой метод предусматривает предъявление материала (например, слов, букв, изображений предметов) в короткие промежутки времени с помощью тахистоскопа с последующим подсчетом замеченного испытуемым. Индивидуальные оценки результатов сравниваются со среднегрупповыми.

Косвенные методы определения объема внимания, как и других его свойств, являются относительно простыми по процедуре проведения тестами скорости. Чаще всего используется методика отыскивания чисел *по таблицам Шульте*. Комплект состоит и 5 черно–белых таблиц (размер 60×60 см), где в случайном порядке размещены числа от 1 до 25. Испытуемый отыскивает и показывает числа указкой в порядке их возрастания. Основным показателем объема внимания является время выполнения теста, кроме того, по результатам выполнения каждой таблицы может быть построена “кривая истощаемости”, отражающая устойчивость внимания и работоспособность в динамике.

Внимание концентрируется достаточно если испытуемый затрачивает на прочтение 1 таблицы не более 40-50 секунд. Внимание устойчивое, если нет значительных временных отличий в прочтении всех таблиц. При неустойчивости внимания отмечаются значительные колебания результатов по отдельным таблицам, но без тенденции к увеличению времени, затрачиваемого на каждую следующую таблицу. Если происходит увеличение времени чтения каждой следующей таблицы, то это свидетельствует об истощаемости внимания, снижении работоспособности.

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	15	5	18
1	16	20	9	24
19	13	4	14	8

5	14	12	23	2
18	25	7	24	13
11	3	20	4	16
6	10	19	22	1
21	15	9	17	8

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

9	5	11	23	20
14	25	17	19	13
3	21	7	16	1
18	12	6	24	4
8	15	10	2	22

Таблицы Шульте

Переключаемость внимания. Для оценки переключения внимания используется модификация таблиц Шульте, предложенная Ф.Д. Горбовым в 1959 г. В его таблице имеются черные (от 1 до 25) и красные (от 1 до 24) числа. Требуется отыскивать черные числа в возрастающем порядке, а красные — в убывающем. Фиксируется время поиска каждых 10 цифр и ошибок (замена порядка, замена цифры, замена цвета).

8	24	**13**	7	**22**	12	**5**
8	**14**	14	**17**	15	**6**	3
19	**3**	18	**23**	16	**18**	17
21	13	**1**	22	**11**	23	**20**
5	**10**	4	**25**	21	**2**	19
12	6	**16**	20	**4**	10	**9**
2	**7**	11	**15**	9	**24**	1

Таблица Шульте–Горбова.
(выделенные жирным шрифтом символы соответствуют красному цвету цифр)

Концентрация и устойчивость внимания. Для изучения концентрации и устойчивости внимания наиболее часто используется *корректурная проба*. Тест предложен Б. Бурдоном в 1895 году. Обследование проводится с помощью специальных бланков с рядами расположенных в случайном порядке букв (2000 знаков по 50 букв в строке). Испытуемый просматривает ряд за рядом и вычеркивает или подчеркивает определенные буквы. Например, в четных строках надо подчеркивать букву “К” и вычеркивать букву “И”, а в нечетных — букву “К” вычеркивать, а букву “И” подчеркивать. Результаты пробы оцениваются по количеству пропущенных (не отмеченных) букв, а также по времени выполнения заданного количества строк. Результаты исследования можно легко выразить в различных количественных показателях.

Уровень концентрации (сосредоточенности) внимания может быть выражен с помощью *индекса точности* (K): $K = S*2/n$, где S — число строк таблицы, проработанных испытуемым; n — количество ошибок (пропусков и ошибочных отметок знаков).

Показатель устойчивости внимания выражается *индексом темпа выполнения задания* (A): $A = S/t$, где S — количество знаков в проработанной части таблицы; t — время выполнения.

Данный вариант теста также позволяет вычислить и *индекс переключаемости внимания* (C): $C = S_o/S \times 100$, где S_o — количество ошибочно обработанных строк; S — общее количество строк в проработанной испытуемым части таблицы.

Методика “Корректурная проба” имеет много вариантов исполнения (буквенные, цифровые и знаковые варианты), а также обработки результатов и построения нормативов в зависимости от конкретных задач исследования.

Для изучения **избирательности восприятия при внимании** чаще всего используется методика немецкого психолога Хуго Мюнстерберга (1863-1916). Это

буквенный текст, где нужно как можно быстрее (норматив — две минуты) подчеркнуть скрытые в нем 25 слов. Регистрируются также и ошибки — пропущенные и неправильно выделенные слова.

Стимульный материал

БСОЛНЦЕВТРГЩОЦЭРАЙОНЗШГУЧНОВОСТЬЪХЭЬГЧЯФАКТЬУКЭКЗАМЕНТРОЧЯГЩ
ШГЦКППРОКУРОРГУРСЕАБЕТЕОРИЯЕНТОДЖЕБЬАМХОККЕЙТРУИЦЫФЦУЙГАХТГУ
ТЕЛЕВИЗОРБОЛДЖЩЗХЮЭЛГЩБПАМЯТЬШОГХЕЮЖПЖДРГЩХНЗДВОСПРИЯТИЕ
ЙЦУКЕНДШИЗХЬВАФЫПРОЛДБЛЮБОВЬАВЫФЫРПЛОСЛДСПЕКТАКЛЬЯЧСИНТЬБЮН
БЮЕРАДОСТЬВУФЦИЕЖДЛОРРПНАРОДШАЛДЬХЭШЩГИЕРНКУЫФЙШРЕПОРТАЖЭК
ЖДОРЛАФЫВЮФБЬКОНКУРСЙФНЯЧЫУВСКАПРЛЛИЧНОСТЬЗЖЭЬЕЮДШЩГЛОДЖИН
ЭПРПЛАВАНИЕДТЛЖЭЗБЬТРДШЖНПРКЫВКОМЕДИЯШЛДКУЙФОТЧАЯНИЕЙФРЛНЬ
ЯЧВТЛДЖЭХЬГФТАСЕНЛАБОРАТОРИЯГЩДЩИРУЦТРГШЧТЛРОСНОВАНИЕЗХЖЬБ
ЩДЭРКЕНТАОПРУКГВСМТРПСИХИАТРИЯБПЛМСТЧЬЙФЯСМТЩЗАЙЭЪЯГНТЗХТМ

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Внимание как психический процесс не является самостоятельной формой отражения, но он организует другие психические процессы на обеспечение избирательности восприятия, целенаправленности выполнения каких-либо действий (внешнее внимание), а также возможности сосредоточения человека на своих мыслях, образах памяти или воображения, а также чувствах (внутреннее внимание).

Первичное непроизвольное внимание врожденно и является проявлением ориентировочного рефлекса. На его базе у человека формируются более сложные, социально опосредованные типы внимания, т.е. собственно произвольное внимание, а также вторичное непроизвольное и послепроизвольное внимание.

Оценка особенностей внимания осуществляется в процессе изучения в беседе или с помощью специальных тестов его качественных характеристик (свойств): объема, концентрации, устойчивости, переключаемости, распределяемости и отвлекаемости. Все свойства внимания формируются постепенно в процессе возрастного развития ребенка. Только к 5–7-летнему возрасту произвольные формы внимания окончательно формируются и далее совершенствуются в младшем и старшем школьном возрасте, составляя основу такого личностного качества как внимательность. В практике педиатра коррекция у некоторых детей так называемого синдрома дефицита внимания может составить даже специальную проблему.

Полноценное функционирование внимания возможно лишь при определенном уровне активности мозга в целом и сохранности полноценного функционирования различных уровней его неспецифической системы. Непроизвольное внимание более связано с активностью этой системы на уровне ствола и среднего мозга, а произвольное внимание является корковой функцией. Большую роль в оформлении современных концепций нейрофизиологических механизмов внимания имела так называемая “модель фильтра” Д.Е. Бродбента, учение об ориентировочных реакциях и очаге оптимального возбуждения в коре мозга И.П. Павлова, открытие нейрофизиологического явления доминанты А.А. Ухтомским, а также обнаружение в мозге специализированных нейронов — нейронов внимания.

Временные нарушения внимания типичны при утомлении или под влиянием сильных эмоций. Достаточно устойчивое сохранение отклоняющегося от нормы определенного соотношения основных характеристик внимания, приводящее к

невнимательности, могут быть как личностно–возрастными особенностями человека, так и следствием различных заболеваний.

Повышенная непроизвольная переключаемость внимания с низкими возможностями концентрации свойственна детям дошкольного возраста, но может возникать и у взрослых на фоне астении при различных заболеваниях или при переутомлении.

Повышенная концентрация на своих мыслях с трудностями переключения на другие виды деятельности свойственна некоторым лицам умственного труда, но подобные свойства внимания встречаются и у больных с навязчивыми и сверхценными идеями.

Слабость концентрации внимания сочетающаяся с трудностями переключения типична, например, для хронического кислородного голодания мозга при церебральном атеросклерозе у пожилых людей, но может также возникать и у здоровых лиц при утомлении.

Все разнообразие ослабления внимания в патологии объединяют термином гипопрозексия. Напротив, при гиперпрозексиях внимание крайне усиливается: происходит своеобразное “прилипание” внимания к определенным мыслям или представлениям, причем больные могут это даже осознавать (повышенная избирательность внимания).

Парапрозексии (извращение внимания) бывают иногда у здоровых людей, когда ожидание какого-либо события в условиях нервного напряжения становиться тормозом для адекватного отражения этого события в сознании. В психопатологии под парапрозексиями обычно понимают дисфункции внимания диссоциативного характера, сходные с таковыми и в других сферах психической деятельности у больных при шизофренических расстройствах.

Модально–неспецифические нарушения внимания распространяются на все виды внимания. При поражении нижних, глубинных отделов неспецифических структур мозга больше страдает непроизвольное внимание. При поражении верхних, корковых отделов неспецифической системы мозга больше страдает произвольное внимание, а непроизвольное — усиливается (“полевое поведение”).

Модально–специфические нарушения внимания проявляются только в зрительной, слуховой, тактильной или двигательной сферах. При этом больной игнорирует (не замечает) один из двух одновременно предъявляемых с разных сторон стимулов, хотя их раздельное опознание не нарушено. Такие нарушения внимания обычно возникают при локальной патологии корковых отделов анализаторных систем чаще правого полушария мозга.

Вопросы для повторения

1. Как можно сформулировать определение внимания и каковы его основные функции?
2. Каким образом классифицируют внимание по его формам и уровням?
3. Чем отличается вторичное непроизвольное внимание от послепроизвольного внимания?
4. Какими параметрами описываются качественные характеристики (свойства) внимания?
5. Что такое явление неполного переключения внимания и каким образом его можно выявить?
6. Что включается в понятие физиологически обусловленная отвлекаемость внимания?
7. Каковы особенности внимания у детей в норме и как проявляются нарушения внимания в детском возрасте?

8. Какую роль играет неспецифическая система мозга в механизмах внимания и какие расстройства внимания возникают при ее повреждениях на различных уровнях?
9. Какие нейрофизиологические механизмы могут лежать в основе произвольных форм внимания у человека?
10. Каким образом формируется такое качество личности как внимательность и каковы причины невнимательности как личностного свойства?
11. Какими медицинскими терминами описываются основные группы количественных и качественных нарушений внимания?
12. Могут ли возникать парапрозексии у психически здоровых лиц?
13. Чем отличается истощаемость внимания от рассеянности и сужения объема внимания?
14. Для каких локальных поражений мозга характерно ослабление произвольных форм внимания с параллельным усилением непроизвольного внимания?
15. При каких локальных поражениях мозга возникают модально–специфические нарушения внимания?
16. В чем заключается различие между прямыми и косвенными методами изучения объема внимания?
17. Каким образом исследуется переключаемость, концентрация и устойчивость внимания?
18. Какие особенности внимания изучаются методикой поиска скрытых слов в буквенном тесте немецкого психолога Мюнстерберга?

ГЛАВА 9

СОЗНАНИЕ

Общая характеристика и основные понятия

Сознание выступает объектом исследования многих наук (философия, антропология, социология, психология, педагогика, физиология), круг которых все более расширяется. Однако свести воедино научную информацию, получаемую всеми этими дисциплинами, чрезвычайно трудно и в силу этого существует множество толкований термина "сознание".

Философское определение сознания. В философии понятия "сознание" и "материя" рассматриваются как две основные разновидности бытия, сущности вообще. На всем протяжении изучения философской категории "бытие" наиболее острой была и остается проблема соотношения этих двух основных типов реальности — объективной (материальной) и субъективной (идеальной), из которых одна предшествует другой и порождает ее (*идеализм и материализм*). А может быть в мире существует не одно, а два начала: материальное и идеальное. Они независимы, вечны, не сводимы и не выводимы друг из друга — развиваются по своим законам, хотя и взаимодействуют (*дуализм*).

В материализме признается первичность материи, а сознание возникло в результате длительной эволюции живого. Совершенствование нервной системы послужило основным источником развития психики и сознания. Эти новые свойства нервной системы приобретались в результате приспособления к среде и закреплялись в генотипе.

Решающим для формирования сознания человека стало *изготовление им орудий труда и появление языка*. Только с возникновением сознания у человека появилась способность *выделять себя из природы*, познавать и овладевать ею.

Индивидуальное сознание человека формируется в процессе воспитания, усвоения им выработанных за длительное время существования человечества понятий, взглядов и социальных норм, причем это усвоение требует опоры на непосредственные впечатления от предметов и явлений действительности.

На определенном этапе развития индивидуального сознания у него появляется *рефлексивная способность*, т.е. готовность сознания к познанию собственных психических процессов и самого себя. Рефлексия является совершенно необходимой характеристикой сознания, которую признают все исследователи. Без рефлексии человек не мог бы иметь даже представления о том, что у него есть психика.

> Психика как бы спонтанно появляется на определенном этапе развития живой материи и в этом, возможно, заключается слабость материалистической точки зрения. Существуют и другие методологически сложные для разрешения материалистическими науками задачи, касающиеся объяснения связей и зависимостей психического от материального. К ним относятся психофизиологическая проблема, определение анатомо-физиологического субстрата целого ряда идеальных (психических) явлений — личностный смысл и значение языковых форм, разум и сознание, воля и рефлексия (Немов Р.С., 1994).

Психологическое определение сознания. В психологии предпочтение отдается определениям, которые могли бы отграничить сознание от других психологических понятий, т.е. мышления, внимания, воли и прочих, хотя сознание как таковое не существует вне всех этих психических процессов. В психологии понятие "сознание" более служит для определения сущности *особого качества протекания* психической деятельности: осознано протекающие психические процессы четко и ярко субъективно переживаемы, узнаваемы, управляемы и подотчетны. При этом возникает возможность выбора и направления их в сторону решения задач, которые мы себе ставим. Другими словами, *сознание является особой формой психического отражения у человека, интегрирующей в себе все другие психические процессы, обеспечивая их взаимодействие, т.е. сочетанность, последовательность, непрерывность и целенаправленность их протекания.* Достаточный уровень развития отдельных высших психических функций в их тесном взаимодействии формирует у человека внутреннее отражение внешнего мира, его модель. Направляющее влияние этой модели на поведение и воспринимается человеком как сознание.

> Системный подход утверждает, что любая функционирующая система приобретает свойства, не присущие ее компонентам, так называемые системные или эмерджентные свойства исчезающие при разложении системы на элементы. С позиций нового философского учения, именуемого эмерджентным материализмом (Марголис Дж., 1986), сознание рассматривается как *эмерджентное свойство мозга*. Возникая как эмерджентное свойство мозговых систем, начиная с некоторого, пока неизвестного уровня их консолидации, сознание приобретает уникальную способность выполнять функцию нисходящего контроля над нейронными процессами более низкого уровня, подчиняя их работу задачам психической деятельности и поведения (цит. по Марютина Т.М., Ермолаев О.Ю., 1998).

Таким образом, основными психологическими характеристиками сознания являются мысленное моделирование внешней действительности и рефлексия ("отражение отражения") с волевым управлением психическими процессами. Кроме того, сознание тесным образом связано с речью и без нее в высших своих формах не существует. Благодаря способности к речи у человека появляется возможность к передаче другим лицам того, что он знает, т.е. человеческое сознание обладает способностью к коммуникации. Хотя коммуникативные возможности есть у многих высших животных, но только человек способен передавать другим людям не только сообщения о своих внутренних состояниях (именно это главное в общении животных), но и знания, т.е. объективную информацию об окружающем мире.

Сознание — это высший уровень психического отражения действительности и саморегуляции, проявляющийся способностью личности отдавать себе ясный отчет об окружающем, о настоящем и прошлом времени, принимать решения и в соответствии с ситуацией управлять своим поведением.

> Долгое время в психологии единственным методом изучения сознания являлась *интроспекция* (самонаблюдение). Истоки возникновения этого метода лежат декартовском тезисе о непосредственном постижении мыслей. Однако, основные положения ее выдвинуты Сократом, а детально разработаны английским философом *Джоном Локком* (1632-1704). Последний считал, что объекты внешнего мира познаются внешними органами чувств, а вот деятельность нашего ума познается с помощью особого внутреннего чувства — рефлексии. При рефлексии возникает своеобразная раздвоенность, "удвоение" сознания — человек что-то делает (размышляет, переживает) и одновременно наблюдает за тем, что он делает.

Вклад В. Вундта, его последователя “строгого интроспекциониста” Э.Б. Титченера (1867–1927) заключается в проведении экспериментов с помощью самонаблюдения. Эксперименты по внутренней перцепции проводились Вундтом со строжайшим соблюдением установленных им же правил. Определив предмет и метод новой психологии сознания Вундт в общих чертах набросал и ее задачи: 1) проанализировать процессы сознания посредством исследования его основных элементов; 2) выяснить как эти элементы соединяются; 3) установить законы, согласно которым такое соединение происходит. Так Вундт заложил начала научной психологии, которую позже, не без активного участия его ученика Э.Б. Титченера, обозначили как структурная психология сознания (*структурализм*). Принцип ассоциации, который они использовали для объяснения объединения первичных элементов сознания в сложные его составляющие, был распространен на всю область психического (*ассоциативная психология*).

Можно выделить два основных слоя сознания (Выготский Л.С., 1924; Зинченко В.П., 1991):

1) *Бытийное сознание* (сознание для бытия, экстравертированное сознание) — выполняет свои функции при организации текущего поведения, где необходима актуализация нужного в данный момент времени чувственного образа и нужной двигательной программы;

Чувственная ткань сознания — это строительный материал образа, поступающий из сенсорных блоков и памяти.

Биодинамическая ткань сознания — это наблюдаемая и регистрируемая внешняя форма живого движения, которая активизируется под влиянием внутренней, сознательной программы его.

2) *Рефлексивное сознание* (сознание для сознания) — более соотносится с значением и смыслом для человека содержаний общественного сознания, т.е. того мира идей, понятий, житейских и научных знаний, которые он усвоил.

Значение — понимается как содержание общественного сознания, всего того, что осваивает человек, овладевающий родным (или чужим) языком. Так, для всех говорящих на русском языке “кошка” — это одно и то же животное, то есть все мы владеем значением этого слова.

Смысл — содержание его относится и к сфере бытия, и к сфере сознания. Оно позволяет утверждать, что сознание есть не только знание, но и отношение человека к сфере бытия. Смысл всегда рождается в конкретной ситуации конкретным человеком: так слово “кошка” может означать совсем не животное, а человека с соответствующим смыслу этого слова поведением.. Но только тому ситуативному смыслу, который придаст этому слову употребляющий его конкретный человек.

Процессы взаимной трансформации значений и смыслов выступают средством диалога и взаимопонимания. Бытийный и рефлексивный слои сознания находятся в тесной взаимосвязи. Каждый из них выполняет свои функции и при решении различных жизненных задач может доминировать либо один, либо другой.

Эпицентром сознания является *сознание собственного “Я”*, или сознание самости, самосознание. Осознание себя в качестве устойчивого объекта предполагает внутреннюю целостность, постоянство личности. Мы всегда остаемся сами собой вне зависимости от меняющихся ситуаций. Ощущение человеком своей единственности, самоидентичности поддерживается непрерывностью его переживаний во времени: мы помним свое прошлое, переживаем настоящее, имеем надежды на будущее. Главная функция самосознания — сделать доступным для собственного понимания мотивы и результаты своих поступков, оценить себя (самооценка). Общим интегральным измерением “Я” здесь выступает самопринятие и самоуважение. Поддержание приемлемого для личности уровня самоуважения

составляет важную и, как правило, неосознаваемую функцию самосознания. Одним из способов реализации данной функции и являются защитные механизмы личности (механизмы психологической защиты).

Психическая жизнь человека постоянно находится под влиянием двух противоположных тенденций. С одной стороны, это тенденция собственной жизни, связанная с необходимостью реализовывать возможности своего сознания и самосознания. С другой стороны, так как человек живет среди других людей, существует тенденция, связанная с направленным воздействием окружающих на параметры его психической жизни, прежде всего на параметры сознания, являющимися глобальными характеристиками психической жизни. Если один полюс можно обозначить как собственная психическая жизнь, то другой полюс по сути образно можно обозначить как психическая смерть по собственной воле или под влиянием манипуляции (Шосттром Э., 1996). Примеры психической смерти можно встретить в художественной литературе, хрестоматийный образец — герой рассказа А.П. Чехова "Человек в футляре".

Существуют и промежуточные варианты в этом континууме: перекладывание ответственности на обстоятельства, полное отрицание возможности изменчивости сознания с верой во все иррациональное, фантомное сознание или "жизнь чужим умом", приобретенная беспомощность с занятием позиции просителя и потребителя ("энергетический вампир"), машинообразное сознание (робот, "человек без психики") и другие. Например, как пишет Дж. Грэхем в своей книге "Счастливый невротик" (1993), невротическая личность даже может воспринимать себя вполне счастливой. Это происходит по причине устойчивости, которую дает невроз, той формы его психической жизни, которая воспринимается им как единственно целесообразная и позволяющая выстраивать отношения с другими людьми. А в итоге — отказ от усилий по созданию собственного сознания, от усилий по реализации своего потенциала

Определение сознания в медицине. В медицине, в частности в психиатрии, традиционно расстройства сознания противопоставляются "сознательности" или "ясности сознания". Значение понятия "ясное сознание", как писал немецкий психиатр Э. Блейлер (Bleuler, 1920), для всех понятно, хотя научно точно его определить трудно. Главная масса психических функций при этом протекает удовлетворительно, особенно тех, которые касаются ориентировки, а сам пациент способен достаточно толково отвечать на вопросы и примечать (Ясперс К., 1963). Понятие "ясность сознания" в медицине важно потому, что один и тот же симптом у "сознательного" больного (при "ясном сознании") приобретает совсем другое значение при расстройствах сознания — нарушениях его "ясности". Например, самые спутанные бредовые идеи сами по себе не имеют самостоятельного отрицательного прогностического значения, если наблюдаются при нарушенном, сумеречном состоянии сознания. Тот же симптом у сознательного больного указывает на тяжелое, обычно шизофреническое состояние.

Данное толкование понятия ясности сознания в медицине поддерживали такие видные отечественные психиатры как С.С. Корсаков, В.М. Бехтерев, В.П. Осипов, Е.С. Авербух, Л.Л. Рохлин и другие. Действительно, если строго ориентироваться на психологические критерии определения сознания, то в практике медицины существенно расширится круг патологических состояний, при которых нужно признавать нарушения сознания. Тогда сюда надо включать все психические состояния и заболевания, которые сопровождаются слабоумием, т.е. снижением интеллекта с тотальным или частичным оскудением содержания сознания. Кроме того, тогда сюда войдут и многочисленные патологические состояния, когда имеется лишь изолированное нарушение некоторых психических функций, например только мышления или только восприятия, где общий интеллект и все виды ориентировки грубо не страдают (хронические бредовые и галлюцинаторные психозы, другие патологические синдромы).

Таким образом, термином “ясное сознание” в медицине принято обозначать такое психическое состояние человека, при котором у него сохраняется способность отдавать отчет о месте, времени, окружающей обстановке, состоянии и образе действий собственной личности.

Следует помнить, что своеобразные нарушения ориентировки, которые не могут относится к критериям нарушения сознания, возможны и при патологии других психических процессов. Например при бреде возможно возникновение бредовой дезориентировки, при грубых расстройствах памяти — амнестической дезориентировки, а эмоций и воли — апатической дезориентировки. Эти и другие аналогичные нарушения непосредственно не связаны с первичными расстройствами сознания. Их следует отличать от таковых при истинной дезориентировке, связанной с расстройством сознания.

Человек, у которого ясное сознание, оценивает вновь поступающую в мозг информацию с учетом уже имеющихся у него знаний, выделяет себя из окружающей среды, сохраняет сложившуюся систему отношений к своему окружению и на основе этих данных управляет своим поведением. Он дает относительно четкие и адекватные ответы на вопросы врача, а выражение лица и взгляд его гармонируют с внутренним состоянием и окружающей обстановкой.

Не только психические, но и различные соматические заболевания, особенно протекающие с лихорадкой или серьезными нарушениями обмена веществ, могут вызвать различные расстройства ясности сознания. Взгляд таких больных блуждающий, внимание рассеяно и контакт с ними крайне затруднен. Они дезориентированы в обстановке, могут не узнавать окружающих, а в тяжелых случаях их речь и мышление отрывочны, спутаны.

Венгерский психиатр И. Харди (1988) образно сравнивал сознание с зеркалом, отражающим с соответствующей точностью внешний и внутренний мир. При расстроенном сознании, т.е. у больных с “запотевшим, грязным” зеркалом, блеск которого нарушен, а местами прерван — отражается “темная, нечистая, неясная картина”.

В отношении понятия “ясность сознания” время от времени на страницах медицинской печати развертывались оживленные дискуссии. Сторонники более расширительного понимания термина “ясность сознания” не могут согласиться с тем, что в философии и конкретных науках, а именно в психологии и психиатрии, нет идентичности в понятии “сознание” (Случевский Ф.И., Меграбян А.А., Васюков Н.М. и другие). Это, по их мнению, приводит к представлению о существовании у человека сознания независимо от мышления и других психических процессов. Кроме того, сохранение данного термина ведет к парадоксу — возможности сочетания “ясного сознания” с тяжелым расстройством логического мышления и даже распадом личности с нелепым поведением.

СОДЕРЖАНИЕ СОЗНАНИЯ И УРОВЕНЬ БОДРСТВОВАНИЯ

Для правильного понимания и использования в медицине понятия “сознание” (психофизиология сознания) следует особо подчеркнуть, что сознательное поведение человека реализуется и обеспечивается сохранностью и оптимальным взаимодействием двух главных его составляющих: содержанием сознания и уровнем бодрствования.

Содержание сознания. Психологов, которые изучали *методом интроспекции* сознание, всегда поражало разнообразие его содержаний даже у одного и того же человека, но они все же отметили, что в “поле сознания” всегда отчетливо выделяется центральная область (“фокус сознания” или “поле внимания”), а за ее

пределами — “периферия сознания”, содержания которой смутны и неотчетливы. Все процессы сознания также можно разделить на два больших класса: произвольные и непроизвольные. Затем обратили внимание на то, что все содержания сознания находятся в непрерывном движении, причем одни из них сохраняются дольше (если мы сосредотачиваемся на них), а другие скоротечны и изменчивы. Известный психолог В. Джеймс это непрерывное движение и изменение состояний и содержаний сознания отразил в понятии “поток сознания”. Поток сознания остановить невозможно и миновавшее состояние уже никогда не повторяется. Тождественным может быть только объект внимания, а не впечатление о нем.

Австрийский психолог В. Вундт демонстрировал свойства сознания с помощью простого прибора — метронома. Его звуки в нашем восприятии непроизвольно ритмизируются в такты. Если направить свое внимание на эту ритмическую организацию звуков, то ее можно произвольно менять — по два, три и более звуков в такте. Доступной оказывается и произвольная расстановка акцентов в звуковых рядах — “усиление” звучания первого, второго или иных щелчков в такте. Следует заметить, что никакого реального усиления звуков или организации их в такты сам прибор не производит.

Вундт изучал еще одну важную характеристику сознания — его объем, т.е. какое количество отдельных впечатлений может вместить сознание одновременно. Оказалось, что если звуки организовывались в простые такты по два звука, то человеку удавалось без ошибок сравнивать ряды по 8 пар (объем 16 звуков). Однако, если он произвольно организовывал такты из 8 звуков, то он различал 5 таких тактов (объем 40 звуков). Отсюда можно полагать, что сознание может почти беспредельно насыщаться некоторым содержанием, если оно активно объединяется во все более и более крупные структурные единицы. Процессы такого объединения и организации названы Вундтом “актами апперцепции”. Отдельные впечатления (в данном случае звуки) он назвал ощущениями, а их субъективную организацию (сложные элементы) — восприятиями. Все они, в терминологии В. Вундта, являются объективными элементами сознания, но есть еще и субъективные элементы — чувства, эмоции (“трехмерная теория чувств”).

В настоящее время метод интроспекции, как научно обоснованный, подвергнут сомнению, однако данные самонаблюдения о своих психических состояниях очень важны в практике. Они не только сугубо субъективны, но одновременно являются и фактами сознания, о которых человек знает в силу их свойства быть *непосредственно открытыми только ему*. Описания своего внутреннего состояния, мыслей и переживаний являются в психиатрии частью так называемого *“субъективного” (со слов больного) анамнеза* и могут быть подвергнуты соответствующему научному анализу в сопоставлении с результатами врачебного осмотра и наблюдения, а также данными *“объективного” анамнеза* — сообщения родственников и иных лиц о поведении больного.

В клинической практике при оценке содержания сознания в каждом конкретном случае следует исходить из того, что оно представлено следующими основными компонентами:

1. Совокупностью знаний человека об окружающем мире с сохранностью процессов познания — предметное сознание;

2. Совокупностью знаний о самом себе со способностью отделения “Я” от “не–Я” — самосознание, которое включает самооценку своего физического (телесного) “Я” и своей личности — психического “Я”;

3. Наличием адекватных эмоциональных оценок и переживаний в отношениях с окружающими миром, людьми и самим собой;

4. Наличием возможности постановки целей (целеполагания) и возможности сосредоточения при организации психической и иной деятельности.

Состояние бодрствования. Активное бодрствование — другой важный аспект сознания, который близко, по крайней мере внешне, связан с явлениями пробуждения. Познавательная деятельность невозможна, если уровень бодрствования не достигает определенного, *оптимального уровня*. Противоположным состоянию бодрствования является обычный *сон*. При его достаточной глубине у человека резко понижены функции анализаторов и он лишен сознания.

Сон и бодрствование являются взаимосвязанными сторонами одного цикла. Цикл "сон–бодрствование" тесно связан с нейрофизиологическими механизмами активации, которые в настоящее время являются достаточно хорошо исследованными ("энергетический" блок мозга). Известно много различных факторов и патологических состояний, которые меняют или нарушают режимы активации мозга, приводя к различным расстройствам механизмов бодрствования и сна.

При пробуждении от глубокого сна или при выходе из глубокого обморока восстановление сознания происходит поэтапно. Эти этапы обычно очень короткие и сменяют друг друга в какие-то мгновения, но некоторые люди их фиксируют и могут запомнить. А.Ф. Лазурский (1925) отметил три особенности восстановления сознания после сна: восстановление порогов восприятия (1), восстановление связи восприятия с окружающей действительностью (2), восстановление связи впечатлений с собственным "я", собственной личностью (3).

Физиолог А.А. Герцен, сам страдавший обмороками, еще в 1890 году оставил подробное описание такого поэтапного восстановления сознания. Он писал (цит. по Бахур В.Т., 1986), что первоначально на фоне бессознательного появляется неопределенное чувство бытия, но не имеющее никакого отношения к индивидуальности, но и без различения от внешнего мира ("безличное сознание"). Это чувство может быть приятным, если нет условий для боли, но оно может быть и очень неприятным, если есть источник боли. Затем человек постепенно начинает видеть и слышать, но ему кажется, что звуки и цвета рождаются внутри его и каждое из ощущений чувствуется изолированно, калейдоскопично. В последующем начинает осознаваться собственное "я" — происходит как бы отделение "я" от внешнего мира, хотя еще отсутствует понимание ситуации и причинно-следственных отношений. Лишь на последнем, четвертом, этапе наступает полное восстановление сознания с ясным пониманием личного "я" и окружающего мира.

Простейшее, безотносительное чувство *"бытия вообще"*, появляющееся на самой ранней стадии восстановления сознания, считают первоосновой, базисом сознания и самосознания. Об этом писали еще в конце прошлого и начале нашего столетия В.М. Бехтерев, Т. Рибо, А. Галич, С.С. Корсаков и другие исследователи сознания.

Таким образом, наиболее важными обобщенными характеристиками сознания, требующими оценки в повседневной врачебной практике, являются следующие:

1. Степень ясности сознания, т.е. уровень бодрствования (или луцидность);
2. Объем сознания, т.е. широта охвата явлений окружающего мира и собственных переживаний. Условно он подразделяется на предметное сознание (осознавание окружающего мира) и самосознание (осознавание соматического и личностного "Я");
3. Непрерывность сознания, т.е. его текучесть со способностью непрерывного осознавания и оценки прошлого, настоящего и будущего;
4. Содержание сознания, т.е. полнота, адекватность, критичность оценки используемых запасов памяти, мышления и эмоциональных отношений;
5. Активность сознания, т.е. способность к произвольному избирательному сосредоточению сенсорной, интеллектуальной или двигательной активности на актуальных и индивидуально значимых внешних и внутренних явлениях (связь с механизмами внимания и волевой активности).

ФОРМИРОВАНИЕ СОЗНАНИЯ В ОНТОГЕНЕЗЕ

Сознание от момента рождения ребенка до зрелого возраста проходит несколько периодов своего становления (Ушаков Г.К., 1973).

1. Бодрствующее сознание (8-10 месяцев). В первый год жизни ребенок много спит и его сознание проявляется только периодами бодрствования. Постепенно, в периоды бодрствования появляются первые "реакции выбора наиболее удовлетворяющих ситуаций". Например, можно заметить, что ребенок явно предпочитает находится на руках у матери или засыпать при покачивании. Можно также заметить, что начинаются попытки исследования (сравнения и сопоставления) объектов окружающего мира. Такого рода реакции и составляют первые элементы сознания, т.к. свидетельствуют о начале формирования и развития отношений ребенка к среде и начале выделения своего тела из окружающего. Ряд исследователей заметили и описали в этом возрасте своеобразные состояния "сытого бодрствования" ("автаркия" по О.П. Партс с соавт.), при которых ребенок не реагирует даже на слова матери, хотя и не спит, а мимика его выражает полное удовлетворение. Полагают, что в этом возрастном периоде в мозге активно происходят процессы формирования "схемы" тела: импульсы, приходящие из различных частей тела, фиксируются в прогрессивно созревающих мозговых структурах. Формирование в мозге структур в виде "схемы тела" закладывает основу будущего самосознания.

2. Предметное сознание (от 10-12 месяцев до 3 лет). В этом возрасте главную роль играют непосредственные впечатления действительности. Формирование сознания более связано с развитием первых образных представлений, образного мышления и речи. Однако ребенок еще не выделяет себя из окружающего и в его речи отсутствует местоимение "Я". Однако рудименты самосознания в виде употребления личного местоимения "Я" и соотнесения с собой собственных действий и действий окружающих (высказывания типа "я упал", "дай мне") появляются уже на 2–3-м году жизни. В зеркале он начинает узнавать других людей в 8 мес., а себя лишь в 26 мес. На фотографиях других людей он узнает в 1,5 года, а себя — значительно позднее.

4. Индивидуальное сознание (от 3-4 до 7-9 лет). Знаменуется появлением у ребенка сознания своего "Я" и началом развития самосознания. Возможность выделения себя из окружающей среды становится возможной в связи с уже достаточным развитием первых представлений ребенка о пространстве и времени. Сознание собственного "я", сугубо индивидуальное в начале, в последующем претерпевает изменения по мере расширения общения ребенка со сверстниками и близкими.

5. Коллективное сознание (от 7-9 до 14-16 лет) — характеризуется появлением в сознании ребенка к 7-9 годам новых качеств. Знание о предметах действительности и о себе начинает сочетаться со знанием простейших форм отношений и взаимосвязей между собой и коллективом сверстников. Обучение в старших классах школы сопровождается участием подростков в общественных событиях и появлением у них общественного, социального сознания. Все эти новые качества сознания обеспечивается началом постепенного перехода после 3-4 лет от представлений об объектах пространства воспринимаемого (реального) к формированию представлений об объектах своего внутреннего мира, т.е.

пространства интрапсихического, субъективного (представляемого и воображаемого).

6. Рефлексивное сознание (от 14-16 до 22 лет) — характеризуется совершенствованием сознания и приобретением им качеств, которые создают основу для научного мышления. Постепенно сознание приобретает возможность не только к созданию некой внутренней модели (фотографии) мира, но и как бы "рассматривания" изнутри полученной картины ("отражение отражения"). Таким образом, при рефлексии (от лат. reflexio — обращение назад) сознание обращается на самое себя и происходит размышление над своими психическими состояниями. Рефлексия знаменует окончательное становление самосознания.

> В психологической литературе описываются случаи более медленного развития самосознания у однояйцовых близнецов, воспитывающихся вместе. Они долго откликаются на имя своего собрата–близнеца и правильная ответная реакция у них устанавливается лишь после 2-х лет. У близнецов чрезвычайно выражена *эмоциональная синтонность*, т.е. переживание за своего собрата как за самого себя (сопереживание). В зеркале близнец начинает узнавать себя лишь в возрасте от 3 до 4 лет, а до этого смешивает свое отражение с отражением своего партнера (Zazzo R., 1960).

Таким образом, в онтогенезе из сознания предметного, воспринимающего постепенно вырастает самосознание, которое, в свою очередь, также претерпевает сложное развитие: от сознания своего телесного, соматического "Я" — до сознания психического "Я". Последнее, на своих высших этапах (рефлексия) находит выражение в способности индивидуума контролировать адекватность, целостность, последовательность, завершенность своих психических процессов и умение их направлять на решение главных задач, стоящих перед человеком.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СОЗНАНИЯ И БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО

Понятия "сознательное" и "психическое" не равнозначны. Нельзя считать, что все психические процессы у человека в каждый данный момент включены в сознание. В психике часто выделяют три взаимодействующих уровня:

сознательный — осознаваемое актуальное содержание мыслей и переживаний;

подсознательный — содержание, переходящее в нужный момент на сознательный уровень;

бессознательный — инстинктивные механизмы и личное бессознательное (неосознаваемая мотивация аффективных и других общих реакций).

В зоне ясного сознания находит свое отражение лишь малая часть всех одновременно приходящих из внешней и внутренней среды организма сигналов. Сигналы, попавшие в зону ясного сознания, используются человеком для осознанного управления своим поведением.

Остальные сигналы также используются организмом для регулирования некоторых процессов, но на подсознательном уровне. Большинство физиологических процессов (например, процессы обмена веществ), вообще не осознаются, другие (сердцебиение, дыхание) могут быть частично осознаны, если направить на них свое внимание. Сознание не участвует и в таких безусловно рефлекторных реакциях, как моргание или отдергивание руки при уколе, хотя можно сознательно тормозить, задерживать эти реакции. Сознание практически не участвует и в таких автоматизированных действиях как ходьба или езда на велосипеде. Здесь речь не идет о выборе направления, а о самих двигательных

актах, хотя иногда, задумавшись, человек может автоматически (бессознательно) обходить препятствия.

На неосознаваемом уровне могут протекать и некоторые психические процессы. Мы можем частично воспринимать и запоминать предметы и звуки, на которые наше внимание не было сознательно обращено. При мышлении человек иногда не всегда может дать себе ясный отчет, каким именно образом он пришел к определенному заключению. В таких случаях мы говорим об *интуиции*, т.к. начало мышления и его завершение (вывод) осознаны, но вся промежуточная часть цепочки мыслительных операций человеком не осознается. Особенно велика роль неосознаваемых психических процессов в возникновении и проявлениях эмоций и чувств. Во многих случаях человек не может дать обоснование на уровне сознания причинам антипатии или симпатии к кому-либо в своем окружении или чувству страха каких-то предметов и явлений.

Взаимоотношения между осознаваемыми и неосознаваемыми психическими процессами очень сложны. Многие наблюдения психологов, особенно при изучении явления установки (Узнадзе Д.Н., 1966), показали, что в каждый данный момент в зону ясного сознания попадают преимущественно те моменты, которые создают *затруднения* для продолжения прежнего режима регулирования. Возникшие затруднения привлекают внимание и таким образом осознаются. Осознание затрудняющих регуляцию или решение задачи обстоятельств способствует нахождению нового режима регулирования или нового способа решения, но как только они найдены, управление вновь передается в подсознание. Происходит как бы непрерывная передача управления, постоянное взаимодействие сознания и подсознания.

Отсюда допускают, что сознательное управление *пошаговое* (поэтапное, дискретное) и сознание привлекается к данному объекту только на относительно короткий интервал времени. Если сознание принудительно сосредотачивается на одном и том же монотонно изменяющемся содержании достаточно долго, то это автоматически приводит к снижению уровня бодрствования, возникновению сонливости и сна. Очень многие техники медитации и гипноза используют эти эффекты сосредоточенности на монотонных раздражителях с целью получения измененных состояний сознания.

Бессознательное — непременная составная часть психической деятельности каждого человека. Многие знания, отношения и переживания, составляющие внутренний мир человека, могут им не осознаваться, но определенным образом влиять на его поведение. З. Фрейд (1922) показал, что бессознательные побуждения часто лежат в основе очагов скрытого напряжения, которые могут порождать психологические трудности адаптации и даже заболевания. Длительные наблюдения за своими больными позволили З. Фрейду в начале 20 века выдвинуть психологическую концепцию влияния подсознательных влечений на человеческое поведение (психоанализ), которая значительно повлияла на становление современной психологии.

БОДРСТВОВАНИЕ И СОН — ОСНОВНЫЕ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ

Основными состояниями сознания являются состояние бодрствования (16 часов в сутки) и состояние сна (8 часов в сутки). Эти состояния объединены в суточном цикле “бодрствование–сон”, тесно связанном с процессами активации, функционированием первого блока мозга — “блока регуляции тонуса и бодрствования”.

Аппараты первого (“энергетического” по Лурия) блока мозга (ретикулярная формация, лимбическая система и медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга) регулируют два основных вида процессов активации: общие генерализованные изменения активации мозга, являющиеся основой различных функциональных состояний, и локальные избирательные активационные изменения, которые необходимы для осуществления высших психических функций.

Если физиологическая активация непосредственно связана с функциональной активностью центров первого блока мозга, то психологическая активация представляет собой продолжение физиологической активации и уже непосредственно связана с расшифровкой и истолкованием внешних сигналов. Разумеется, эффективность расшифровки внешних сигналов зависит не только от уровня бодрствования, но и актуального содержания сознания, т.е. от потребностей, вкусов, интересов и планов человека.

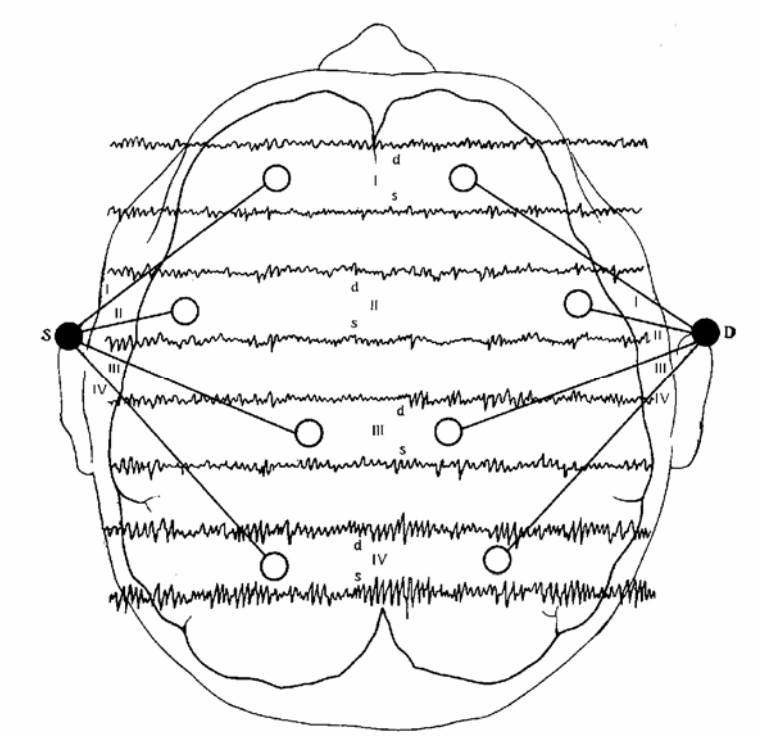
Высшее единство всех психических функций на уровне второй сигнальной системы требует, кроме активного состояния нервных клеток, наличия специфического характера нервных связей между ними. И.П. Павлов видел много общего в механизмах сознания и внимания. Так же как и во внимании, в механизмах сознания большое значение имеет явление доминанты. В коре головного мозга возникает очаг оптимальной возбудимости, а остальные участки коры затормаживаются. Такой очаг оптимальной возбудимости, как предполагал И.П. Павлов и показали последующие электрофизиологические исследования, постоянно перемещается по коре мозга в зависимости от изменения объекта сознания. И.П. Павлов образно так описывал этот процесс: “Если бы можно было видеть сквозь черепную крышку и если бы место больших полушарий с оптимальной возбудимостью светилось, то мы увидели бы на думающем сознательном человеке, как по его большим полушариям передвигается постоянно изменяющееся по форме и величине причудливо неправильных очертаний светлое пятно, окруженное на всем остальном пространстве полушарий более или менее значительной тенью”.

> Гипотеза о связи сознания с определенным участком коры (***концепция “светлого пятна”*** была впервые высказана И.П. Павловым в 1913 году. В настоящее время мы действительно можем видеть “сквозь черепную коробку” активные зоны с помощью новейших методов изображения живого мозга. Гипотеза И.П. Павлова не только пророчески подтвердилась, но и получила свое дальнейшее развитие в виде ***“теории прожектора”*** (Crick, 1984). Вся информация поступает в кору по сенсорным путям через переключательные ядра в дорсальном таламусе. Их возбудимость может быть избирательно изменена за счет влияния нейронов ретикулярного комплекса, входящего в вентральный отдел таламуса. Взаимоотношения между этими частями таламуса таковы, что в каждый данный момент (100 мс) одна из нейронных групп находится в высокой возбудимости и усиливает импульсный поток в соответствующий участок коры, в то время как другие нейроны таламуса заторможены. Область высокой импульсации коры как бы оказывается в зоне “прожектора”, являясь центром внимания. Благодаря перемещению “прожектора” становится возможным объединение разных участков коры в единую систему. Предполагается, что одновременно могут действовать несколько “прожекторов”, большую роль при этом играет синхронизация активности нейронных групп на одной частоте.

При изучении состояний сна и бодрствования большое значение имеют электроэнцефалографические исследования. Мозг состоит из более 10 миллиардов клеток, и каждая из них представляет собой как бы миниатюрную электрическую станцию, способную в возбужденном состоянии создавать ток действия.

Электрическую активность мозга впервые стали регистрировать в 1924 году с помощью электродов, прикрепленных к коже головы человека. Электрические потенциалы мозга отображаются графически в виде волн, записываемых на движущейся полосе бумаги. Австрийский психиатр Х. Бергер (1929) установил, что характеристики этих сигналов зависят от состояния испытуемого.

При низкой активности мозга (дремотное состояние) большие группы нервных клеток разряжаются одновременно и эта синхронность отображается на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) в виде волн относительно низкой частоты и большой амплитуды: среднечастотных 8–12 Гц ***альфа***–волн, а также "медленных" волн диапазона ***дельта*** — 0,5–3 Гц и ***тета*** — 4–7 Гц. Напротив, высокая активность мозга связана с тем, что нервные клетки разряжаются в соответствии со своим ритмом работы, в силу чего электрическая активность мозга становится асинхронной и на ЭЭГ регистрируется в виде "быстрых" волн диапазона ***бета*** — волн высокой частоты (13–26 Гц) и малой амплитуды, причем амплитуда быстрых волн уменьшается по мере того, как усиливается мозговая деятельность.



Основные отведения при записи электроэнцефалограммы

Важное значение при регистрации ЭЭГ имеет расположение электродов на черепе испытуемого. При записи ЭЭГ используют два основных метода: биполярный и монополярный. В первом случае оба электрода помещаются в электрически активные точки скальпа, во втором — один из электродов располагается в точке, которая условно считается электрически нейтральной (мочка уха, переносица). Международной федерацией обществ ЭЭГ принят стандарт расположения электродов на черепе — система "10–20", которая позволяет точно указывать место расположения электродов. Интервалы между электродами по этому стандарту составляют 10 или 20% расстояния между серединой переносицы и затылочным бугром, а также левой и правой ушными ямками.

Состояние бодрствования. Бодрствование является состоянием неоднородным и его можно условно подразделить на следующие три стадии:

1. ***Напряженное бодрствование*** соответствует периодам самой интенсивной умственной деятельности — на ЭЭГ фиксируется низкоамплитудная быстрочастотная активность (бета–ритм, 15–40 колебаний/с);

2. ***Нормальное бодрствование*** не связано с творчеством и особыми эмоциями не окрашено, а на ЭЭГ бета–ритм периодически замещается среднечастотным альфа–ритмом (8–14 колебаний/с);

3***. Расслабленное бодрствование*** в своей крайней степени является переходным ко сну на фоне внутреннего созерцания: человек еще не спит, но уже отрешен от внешнего мира и углублен в себя. На ЭЭГ доминирует ритм спокойного расслабленного бодрствования — альфа–ритм.

Стадии напряженного и нормального бодрствования иногда называют уровнем *экстравертированного* (или "поверхностного") сознания, восприятия и принятия решений. Расслабление способствует "самосозерцанию" (интроспекции) с углублению в мир личных переживаний и измененных состояний сознания, когда затрудняется связь с внешней действительностью и временем и где укореняется глубинное "Свое" (Годфруа Ж., 1992).

Таким образом, сознание — это мозаика состояний, которая играет более или менее значительную роль как во внешнем, ток и во внутреннем равновесии индивидуума. Обработка информации человеком существенно меняется в зависимости от уровня бодрствования. Поведение будет тем эффективнее, чем ближе будет уровень бодрствования (активации) мозга к некоторому *оптимуму* — он не должен быть ни слишком низким, ни слишком высоким. При более низких уровнях готовность человека к действию уменьшается и он вскоре засыпает, а при более высоких человек будет больше взволнован и напряжен и его поведение может даже полностью дезорганизоваться.

Состояние сна. Во сне человек проводит почти треть своей жизни. Лишенный сна человек погибает в течение 2–х недель. Лишение сна на 3–5 суток вызывает у человека непреодолимую потребность во сне. Человек теряет способность к сосредоточенному вниманию, могут возникать различные нарушения моторики (тремор и тики), возможны галлюцинации. Периодический ежесуточный сон взрослого человека, как правило, является монофазным (бодрствование и сон приурочены к суточной смене дня и ночи), иногда дифазным (дважды в сутки), а у маленького ребенка наблюдается полифазный тип сна (в 3–5 мес. жизни ребенок обычно спит 17–18 час, а в 2–3 года — 12 час).

> У некоторых животных наблюдается *сезонный сон* (спячка), обусловленный неблагоприятными для организма условиями среды (холода, засухи и т.п.). Все другие виды сна (наркотический, гипнотический и патологический) являются следствием нефизиологических воздействий на организм человека или животного.
>
> *Наркотический сон* может быть вызван различными веществами: вдыханием паров эфира и хлороформа, введением наркотиков, алкоголя и т.д. Подобный сон возникает и при воздействии на мозг прерывистого электротока слабой силы — электронаркоз.
>
> *Гипнотический сон* наступает под влиянием словесного воздействия гипнотизера, сосредоточением на монотонных раздражителях, гипнотическим действием обстановки.
>
> *Патологический сон* возникает при анемии мозга, мозговой травме, опухолевом поражением больших полушарий или некоторых участков ствола мозга. К явлениям патологического сна относятся и летаргический сон, снохождение и другие.

Далеко не всем людям требуется 7–8 часов ночного сна. Одни хорошо себя чувствуют после 4–5 часов сна, тогда как другим нужно 8–9 часов. Но какова бы ни была длительность сна, для всех людей характерна склонность всегда придерживаться одного и того же распорядка сна и бодрствования (у "жаворонков"

— подъем наибольшей работоспособности отмечается в ранние утренние часы, а у “сов” — поздно вечером). Экспериментально также показано, что чем ниже уровень бодрствования днем, тем хуже сон ночью. Биоритм сна и бодрствования — одно из важнейших звеньев сложной системы ритмов в природе и его надо рассматривать во взаимосвязи с другими биоритмами — месячного диапазона, околосуточными (циркадными) и биоритмами более короткими, чем сутки (ультрадианными).

Врожденный суточный ритм у человека несколько превышает время суток, поэтому путешествие с востока на запад, удлиняющее сутки, более физиологично. Перемещение же в обратном направлении увеличивает нагрузку на организм, обуславливает меньшую устойчивость к сдвигу суточного цикла. Для некоторых людей искажения суточного режима (например, смена графика работы или часовых поясов) становится причиной расстройства типа невозможности заснуть или сохранять бодрствование в соответствии с естественным суточным ритмом. Лицам с повышенной чувствительностью к сдвигам суточного ритма не должна рекомендоваться работа, связанная с повышенной ответственностью (диспетчера, операторы). Сдвиг графика работы должен осуществляться в более физиологичном направлении (день–вечер–ночь), а не в обратном порядке (день–ночь–вечер). Смену графика целесообразно производить не чаще, чем раз в 1–2 недели для более успешной адаптации. Для лечения дезорганизационного суточного ритма разрабатываются методики хронотерапии, корригирующие внутренние “часы” с помощью серий искусственных 26– или 27–часовых суток, постепенно приближающих циркадный ритм пациента к желаемому.

Деминым Н.Н., Коган А.Б. и Моисеевой Н.И. (1978) показано существование околомесячных циклов — “физического” (23 дня), “интеллектуального” (33 дня) и “эмоционального” (28 дней). Каждый цикл имеет отрицательную и положительную полуволну, отражающую соответственно отрицательный и положительный периоды самочувствия. Для положительного периода характерны подъем работоспособности, улучшение физического и эмоционального состояния, облегчение текущего заболевания, улучшение сна. Для отрицательного периода свойственны, наоборот, ухудшение работоспособности, эмоционального и физического самочувствия, обострение заболевания, ухудшение сна. Считается, что данные биологические циклы с рождения стабильны, что позволяет производить их расчет (Общее число дней с рождения до текущего дня разделить на число дней каждого цикла, т.е. 23, 28 и 33. Число, оставшееся сверх целого знака, будет показывать в какой фазе из циклов находится человек в данное время). Околомесячные ритмы сказываются на течении многих заболеваний, в частности, эпилепсии.

Суточные биоритмы особенно выражены в интеллектуальной деятельности, но они характерны и для многих физиологических процессов в организме (температура, частота пульса, величина артериального давления и др.). Многие физиологические показатели имеют свой максимум в 9-14 час. и минимум с 1 до 4 час. Максимум выделения адреналина у человека падает на 6-9 час. утра, а работоспособность органов кровообращения снижается 2-3 раза в сутки: в 13, 21 и 3 час. Рано утром (5-6 час.) и поздно ночью (2-4 час.) повышаются внутриглазное и внутричерепное давление.

Ультрадианные ритмы синхронизируются через каждые 90-120 мин., независимо от того, спит человек или нет. В этом ритме проявляются колебания внимания, уровня бодрствования, настроения, ритмы сокращений гладкой мускулатуры внутренних органов. Во сне — это фазовая цикличность, периоды возникновения сновидений, учащения пульса, аритмии дыхания и другие.

Методом электроэнцефалографии было показано, что сон также как и бодрствование состояние неоднородное и в его течении закономерно протекают по крайней мере две фазы, причем различие между ними так велико, что их называют даже разными видами сна: *“медленный” сон* (синхронизированный, без

сновидений) *и “быстрый” сон* (десинхронизированный, парадоксальный, REM-сон или сон “быстрых движений глаз” со сновидениями).

В классификации сна A. Loomis с соавт., предложенной еще в 30-х годах 20 века, именно стадии D и E стали часто обозначают как фазу “медленного” сна (длится примерно 70 минут), а стадию P — как фазу “быстрого”, парадоксального сна (длится 15-20 минут). При нормальном 8-часовом ночном сне фазы медленного и парадоксального сна много раз чередуются (цикл около 90 мин.).

Электроэнцефалографические показатели состояния сна

Стадия A	Исходная для засыпания	На ЭЭГ преобладает альфа-ритм (8-9 колебаний/с), характерный для состояния спокойного бодрствования, который прерывается десинхронизацией, отражающей напряжение внимания
Стадия B	Сонливость	ЭЭГ представляет собой почти ровную линию, т.к. преобладают низковольтные колебания разной частоты.
Стадия C	Поверхностный сон	На ЭЭГ появляются “сонные веретена” — группы волн с частотой 13-14 герц и амплитудой 30-50 мкВ, есть отдельные медленные волны. С появлением “веретен” происходит отключение сознания, но в паузы между ними человека легко разбудить.
Стадия D	Углубление сна — средней глубины дельта-сон	На ЭЭГ появляются гигантские (200-300 мкВ) медленные дельта—волны (1-3 колебаний/с), которые занимают от 30 до 50% всей ЭЭГ.
Стадия E	Глубокий дельта-сон	На ЭЭГ непрерывные ряды медленных волн дельта—ритма, которые занимают более 50% всей ЭЭГ. При пробуждении человек с трудом ориентируется и в наибольшей степени компрессирует время предшествующего сна (считает, что только что заснул)
Стадия P	Парадоксальный сон (ромбоцефальный).	Глубокий сон, сопровождаемый вздрагиваниями, движениями глазных яблок, сновидениями., на ЭЭГ — десинхронизация, напоминающая реакции внимания при бодрствовании, но более высокой частоты (до 40 колебаний/с).

Примечание. В 1957 году Dement и Kleitman предложили другую, но в принципе близкую классификацию, где медленный сон разделен на 4 стадии: 1 стадия соответствует A и B стадиям по Loomis, 2 стадия — C, 3 — D, 4 — E.

Фаза парадоксального (“быстрого”) сна интересна тем, что здесь активность мозга резко возрастает, как будто человек просыпается, ускоряется сердечный ритм и дыхание, глаза совершают быстрые движения под сомкнутыми веками, но в то же время человек находится в полной неподвижности вследствие резкого падения мышечного тонуса. Это обусловлено очень сложным механизмом тормозного контроля двигательной активности во сне.

В периоды парадоксального сна человек в 80-90% случаях видит яркие сны и испытывает сильные эмоции. Несмотря на электроэнцефалографическую картину, близкую к дремоте, пробудить их этой стадии человека не легче, чем из глубокого медленного сна. В этот период могут возникать и приступы снохождения — “лунатизм”. В онтогенезе продолжительность парадоксального сна снижается: у новорожденного он составляет 50% общей продолжительности сна, у ребенка до 2-х лет — 30-40%, от 2 до 5 лет — 20%, от 5 до 13 лет — 15-20%, у взрослых — от 15 до 25%.

Исследования показали, что за фазу быстрого сна ответственна определенная область ретикулярной формации, состоящая из гигантских клеток, разветвления которых заходят далеко в соседние области и приводят к активации сенсорных областей коры, особенно зрительной зоны, возбуждают высшие мозговые центры влечений и эмоций. Сновидения в этот период отражают мотивацию, желания человека и служат как бы символической их реализацией, разряжают очаги напряжения, возникшие из-за неоконченных дел и тревожных мыслей. В сновидениях отражается прошлая жизнь человека, его переживания (Фрейд З., 1933). Быстрый сон способствует стабилизации эмоционального состояния человека, а сновидения можно рассматривать как своеобразный дополнительный механизм психологической личностной защиты. Каждую ночь человек видит сны 4-5 раз, и "разглядывание" сновидений занимает в общей сложности от 1 до 2 часов. Люди, утверждающие, что они видят сновидения очень редко, просто не просыпаются в фазе сновидений.

О связи сновидений с бывшими впечатлениями убедительно свидетельствует тот факт, что в своих снах слепорожденные не видят зрительных сцен, а глухо–рожденные не слышат голосов и звуков. Другим источником сновидений могут быть текущие ощущения, в том числе и со стороны внутренних органов, включая интерорецептивные сигналы, не доходящие до сознания в состоянии бодрствования. Последнее обстоятельство может иметь значение во врачебной практике, так как первые симптомы нарастающего неблагополучия органов могут проявляются в сновидениях больных.

Медленноволновой сон сопровождается снижением вегетативного тонуса: сужаются зрачки, розовеет кожа, активность сердечной, дыхательной, пищеварительной и выделительной систем снижается. В противоположность этому во время пародоксального сна наступает "вегетативная буря". Дыхание становиться нерегулярным, меняется по глубине и ритму. Возможна остановка дыхания (например в ночном кошмаре). У мужчин на этой стадии наблюдается эрекция полового члена, возникающая не только у взрослых, но также и у младенцев.

Согласно гипотезе Хартмана (1978) сон играет важную роль и в информационных процессах — обработке и переводе накопленных за день впечатлений из промежуточной памяти в кратковременную, а затем в долговременную память. Причем период логической обработки информации сопоставляется с фазой "медленного сна", а пересылка ее в структуры долговременной памяти с фазой "быстрого сна".

В настоящее время большинство существующих гипотез относительно функционального назначения сна и отдельных его стадий можно свести к трем основным типам: 1) энергетическим, или компенсаторно–восстановительным, 2) информационным, 3) психодинамическим.

Согласно "энергетическим" теориям, во время сна происходит восстановление энергии, затраченной во время бодрствования. Велика здесь роль дельта–сна, продолжительность которого всегда следует за увеличением дневной нагрузки на человека. Именно на этой стадии сна продуцируется много анаболических нейрогормонов.

Информационные теории сна утверждают, что сон является следствием уменьшения сенсорного потока к ретикулярной формации. Здесь даже высказывается мнение, что нуждаются в отдыхе не клетки и ткани мозга, а психические функции: восприятие, сознание, память. Информация может "переполнить" мозг, поэтому нужно время сна для "записи" поступившей информации.

Согласно "психодинамическим" теориям сна, кора мозга оказывает тормозное влияние на саму себя и подкорковые структуры. Гомеостаз процессов и состояний мозга обеспечивается циклической сменой разных типов бодрствования и сна. В процессе регуляции осуществляется взаимодействие регулирующих мозговых систем — их

последовательное включение и выключение, которое обеспечивает периодичность состояний в цикле сон–бодрствование.

Нарушения сна. Существует множество различных нарушений сна, которые могут касаться как засыпания и пробуждения, так и отдельных фаз “медленного” и “быстрого” сна. Некоторые люди утверждают, что вообще не спят. Однако исследования показали, что они имеют так называемый “дробный сон”, продолжающийся всего несколько секунд в течение каждой минуты. Полагают, что подобный сон является своеобразным эволюционным регрессом (он наблюдается как обычное явление среди некоторых животных) и нарушает некоторые виды обработки информации.

Очень часто расстройства сна наблюдаются в детском возрасте. Полагают, что различные нарушения в биоритме сон–бодрствование у детей могут служить тонкими индикатором отклонений и неравномерности созревания нервной системы у них (Гольбин А.Ц., 1979). Следует помнить, что у младенцев иногда, в силу незрелости регуляторных структур мозга, могут наступать даже кратковременные остановки дыхания (сонные апноэ), которые чаще всего бывают причиной “синдрома внезапной смерти” младенца во сне. У более старших детей (4–7 лет) сходные состояния чаще возникают из-за кратковременных эпизодов расслабления мышц и механической обструкции дыхательных путей (аденоиды, искривления носовой перегородки, хроническая аллергия).

Отражают перестройки циркадного ритма сна в подростковом и юношеском возрасте и так называемый *синдром фазовой задержки сна* (DSPS), который встречается у 7% лиц этого возраста. Подросткам трудно засыпать до 2-3 часов ночи, но и просыпаются они соответственно позже. Однако этот тип сдвига фазы циркадных ритмов находится в прямом конфликте с аспектами дневной школьной программы подростков. Вынужденные рано вставать, они испытывают накапливающийся дефицит сна, что в свою очередь приводит к повышенной дневной сонливости.

В пожилом возрасте вновь могут изменяться циркадные ритмы бодрствование–сон. Чаще имеет место феномен фазового опережения сна: пожилые предпочитают раньше ложиться спать и рано пробуждаться. Изменяется и распределение сна в течение суток — сон становится похожим по ряду параметров на сон младенцев. Чрезмерная дневная сонливость и частые дневные засыпания у пожилых людей являются проявлением неудовлетворенной потребности в сне, отражают изменения в количестве и качестве ночного сна.

В пожилом возрасте вновь увеличивается распространенность связанных со сном нарушений дыхания. Здесь также иногда возникают сонные апноэ, но смешанного генеза, т.е. пусковым механизмом служит расстройство мозгового дыхательного центра, а обструкции дыхательных путей способствуют различные заболевания, особенно ожирение. У лиц, страдающих соными апноэ, в 2–3 раза выше вероятность развития инфаркта и инсульта. Полагают, что одной из причин внезапной смерти во сне могут служить нарушения сердечного ритма во время эпизода апноэ.

Проявлением нарушенного дыхания во сне является и храп. Он отмечается у 60% мужчин и 45% женщин старше 60 лет. Если человек часто просыпается от своего собственного храпа врач в ответ на его жалобы должен подумать о возможности наличия синдрома сонных апноэ.

Стереотипные движения во сне (яктации) — монотонные ритмические раскачивающиеся движения во сне у детей известны давно. Это качания, “биения”,

движения типа “челнока”, “складывания”, сосания пальцев и языка, периодические движения конечностей (синдром “беспокойных ног”) и другие.

Известно, что здоровые доношенные дети рождаются в состоянии, близком к пародоксальному сну, а медленный сон в онтогенезе развивается постепенно и для его созревания необходимы ритмические синхронизирующие раздражители типа сосания, укачивания. Полагают, что при нарушениях правильного созревания механизмов синхронизации естественные раздражители, “запускающие” сон, могут неадекватно усиливаться и возникает самоукачивание, сосание пальцев и другие стереотипные движения.

Пароксизмальные феномены во сне возникают неожиданно и протекают кратковременно по типу “взрыва” или завершенного цикла. Наиболее часто встречаются: сонные миоклонии (вздрагивания), бруксизм (скрипение зубами), ночные страхи или ужасы (внезапное ночное психомоторное однотипное возбуждение с аффектом страха или ужаса, но ребенок не пробуждается и ничего не помнит о происшедшем; их следует отличать от кошмарных сновидений), перемежающийся ночной приапизм (болезненная эрекция во сне), сонные апноэ (приступы удушья из-за остановки дыхания), энурез (непроизвольное мочеиспускание во сне) и другие. По мере взросления эти явления чаще всего проходят, что также свидетельствует о их связи с созреванием мозговых структур, ответственных за цикл “сон–бодрствование”.

Патология сложных форм психической деятельности во сне (обычно в глубокой REM–фазе первой трети ночного сна) проявляется сомнамбулизмом (снохождение, или “лунатизм”), сноговорением и кошмарными сновидениями (сновидения тесно спаяны с личностью, отражают дневные впечатления, хорошо помнятся и тяжело переживаются).

Статические феномены сна проявляются в различных странных позах, которые возникают во сне (поза с поднятыми руками, вниз головой, запрокинутой назад головой — “опистотонус”, сон в позе на корточках, сон с открытыми глазами и другие позы).

Нарколепсия и каталепсия. При нарколепсии наступают приступообразные (на 10-20 мин.) засыпания днем. При этом человек часто продолжает выполнять какие-либо действия автоматически, как при сомнамбулизме. После пробуждения воспоминания о случившемся не остается. Вероятно, нарколепсия — результат того, что мозг “перескакивает” через первые стадии сна и переходит сразу в стадию глубокого сна.

Каталепсия — разновидность нарколепсии и характеризуется внезапным расслаблением всех мышц и потерей контроля над положением тела. В этом случае, видимо, имеет место пропуск всех стадий медленноволнового сна и человек сразу из состояния бодрствования переходит в состояние, характерное для парадоксального сна, который сопровождается мышечной атонией.

Нарушения пробуждения часто проявляются каталептическими формами, выражающихся в том, что полностью проснувшись и прекрасно ориентируясь, человек не в состоянии некоторое время двигаться и говорить. У некоторых людей расстройства пробуждения заключаются в состояниях “опьянения сном” со своеобразным “продолжением” сна после пробуждения (сумеречные формы пробуждения). Они с трудом некоторое время ориентируются в окружающей обстановке, внимание не фиксируется, на вопросы отвечают невпопад и часто в соответствии с образами сновидений.

Постоянная сонливость (“летаргический” сон) и ***периодическая спячка*** могут наступить без видимых причин, но чаще они провоцируется физическим или умственным переутомлением, а также при действии отрицательных психогенных факторов. При тщательном обследовании лиц с патологической сонливостью у них обычно обнаруживается функциональная или органическая патология неспецифических активизирующих систем мозга. Медицине известны случаи многодневной периодической спячки и многолетнего летаргического сна.

Пациенты с постоянной (перманентной) сонливостью, предоставленные сами себе, быстро засыпают и могут спать сутками. Имеются описания случаев такой многолетней сонливости — летаргического сна. В одном медицинском сочинении 17 века рассказывается о греческом поэте Эпиминидесе из Креты, который якобы “проспал” в пещере 57 лет. И.П. Павлов наблюдал больного, который страдал сонливостью более 20 лет. Замечено, что в долгом летаргическом сне умственное развитие затормаживается. Так одна девочка заснула в 4 года и, проснувшись через 18 лет, попросила игрушек. Задерживается иногда и физическое старение, но после пробуждения физическое увядание происходит особенно быстро.

Периодическая спячка существенно отличается от летаргической сонливости. Сон здесь очень глубокий и продолжается от нескольких дней до 2-3 недель, а разбудить человека не удается даже на короткое время. Мышцы спящего расслаблены, артериальное давление понижено, на электроэнцефалограмме — сонные веретена. При *коматоподобном варианте периодической спячки* сон обычно длится 2-3 суток: организм заметно обезвоживается, больные убавляют в весе, а просыпаясь часто жалуются на головную боль и слабость. При *сомнолентном варианте периодической спячки* сон длится две или три недели, больные при этом временами просыпаются, ходят в туалет, съедают что-нибудь и немедленно засыпают снова.

Бессонница. Недостаточность сна часто возникает не только у больных при различных заболеваниях, но и беспокоит многих практически здоровых людей (жалобы такого рода предъявляют около 15% населения). Бессонница у последних тесно связана с тревожностью личности. Плохо спят обычно люди, обеспокоенные реальными или воображаемыми проблемами. Потребность во сне снижается и с возрастом. Самая многочисленная группа лиц, которых беспокоит бессонница, это люди с функциональными расстройствами нервной системы — неврозами. Нарушения сна встречаются также при депрессиях, при органических заболеваниях мозга (при поражении отделов, участвующих в регуляции сна и бодрствования) и ряде других заболеваний.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

В широком понимании нарушения сознания это такой вид расстройств психической деятельности при котором затрудняется и изменяется восприятие и адекватный анализ окружающей действительности и самого себя. В этом смысле любые расстройства психической деятельности одновременно являются и нарушениями сознания. Как уже ранее отмечалось, при таком понимании сознание у больных при различных заболеваниях, приводящих к диффузному или парциальному ухудшению познавательных функций и не сопровождающиеся снижением уровня бодрствования (как например при деменции), следовало бы относить к нарушенному. Хотя и нельзя отделить сознание от его содержания, в медицинской практике обычно абстрагируют лишь те главные свойства его, которые обеспечивают соответствующие (особые для сознания) качества протекания других психических процессов и психической деятельности в целом (ясность, объем, активность, непрерывность).

Наиболее четко главные симптомы нарушенного сознания описал немецкий психиатр К. Ясперс (1923). Он сформулировал *три главных признака синдромов нарушенного сознания*: отрешенность от окружающего мира, дезориентировка и амнезия на период нарушенного сознания.

1. Отрешенность от окружающего мира понимается как утрата способности воспринимать окружающее или восприятие фрагментарное, неотчетливое, беспорядочное. Кроме того у больного утрачивается способность к мышлению — оно отличается затруднениями анализа и синтеза, установления причинно–следственных связей, но с относительной сохранностью механических ассоциаций.
2. Дезориентировка — полное или частичное нарушение ориентировки человека в месте, времени, собственной личности.
3. Амнестические расстройства (полная или частичная амнезия), распространяющиеся на события всего периода расстроенного сознания.

Важно подчеркнуть, что для установления состояния нарушенного сознания необходимо обязательное наличие *совокупности перечисленных признаков*. Один или несколько не связанных между собой симптомов не могут в достаточной степени свидетельствовать о патологии сознания.

Наиболее часто в медицинской практике нарушения сознания подразделяют на количественные (непсихотические или “простые” формы) и качественные (психотические или “сложные” формы). Особое место в классификациях занимают нарушения самосознания — деперсонализация.

Состояния выключения сознания

Количественные нарушения сознания связаны с нарушениями процессов активации, что приводит к снижению уровня бодрствования со своеобразным “выключением” сознания. В зависимости от степени выраженности выключения сознания выделяют кому, сопор и оглушение.

Коматозное состояние характеризуется полным выключением сознания, больной лежит с закрытыми глазами и его невозможно разбудить — он не реагируют ни на какие раздражители, даже сильные болевые. Выражена мышечная атония и постепенно угасают все рефлексы, а в терминальных стадиях происходит угнетение центров дыхания и кровообращения.

> В связи с успехами трансплантологии в литературе широко обсуждаются медицинские, этические и юридические проблемы *хронического “вегетативного состояния”* (иначе — “кома с бодрствованием”, “мозговая смерть”, “декортикация”), возникающего после тяжелых повреждений мозга вслед за периодом (10-14 дней) *сноподобной комы*. При этом глаза больного открываются самопроизвольно в ответ на словесные стимулы, сохранена циклическая смена сна и бодрствования, может самопроизвольно регулироваться дыхание и поддерживаться нормальный уровень артериального давления, но высшие психические функции при этом уже безвозвратно утрачены.
>
> Существует целый ряд состояний, напоминающих “кому с бодрствованием”, но отношения к ней не имеющие. В этих случаях также требуется проводить диагностику наличия или отсутствия высших кортикальных функций. Например, ошибочное впечатление о коме с утратой психической деятельности возникает при поражении ствола мозга — так называемом *“синдроме изоляции”* (“locked-in”), который бывает при полном параличе всех конечностей. Однако, у таких больных сохранено мигание и вертикальные движения глаз. Их можно обучить азбуке Морзе, с помощью которой они способны передавать глазами достаточно сложные мысли.

Сопорозное состояние характеризуется, также как и кома, полным выключения сознания, но у больного сохранены оборонительные и другие безусловные рефлексы. Сопор и кома являются признаками тяжелого соматического неблагополучия организма. После выздоровления остается полная амнезия всего периода бессознательного состояния.

Оглушение — выраженная его степень граничит с сопором, однако больного удается “растормошить” и он приходит на короткое время в сознание. При отсутствии сильных стимулов извне (энергичные оклики, встряхивание) больной снова погружается в спячку. После выздоровления при тяжелом оглушении амнезия на период нарушения сознания почти полная.

При средней степени оглушенности (*сомноленция*) сонливость менее глубокая; больной сам не говорит, но на вопросы отвечает, хотя и со значительной задержкой; нарушено осмысление окружающего, а при выздоровлении отмечается частичная амнезия.

При более легком оглушении — *обнубиляции* (от гр. nubes — облако) происходит колеблющееся по интенсивности легкое затемнение сознания с затруднением осмысливания ситуации, понимания смысла происходящего и чужой речи, больной сонлив, медленно и мало говорит.

Состояния помрачения сознания

Качественные нарушения сознания обусловлены расстройством (дезинтеграцией) сознания и его “заполнением изнутри” патологическими содержаниями (психопатологической продукцией, чаще галлюцинаторной и бредовой), в силу чего нарушается ориентировка больного в конкретно-предметной среде, изменяется поведение, а после выздоровления отсутствуют или отрывочны воспоминания о периоде помрачения сознания.

Дезинтеграция сознания — это корковое нарушение связей, т.е. более сложное расстройство, чем простое выключение сознания. В этой группе чаще всего отдельно выделяют делирий, онейроид, аменцию и сумеречные состояния сознания.

Делирий (от лат. delirium — безумный) характеризуется преобладанием у больных наплывов ярких сценоподобных истинных зрительных галлюцинаций. Делириозное помрачение сознания обычно усиливается к вечеру и ночью, а днем могут наступать периоды относительного прояснения сознания. Поведение больного зависимо от содержания психопатологической продукции. Воспоминания на период делирия после выздоровления сохраняются частичные. Типичный пример делирия — алкогольная “белая горячка”.

Онейроид (от греч. oneiros — сновидение) характеризуется преобладанием у больных наплывов фантастических зрительных псевдогаллюцинаторных переживаний, напоминающих сновидения или грезы. Больные полностью дезориентированы и погружены в свой внутренний мир или сохраняют двойственность ориентировки, отражая и реальную, и кажущуюся действительность. Воспоминания о пережитом сохраняются частичные, причем больные обычно забывают реальные события, но помнят свои болезненные фантастические переживания. Онейроид чаще наблюдается при тяжелых инфекциях и шизофрении.

> Менее глубокое помрачение сознания наблюдается при ***ониризме*** (“бред сновидений”), когда нарушается дифференцировка между сновидениями и реально происходящим вокруг. Бред является как бы продолжением очень ярких сновидений и сновидных переживаний, чаще приятных. После пробуждения убежденность в реальности виденного во сне, его актуальность постепенно уменьшается.

Аменция (от лат. amentia — бессмыслие) характеризуется состоянием спутанности сознания в силу острой потери способности синтеза восприятий и образования причинно-следственных ассоциаций (инкогеренция, бессвязанность мышления). Поведение определяется растерянностью с аффектом недоумения. Нарушены все виды ориентировки, а речь больного состоит из обрывков воспоминаний. Амнезия после выздоровления полная, распространяющаяся на весь период аменции. Аментивные состояния бывают после тяжелых травм мозга, при тяжелых и длительных заболеваниях, приводящих к истощению нервной системы (интоксикации, инфекции).

Сумеречное расстройство сознания характеризуется резким сужением сознания, при этом внешние впечатления либо совсем не доходят до больного, либо доходят не полностью. Внимание приковывается к одному объекту с возможностью внешне упорядоченных и даже сложных действий. При сумеречных расстройствах сознания могут быть и галлюцинаторно–бредовые переживания, обуславливающие внезапные и опасные для окружающих поступки — бегство, нападение. Сумеречное состояние всегда начинается и заканчивается внезапно, длится от

нескольких минут до нескольких дней, амнезия перенесенного полная. Чаще сумеречные состояния наблюдаются при органических заболеваниях мозга (поражение медиальных отделов височной области мозга), эпилепсии, просоночных состояниях, патологическом опьянении, а также после тяжелых внезапных психических травм.(патологический аффект).

При некоторых видах сумеречного расстройства сознания психогенного характера ("истерические, диссоциативные сумерки") возможен частичный контакт с больным, его поведение и отдельные высказывания отражают психотравмирующую ситуацию, вызвавшую состояние. Следует отметить, что именно при этом варианте сумеречного состояния возможно "оживление" воспоминаний перенесенного в состоянии гипнотического сна (гипноанализ).

Как вариант сумеречного расстройства сознания рассматриваются и состояниям амбулаторного автоматизма. К нему относятся случаи снохождения (сомнамбулизма) и состояния транса. Последний может длиться даже несколько недель при внешне упорядоченном поведении. Однако внезапно выйдя из него, больной не может отдать себе отчета, почему он оказался в данном месте и что собирался делать.

От сумеречных состояний следует отличать *особые состояния сознания* (Гуревич М.О., 1949), которые периодически проявляются относительно поверхностными нарушениями сознания с признаками деперсонализации и дереализации, а также симптомами "уже виденного" (deja-vu) и "никогда не виденного" (jamais-vu). Последние симптомы часто появляются при поражении медиальных отделов височной области мозга. Среди нарушений сознания они занимают особое место, так как не сопровождаются амнезией. К этой группе относят и ауру (букв. — "дуновение ветерка") перед эпилептическим припадком, о которой у больного также сохраняется воспоминание.

Нарушения самосознания

К. Ясперс противопоставил сознание собственного "Я" предметному сознанию и выделил четыре главных признака самосознания, нарушение которых является типичным при психической патологии:

1) чувство деятельности — осознание себя как существа активного;
2) осознание собственного единства в каждый момент времени;
3) осознание собственной идентичности;
4) осознание того, что "Я" отлично от остального мира, от всего того, что не является "Я".

Таким образом, к главным клиническим критериями нарушения самосознания можно отнести расстройство сознания своего "Я" как личности и отсутствие или искажение сознания субъективной принадлежности собственных психических актов (Семенов С.Ф., 1966).

Деперсонализация — нарушение самосознания, выражающееся в отчуждении от самого себя, от своего "Я". Субъективно она всегда неприятна и может существовать длительно или проявляться приступами. Чувство отчужденности от собственного "Я" может касаться как отдельных соматических или психических функций, так и личности в целом. Обычно деперсонализация появляется только с подросткового возраста, хотя отдельные элементы ее возможны уже с возраста 8-10 лет. У детей преддошкольного и дошкольного возраста такие проявления, как игровое перевоплощение, отсутствие ощущения сытости, удовлетворения жажды, утрата сознания пола или возраста и ряд других некоторые исследователи также относят к рудиментарным проявлениям деперсонализации

(Башина В.М., 1980). В виде отдельных эпизодов деперсонализация может встречаться у здоровых людей на фоне переутомления, волнения или недосыпания. Однако чаще всего деперсонализация возникает при депрессии и шизофрении.

При ***соматопсихической деперсонализации*** возникает чувство чуждости всего тела либо его частей или даже их исчезновения. В отличии от нарушений "схемы тела" (перцептивное расстройство) здесь нет ощущений изменений пропорций тела или его частей. Больные сообщают, что тела (или его частей) просто нет, они не чувствуют его (их). Больной иногда не может понять сыт он или голоден, хочется ему в туалет или нет. Даже иногда возникает чувство исчезновения жизни и собственного существования (*витальная деперсонализация*).

При ***аутопсихической деперсонализации*** возникает чувство чуждости отдельных своих психических функций или своего "Я" в целом. Когда это касается отдельных психических функций, то больные говорят об исчезновении чувств (болезненное, неприятное чувство "отсутствия чувств" — anaesthesia dolorosa psychica); сообщают, что им кажется чуждыми собственная речь, мысли или свое прошлое. В некоторых случаях у больных возникает болезненное ощущение исчезновения своей личности и изменения своего "Я". При этом имеется в виду, что больные как бы наблюдают себя со стороны, сообщая, что они становятся какими-то другими, столь безжизненным и лишенным реальности становится осознание ими самих себя.

Принципиальная важность положения о том, что именно мозг в целом является носителем сознания и самосознания, отчетливо прослеживается в клинике нарушений сознания вследствие избирательного поражения правого или левого полушария (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1990).

У правшей при поражении правого полушария наиболее часто наблюдаются нарушения сознания с утратой чувства реальности и собственной личности. Окружающий мир может потерять для них свое объективное значение. Иногда больные воспринимают только правую половину внешнего мира, а его левая половина заменяется прошлыми воспоминаниями.

При поражении левого полушария у правшей возникают иные состояния сознания — с "провалами мыслей" или, напротив, переживанием множества мыслей, мешающих друг другу. Нередки случаи кратковременного отключения сознания (сумеречные состояния), при которых больной может сохранять психомоторную активность.

У левшей особенности нарушения сознания не так сильно зависят от стороны поражения мозга. Преобладают обычно повторяющиеся полимодальные (зрительные, слуховые, осязательные и др.) галлюцинации. Иногда у этих больных появляются особые способности, например "видение" кожей, восприятие того, что не находится в пределах достигаемости зрительного пространства, и др.

Проблема измененных состояний сознания

Многие психологи и психиатры полагают, что термин "измененные состояния сознания" следует применять только при описании психики здоровых людей. Другие расширяют понимание измененных состояний сознания, считая нарушения сознания известные в психиатрии лишь другим полюсом в континууме "нормальное сознание — нарушенное сознание". Таким образом вся промежуточная область между этими полюсами и будет относиться к измененным состояниям сознания.

В любом случае измененные состояния сознания — это состояния сознания, которые отличаются от обычного, нормального состояния сознания человека, но не являются патологическими в психиатрическом понимании. Пути к их получению многочисленны — они могут быть вызваны алкоголем, наркотиками, гипнозом,

медитацией, глубокой молитвой, сенсорной депривацией или звуками и вспышками света определенного ритма. Измененное состояние сознания можно фиксировать у человека в экстремальных состояниях и при сильных эмоциях. К ним можно отнести и особые состояния сознания, которые переживают больные эпилепсией и мигренью в ауре наступающего приступа.

Ограничить поле экстравертированного сознания с “погружением” в глубинное “Свое” можно путем концентрации внимания на мыслях, дыхании или телесных ощущениях, этому способствуют и ритмические танцы.

Измененные состояния сознания часто получают с помощью самых различных техник медитации. В европейской культуре получила большое распространение трансцендентальная медитация, которая основана на использовании особого слова — мантры. Последняя состоит из звуков, которые легко вступают в резонанс с электрической активностью мозга. Субъект должен повторять свою мантру (ОМ, ЭНГ, ШИРИМ...) сначала вслух, а потом про себя до тех пор, пока он не достигнет состояния полной расслабленности. Причем рекомендуется использовать мантру “ЕМА” лицам 16-20 лет, “ИНГ” — 18-20 лет, “ОМ” — 20-22 лет и т.д.

К настоящему времени в науке все заметнее тенденция понимания сознания не как однородного состояния, а как континуума состояний сознания и их многообразия. Еще в начале века психолог и философ В. Джеймс (1842-1910) писал, что “наше бодрствующее сознание — есть не более чем один особый тип сознания, в то время как повсюду вокруг него лежат совершенно другие, потенциальные формы сознания, отделенные тончайшей преградой”. Измененные состояния сознания сейчас даже рассматриваются как неотъемлемая составляющая нормальной психической деятельности здорового человека (Спивак Л.И., Спивак Д.Л., 1988).

Американский психиатр Фишер в 1977 году взаимные переходы из одного состояния сознания в другое представил в виде схемы — “карты внутреннего пространства”. По его мнению погружение в измененные состояния может осуществляется по двум “склонам” сознания: через пассивное бодрствование и расслабление, контролируемое парасимпатической нервной системой (континуум “расслабление–медитация”) и через активацию, “сврхбодрствование”, контролируемое симпатической нервной системой (континуум “активное восприятие–галлюцинация).

Континуум “расслабление–медитация” сопровождается снижением активации мозга (на ЭЭГ переход от бета-активности к медленным дельта-волнам) и приводит к множеству состояний сознания, которые оторваны от реальности.

Континуум “восприятие–галлюцинация” сопровождается повышением активации мозга (на ЭЭГ увеличение частоты бета-ритма с уменьшением его амплитуды и асинхронией) и приводит от состояний творческого вдохновения к мистическому экстазу, а в дальнейшем, через области тревоги и страха, к перевозбуждению с шизофреноподобным состоянием.

Наблюдения показывают, что человек иногда может вспомнить определенные события *только тогда*, когда он вновь окажется в том же состоянии, когда эти события произошли — в противном случае он ничего не помнит. Таким образом, для человека возможен ряд различных существований, которые могут продолжаться от одного психологического кризиса (или сновидения, приступа шизофрении) к другому.

Согласно ***теории прерывных состояний сознания*** (Tart Ch., 1975, 1982 и др.) каждое из состояний сознания описывается как хорошо упорядоченная, взаимно увязанная совокупность физиологических и психических процессов. Пока они остаются в

рамках данного состояния, функционирование их обусловлено исключительно внутренними причинами и направлено на поддержание этого ключевого стереотипа. При переходе к другому состоянию происходит непременный разрыв связей и их последующая перестройка на новый лад, а это новое качество опять-таки управляется лишь внутренними законами. Теоретическую основу гипотезы прерывистости сознания составил известный науке *феномен скачкообразного развития глубокой стадии гипноза* с потерей "раппорта".

В противоположность этому в ***теории непрерывных состояний сознания*** (Martlndale C., 1981) утверждается, что при разных факторах меняющих состояние сознания (психофармакологический препарат, засыпание и др.), действует единый механизм вокруг которого и меняются все аспекты сознания. Разные по происхождению процессы диссолюции (распада) сознания располагаются на оси регрессии, в нижней части которой находятся психозы, а выше — сны, состояния после приема психофармакологических препаратов, неврозы и другие более поверхностные измененные состояния сознания.

В ***теории смежных (смешанных) состояний сознания*** (Dittrich A., 1981 и др.) делается попытка объединения положений двух первых теорий. А. Дитрих в согласии со взглядами В. Вундта расположил весь спектр сознания по кругу. В центре его он поместил нормальное бодрствующее сознание, по окружности — бессознательное состояние, сопоставимое с выключением сознания. Между ними на разных радиусах переходные измененные состояния сознания, сопоставимые между собой при условии равной удаленности от центра.

В данной теории состояния сознания прерывны, но не настолько, чтобы нельзя было бы установить и степень их смежности. Это же определяет и трактовку патологии: По данным исследований влияния психофармакологических препаратов на больных шизофренией и на здоровых людей измененные состояния при патологии показывают большую степень смежности с измененными состояниями нормы. Можно сказать, что у кругов патологии и здоровья центры различные, а периферия как бы соприкасается.

Линии "непрерывности" или "прерывистости" состояний сознания четко обозначены в патологии. Так в выстраивающихся в непрерывную линию разных видах оглушения, сопоре и коме ярче всего выражена непрерывность сознания. В формах типа делирия, онейроида — смежность, а в формах типа сумеречных состояний, особенно при эпилепсии, — замкнутый мирок прерывности (Спивак Д.Л., 1989).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЗНАНИЯ

Исследование сознания представляет значительные трудности, а о расстройствах его приходится судить по косвенным признакам: мимика, жалобы (некоторые больные жалуются на неясность сознания), реакции на внешние воздействия, оценка ориентировки, внимания, мышления и другие.

При исследовании на ориентировку следует различать ориентировку во внешней среде, т.е. месте, времени и окружающих лицах (аллопсихическая ориентация) и ориентировку по отношению к самому себе — как в плане "схемы тела" (соматопсихическая ориентация), так и своей психической жизни (аутопсихическая ориентация).

Для исследования психофизиологических механизмов бодрствования и сна наиболее широкое распространение получила электроэнцефалография. С поверхности кожи головы можно записывать и *вызванные потенциалы мозга*, которые возникают в ответ на различные сенсорные раздражители (световую, звуковую и иную стимуляцию). Выделяют первичные ответы, возникающие в первые 100 мс после предъявления стимула, и более поздние вторичные. Вызванные потенциалы обычно включены в ЭЭГ, но на ее фоне трудно различимы, поэтому их регистрация осуществляется специальными техническими устройствами, которые способны выделить полезный сигнал из "шума".

Характеристиками вызванных потенциалов являются латентный период, полярность, форма и поведение при разного рода воздействиях. Первоначально они выступали как основа для анализа реакций мозга на внешние стимулы, но в дальнейшем стали использоваться и для анализа внутренне обусловленных нервных процессов. В частности, могут быть зафиксированы биоэлектрические колебания, связанные с активностью двигательной коры (моторный потенциал), с окончанием движения, с состоянием намерения произвести какое-либо действие (Е-волна), пропуска ожидаемого стимула. Форма, амплитуда и латентный период колебаний вызванных потенциалов обусловлены местом локализации регистрирующего электрода, модальностью и интенсивностью стимула, состоянием и индивидуальными особенностями индивида.

Более традиционными для изучения различных состояний сознания являются описательные методы, основанные на наблюдении за поведением и самоотчетах испытуемых о своих переживаниях. В большинстве случаев методы самонаблюдения не позволяют провести количественно-формализованный анализ возникающих в сознании изменений, хотя и приносят данные, свидетельствующие о многообразии содержаний сознания у людей.

Экспериментально–психологические методы исследования сознания еще остаются мало разработанными, но и в этой области наметились уже определенные подходы решения данной проблемы. В частности, для изучения сознания все чаще стали использовать *лингвистические методы*, поскольку непосредственным репрезентативом сознания является язык в его речевой форме. Анализ изменений в характеристиках речи (лексика, семиотика и грамматика языка) при тех или иных психических состояниях, изменениях физиологических процессов в центральной нервной системе широко используется в психолингвистике и нейролингвистике. В настоящее время разработаны и количественные методики измерения изменений речи у лиц в обычном и измененном состояниями сознания (Спивак Д.Л., 1986).

Конечно, различные состояния сознания проявляются и в двигательной сфере, но количественный анализ движений и действий оказывается чрезвычайно трудным и пока не дал существенных результатов, особенно при исследовании тонких, градуальных изменений сознания в пределах одного и того же состояния.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Философско-материалистические традиции подчеркивают возникновение сознания в результате эволюции живой материи, совершенствования нервной системы и ее психических свойств. При этом изготовление человеком орудий труда и возникновение речи были решающими для формирования сознания, позволяющего человеку успешнее адаптироваться к среде.

Психология изучает происхождение, структуру и функционирование сознания у индивида. Сознание определяется здесь как интегративная психическая деятельность, обеспечивающая высшие уровни отражения действительности и саморегуляции. Сознание позволяет человеку строить внутреннюю модель окружающего мира и на ее основе строить свое поведение. Более того, сознание обладает рефлексивной способностью, что обеспечивает самосознавание и своего внутреннего мира.

В медицине изучаются расстройства сознания, которые противопоставляются “сознательности” или “ясности” сознания. При ясном сознании у человека, хотя и имеющего нарушения некоторых психических функций, способность ориентироваться в месте, времени и собственной личности остается сохранной. Это медицинское определение сознания уже, чем в психологии, но оно имеет важное практическое значение. Один и тот же психопатологический симптом у больного с

ясным сознанием может приобретать иное диагностическое значение у больного с помрачением сознания.

Все многообразие содержаний сознания (предметного мира, самосознания своего телесного и психического Я, эмоциональных оценок) с возможностями целеполагания и сосредоточения могут быть реализованы только при нормальном функционировании механизмов активации мозга, которые обеспечивают состояние бодрствования. Причем этот уровень бодрствования для более эффективного поведения должен быть оптимальным.

Противоположным состоянию бодрствования является состояние сна. Чередование сна и бодрствования является важнейшим биоритмом человека. Методом электроэнцефалографии показано, что сон, как и бодрствование, является неоднородным состоянием. В нем выделяются две существенно различающиеся фазы медленного и быстрого (пародоксального) сна. Существует множество расстройств сна, которые касаются как засыпания и пробуждения, так и этих фаз сна.

В психопатологии нарушения сознания подразделяются на количественные и качественные, а также нарушения самосознания. Количественные расстройства связаны с падением уровня бодрствования, что сопровождается состояниями выключения сознания — оглушением, сопором и комой. Качественные нарушения обусловлены дезинтеграцией сознания с заполнением его “изнутри” патологическими содержаниями, что приводит к состояниям помрачения сознания — делириозному, онейроидному, аментивному или сумеречному. Нарушения самосознания проявляются особыми состояниями деперсонализации, выражающимися в отчуждении от самого себя различных аспектов “Я”.

В континууме между нормальным и нарушенным сознанием располагается обширная область так называемых измененных состояний сознания. Они могут быть вызваны различными веществами, медитацией, сенсорной депривацией или стимуляцией, стрессом или сильными эмоциями. Полагают, что измененные состояния сознания являются неотъемлемой составляющей частью нормальной психической деятельности.

В клинике о расстройствах сознания у больного судят по его реакциям на внешние воздействия, а также оценивается аллпсихическая, соматопсихическая и аутопсихическая ориентировка. Электроэнцефалография, в том числе методом вызванных потенциалов, используется для изучения психофизиологичесих механизмов бодрствования и сна. Лингвистические подходы лежат в основе психологических методов изучения сознания, особенно его тонких, градуальных изменений в пределах одного и того же состояния.

Вопросы для самопроверки

1. В чем сущность подходов к определению сознания в философии, психологии и медицине?
2. Что собой представляют бытийное и рефлексивное сознание? Как он соотносятся между собой?
3. Каковы характеристики сознания, требующие оценки в повседневной врачебной практике?
4. Какова последовательность этапов формирования сознания в онтогенезе?
5. Как соотносятся между собой сознание и бессознательное? Что собой представляет сознательное пошаговое управление поведением?
6. В чем сходство электроэнцефалографических характеристик напряженного бодрствования и пародоксального сна?
7. Какова роль сна в информационных процессах и регуляции эмоционального состояния?

8. Что собой представляют методики хронотерапии? При каких расстройствах сна они используются?
9. Какие три главные характеристики синдромов нарушенного сознания предложил немецкий психиатр Ясперс?
10. Снижаются или повышаются пороги ощущений и восприятий при состояниях выключения сознания в степени оглушенности?
11. Наплывы зрительных расстройств восприятия при онейроидных помрачениях сознания более напоминают истинные или ложные галлюцинации?
12. При аментивном помрачении сознания нарушения мышления более связаны с острым расстройством механических или причинно–следственных ассоциаций?
13. Может ли больной вспомнить те переживания, которые овладевали им в период сумеречного расстройства сознания? Если может вспомнить, то, при каких условиях, и каком заболевании?
14. Относится ли аура перед эпилептическим припадком к сумеречному расстройству сознания? Если не относится, то почему?
15. В чем сходство и различия соматопсихической деперсонализации от перцептивных расстройств типа нарушений “схемы тела”?
16. Что собой представляют измененные состояния сознания? Каким образом можно количественно измерять изменения в состоянии сознания по характеристикам речи испытуемого?

Раздел 3
ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

ГЛАВА 10

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ ЛИЧНОСТИ

Личность, индивид, индивидуальность

Человечество вышло через развивающее общение и трудовую деятельность из животного мира. Человек, с одной стороны, биологическое существо, принадлежащее к классу млекопитающихся, отличающихся прямохождением, развитием рук и высокоразвитым мозгом. С другой стороны, человек — существо общественное. Это самый важный признак, так как общественные отношения, коллективный труд изменили и подчинили себе биологическую, телесную организацию человека. Именно в ходе исторического, общественного развития сформировалось особое качество человека, называемое личностью.

Проблемой личности занимается целый ряд наук: философских, общественно-исторических, юридических, педагогических, а также психология и патопсихология. Однако до настоящего времени в учении о личности нет единства, поэтому существуют немалые сложности в используемом понятийном аппарате. Человек, являясь организмом и личностью, представляет собой сложнейший интегративный результат биологического развития материи и процесса общественного развития. Чтобы научно описать человека, в психологии используется ряд понятий, которые представляют человека с разных сторон. Кроме самого понятия личность, к таким понятиям относятся понятия индивид и индивидуальность.

Отечественный психолог А.Н. Леонтьев (1903-1979) подчеркивал, что необходимой предпосылкой научного психологического анализа личности является в первую очередь различение понятий индивид и личность.

Даже в обыденном языке слово “личность” мы употребляем только к определенному человеку, и при том лишь с некоторого этапа развития. Мы не говорим о личности животного, новорожденного или младенца. Однако у нас не возникает затруднений говорить о животном и о новорожденном как об индивидах и их индивидуальных особенностях — возбудимости, агрессивности и прочих.

В психиатрии мы можем встретиться со случаями болезненного раздвоения личности, но ни какой патологический процесс не может привести к раздвоению индивида, целостности его биологической организации. Разумеется, что понятие личности, также как и понятие индивида, выражает целостность субъекта жизни, но эта целостность уже особого рода. Она приобретается не генотипически, а в процессе воспитания, обучения, т.е. личностного развития: “личностью не родятся, личностью становятся…”. Таким образом, личность есть относительно поздний продукт как общественно–исторического, так и онтогенетического развития человека.

Индивид (от лат. individuum — неделимое) — это психосоматическая организация личности, делающая его представителем человеческого рода.

Индивидом мы называем человека, когда о нем говорим как о биологическом существе вида “человек разумный”. Индивид — отдельный человек, особь, принадлежащая к человеческому роду. Поэтому мы можем назвать индивидом любого человека — новорожденного, ребенка, взрослого или старца.

Человек появляется на свет исключительно как индивид. Социальные условия (воспитание, обучение и др.) конечно способствуют развитию в индивиде как общечеловеческих свойств и способностей, так и индивидуальных качеств, т.е. индивид не воспроизводится стереотипно по некоторому образцу. Его врожденные, индивидуально-генетические особенности и приобретаемые под влиянием условий воспитания и других внешних воздействий индивидуальные качества делают индивида и отличным от других людей, однако наиболее общей характеристикой индивида являются целостность его психофизиологической организации, что определяет устойчивость во взаимодействии с окружающим миром и активность.

Личность — это принципиально другое, особое системное социальное качество индивида, которое он приобретает в процессе возрастного развития при взаимодействии со своим социальным окружением. Младенец, как индивид, имеет лишь врожденные задатки для становления его как личности. Эти природные предпосылки развиваются только в том случае, если индивид будет “втянут” в общение и совместную деятельность с другими людьми. Опыт изучения детей, воспитанных животными, свидетельствует об исключительной сложности осуществления этой задачи. В личности, прежде всего, мы обнаруживаем социальные качества человека. Развитие человека в обществе и формирует его как личность.

Таким образом, понятия “индивид” и “личность” не тождественны. Индивид — это та реальность, которая заключена в границах тела человека, в то время как личность — образование, не только выходящее за пределы этого тела, но и формирующееся во внешнем пространстве социальных отношений.

Собственно личностью (узкое значение термина) в психологии обозначают те особые свойства индивида, которое он приобретает только в обществе и которые характеризуют *уровень и качество представленности в нем социальных отношений.* Они проявляются в совместной деятельности и в общении с другими людьми (личность как субъект социальных отношений и сознательной деятельности). Что же касается природных индивидуальных свойств (морфофизиологических), а также некоторых приобретенных психофизиологических особенностей, то они к собственно личностным не относятся, а характеризуют человека как индивида. Таким образом, здесь *человек как личность является субъектом общества и представляет собой устойчивую психологическую систему социально значимых его свойств (черт личности).*

Слово “личность” (personality) в английском языке происходит от латинского “persona”. Первоначально это слово означало маски, которые надевали актеры в древнегреческом театре. По сути, этот термин изначально указывал на роль, фигуру в театральном действии. Таким образом, уже с тех времен в понятие личность вкладывался внешний, поверхностный социальный образ, который принимает индивид, когда играет определенные жизненные роли. В русском языке имеется подобная аналогия в слове “личина”, также обозначающая исполнение чужой роли, притворную внешность, общественное лицо, обращенное к окружающим. Хотя подобная точка зрения на понятие личность в настоящее время считается сильно упрощенной, однако в среде непрофессионалов она достаточно распространена — большинство людей оценивают личность по критериям обаяния, умения вести себя в обществе, т.е. внешней привлекательности. Здесь имеет место отождествление личности с тем внешним социальным впечатлением, какое человек производит на окружающих.

Человек в обществе включен во множество различных социальных групп (семья, учебная группа, рабочий коллектив, дружеская компания и т.д.). В каждой группе он занимает определенное положение, обладает неким статусом, к нему предъявляются определенные ожидания. Таким образом, один и тот же человек должен вести себя везде по разному, т.е. выступать в разных ролях. Освоение социальных ролей — часть процесса социализации личности, условие "врастания" в общество себе подобных. В ряде случаев требования к ролевому поведению в разных ситуациях оказываются противоречивыми. Личность (подструктура направленности) позволяет сохранить целостность своего "Я", оставаться самим собой при исполнении разных ролей. Развитая личность может использовать ролевое поведение как инструмент адаптации к определенным социальным ситуациям, в то же время не сливаясь, не идентифицируясь с ролью.

При широком понимании и употреблении термина "личность" его значение практически совпадает с понятием конкретного, отдельного человека с акцентом на его неповторимость и уникальность. Здесь понятие личность уже включает в себя темперамент и характер человека, а также индивидуальные биофизиологические характеристики организма — тип метаболизма, особенности нервных процессов или другие "природно–обусловленные" свойства (Рубинштейн С.Л., 1973; Ананьев Б.Г., 1977). Однако, и здесь понятие личность акцентирует внимание на общественно исторической природе человека, но не ограничивается этим, поскольку личность — это еще и ядро, своеобразное интегрирующее начало, которое связывает воедино различные психические и физиологические процессы индивида, придает его поведению необходимую последовательность и устойчивость.

Психологически зрелой личностью может считаться человек, достигший определенного, достаточно высокого уровня психического развития. В качестве главной черты достижения этого уровня развития отмечается возникновение у человека способности вести себя независимо от непосредственно воздействующих на него обстоятельств и даже вопреки ним, руководствуясь при этом собственными, сознательно поставленными целями. Именно развитие сознания отражает становление человека как личности. Важнейшей составляющей сознания является самосознание — о чем бы человек ни думал, он всегда более или мене сознает самого себя, свое личное существование, свое "Я".

Личность не может характеризоваться развитием какой–либо одной из ее сторон — рациональной, эмоциональной или волевой. Личность — это некая нерасторжимая целостность всех ее сторон. Личность в широком понимании вмещает в себя как отдельные психические функции, так и физическую конституцию. Она составляет единство как в смысле интеграции психических и соматических процессов, так и в смысле постоянного осознания самой себя во времени. Она является динамической системой, постоянно изменяющейся и развивающейся во времени, но, несмотря на это, она все равно представляет собой некое единство во всем его многообразии.

В широком понимании ***личность — есть некое организованное и организующее целое (структура) относительно постоянных свойств (черт), динамически развивающихся из врожденных задатков индивида во взаимодействии с жизненной средой*** (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Данное определение содержит две главные составные части, с которыми мы постоянно сталкиваемся при изучении личности: ***структуру*** (строение) личности и ее ***динамику*** (личностный рост), т.е. возрастное становление и дальнейшее развитие личности. В определении также подчеркивается лишь относительное постоянство качеств ядра личности. Отдельные свойства личности (ее черты) могут подвергаться изменениям под влиянием условий жизни, воспитания или болезни.

Поэтому обычно говорят не просто о структуре, а о динамической структуре личности. Становление и развитие личности осуществляется на базе имеющихся наследственных задатков в активном взаимодействии с актуальными всевозможными раздражителями (и не только общественными) жизненной среды. Психические свойства личности (черты) не являются готовыми с самого начала, они проявляются и одновременно с этим формируются в поведении, поступках и чувствах человека.

Один из основателей психологии личности и инициатор разработки системного подхода к ее изучению американский психолог Г.В. Олпорт (1897-1967) еще в 1937 году приводит около 50 определений личности, почерпнутых из философии, юриспруденции, социологии и психологии. Он выделяет среди них две основные группы: биосоциальные и биофизические определения. В группе биосоциальных определений понимание личности близко к житейскому и личность определяется отношениями индивида к другим людям. В частности, по представлениям Г.С. Салливана (1892-1949) личность есть динамический центр различных процессов, происходящих в межличностных отношениях, и выражается она в поведении по отношению к одному или нескольким лицам. В группе биофизических определений акцент делается на качества и свойства исходящие из самого индивида. Личность здесь является динамической организацией в индивидах тех психофизиологических систем, которые определяют его уникальные реакции на окружающие условия. Например, Г. Айзенк понимает личность как более или менее прочную и стабильную организацию характера, темперамента, интеллекта и тела, которые и определяют индивидуальные особенности адаптации человека к окружающей среде.

При определении личности спорными для психологов являются обычно следующие положения:

1) Следует ли относить к личности и физическую конституцию;
2) Нужно ли включать в определение признак приспособляемости (адаптации) к среде;
3) Должно ли определение личности включать в себя социальный характер своего положения.

Целесообразно обратить внимание на то, что при всем различии взглядов психологи сходятся на том, что личность представляет собой некое единое целое, динамический центр интеграции психических и соматических процессов. В большинстве определений личность представлена теми характеристиками, которые “отвечают” за устойчивые формы поведения. Личность как таковая относительно постоянна во времени и меняющихся ситуациях.

Индивидуальность — это понятие отражает только те особенности психики и личности индивида, которые присущи только данному человеку. Тем самым эти особенности отличают одного человека от другого. Сюда относятся как индивидуально-неповторимые психобиологические особенности организма индивида, так и те, которые следует отнести к уникальным свойствам личности. Индивидуальность складывается из особенностей различных черт личности, причем роль социальных и биологических вкладов в них далеко не одинакова. Имеются личностные качества, в развитии которых роль биологических, врожденных влияний очень велика (например, темперамент), но имеются качества (например, мышление, память или воображение), в развитии которых существенную роль уже играют особенности обучения. Еще более возрастает роль обучения в развитии таких качеств личности, как знания, навыки, умения. Особую группу составляют качества направленности личности (например, интересы, идеалы, убеждения, мировоззрение), в формировании которых роль биологического ничтожна, но исключительно велика роль социального опыта, особенностей воспитания.

Таким образом, психическая индивидуальность человека является сложным переплетением различных психофизиологических, психологических и социально-психологических свойств. Ядром психической индивидуальности является *темперамент* (биологическая составляющая психической индивидуальности). На

ее основе формируется *характер* (психологическая составляющая психической индивидуальности), а затем происходит становление *личности* (социальной составляющей психической индивидуальности).

Структура личности

Общей чертой многих концепций личности является стремление представить личность как целостный объект, рассмотрение личности как системы. Хотя понятие “личность” занимает самое высокое положение в иерархии терминов, характеризующих индивидуальность, наш словарь для описания целостной личности поразительно беден: крупная, яркая, выдающаяся, бесцветная, мелкая, серая, — дальше подобного рода определений мы не идем.

Одновременно, в описательном плане, число отдельных свойств (черт) личности насчитывается огромное количество — более 1500 слов в русском языке. Среди этих свойств личности имеются как более, так и менее устойчивые черты, а также черты, в генезе которых имеются как большая, так и меньшая их обусловленность биологическими или социальными факторами. Все эти черты взаимосвязаны в личности как целостном образовании, но их взаимосвязи различны.

В практической деятельности психолога всегда возникает задача, как привести это огромное множество черт личности в определенную систему (структуру), как выделить какие-то подструктуры личности с тем, чтобы иметь дело с каким-то обозримом множеством *типов индивидуальностей*.

Понятие “структура” (от лат. structura — взаиморасположение, строение), как совокупность устойчивых связей между множеством компонентов объекта и обеспечивающих его целостность и тождество самому себе, всегда предполагает рассмотрение объекта с точки зрения системы.

В 40-х годах *системный подход*, особенно под влиянием общей теории систем Людвиг фон Берталанфи, выделился как особого рода методология познания специальных дисциплин. Берталанфи считал, что существуют два фундаментальных взгляда на мир — “механистический” и “организмический”. Для механистического, или Нютоно–Галилеевского, взгляда на мир характерны, во–первых, элементаризм, то есть разбиение предмета исследования на “атомы” — элементарные и более неделимые составляющие, и, во–вторых, линейная причинно–следственная обусловленность происходящего. Организмический взгляд на мир происходит из биологии и для него свойственны, во–первых холизм (Аристотелевское положение, что целое — больше суммы его частей) и, во–вторых, взаимовлияние и взаимопричинность всех частей и процессов системы.

В качестве наиболее общих характеристик “системы” в самых различных системных исследованиях выступают следующие:

1) Целостность — не сводимость любой системы к сумме образующих ее частей и не выводимость из какой–либо части системы ее свойств как целого;

2) Структурность — связи и отношения элементов системы упорядочиваются в некоторую структуру, которая и определяет поведение системы в целом;

3) Взаимосвязь системы со средой, которая может иметь “закрытый” (не изменяющий среду и систему) или “открытый” (преобразующий среду и систему) характер;

4) Иерархичность — каждый компонент системы может рассматриваться как система, в которую входит другая система, т.е. каждый компонент системы может быть одновременно и элементом (подсистемой) данной системы, и сам включать в себя другую систему;

5) Множественность описания — каждая система, являясь сложным объектом, в принципе не может быть сведена только к какой-то одной картине, одному отображению, что предполагает для полного описания системы сосуществования множества разных ее отображений.

Наряду с этими общими характеристиками любой системы выделяется и ряд специфических характеристик, например целеустремленность сложных технических, живых и социальных систем, их самоорганизация, т.е. способность менять свою собственную структуру, и т.п.

В решении проблемы типологии личности путем выделения в личности каких-то составляющих ее подструктур в психологии прослеживаются две главные тенденции: выделение типа индивидуальности на основе поиска совокупности устойчивых, постоянных личностных характеристик (*структурные личностные модели*) и выделение типа индивидуальности на основе описания внутренних динамических сил во взаимодействии между которыми и средой и формируется структура личности (*динамические личностные модели*).

Структурные личностные модели

Все предложенные психологами структурные концепции личности пытаются выделить и упорядочить в систему устойчивые, относительно неизменные личностные характеристики. Наиболее популярные примеры структурных концепций — это концепции черт и концепции типа личности.

Концепции черт личности. Здесь личностная черта рассматривается как устойчивое качество или склонность человека вести себя всегда устойчиво определенным образом в разнообразных ситуациях.

Психолог Гордон У. Оллпорт (1897–1967) разделил черты на кардинальные, центральные и вторичные. Кардинальная черта выражает всеобщую, кардинальную предрасположенность (диспозицию) человека, которая фактически видна в каждом его действии. Например, мы говорим о садизме как о черте, названной именем маркиза де Сада, или мы говорим об авторитарной личности, которая фактически все воспринимает в контрастных, черно–белых тонах. Обычно у человека таких кардинальных черт немного, если они вообще есть. Центральные черты, такие как честность, доброта или настойчивость, выражают диспозиции в широком, но более ограниченном, в отличие от кардинальных черт, спектре ситуаций. Еще менее заметны вторичные черты, они как диспозиции, менее всего обобщены и согласованы. В любом случае понятие черта личности необходимо для выражения того, что делает обычно человек во многих ситуациях, а не для того, что именно он сделает в данной конкретной ситуации. Согласно Оллпорту, для понимания поведения необходимо как понятие черты, так и понятие ситуации. Черта объясняет согласованность поведения, а признание роли ситуации необходимо для объяснения его вариативности.

По мнению Раймонда Бернарда Кеттелла (Cattell: 1905–1998), который разработал *факторную теорию черт личности*, ядро личностной структуры образовано 35 устойчивыми первичными чертами (факторами). Из них 23 являются характеристиками нормальных людей, а 12 относятся к патологическим отклонениям. Из нормальных черт наиболее изученными являются 16 личностных факторов, которые и входят в разработанный им "Шестнадцати–факторный личностный опросник" (16PF).

В своих работах Кеттелл подчеркивал, что среди множества классификаций черт, особенно важны две. Первая делит все черты на черты способностей, темперамента и динамические черты. Другая — на поверхностные и глубинные черты. *Черты способностей* характеризуют навыки и способности человека, *черты темперамента* относятся к эмоциональной жизни и особенностям стиля поведения,

а *динамические черты* в понимании Кеттелла более определяют направленность личности — стремления, мотивацию, цели. Различение поверхностных и глубинных черт связано с уровнем, на котором мы наблюдаем поведение.

Поверхностные черты выявить легко, например, опрашивая самих людей (или сторонних наблюдателей) о реальных и документально фиксированных событиях их прошлой жизни (L–данные, life record), с помощью опросников мнений (Q–данные, questionnaire) или наблюдения за поведением человека в специально созданных миниатюрных ситуациях, например как в тестах достижений (T–данные, test).

Глубинные черты выявить труднее, но они связывают воедино все поверхностные черты и их определяют. Эти глубинные личностные черты выделены Кеттеллом в результате большой работы по математической обработке данных, полученных из всех трех источников информации об испытуемых. Для идентификации этих черт Кэттелл использовал *факторный анализ*, первые принципы которого были заложены еще в 1905 году его учителем Спирменом.

Личностный опросник “16 личностных факторов” (FP16) впервые опубликован Р. Кэттеллом в 1950 году и является реализацией подхода к изучению личности на основе выделения ее черт. Опросник содержит 187 вопросов на которые испытуемый отвечает тремя вариантами ответов: а, б, в (или “да”, “нет”, “не знаю”). Полученные результаты выражаются в шкале стенов с минимальным значением 0, максимальным 10 и средним 5,5 стена. Строится профиль личности, при интерпретации которого выявляют наибольшие отклонения шкал от среднего значения здоровых лиц.

Шкалы или факторы (обобщенная черта личности) получены автором на основе статистических методов (факторного анализа) и обозначаются буквами латинского алфавита, а также имеют “бытовые” и “технические” (для специалистов) названия. Кэттелл использовал необычные названия черт для того, что хотел, чтобы они рассматривались вне связи с привычным значением слов.

Личностный опросник Кэттелла получает только 16 личностных черт, так как в нем используются только Q-данные и частично T-данные (интеллект). Для получения еще семи дополнительных факторов требуется использование L-данных. Таким образом полная картина нормальной личности по Кэттеллу может быть описана 23 факторами. У больных же людей, наряду с этими “нормальными” факторами, обнаруживается еще 12 патологических факторов. Отсюда Кэттелл постулирует два вида патологии: дисбаланс нормальных черт (функций) и появление новых болезненных черт (особых и четко определенных болезненных процессов).

Нормальные первичные основные черты,
получаемые с помощью опросника Кэттелла для взрослых

Фактор	***Техническое и бытовое название***	
	Положительный полюс	***Отрицательный полюс***
A	Аффектомия (сердечность, доброта)	Сизотимия (обособленность, отчужденность)
B	Высокий интеллект (умный, абстрактно мыслящий)	Низкий интеллект (глупый, конкретно мыслящий)
C	Сила “Я” (эмоциональная устойчивость, спокойный и реалистичный)	Слабость “Я” (эмоциональная неустойчивость, нереалистичный и неконтролируемый)
E	Доминантность (настойчивость, напористость)	Конформность (покорность, зависимость)
F	Сургенсия (рассудительность, серьезность, молчаливость)	Десургенсия (беспечность, беззаботность, полон энтузиазма)
G	Сила “Сверх-Я” (высокая совестливость и сознательность)	Слабость “Сверх-Я” (пренебрежение правил, недобросовестность)
H	Пармия (смелость, раскованность)	Тректия (робость, неуверенность)

I	Премсия (мягкосердечность, нежность)	Харрия (суровость, жестокость)
L	Протенсия (подозрительность)	Алаксия (доверчивость)
M	Аутия (мечтательность)	Параксерния (практичность)
N	Искусственность (проницательность, расчетливость)	Безыскусственность (наивность, простота)
O	Гипотимия (склонность к чувству вины)	Гипертимия (самоуверенность)
Q_1	Радикализм (гибкость)	Консерватизм (ригидность)
Q_2	Самодостаточность (самостоятельность)	Социабельность (зависимость от группы)
Q_3	Контроль желаний (высокий самоконтроль поведения)	Импульсивность (низкий самоконтроль поведения)
Q_4	Фрустрированность (напряженность)	Нефрустрированность (расслабленность)

Концепции типа личности. Другой путь анализа структуры личности основывается на выделении не отдельных личностных черт, а типа личности. Тип личности — это уже совокупность множества различных черт, которые взаимосвязаны и определяют постоянные и обобщенные поведенческие характеристики. Например, К. Юнг придерживается мнения, что люди разделяются на две категории: *интровертов* (замкнутые, углубленные в себя) и *экстравертов* (общительные, ориентированные на окружение). С этой точки зрения любая личность — непременно либо одно, либо другое.

Английский ученый немецкого происхождения Ганс Юрген Айзенк (Eysenck H.: 1916–1997) подходил к проблеме типологии личности уже с опорой на математические методы исследования также как это делал Кэттелл. Однако он попытался выделить еще более крупные структурные компоненты личности, объединяя черты (факторы) в суперчерты — личностные типы.

Ядром *факторной теории типов* Айзенка является разработанная им концепция того, что элементы личности располагаются иерархически — в четыре уровня (тип, черта, привычка, действие). Например, экстраверсия, как суперчерта, или тип, складывается из множества отдельных черт — общительности, живости, активности, настойчивости, стремления к успеху. В свою очередь отдельная черта состоит из многочисленных привычек. Например, общительность складывается из таких привычных реакций как манера приветствовать другого, склонность к посещению вечеринок, привычки охотно самому начинать разговор. А сами привычки, в свою очередь, состоят из отдельных действий. В частности манера приветствовать другого включает улыбку, протягивание руки при встрече.

В ранних исследованиях Айзенк выделял только два общих типа или суперфактора: экстраверсия–интроверсия и невротизм–эмоциональная стабильность. Все эти суперфакторы, являясь полярными, входят в нормальную структуру личности. Позднее он добавил еще и третий тип — психотизм–суперэго. не исключая возможности добавления к своей модели еще и каких-то других измерений.

Введение Айзенком суперфактора психотизма шло в рамках разработанной им диатез–стрессовой модели возникновения психических заболеваний. По его мнению люди, чьи характеристики по фактору психотизма более высоки, являются генетически более уязвимыми (диатезис) к психическим заболеваниям (шизофреническим реакциям) при воздействии стрессовых ситуаций. Для лиц с высоким психотизмом характерна тенденция к уединению, эмоциональной

холодности и низкой эмпатийности. Айзенк разработал четыре личностных опросника для измерения выделенных им суперфакторов.

Позднее поиск базовых элементов личности привел ряд исследователей к выводу о существовании пяти главных личностных суперфакторов: эмоциональная стабильность–невротизм (N), интроверсия–экстраверсия (E), закрытость–открытость новому опыту (O), антагонизм–доброжелательность к другим людям (A), несобранность–сознательность в деятельности (C).

Имеется довольно много вопросников, измеряющих эту "Большую пятерку" на основе перечня полярных прилагательных, а также известен и тщательно разработанный вопросник, созданный Костой и МакКрэем (Costa & McCrae, 1992), который получил название "Переработанный личностный вопросник NEO" (NEO–PI–R).

Полагают, что факторы вопросников Кэттелла и Айзенка отображаются в более общих параметрах Большой пятерки. Например, айзенковский высокий психотизм считается комбинацией низкого уровня Доброжелательности и низкого уровня Сознательности.

Миннесоткий многоаспектный личностный опросник (MMPI) преложен С. Хатуэем и Дж. Маккинли в 1940 году. Является реализацией типологического подхода к изучению личности. Опросник состоит из 566 утверждений, образующих 10 основных (базисных) диагностических шкал и около 400 дополнительных (для диагностики алкоголизма, академических и профессиональных способностей, социальной ответственности, ригидности и т.д.). Имеются также и сокращенные варианты методики (378 и 71 утверждение), но они позволяют выяснить личностный профиль только по базисным шкалам. Завершается обследование построением профиля личности на специальных бланках, где первичные оценки по шкалам переводятся в стандартные оценки (Т-баллы со средним значением 50 и стандартным отклонением 10).

1. **Шкала ипохондрии** (Hs, "соматизации" тревоги) — определяет "близость" обследуемого к астеноневротическому типу личности. Испытуемые с высокими оценками всегда озабочены состоянием собственного здоровья, медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны власти, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.
2. **Шкала депрессии** (D, тревога и депрессивные тенденции) — определяет степень субъективной депрессии (гипотимический тип личности). Умеренно высокие оценки имеют чувствительные, сенситивные лица, склонные к тревогам, робкие и застенчивые. В делах они старательны, добросовестны, высокоморальны и обязательны, но затрудняются в самостоятельных решениях, нет уверенности в себе, при малейших неудачах впадают в отчаяние. Значительное повышение по шкале свидетельствует о депрессии.
3. **Шкала истерии** (Ну, "вытеснение факторов, вызывающих тревогу) — разработана для выявления лиц, склонных к невротическим реакциям конверсионного типа. Они используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы решаются "уходом в болезнь". Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, стремление обратить на себя внимание, жажда восхищения. Чувства у таких людей поверхностны и интересы не отличаются глубиной.
4. **Шкала психопатии** (Pd, реализация "скрытой тревоги" и напряжения в поведении) — направлена на диагностику социопатического типа личности. Высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации. Такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями (эмоциональная напряженность проявляется в непосредственном поведении, "минуя" системы внутреннего контроля). Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны. Возможен и временный подъем по этой шкале, вызванный какой-нибудь причиной.

5. **Шкала мужественности–женственности** (Mf, маскулинность–феминность) — предназначена для измерения степени идентификации обследуемого с ролью мужчины или женщины, предписываемой обществом.
6. **Шкала паранойи** (Pa, ригидность аффекта) — позволяет судить о наличии "сверхценных" идей, подозрительности (паранойяльный тип личности). Это люди односторонние, агрессивные и злопамятные. Кто не согласен с ними, кто думает иначе, тот или глупый человек, или враг. Свои взгляды они активно насаждают, поэтому имеют частые конфликты с окружающими. Собственные малейшие удачи они всегда переоценивают.
7. **Шкала психастении** (Pt, фиксация тревоги и ограничительное поведение) — устанавливает сходство обследуемого с больными, страдающими фобиями, навязчивыми действиями и мыслями (тревожно-мнительный тип личности). Таким лицам свойственна тревожность, боязливость, нерешительность и постоянные сомнения.
8. **Шкала шизофрении** (Sch, аутизация) — направлена на диагностику шизоидного (аутистического) типа личности. Лицам с высокими показателями свойственно тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них достаточного отклика.
9. **Шкала гипомании** (Ma, отрицание тревоги) — определяет степень "близости" обследуемого к гипертимному типу личности. Для лиц с высокими показателями характерно приподнятое настроение, оптимизм независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Они любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.
10. **Шкала социальной интроверсии** (Si) — диагностика степени соответствия интровертированному (повышение по шкале) или экстравертированному (понижение по шкале) типу личности.

Особенностью MMPI является использование в нем специальных оценочных шкал: для оценки искренности обследуемого — *шкала лжи (L);* для выявления недостоверных результатов из-за небрежности, а также аггравации или симуляции — *шкала достоверности (F);* для сглаживания искажений, вносимых чрезмерной осторожностью испытуемого — *шкала коррекции (K).*

При интерпретации полученных результатов исходят из того, что любой показатель, равный 70 Т–баллам или выше ("пик" профиля) указывает на близость обследуемого к соответствующей группе больных, жалобы и поведенческие реакции которых использовались для создания данной шкалы. Подчеркивается, что следует избегать буквальной интерпретации шкал опросника, поскольку измеряется не шизофрения или истерия, а лишь некоторые особенности, присущие лицам с данными психическими расстройствами. Для правильной интерпретации результатов обследования важное значение придается не отдельным шкалам, а их сочетанию, а также подтверждению другими данными о личности испытуемого.

В качестве иллюстрации приведен самый короткий русскоязычный стандартизированный вариант теста MMPI, известный в нашей стране как СМОЛ — сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Зайцев В.П., 1981). Он содержит всего 71 вопрос, но позволяет вычертить профиль по 8 базисным шкалам (нет 5-ой и 10-ой шкал) и трем оценочным. Применяется этот вариант теста лишь для ориентировочной экспресс–диагностики личностного типа и при массовых скрининговых обследованиях населения.

СМОЛ
(Mini-Mult, Kincannon I., 1968)

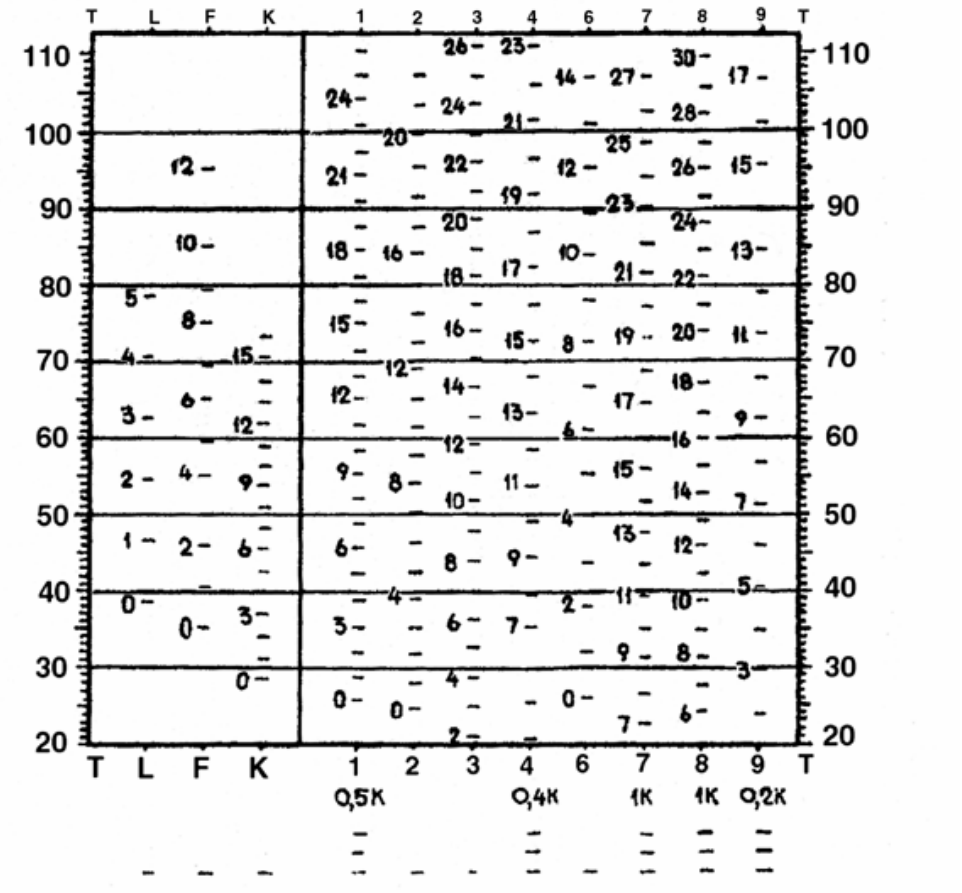
Прочитайте каждое утверждение и решите, верно или неверно оно по отношению к Вам. Не тратьте времени на обдумывание. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову.

1. У меня хороший аппетит.
2. По утрам я обычно встаю свежим и отдохнувшим.
3. Моя повседневная жизнь полна событий, интересующих меня.
4. Работа дается мне ценой значительного напряжения.
5. Временами мне в голову приходят такие мысли, что лучше о них не рассказывать.
6. У меня редко бывают запоры.

7. Временами мне очень хотелось покинуть дом.
8. Временами у меня бывают приступы смеха и плача, которые я не могу контролировать.
9. Меня беспокоят приступы тошноты и рвоты.
10. Мне кажется нет такого человека, который понимал бы меня.
11. Иногда мне хочется выругаться.
12. Кошмарные сны снятся мне почти каждую ночь.
13. Я замечаю, что стало трудно сосредоточиться на определенной задаче или работе.
14. У меня бывают очень странные необычные переживания.
15. Если бы люди не интриговали против меня, я бы добился гораздо большего.
16. В юности было время, когда я совершал мелкие кражи.
17. У меня бывали такие периоды, тянувшиеся дни, недели и даже месяцы, когда я не мог ни за что взяться, т.к. не мог включиться в работу.
18. У меня прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда я нахожусь среди людей, я слышу очень странные вещи.
20. Большинство знающих меня людей относятся ко мне хорошо.
21. Мне часто приходилось выполнять указания людей, знающих меньше меня.
22. Другие мне кажутся счастливее меня.
23. Думаю, что многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия или помощи.
24. Бывает, что я сержусь.
25. Мне безусловно не хватает уверенности в себе.
26. У меня очень редко бывают мышечные судороги или подергивания (или не бывает совсем).
27. Большую часть времени у меня такое чувство, как будто я сделал что-то плохое или злое.
28. Большую часть времени я чувствую себя счастливым, довольным жизнью.
29. Некоторые люди так любят командовать, что мне хочется все сделать наоборот, даже если я знаю, что они правы.
30. Я знаю, что есть люди настроенные против меня.
31. Я считаю, что большинство людей ради выгоды готовы поступить нечестно, чем упустить случай.
32. Меня очень беспокоит желудок.
33. Часто я не могу понять, почему был таким упрямым и ворчливым.
34. Временами мои мысли текут быстрее, чем я успеваю их высказать.
35. Я считаю, что в моем доме жизнь идет не хуже, чем у большинства моих знакомых.
36. Временами я бываю уверен в собственной бесполезности.
37. Последние несколько лет мое самочувствие большую часть времени хорошее.
38. Иногда у меня бывают такие состояния, когда я не осознаю, что делаю.
39. Я считаю, что меня часто незаслуженно наказывали.
40. Я сейчас чувствую себя лучше, чем когда-либо в жизни.
41. Меня не беспокоит, что обо мне говорят другие.
42. С памятью у меня все благополучно.
43. Мне трудно поддержать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.
44. Большую часть времени я чувствую слабость.
45. У меня редко болит голова.
46. Мне не трудно сохранять равновесие при ходьбе.
47. Не все, кого я знаю, мне нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются отнять мои мысли и идеи.
49. Я уверен, что моим поступкам нет прощения.
50. Я бы хотел быть не таким застенчивым.
51. Я часто замечаю за собой, что тревожусь о чем-то.
52. Мои родители часто не одобряли моих знакомств.
53. Иногда я могу посплетничать.
54. Временами я чувствую, что необыкновенно легко принимать решения.
55. Я почти никогда не замечал у себя приступов сердцебиения и одышки.
56. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
57. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, когда я не могу усидеть на одном месте.

58. Мои родители и другие члены моей семьи часто без всяких оснований ко мне придираются.
59. Никому нет дела до того, что с тобой случится.
60. Я не осуждаю человека за обман тех, кто позволяет себя обманывать.
61. Временами я бываю полон энергии.
62. За последнее время у меня ухудшилось зрение.
63. Часто у меня шумит и звенит в ушах.
64. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
65. У меня бывают периоды беспричинной радости.
66. Большую часть времени я чувствую себя одиноким, даже находясь среди других людей.
67. Думаю, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
68. Я более обидчив, чем большинство людей.
69. Временами моя голова работает как бы медленнее, чем обычно..
70. Люди часто разочаровывают меня.
71. Я злоупотребляю (злоупотреблял) спиртными напитками.

Обработка. Подсчитайте число "сырых" баллов, т.е. ответов, совпадающих по ключу. Значение шкалы К добавляется к базисным шкалам № 1,4,7,8,9. Например: если по шкале К получено 9 баллов, то к значению шкалы №1, исходя из таблицы добавляют 5 баллов, к значению шкалы №4 — 4 балла, к значению шкал №7 и №8 по 9, к значению шкалы №9 — 2 балла. Для получения личностного профиля в Т-баллах окончательные значения шкал в баллах нанесите на бланк.



Ключ.
1 (Hs): Неверно — 1,2,6, 37, 45; Верно — 9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63.
2 (D): Н — 1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 61, 65; В — 4, 9, 13, 17, 18, 22, 25, 36,44.
3 (Hy): Н — 1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56;
В — 9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62.

4(Pd): Н — 3,28,34,35,41,43,50,65; В — 7,10,13,14,15,16,22,27,52,58,71.
6(Pa): Н — 28,29,31,67; В — 5,8,10,15,30,39,63,64,66,68.
7(Pt): Н — 2,3,42; В — 5,8,13,17,22,25,27,36,44,51,57,66,68.
8(Sch): Н — 3,42; В — 5,7,8,10,13,14,15,16,17,26,30,38,39,46,57,63,64,66.
9(Ma): Н — 43; В — 4,7,8,21,29,34,38,39,54,57,60.
Шкала L: Н — 5,11,24,47,53.
Шкала F: Н — 20,24,61; В — 9,12,13,19,30,38,48,49,58,59,64,71.
Шкала K: Н — 11,23,31,33,34,36,40,41,43,51,56,61,65,6

Таблица коррекции “сырых” баллов

K	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***	***6***	***7***	***8***	***9***	***10***	***11***	***12***	***13***	***14***	***15***	***16***
0,5 K	1	1	2	2	2	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8
0,4 K	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	5	6	6	6
0,2 K	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3

Динамические личностные модели

Динамические (от греч. dynamikos — сильный, подвижный) личностные модели являются более сложными описаниями структуры личности, чем простые структурные модели (теории черт и типа личности). Вся психическая деятельность здесь рассматривается с точки зрения ее непрерывной динамики за счет внутренней активности. Благодаря внутренней психической активности, как фундаментального свойства живого, организм оказывается необычайно чувствительным к одним стимулам и безразличным к другим. Этот побудительно–аффективный аспект психической жизни не только определяет характер двигательных реакций, но и влияет на восприятие окружающего мира.

Таким образом, динамические личностные концепции исходят из представления о внутренних силах, которые взаимодействуя со средой и формируют целостную структуру личности. Предложенное З. Фрейдом разделение личности на три инстанции (Ид, Эго и Суперэго) — типичный пример такого сложного структурного описания личности.

В других случаях для построения структуры личности предлагается более ограниченный набор составных частей с малым числом связей между ними. Примером этого типа теорий может служить *концепция личностных конструктов* Дж. Келли, теоретика когнитивной психологии.

Каждый отдельный личностный конструкт представляет собой типичный для человека индивидуально-устойчивый характер его видения и толкования элементов окружающего мира (событий, явлений, людей). Человек как бы конструирует события, предвосхищая их на основании прошлого опыта и приобретаемых знаний. При этом мышление и логика не являются единственным фактором, действующих в этом процессе. Мотивации, эмоции и потребности также принимают в нем участие.

Совокупность личностных конструктов представляет собой систему (структуру) с различным количеством составляющих ее единиц. Большая сложность системы личностных конструктов и их разветвленность у человека положительно связана с его способностью углубленно описывать, анализировать и оценивать воспринимаемые объекты в их противоречивом единстве. Одновременно, в структуре личности может выявляться различная когнитивная сложность отдельных содержательных характеристик личности. Например, может наблюдаться высокая когнитивная сложность в области спорта, но низкая — в сфере межличностного восприятия и т.п.

Внутри системы личностных конструктов каждого человека имеется и центральная (ядерная) структура, посредством которой человек приходит к пониманию наиболее фундаментальных особенностей реальности, социального мира и самого себя. Эта центральная структура формируется с детства и с трудом поддается изменениям. Она выражает основополагающий взгляд человека на жизнь и определяет его центральную (ядерную) роль.

Структурно-динамические личностные модели в отечественной психологии

В отечественной психологии также существует ряд попыток представить структуру личности (Ковалев А.Г., Платонов К.К., Мясищев В.Н., Рубинштейн С.Л. и др.). В частности, А.Г. Ковалев (1963) духовный облик личности рассматривает как синтез сложных структур: темперамента — как комплекса природных свойств; направленности — как совокупности потребностей, интересов и идеалов; способностей — как системы интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств. В процессе деятельности личности ее психические свойства определенным образом связываются в соответствии с требованиями этой деятельности. Одновременно основными побудителями всех деятельностей человека является система относительно устойчивых иерархизированных мотивов с формированием смыслообразующих и мотивов–стимулов (Леонтьев А.Н.).

С.Л. Рубинштейн (1946), исходя из историко–материалистических позиций, также обобщает проблематику структуры личности в трех сходных планах:

1) Подструктура направленности личности (Ответ на вопрос: “Что человек хочет?”): установка, интересы, потребности, мировоззрение, идеалы, убеждения, интересы, склонности, самооценка и др.;

2) Задатки и способности (Ответ на вопрос: “Что человек может?”): интеллект (мыслительные способности), частные способности (музыкальный слух, хороший глазомер, любой другой талант), природно–индивидуальные проявления уровня развития психических процессов (ощущения и восприятия, память, мышление и воображение, чувства и воля);

3) Темперамент и характер (Ответ на вопрос: “Что человек из себя представляет?”): темперамент и характер.

Более обстоятельно структуру личности представили отечественные психологи К.К. Платонов (1906–1984) и В.Н. Мясищев.

Структура личности по К.К. Платонову. На основе критерия соотношения социального и биологического в качествах личности он выдвигает четыре группы подструктур личности:

1-я — *направленность и моральные качества личности*. Элементы этой подструктуры, за исключением влечений и склонностей, не имеют непосредственных врожденных задатков, а отражают индивидуально преломленное общественное сознание: влечения, желания, интересы, склонности, идеалы, убеждения, мировоззрение);

2-я — *опыт*. Подготовленность, индивидуальная культура личности: знания, навыки, умения и привычки, приобретаемые в личном опыте путем обучения, но уже с заметным влиянием и биологических и даже генетически обусловленных свойств личности;

3-я — *индивидуальные особенности психических процессов*, или психических функций, понимаемых как формы психического отражения (ощущения и восприятия, память, мышление и воображение, чувства, воля);

4-я — *биопсихические свойства личности*. Активность этой подструктуры определяется больше основными физиологическими свойствами нервной системы: темперамент, половые и возрастные особенности личности, включая ее патологические, т.н. органические изменения.

Особенностями этих четырех подструктур, однако, не исчерпываются индивидуальные свойства личности, поскольку на эти подструктуры накладываются еще две общие подструктуры*: характер и способности*. Являясь подструктурами наложенными, выделяющимися из общей структуры личности, характер и способности представляют собой не самостоятельные подструктуры, а общие качества личности, включающие особенности каждой из четырех основных иерархических подструктур. В предложенной К.К. Платоновым динамической функциональной структуре личности содержится как координационный (взаимосвязи между подструктурами личности на одном иерархическом уровне), так и субординационный (взаимосвязи между подструктурами личности на разных уровнях иерархии) принципы построения.

Структура личности по В.Н. Мясищеву. Он несколько иначе трактует понятие структуры личности, рассматривая ее только в качестве одной из сторон личности наряду с направленностью, уровнем развития и динамикой. По мнению В.Н. Мясищева (1960) психические личностные образования и их функции должны быть непрерывно связаны с содержанием психической деятельности. Их устойчивость, доминирование в сознании и поведении зависит от отношений человека, положительной или отрицательной значимости содержания этой деятельности для него.

Психологические *отношения* человека, как его сознательные избирательные связи с различными сторонами действительности, и формируют сознательную избирательность (приоритетность) в контактах с окружающими, определяют степень интереса, силу эмоций и желаний. Они выступают в качестве движущей силы личности и являются основными побудителями поведения человека. Способности, т.е. те свойства в личности, которые являются условиями выполнения человеком разных видов деятельности, являются исполнительским личностным компонентом.

Структурно–характерологические особенности личности схематично можно изобразить следующим образом:

А) Структура личности

1. Отношения и их уровень развития:

а) высокий (идейный — убеждения, сознание долга, общественно-коллективистические мотивы);

б) средний (преобладание конкретно-личных отношений — личные симпатии и антипатии, непосредственный утилитарный интерес или расчет);

в) низкий (примитивно витальный — влечения).

2. Интеллект и способности и степень их развития:

а) уровень развития — высокий, средний, низкий;

б) дифференцированность отдельных компонентов:

- запаса знаний (высокий, средний, бедный),
- развития умений (высокий, средний, низкий),
- характеристика работоспособности и воли (мера стремления к реализации потребности),

– особенностей других психических процессов (памяти, внимания, мышления).

3. Темперамент (динамика психических реакций и особенности эмоциональности человека):

а) типы по Гиппократу–Павлову: холерический (безудержный), сангвинический (сильный, подвижный), флегматический (сильный, инертный), меланхолический (слабый);

б)человеческие типы по Добролюбову–Павлову: художественный, мыслительный, средний.

4. Характер (личность в ее своеобразии, личность индивидуума и привычные способы поведения):

а) тип характера — сильный, слабый, недифференцированный;

б) структура характера — цельный (гармонический), противоречивый (дисгармонический);

в) направленность основных тенденций — экспансивный, импрессивный, уравновешенно–рассудочный, неуравновешенно–безрассудочный.

Б) Содержание личности

1. Содержание основных отношений личности: социально–общественных, производственных, бытовых, семейных, личных, интимных;
2. Характеристика мировоззрения личности:
   – взгляды и оценки (широкие — объективные, узкие — субъективно–личные);
   – уровень интересов (идейные, коллективистические, семейные, личностно–индивидуалистические, эгоистические, витально–примитивные);
   – нравственно–эстетический уровень (гуманистический, индивидуалистический, аморальный);
   – идеологический уровень.

Таким образом, представленная система отношений, составляющих личность, выступает как определенная структура, в которой образующие ее отношения постоянно оказываются субординированными таким образом, что ведущими среди них и подчиняющими себе все другие, оказываются отношения, в которых находят выражение основные потребности и интересы личности. Эти “ядерные” отношения накладывают свой отпечаток на все другие отношения личности — характер их проявления, устойчивость, действенность.

Единство в структуре личности, с одной стороны, идеального и материального, с другой — общественного и индивидуального возникает в процессе ее исторического развития. Формирование человека в социальной среде определяет способы его действия, реакций и переживаний, соответствующие этой среде. Социальное извне, из условий, воздействий, требований, образцов, знаний и впечатлений переходит во внутренние свойства: потребности, привычки, требования личности к себе и к окружающим (Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966).

По мнению А.В. Петровского (1982) описание структуры личности не может ограничиваться описанием только пространства ее интраиндивидуальной жизни. Он предлагает при изучении личности фиксировать и ее *интериндивидульные* свойства. Они проявляются и существуют в межличностных процессах, включающих, по меньшей мере, два индивида. Возникающие при этом взаимоотношения могут характеризовать личности участников взаимодействия. Таким образом, в структуру личности, кроме внутрииндивидной подсистемы (темперамент, характер, способности), необходимо включить и межиндивидную подсистему.

Однако эти две указанные подсистемы все равно не перекрывают всех проявлений личности. Есть возможность выделить третью составляющую структуры личности — *метаиндивидную* (надидивидную) подсистему. Каждый человек вольно или невольно производит в процессе общения и своей деятельности изменения в других людях. В этом случае в центре внимания оказываются именно эти "вклады" личности в другого человека, т.е. ее "персонализации" в нем. Здесь личность индивида выносится за рамки не только индивидуального субъекта, но и актуальных связей этого субъекта с другими индивидуумами, за пределы совместной деятельности с ними.

Метаиндивидная подсистема личности в большей мере, чем другие, выражает одну из важнейших духовных потребностей человека — потребность быть личностью, т.е. своей деятельностью производить значимые для других людей изменения их интеллектуальной и эмоциональной сферах, продолжая тем самым свое существование в них. Метаидивидную подструктуру личности можно исследовать через изучение других людей путем исследования "идеальной представленности" в них исследуемой личности.

.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Человек двойственен по своей природе. Он с одной стороны биологическое существо класса млекопитающихся, а с другой существо социальное. Причем последнее считается важнейшим его качеством, подчиняющим себе телесную организацию человека.

В психологии понятием индивид фиксируют представленность в человеке его природных свойств, а понятием личность — его социальных качеств. Индивид — это та реальность, которая заключена в границах тела человека, в то время как личность — образование, не только выходящее за пределы тела, но и формирующееся в пространстве социальных отношений.

Однако социальные качества человека не существуют вне психобиологических индивидных его свойств, поэтому более широкая трактовка понятия личности акцентирует внимание также на интегративных ее началах. Именно личность связывает воедино различные биологические, психические и социальные составляющие человека, придавая его поведению необходимую последовательность и устойчивость.

В понятии индивидуальности отмечаются только те особенности личности и индивида, которые присущи данному конкретному человеку и отличают его от других людей. Психическая индивидуальность является сложным переплетением различных свойств человека, причем темперамент является биологической, характер — психологической, а личность — социальной ее основой составляющими.

В решении проблемы типологии личности структурные личностные модели тип индивидуальности определяют на основе выделения совокупностей определенных личностных характеристик, а динамические личностные модели на основе описания внутренних динамических сил во взаимодействии, между которыми и средой и формируется структура личности. Примерами структурных моделей являются теории черт личности Кеттела и теория типа личности Юнга и Айзенка. Примерами динамических моделей являются теория личности Фрейда и теория личностных конструктов Келли.

Структурно–динамические личностные модели в отечественной психологии представлены концепциями Платонова, Мясищева, Петровского. С.Л. Рубинштейн, обобщая проблематику структуры личности, выделяет в ней три главных подструктуры: направленности личности, задатков и способностей, а также свойств характера и темперамента.

Вопросы для самопроверки

1. Как дать определение понятий индивида, личности и индивидуальности?
2. Что собой представляют понятия личности в узком и широком понимании этого термина?
3. Что собой представляют понятия структуры и динамики личности?
4. Чем отличается концепция типа личности от концепции черт личности в структурных личностных моделях?
5. Каковы главные особенности динамических личностных моделей, отличающие их от структурных концепций личности?
6. Как много требуется факторов для полного описания личности по Кэттеллу? Сколько главных черт личности выделяет его личностный опросник?
7. Реализацией какого подхода к изучению структуры личности является Миннесотский многоаспектный личностный опросник?
8. Какой личностный тип идентифицирует седьмая базисная шкала опросника MMPI?
9. Как соотносятся подструктуры характера и способностей к остальным подструктурам в структурно-динамической модели личности Платонова?
10. Что собой представляет понятие содержания психической деятельности и как оно реализовано в структурно-динамической модели личности Мясищева?

ГЛАВА 11

НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ

Мотивационная сфера личности

Поведение человека определяется двумя функционально взаимосвязанными сторонами: регулятивной и побудительной. Регуляция поведения осуществляется посредством различных психических проявлений, таких как: ощущения и восприятия, внимание, мышление, память, речь, эмоции и др. Это обеспечивает гибкость и устойчивость поведения в различных условиях. Однако поведение возникает не само по себе, а в силу каких-то причин, побуждений к нему. Описание механизмов активности и направленности поведения традиционно связано с понятием мотивации. Более широко оно понимается как вся совокупность факторов, вызывающих активность организма и определяющих направленность поведения человека. Сюда включаются такие образования как потребности, мотивы, намерения, цели, интересы, стремления. Наиболее важными из всех мотивационных понятий являются понятия "потребность", "мотив" и "цель".

Потребность — это исходная форма активности живых организмов. В основном здесь имеют в виду органическую нуждаемость биологического существа в необходимом для его жизнедеятельности и развития. Потребности активизирует организм, вызывают периодически состояние определенной напряженности, что направляет поиск необходимого предмета потребности (пищи, воды и т.п.). Предмет, который может удовлетворить потребность жестко не фиксирован. До своего первого удовлетворения потребность "не знает" своего предмета, он должен быть еще найден и обнаружен. Внешне потребностное состояние выражается в беспокойстве, поиске, переборе различных предметов. У человека потребность как состояние личности всегда связана с наличием чувства неудовлетворенности, которое и направляет актуальное поведение. При этом он может не знать, чем это состояние вызвано. В ходе поиска происходит "встреча" потребности со своим предметом, его "узнавание" или "опредмечивание потребности". В процессе опредмечивания потребности происходит быстрая фиксация потребности на первом удовлетворившем ее предмете (роль механизмов импринтинга, запечатлевания). Основными характеристиками потребностей являются: а) сила, б) периодичность возникновения, в) способы удовлетворения, г) предметное содержание (т.е. совокупность тех объектов, с помощью которых данная потребность может быть удовлетворена).

У человека, кроме элементарных биологических потребностей, важными и также элементарно необходимыми для его нормального развития являются еще две:

1) потребность в контактах с себе подобными (общение, социальные контакты);
2) потребность во внешних впечатлениях или в широком смысле познавательная потребность.

Мотив (от лат. movere — приводить в движение, толкать) — это предмет, который выступает в качестве средства удовлетворения потребности ("опредмеченная потребность" по Леонтьеву А.Н.). При одной и той же

потребности мотивами наблюдаемого поведения человека могут выступать самые различные предметы. Отсюда, *понятие "мотив" можно обозначить как устойчивое личностное свойство, которое как бы изнутри, от человека побуждает его к совершению определенных действий для обретения нужного предмета потребности (воспринимаемого, представляемого, мыслимого).* Потребность как таковая сама по себе способна породить только определенную активность организма, а направленность и организованность поведения обеспечивается лишь мотивом — предметом потребности.

Мотивы в отличие от потребностей более разнообразны и потенциально осознаваемы. Люди, как личности, отличаются друг от друга разнообразием и особым сочетанием потребностей, которые у человека и проявляются в разнообразных мотивах. Большинство из них человеком более или менее осознаются (желания, интересы, склонности и др.), но существуют и вовсе неосознаваемые мотивы — установки и влечения. Система мотивов намного разнообразнее и подвижнее, чем потребности, лежащие в их основе.

Термин "мотивация" более широкое понятие, чем мотив и охватывает всю совокупность факторов активности человека и определяющих ее направленность. Сюда включаются не только внутренние факторы активности человека (личностные диспозиции), но и внешние, ситуационные факторы. Поведение может объясняться не только внутренними, но и внешними причинами. Психологические факторы, которые изнутри предопределяют его поведение, часто еще называют личностными диспозициями (от лат. dispositio — расположение). В этих случаях говорят о диспозиционной мотивации. Внешние причины поведения обусловлены ситуацией и их, соответственно, определяют как ситуационную мотивацию.

Диспозиционная и ситуационная мотивация не являются независимыми. Диспозиции могут актуализироваться под влиянием определенной ситуации, и, напротив, активизация определенных диспозиций (потребностей, побуждений) приводит к изменению восприятия ситуации субъектом. Он воспринимает и оценивает ее предвзято, исходя при этом из своих актуальных интересов и потребностей. Один и тот же человек, в зависимости от его текущего состояния, ту же самую ситуацию может воспринимать по-разному. Практически любое поведение человека детерминировано как диспозиционно, так и ситуационно.

Таким образом, сиюминутное, т.е. актуальное поведение человека следует рассматривать не как реакцию на определенные внутренние или внешние стимулы, а как результат непрерывного взаимодействия его диспозиций и ситуаций. Мотивация в данном случае понимается как процесс непрерывного выбора и принятия решений на основе взвешивания поведенческих альтернатив. Она объясняет целенаправленность действия, организованность и устойчивость целостной деятельности, направленной на достижение определенной цели. Термин "мотивация" в широком понимании используется во всех областях психологии, исследующих причины и механизмы целенаправленного поведения человека.

Мотивы следует отличать от мотивировок. Мотивировка — это рациональное объяснение субъектом причин поступка посредством указания на социально приемлемые для него и окружающих обстоятельства, побудившие к выбору данного действия. Мотивировка выступает как одна из форм осознания самих мотивов поведения, оправдания своих поступков или сознательной маскировки действительных мотивов поведения.

Цель — в психологии обозначают как ожидаемый результат, на который направлено актуальное поведение. Цель, в отличие от мотивов, всегда осознается. Идеальный образ будущего результата становится целью лишь в связи с определенной потребностью, мотивом или системой мотивов. Тогда он приобретает побудительную силу и начинает направлять конкретные действия. Цель является основным объектом внимания человека в данный момент времени, с ней также связано мышление и большая часть эмоциональных переживаний.

Психофизиологической основой цели является акцептор результатов действия (Анохин П.К., 1970), регулирующий программу физиологической реализации действия посредством сличения достигнутого результата требуемому.

Потребности, мотивы, цели — основные составляющие мотивационной сферы человека. Каждая из потребностей может быть реализована во многих мотивах и каждый мотив может быть удовлетворен различной совокупностью целей.

Осознавая объект потребности как цель, человек должен соотносить свои личные цели с целями общества. В этой связи он вносит необходимые поправки и коррективы в содержание своих целей или маскирует их. Осознание реальности осуществления цели рассматривается как перспектива личности. По словам А.С. Макаренко человек слаб, если он определяет свое поведение самой близкой перспективой. Сильный человек не довольствуется ближайшими перспективами и ставит перед собой максимально возможные и отвечающие целям общества задачи. В случаях, когда человек сталкивается с препятствиями, барьерами (объективными и субъективными) на пути к достижению цели, у него в той или иной степени выраженности может возникнуть состояние противоположное переживаниям человека, осознающего перспективу, т.е. неудовольствие, подавленность, расстройство. В психологии такое состояние называется фрустрационным состоянием, а ситуации его провоцирующие — фрустрационными ситуациями. Фрустрация может приводить к различным изменениям поведения и самосознания личности.

Можно выделить несколько параметров, характеризующих мотивационную сферу человека:

1) развитость — характеризует качественное разнообразие мотивационных факторов;

2) гибкость — описывает подвижность связей, существующих между разными уровнями организации мотивационной сферы (между потребностями и мотивами, мотивами и целями, потребностями и целями);

3) иерархизированность — это характеристика ранговой упорядоченности строения каждого из уровней организации мотивационной сферы, взятого в отдельности.

Неосознаваемые мотивы могут проявляются в сознании в особых качествах — в форме эмоций и личностных смыслах.

Эмоции возникают у человека лишь по поводу таких событий или результатов действий, которые связаны с мотивами. Если человека что-то волнует, это значит, что "что-то" каким-то образом затрагивает его мотив. Даже успешное достижение нужного результата деятельности человека не всегда ведет к положительной эмоции. Напротив, оно может породить резко негативные чувства. Это может быть сигналом о том, что достигнутый казалось бы успех со стороны ведущего мотива психологически для личности является поражением. Эмоции таким образом являются как бы ключом к разгадке действующих мотивов.

Личностный смысл — это переживание повышенной субъективной значимости предмета или события, оказавшихся в поле действия ведущего мотива. Мотивы, которые побуждают деятельность и вместе с тем придают ей личностный смысл, называются смыслообразующими мотивами. Их характерной чертой является то, что деятельность, сталкиваясь с препятствиями, не меняет свой личностный смысл. Смыслообразующие мотивы всегда занимают более высокое иерархическое место, даже если они не обладают прямой аффектогенностью. Являясь ведущими в жизни человек, для самого субъекта они могут оставаться по выражению А.Н. Леонтьева за "занавесом" сознания. Иерархические отношения мотивов начинают прояснятся в ситуациях конфликта мотивов.

В качестве побудителей (мотивов) человеческого поведения рассматриваются также влечения, установки, желания, интересы, склонности, задачи, идеалы и мировоззрение.

Влечение — это неосознанная по содержанию и цели деятельности потребность. В отечественной психологии влечения рассматриваются как этап формирования мотива поведения, т.е. влечение является преходящим явлением и представленная в нем потребность либо угасает, либо осознается как конкретное желание. Таким образом, влечения могут обуславливаться не только биологическими, но и социальными факторами. Кроме того, у человека с развитым сознанием влечения как мотивы поведения ведущей роли не играют, а выступают в виде "строительного материала" для осознанных побуждений, которым в поведении и принадлежит ведущая роль.

> Влечение — одно из центральных понятий психоанализа, где ему придается ведущая роль в активности и регуляции поведения человека. З. Фрейд ведущим в регуляции поведения признает проявления полового инстинкта ("либидо"), а его последователи, сохраняя представление о влечении как ведущем мотиве поведения человека, заменяют "либидо" другими влечениями: "первичным страхом", "влечением к разрушению" и т.п.

Установка — это не осознаваемое личностью состояние готовности (предрасположенности) к определенному поведению и деятельности, с помощью которых может быть удовлетворена та или иная потребность. Установка чаще всего складывается в результате неоднократного повторения ситуаций, в которых человек реагировал определенным образом (установочные ситуации). Повторение ситуации неосознанно предвосхищает характер поведения и отношения человека к ее объектам.

Понятие установки первоначально использовалось для обозначения обусловленного прошлым опытом фактора, который определенным образом влиял на направленность психических процессов и скорость реагирования на объекты ситуации. Позднее понятие социальной установки (аттитюда) вводится для обозначения субъективных ориентаций людей на те или иные социальные ценности, предписывающие им определенные социально принятые формы поведения. В грузинской школе психологов (Узнадзе Д.Н., 1966) понятие установки использовалось в качестве общеобъяснительного принципа изучения психики (см. раздел "Теории личности в отечественной психологии").

Как и отношения, установки отличаются большим разнообразием: целевые, социальные, смысловые, профессиональные, ожидательные (экспектации), установки на врача, на болезнь и т.д. Установки по отношению к событиям, людям могут быть *позитивными* (больной, охотно и точно выполняющий все указания врача, придерживается установки, вытекающей из положительного отношения к медицине вообще и к доктору, который его лечит, в частности) и *негативными*, принимающими характер предубеждения.

Психологическими исследованиями в структуре установки выделены три составляющие (подструктуры): когнитивная (от лат. cognitio — познание) — образ того, что готов познать и воспринять человек; эмоционально–оценочная — комплекс симпатий и антипатий к объекту установки; поведенческая — готовность определенным образом действовать в отношении объекта установки, осуществлять волевые усилия. В разных дисциплинах и разных теоретических рамках интерпретация понятия "установка" имеет свои нюансы.

Желание — это мотив, в основе которого лежит осознанная по содержанию потребность, но она не выступает еще в качестве сильного побуждения к действию. Имея побуждающую силу, желание обостряет осознание цели будущего действия и построение его плана.

Интерес — это форма проявления познавательной потребности и проявляется она избирательным отношением личности к объекту в силу его жизненного значения и эмоциональной привлекательности. Интересы обеспечивают направленность личности на осознание целей деятельности, способствуя ориентировке, ознакомлению с чем-то новым, более полному и глубокому отражению действительности. По содержанию интересы могут быть материальными (к жилищным удобствам, красивой одежде и др.) и духовными (профессиональные, познавательные, эстетические и др.). По объему их можно разделить на широкие и узкие. Они могут быть глубокими и поверхностными, устойчивыми или неустойчивыми. Оценка интересов в конечном итоге определяется их содержательностью и значимостью для личности.

Склонность — это избирательная направленность субъекта на определенную деятельность. В ее основе лежит глубокая и устойчивая потребность этой деятельности, стремление в ней совершенствоваться. Склонности обычно являются предпосылкой развития соответствующих способностей, хотя возможны случаи несовпадения склонностей и способностей.

Задача — это частный ситуативно-мотивационный фактор, возникающий тогда, когда в ходе выполнения действий, направленных на достижение определенной цели, возникает трудность, которую преодолевают благодаря постановке конкретной задачи.

Идеал — это важная цель личных стремлений человека, своеобразный пример, эмоционально окрашенный эталон действия.

Мировоззрение представляет собой систему взглядов человека на мир и его закономерности. Мировоззрение служит высшим регулятором поведения личности, определяя не только общую направленность личности, но и ее целеустремленность. Идеалы и мировоззрение формируются у человека на основе его интересов и склонностей.

Понятие о направленности личности

Совокупность устойчивых мотивов, определяющих избирательность отношений и активности человека и относительно независимых от наличных ситуаций, называется направленностью личности.

Направленность, как подструктура личности, включает в себя различные побуждения. Все они взаимосвязаны в *мотивационной сфере личности*, т.е. представляют систему. При этом одни из ее компонентов являются доминирующими, в то время как другие выполняют опорную роль. Основную линию поведения определяют доминирующие мотивы. В зависимости от сферы проявлений различают направленность личности морально–идейную, профессиональную и бытовую.

Идейно-моральная направленность личности выражается в ее мировоззрении, моральной воспитанности. Идейным человеком называют того, кто постоянно руководствуется в жизни определенными идеалами, составляющими сущность его убеждений. Моральная воспитанность проявляется в гуманности, коллективизме, ответственности; она характеризует личность со стороны ее отношения к людям.

Профессиональная направленность проявляется в устойчивом стремлении заниматься определенной профессией и совершенствоваться в ней.

Бытовая направленность выражается в материальных, житейских, а также культурных и эстетических индивидуальных устремлениях.

При характеристике направленности личности выделяют следующие качества: уровень, широта, интенсивность, устойчивость и действенность.

Уровень направленности — это общественная значимость направленности личности. Низкий уровень направленности проявляется в ориентировке исключительно на узколичные интересы и безразличии к делам общества.

Широта направленности — это круг интересов личности. Широкая направленность подразумевает не только широкий круг интересов личности, но и достаточную их глубину.

Интенсивность направленности связана с ее эмоциональной окраской. Она может колебаться от смутных, нечетких влечений чрез осознанные желания и активные стремления до полной убежденности.

Действенность направленности личности определяет активность реализации целей направленности в деятельности.

Определение направленности личности

(ориентационная анкета)

Впервые опубликована Б. Бассом в 1967 г. Состоит из 27 пунктов–суждений с тремя вариантами ответов А, Б, В. Регистрационный бланк содержит две рубрики: “Большего всего” и “Меньше всего”. Из каждого пункта–суждения выберите только те, которые в наибольшей степени отвечают Вашему мнению и более ценны для Вас, а также тот, который дальше всего отстоит от Вашей точки зрения и наименее ценен для Вас. Буквы ответов впишите в соответствующую графу регистрационного бланка рядом с номером пункта-суждения. Используйте только две буквы, остальные ответы нигде не записываются. Среди вариантов ответов нет “хороших” или “плохих”, поэтому не старайтесь что-либо угадывать. Старайтесь быть максимально правдивым.

ТЕСТОВЫЙ МАТЕРИАЛ

1. Наибольшее удовлетворение я получаю:

а) Одобрения моей работы;

б) Сознания того, что работа сделана хорошо;

в) Сознания того, что меня окружают друзья.

2. Если бы я играл в футбол (волейбол, баскетбол), то я хотел бы быть:

а) Тренером, который разрабатывает тактике игры;

б) Известным игроком;

в) Выбранным капитаном команды.

3. По-моему, лучшим педагогом является тот, кто:

а) Проявляет интерес к учащимся и к каждому имеет индивидуальный подход;

б) Вызывает интерес к предмету, так что учащиеся с удовольствием углубляют свои знания в этом предмете;

в) Создает в коллективе такую атмосферу, при которой никто не боится высказать свое мнение.

4. Мне нравится, когда люди:

а) Радуются выполненной работе;

б) С удовольствием работают в коллективе;

в) Стремятся выполнить свою работу лучше других.

5. Я хотел бы, чтобы мои друзья:

а) Были отзывчивы и помогали людям, когда для этого представляются возможности;

б) Были верны и преданы мне;

в) Были умными и интересными людьми;

6. Лучшими друзьями я считаю тех:

а) С кем складываются хорошие взаимоотношения;

б) На кого всегда можно положиться;

в) Кто может многого достичь в жизни.

7. Больше всего я не люблю:

а) Когда у меня что-то не получается;

б) Когда портятся отношения с товарищами;

в) Когда меня критикуют.

8. По-моему, хуже всего, когда педагог:

а) Не скрывает, что некоторые учащиеся ему несимпатичны, насмехается и подшучивает над ними;
б) Вызывает дух соперничества в коллективе;
в) Недостаточно хорошо знает предмет, который преподает.

9. В детстве мне больше всего нравилось:

а) Проводить время с друзьями;
б) Ощущение выполненных дел;
в) Когда меня за что-нибудь хвалили.

10. Я хотел бы быть похожим на тех, кто:

а) Добился успеха в жизни;
б) По-настоящему увлечен своим делом;
в) Отличается дружелюбием и доброжелательностью.

11. В первую очередь школа должна:

а) Научить решать задачи, которые ставит жизнь;
б) Развивать прежде всего индивидуальные способности ученика;
в) Воспитывать качества, помогающие взаимодействовать с людьми.

12. Если бы у меня было больше свободного времени, охотнее всего я использовал бы его:

а) Для общения с друзьями;
б) Для отдыха и развлечений;
в) Для своих любимых дел и самообразования.

13. Наибольших успехов я добиваюсь, когда:

а) Работаю с людьми, которые мне симпатичны;
б) У меня интересная работа;
в) Мои усилия хорошо вознаграждаются.

14. Я люблю, когда:

а) Другие люди меня ценят;
б) Испытываю удовлетворение от хорошо выполненной работы;
в) Приятно провожу время с друзьями.

15. Если бы обо мне решили написать в газете, мне хотелось, чтобы:

а) Рассказали о каком-либо интересном деле, связанном с учебой, работой, спортом и т.п., в котором мне довелось участвовать;
б) Написали о моей деятельности;
в) Обязательно рассказали о коллективе, в котором я работаю.

16. Лучше всего я учусь, если преподаватель:

а) Имеет ко мне индивидуальный подход;
б) Сумеет вызвать у меня интерес к предмету;
в) Устраивает коллективные обсуждения изучаемых проблем.

17. Для меня нет хуже, чем:

а) Оскорбление личного достоинства;
б) Неудача при выполнении важного дела;
в) Потеря друзей.

18. Больше всего я ценю:

а) Успех;
б) Возможности хорошей совместной работы;
в) Здравый практичный ум и смекалку.

19. Я не люблю людей, которые:

а) Считают себя хуже других;
б) Часто ссорятся и конфликтуют;
в) Возражают против всего нового.

20. Приятно, когда:

а) Работаешь над важным для всех делом;
б) Имеешь много друзей;
в) Вызываешь восхищение и всем нравишься.

21. По-моему, в первую очередь руководитель должен быть:

а) Доступным;
б) Авторитетным;
в) Требовательным.

22. В свободное время я охотно прочитал бы книги:

а) О том, как заводить друзей и поддерживать хорошие отношения с людьми;

б) О жизни знаменитых и интересных людей;
в) О последних достижениях науки и техники.

23. Если бы у меня были способности к музыке, я предпочел бы быть:

а) Дирижером;
б) Композитором;
в) Солистом.

24. Мне бы хотелось:

а) Придумать интересный конкурс;
б) Победить в конкурсе;
в) Организовать конкурс и руководить им.

25. Для меня важнее всего знать:

а) Что я хочу сделать;
б) Как достичь цели;
в) Как организовать людей для достижения цели.

26. Человек должен стремиться к тому, чтобы:

а) Другие были им довольны;
б) Прежде всего выполнить свою задачу;
в) Его не нужно было упрекать за выполненную работу.

27. Лучше всего я отдыхаю в свободное время:

а) В общении с друзьями;
б) Просматривая развлекательные фильмы;
в) Занимаясь своим любимым делом.

Интерпретация.

По ключу определите сумму баллов по каждому виду направленности:

1. *Направленность на себя (Я)* — ориентация на прямое вознаграждение и удовлетворение безотносительно работы и сотрудников, агрессивность в достижении статуса, властность, склонность к соперничеству, раздражительность, тревожность, интровертированность.
2. *Направленность на общение (О)* — стремление при любых условиях поддерживать отношения с людьми, ориентация на совместную деятельность, но часто в ущерб выполнению конкретных заданий или оказанию искренней помощи людям, ориентация на социальное одобрение, зависимость от группы, потребность в привязанности и эмоциональных отношениях с людьми.
3. *Направленность на дело (Д)* — заинтересованность в решении деловых проблем, выполнение работы как можно лучше, ориентация на деловое сотрудничество, способность отстаивать в интересах дела собственное мнение, которое полезно для достижения общей цели.

Ключ:

№ п.п.	*Я*	*О*	*Д*	*№ п.п.*	*Я*	*О*	*Д*
1	А	В	Б	15	Б	В	А
2	Б	В	А	16	А	В	Б
3	А	В	Б	17	А	В	Б
4	В	Б	А	18	А	Б	В
5	Б	А	В	19	А	Б	В
6	В	А	Б	20	В	Б	А
7	В	Б	А	21	Б	А	В
8	А	Б	В	22	Б	А	В
9	В	А	Б	23	В	А	Б
10	А	В	Б	24	Б	В	А
11	Б	В	А	25	А	В	Б
12	Б	А	В	26	В	А	Б
13	В	А	Б	27	Б	А	В
14	А	В	Б				

“Я” – КОНЦЕПЦИЯ И МОТИВАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Становление индивида в личность предполагает осознание им самого себя как существа, отличного от других, как некоторой субъективно замкнутой реальности.

Все это проявляется в факте именования себя “Я”. Поэтому феномен “Я” — есть центральный пункт формирования личности и ее структуры. В известном смысле можно утверждать, что личность — это и есть “Я” или прежде всего “Я”. Поэтому многие психологи полагают, что *узкое понимание личности* должно включать только ее *ядро*, т.е. “Я–концепцию” и направленность личности (мотивация, ценностные ориентации).

“Я–концепция” — это совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой. Я–концепция, или эго–идентичность формируется в процессе развития личности. На протяжении всего взрослого периода жизни Я–концепция человека одновременно стремится сохранить преемственность и претерпевает изменения. Важные события личной жизни (женитьба, рождение детей, личные трагедии) — заставляют нас пересматривать отношение к себе.

Описательную составляющую Я–концепции часто называют *образом Я* или картиной Я. Составляющую, связанную с отношением к себе или отдельным своим качествам, называют *самооценкой* или принятием себя. В сущности, Я–концепция определяет не просто то, что собой представляет индивид, но и то, что он себе думает и как смотрит на свои настоящие возможности и возможности развития в будущем. Образ своего Я, можно рассмотреть и как совокупность установок, направленных на самого себя и включающих следующие основные компоненты:

когнитивный — образ своих качеств, способностей, внешности и социальной значимости (самосознание);

эмоциональный — аффективная оценка Я–образа, которая проявляется в самоуважении, себялюбии или самоуничижении;

оценочно-волевой — потенциальная поведенческая реакция, т.е. конкретные действия, которые могут быть вызваны образом Я и самооценкой (это и стремление повысить свою самооценку, завоевать уважение).

Я–концепция играет, по существу, троякую роль: она способствует внутренней согласованности личности, определяет интерпретацию опыта и является источником ожиданий. Стремление защитить Я–концепцию, оградить ее от разрушающих воздействий является одним из основополагающих мотивов всякого нормального поведения (Бернс Р., 1986). Субъективно переживание наличия собственного “Я” выражается в следующих его главных функциях:

1. Самоидентичности, т.е. целостности Я с чувством непрерывности, сохранения и понимания тождественности самому себе в настоящем, прошлом и будущем;
2. Активности “Я” с чувством собственной автономности и независимости от других;
3. Защиты “Я” с чувством собственного достоинства;
4. Самосовершенствования “Я” с чувством определенного рода линии надежды, направленности на цели, реализация которых мыслится как будущее личной жизни.

Переживание наличия “Я” является результатом длительного процесса формирования личности. Образ “Я” — не статическое, а динамическое образование личности индивида. Фактически психологи фиксируют у человека не один образ его “Я”, а множество сменяющих друг друга “Я–образов”, попеременно то выступающих на передний план самосознания, то утрачивающих свое значение в данной ситуации социального взаимодействия. В Я–концепции можно выделить следующие Я–образы: Я–реальное, Я–идеальное, Я–фантастическое, Я–зеркальное и множество других.

“Я–реальное”, т.е. представление о себе в настоящем, текущем времени. Если человек говорит или думает в какой-то момент времени о себе с презрением, то это не должно восприниматься как стабильная характеристика его “Я–образа”. Более чем вероятно его представление о себе сменится через некоторое время на противоположное.

“Я–идеальное” — можно противопоставить Я–реальному представлению о себе. “Я–идеальное” — это представления о том, каким бы хотел быть индивид в данных конкретных условиях. Я–идеальное выступает как необходимый ориентир самовоспитания личности. Одновременно человек, воспринимающий Я–реальное и Я–идеальное как не слишком далеко отстоящие друг от друга, скорее станет зрелым и приспособленным к жизни, чем тот, который ставит свое реальное “Я” намного ниже “Я” идеального.

Я–концепция по сути может выполнять функцию как самообвинения, так и функцию самопоощрения. Когда поведение человека согласуется с его Я–образом, он часто может обойтись и без одобрения со стороны окружающих — он доволен собой и других наград ему не надо. Напротив, отсутствие согласованности реальных поступков или своих качеств с идеальными представлениями человека о них, несет в себе самообвинительные тенденции.

Иногда в “Я–концепции” выделяют еще и *“Я–фантастическое”*, т.е. то, каким бы субъект пожелал стать, даже если невероятное оказалось возможным. Фантастический образ своего “Я” имеет большое значение у детей, особенно у подростков, в связи с их склонностью строить планы на будущее, создание которых невозможно без фантазии и мечты. Однако преобладание в структуре личности фантастических представлений о себе, которые не сопровождаются осуществлением желаемого, не всегда положительное явление, т.к. очевидное несовпадение желаемого и действительного могут дезорганизовать самосознание и травматизировать человека.

Во всем множестве “Я–образов” следует упомянуть и о *“Я–зеркальном”*, т.е. собственных представлений человека о том, каким он воспринимается глазами окружающих его людей. Этот компонент Я–образа является существенным для формирования личностной значимости и самооценки

Сложность “Я–концепции” — понимается как число аспектов “Я”, воспринимаемых человеком, степень дифференциации Я–концепции. На ранних стадиях самосознания происходит отделение человеком себя от других. Далее “Я” в его сознании разделяется на неограниченное число частей. В последствии у человека появляется тенденция оценивать себя в сравнении с другими людьми. Этот процесс получил подробный анализ в *теории социального сравнения* Л. Фестингера (1954). Главным положением его теории является утверждение, что в основе стремления человека правильно оценить свое мнение и способности в сравнении себя с другими, лежит потребность иметь ясную и определенную Я–концепцию. Через процесс социального сравнения у человека устанавливаются рамки социального рассмотрения Я как точки отсчета.

Отмечено, что люди с высокой сложностью Я–концепции имеют тенденцию стремиться получить как можно больше информации перед принятием решения, чем обладающие низкой сложностью Я–концепции (Зиллер Р., 1973). Лица с более высокой сложностью Я–концепции легче ассимилируют как негативную, так и позитивную информацию от других.

Схематично Я–концепцию можно изобразить следующим образом:

“Я” — глобальное
“Я” — субъект (самооценка) “Я” — объект (образ “Я”)

“Я”
как совокупность установок на себя
“Я” — реальное “Я” — идеальное “Я” — зеркальное

– физическое “Я”
– сексуальное “Я”
– семейное “Я”
– социальное “Я”
– умственное “Я”

Субъективно осознаваемая измененность “Я”. Может наблюдаться при ряде заболеваний, которые при формально сохранном интеллекте сопровождаются изменениями проявлений темперамента и характера, а также затруднениями в автоматизированном использовании интеллектуального опыта и приобретения новых знаний. В других случаях наблюдается только рост эмоциональной возбудимости, реактивности и сенситивности. Но и здесь при внешней сохранности индивидуальных особенностей характера возникает субъективно ощущаемое затруднение в самопроизвольности их выражения, их дезавтоматизация. Заболевшим человеком могут осознаваться и ряд других личностных изменений.

Все это само по себе может приводить к излишнему “самокопанию” и рефлексии, возникает пессимистическая оценка своих качеств, нарастает застенчивость и обидчивость. Одни больные, пытаясь скрыть свою несостоятельность, избегают трудных для них ситуаций или прилагают большие усилия для обеспечения прежнего социального статуса. В ряде случаев больные никаких активных усилий по компенсации осознаваемых изменений не предпринимают (пассивная реакция компенсации), другие прибегают к утрированным или патологическим формам компенсации — неумеренные занятия спортом, необычные хобби, наркотизация и т.п.

Объективно определяемые изменения личности. На этом, более глубоком уровне личностного расстройства возникает и в дальнейшем нарастает утрата доболезненных индивидуальных свойств темперамента, характера, появляются признаки социальной дезадаптации. Изменения личности в этих случаях больными не осознаются, но окружающим они заметны. В рамках таких личностных изменений выделяются их различные варианты:

- *дисгармония личности*, включая шизоидизацию — формальная сохранность задатков и способностей, но они теряют свою социальную значимость в силу выраженной диспропорции между компонентами темперамента, характера, потребностей и мотивов деятельности;
- *снижение энергетического потенциала* — редукция психической активности, продуктивности, потребности в общении, эмоциональности и т.п.;
- *снижение уровня личности* — более грубые негативные личностные изменения, где, наряду с признаками снижения энергетического потенциала и социальной дезадаптации, наблюдается выраженная нивелировка индивидуальных личностных черт, интересы ограничиваются утилитарными и гедоническими потребностями;
- *регресс личности* — разные варианты полного распада индивидуальной структуры личности, где наряду с грубыми личностным изменениям первоочередно страдают предпосылки интеллекта, в первую очередь память (амнестические расстройства), а также собственно интеллект (глобарная деменция — тотальное слабоумие);
- *психический маразм* — наиболее тяжелый вид негативных личностных расстройств, полный распад психической деятельности с утратой возможности контакта с

окружающими, полным исчезновением интересов и побуждений (часто сочетается с признаками общего маразма — физическим истощением, трофическими расстройствами типа пролежней, дистрофией внутренних органов и др.).

Изучение "Я — концепции" и мотивации личности

Самооценка личности. "Я–концепция", или идеальная представленность индивида в себе, как в другом — наиболее важный структурный элемент психического облика личности. Степень адекватности "Я–образа" чаще всего выясняется при *изучении самооценки личности*. Самооценка — это оценка личностью самой себя — своих возможностей, качеств и места среди других людей. Разработано много опросников, с помощью которых можно изучать ее различные аспекты: самооценка интеллекта, характера и личности, других частных аспектов "Я–образа".

Самооценка играет важную роль в регуляции поведения человека. Завышенная самооценка приводит к тому, что человек склонен переоценивать себя в ситуациях, которые не дают для этого повода. В результате он нередко сталкивается с противодействием окружающих, отвергающих его претензии. Все это может привести к озлобленности, проявлениям мстительности или нарочитого высокомерия в поведении. Чрезмерно низкая самооценка лежит в основе комплекса неполноценности, устойчивой неуверенности в себе и самообвинений.

Среди методов измерения Я–концепции важное значение придается технике *Q–сортировки*, которая разработана В. Стефенсоном (1953). Испытуемый сортирует карточки с утверждениями типа: "Легко заводит друзей" или "Испытывает трудности с выражением гнева". Ему предлагается около 100 таких карточек рассортировать относительно себя на 11 кучек в следующем порядке: 2–4–8–11–16–18–16–11–8–4–2, где на одном полюсе должны быть карточки наиболее характерные для испытуемого, а на другом — наименее характерные. Это нормальное распределение, оно в данном случае выражает сравнительную оценку самооценки определенных личностных характеристик Я–реального. Эти же фразы можно рассортировать по тому же числу категорий, но в отношении Я–идеального. Аналогичную структурированную технику, но где сравниваются полярные прилагательные (хороший–плохой, сильный–слабый, активный–пассивный и др.) имеет и методика *семантического дифференциала*. Не существует единственного стандарта его содержания и обработки. Он может использоваться не только для изучения Я–концепции, но также и таких понятий как отец, мать, врач, болезнь, школа, работа и т.п.

Уровень притязаний личности — тесно связан с самооценкой. По сути, уровень притязаний — это уровень самооценки личности, проявляющийся в степени трудности цели, которую ставит перед собой человек. Стремление к повышению самооценки в условиях, когда человек свободен в выборе степени трудности очередного действия, приводит к конфликту двух мотивов (тенденций) — тенденции повысить притязания, чтобы одержать максимальный успех, и тенденции снизить их, чтобы избежать неудачи (Хекхаузен Х., 1986).

Люди, *мотивированные на успех*, обычно ставят перед собой некоторую положительную цель, достижение которой может быть однозначно расценено как успех. Взявшись за какую-нибудь работу, они рассчитывают на успех, одобрение и сама работа вызывает у них полную мобилизацию и положительные эмоции.

Иначе ведут себя люди, *мотивированные на избегание неудачи*. Они не уверены в себе, боятся критики. Работа, особенно такая, которая чревата возможностью неудачи, является источником отрицательных эмоций. В результате они часто оказывается жизненным неудачником.

Для человека, стремящегося к успеху, привлекательность и интерес к неудавшейся ему задачи или деятельности возрастает, а для человека, ориентированного на неудачу — падает. Значимая, отдаленная во времени цель в большей степени способна стимулировать деятельность человека с развитым мотивом достижения успеха, чем с выраженным мотивом избегания неудачи.

Каузальная атрибуция (от лат. causa — причина и англ. attribute — приписывать, наделять) — склонность человека к причинному объяснению поступков других людей. Необходимость ее обусловлена тем, что информация, которую дает человеку наблюдение, часто недостаточна для адекватного взаимодействия со своим социальным окружением и нуждается в "достраивании". Если мы знаем причину поступка другого человека, то мы можем не просто его объяснить, но и предсказать подобный поступок в будущем, что важно в общении и взаимодействии людей. При таком подходе каузальная атрибуция одновременно выступает и как потребность человека в понимании причин поступков других людей, и как способность к такому пониманию (Хайдера Ф., 1958 и другие).

Исследования показали, что люди охотнее приписывают причины поступков других людей *их личности, а не внешним обстоятельствам*. Эта закономерность получила название "*фундаментальной ошибки атрибуции"* (Джоунс И., 1979). Одновременно, большинство людей проявляет также явное нежелание признавать случай как причину собственного поведения, особенно при успешных действиях. При неуспехе, собственных неудачах и несчастиях человек чаще причины их ищет в обстоятельствах, правда при этом он винит и себя в происшедшем. В целом, свои успехи или неудачи люди склонны объяснять в выгодном для сохранения и поддержания самооценки свете.

Личностный конструкт. По мнению Дж. Келли (1955) людям свойственно воспринимать окружающий мир через призму имеющихся у них устойчивых когнитивно–оценочных образований — личностных конструктов. Личностным конструктом называют пару противоположных оценочных понятий: "добрый–злой", "честный–нечестный", "хороший–плохой", "мужской–женский" и тому подобное. Один человек предпочитает пользоваться одними конструктами, другой — другими, равно как и пользоваться лишь одними положительными или отрицательными полюсами. Эти данные могут быть положены в основу как описания особого взгляда человека на мир, так и мотивационно–когнитивного объяснения и предсказания его поведения.

Джордж Александер Келли (G. Kelly: 1905-1967) — создатель *когнитивной теории личностных конструктов*. Он концентрирует внимание на психологических процессах, которые позволяют людям организовывать и понимать события, которые происходят в их жизни.

Человек судит о мире с помощью специальных понятийных систем (моделей), которые сам создает, а затем пытается их приспособить к действительности. Это приспособление не всегда может быть удачным, но все равно оно помогает осмыслить действительность. Эти модели, а по Келли — "личностные конструкты", по сути, представляют собой идею или мысль, которую человек использует для интерпретации и осознания своего опыта. Это устойчивый способ осмысления в терминах схожести или контраста. Валидность конструкта проверяется с точки зрения его *прогностической эффективности,* степень которой может меняться. Поведение человека (его мысли и поступки) определяется первоочередно тем, как он прогнозирует свое будущее, иначе — люди управляются своими конструктами, ориентированными на будущее.

Каждый человек индивидуально прокладывает и характерным образом использует разные каналы (конструкты), а выбор определенного канала определяет и его психические процессы. Разница между людьми состоит в том, что они интерпретируют события под разным углом зрения. Организация личностных конструктов весьма логична:

подчиняющий конструкт включает в себя полностью или частично другие, подчиненные конструкты. Иерархические отношения конструктов — величина непостоянная, они меняются с приобретением жизненного опыта.

Г. Келли разработал *технику репертуарных решеток* в качестве психологического метода изучения систем личностных конструктов, как способ "влезть в шкуру другого", увидеть мир его глазами, войти в его положение (Франселл Ф., Баннистер Д., 1987). Испытуемого просят знакомых ему людей ранжировать по списку определенных ролей, которые ему больше подходят, определить характеристики, по которым они сходны и по которым различаются. Испытуемый, который тоньше дифференцировал нюансы личности другого человека, определял большее количество конструктов (когнитивная сложность). Он лучше прогнозировал поведение других, в отличие от испытуемых с когнитивной простотой.

Тревожность личности. Оценка ситуации и самооценка заметно зависит и от тревожности личности. Если *ситуационная тревога* устойчиво проявляется у человека в самых различных ситуациях, то ее связывают с наличием у человека соответствующей личностной черты — *"личностная тревожность"*.

Высокотревожные личности эмоционально острее реагируют на неудачу, они хуже работают в стрессовых ситуациях или в условиях дефицита времени. У них доминирует мотивация избегания неудачи. Если низкотревожных людей больше стимулирует сообщение о неудаче, то высокотревожных, напротив, сообщение об их успехах. Высокотревожные люди часто терпят неудачи не потому, что им недостает способностей, знаний или умений, а по причине стрессовых состояний, возникающих во время ситуаций типа "экзамен". У них появляется ощущение некомпетентности, беспомощности и блокада деятельности. Появлению чувства когнитивной беспомощности препятствуют мотивации достижения и достаточно высокая самооценка.

Мотивы аффилиации и отвергания. В общении людей большое значение придается мотивам аффилиации и отвергания.

Мотив аффилиации (от англ. to affiliate — присоединяться) проявляется в стремлении человека быть в обществе других людей. Внутренне он выступает в виде чувства привязанности, верности, а внешне — в общительности, в сотрудничестве с другими. В известных пределах близость других приводит и к прямому снижению тревожности, смягчая последствия как физиологического, так и психологического стресса. Блокирование аффилиации порождает фрустрацию, чувство одиночества и отчужденности.

Мотив отвергания — боязнь быть отвергнутым другими, противоположность аффилиации. При преобладании боязни быть отвергнутыми другими также создаются трудности на пути межличностного общения. Интересно отметить, что такие люди часто вызывают недоверие у окружающих к себе, что связано со слабо развитыми навыками общения у них.

Мотивация власти. Под *мотивацией власти* понимается стремление и способность получать удовлетворение от контроля над другими людьми. Мотив к власти проявляется в склонности управлять социальным окружением, воздействовать на поведение других различными способами, доказывать свою правоту, диктовать условия и т.п.

С мотивацией власти сопряжены такие явления как лидерство, влияние людей друг на друга, руководство и подчинение, и многие другие феномены. Известно, что для успешного руководства людьми не достаточно только одного мотива власти, а

требуется сочетание трех мотивов: относительно высоких мотивов достижения и власти и сравнительно низкого мотива аффилиации.

А. Адлер, ученик З. Фрейда, полагает, что мотив власти связан со *стремлением человека к превосходству*, которое компенсирует естественные недостатки людей, испытывающих так называемый *комплекс неполноценности*. Проблема компенсации низкой самооценки, реальных или воображаемых дефектов личности в стремлении к власти, свое более полное развитие получила в работах Г. Лассуэлла (1931, 1948).

Мотивация альтруизма. Особый интерес в психологии вызывают мотивы так называемого *просоциального поведения*. Просоциальное поведение иначе называют альтруистическим (от лат. alter — другой). Оно направлено на защиту интересов и благополучия других людей. Некоторые психологи считают, что за таким поведением стоит особый альтруистический мотив (мотив помощи, бескорыстной заботы о других). От подлинно альтруистических мотивов поведения следует отличать *псевдоальтруистические*. При последних стремление принести пользу окружающим всегда связано с желанием получить ответную выгоду (принцип "ты — мне, я — тебе").

Исследования показали, что просоциальное поведение берет начало в дошкольном детстве и может быть обнаружено у детей уже в 2–летнем возрасте, нарастая неуклонно до 13 лет включительно (Крайг Г., 2000). Оно складывается под влиянием социальной среды и опосредуется дружескими отношениями, заботой, человеческой теплотой и социальным пониманием. Огромную роль в этом играет семья, отношения ребенка с матерью. Исследователи приходят к выводу, что дети, которые были свидетелями великодушного поведения, обычно сами начинают проявлять больше великодушия и щедрости.

> Термин альтруизм введен О. Контом в качестве антонима термина эгоизм. Альтруизм в теоретическом плане интерпретируется очень широко: от генетического анализа альтруистического поведения (Эфроимсон В.) до психоаналитических трактовок как невротического поведения (Фрейд З.) и рассмотрения его как мотивационного аспекта самоактуализации в гуманистической психологии (Маслоу А.). Социокультурное значение альтруистического поведения зависит от системы ценностей, определяющей отношения человека с людьми и миром (Каган В.).

Мотивация агрессивности. Альтруистическому мотиву противоположен по смыслу мотив агрессивности (от лат. aggredi — нападать). Агрессивность всегда связана с намеренным причинением физического или психологического вреда другому человеку, обществу.

В отличии от агрессии, *ассертивное поведение* не заключает в себе намерения нанести вред другим. Это прямое, открытое поведение, как в случаях, когда человек хладнокровно отстаивает свои права или, наоборот, развивает бурную деятельность в каком–либо направлении. При наличии препятствий на пути достижения цели в значительной части случаев агрессия как таковая может возникнуть как *реакция субъекта на фрустрацию*, что сопровождается эмоциональными состояниями гнева, враждебности, ненависти. От фрустрационной (реактивной) агрессии следует отличать *враждебную агрессию* с ее целенаправленно–осознанным стремлением нанести вред другому и *инструментальную агрессию*, где цель действия субъекта иная, а агрессия используется как одно из средств ее достижения.

Готовность субъекта к агрессивному поведению может рассмотрена и как относительно устойчивая личностная черта. Уровень личностной агрессивности определяется как научением в процессе социализации, так и ориентацией на принятые в обществе культурно–социальные нормы (социальная ответственность,

учет возмездия за акт агрессии). Агрессия часто встречается в детстве и обычно увеличивается на протяжении раннего дошкольного периода, прежде чем пойти на убыль. Хорошо известно, что мальчики–дошкольники более агрессивны, чем девочки. Замечено, что дети, которые в детстве подвергались родителями физическим мерам наказания, были более агрессивными по сравнению с теми детьми, которые этого избежали (Stassberg et al., 1994). Спад агрессии связывают с возрастающей способностью при взрослении разрешать конфликты неагрессивными способами — словами, а не кулаками.

Агрессивное поведение может быть как вербальным, так и физическим. Оно может направляться как на людей или переноситься на животных или предметы. Агрессивные действия могут направляться субъектом и на себя, принимая форму *аутоагрессии* (самоповреждения, суицидное поведение и другие). Некоторые формы агрессии и аутоагрессии могут служить признаком имеющихся и развивающихся патопсихологических изменениях личности (возбудимая психопатия, паранойя, эпилепсия и другие заболевания).

Основные теории и модели описания мотивации

Следует различать первичные виды мотивации, или биологические виды побуждения, необходимые для нормального функционирования организма, и потребности, имеющие лишь отдаленное отношение к выживанию. Для того чтобы объяснить эти два различных вида мотивации выдвигалось множество теорий.

Теория биологических побуждений. Голод, жажда, потребность в кислороде — первичные потребности, удовлетворение которых жизненно необходимо для всех живых существ. Любое отклонение в балансе нужного организму компонента автоматически приводит к соответствующей потребности и биологическому импульсу к ее удовлетворению. Поддержание равновесия, при котором организм не испытывает никаких потребностей, называется *гомеостазом*. Отсюда термин “гомеостатическое поведение”, т.е. поведение, которое направленно на устранение мотивации путем удовлетворения вызвавшей ее потребности.

Гомеостатические системы часто сравнивают с термостатом, который обеспечивает постоянство температуры внутри него. Эта теория прямой и простой мотивации позволяет объяснить удовлетворение биологических потребностей, но совершенно неудовлетворительна для объяснения всей сложности поведения человека.

Теория оптимальной активации. Известно, что поведение индивидуума тем эффективнее, чем ближе его уровень бодрствования к некоторому оптимуму — он не должен быть ни слишком низким, ни слишком высоким. При более низких уровнях готовность субъекта к действию постепенно уменьшается и вскоре он засыпает, а при более высоких он будет больше взволнован, возбужден и его поведение может даже полностью дезорганизоваться. Изучение потребностей привело к формулировке знаменитого закона Йорса–Додсона, который позволяет фиксировать оптимальный уровень потребностей человека и их влияние на организацию активности. Суть закона состоит в том, что для каждой задачи, стоящей перед человеком, существует свой оптимум мотивации.

Согласно теории оптимальной активации организм стремиться поддерживать оптимальный уровень бодрствования и активности, который позволяет ему функционировать более эффективно. Этот уровень зависит от физиологического состояния человека в каждый данный момент. Таким образом, одни люди

нуждаются в более сильном притоке стимулов, другие способны выносить их лишь в ограниченном количестве.

Оптимальный уровень активации различен в разных психических состояниях — при отдыхе, или в состоянии творчества. Из описания экспериментов с сенсорной изоляцией известно, что мозг неадекватно реагирует при отсутствии раздражителей. Приверженцы теории оптимальной активации видят в этом пример такой ситуации, которой организм стремится избежать. Однако эта теория, хотя и позволяет объяснить, чем вызывается какое-то поведение, но она не дает ответа на вопрос по какому конкретному пути это поведение пойдет.

Потребностно–информационная теория — предложена академиком П.В. Симоновым (1987).

По мнению автора и его последователей между витальными функциями индивида и структурой его личности имеется неразрывная связь. Под витальными функциями понимаются как общевитальные (индивидуально-органические, видовые), так и специфически человеческие (социальные, когнитивные).

Витальные функции, получая свое отражение в сознании, осознаются как определенные потребности. Осознание витальных функций как потребностей на языке физиологии есть их кортикальное представительство, их высшая интеграция. Переживание витальных функций означает актуализацию потребности жить, и притом жить в каждый данный момент времени определенным образом. Здесь имеется в виду осознание нужды в чем-то находящемся вне организма — в вещах объективного мира и в манипуляциях с ними, а также в других людях и определенных взаимоотношениях между ними.

В данной концепции существенны указания на связь потребностей с эмоциями. Эмоция является отражением мозгом не только какой–либо актуальной потребности, но и вероятности (информация: знания, навыки, энергетические ресурсы и пр.) ее удовлетворения. Низкая вероятность удовлетворения потребности ведет к возникновению отрицательных эмоций. Возрастание вероятности удовлетворения по сравнению с ранее имевшимся прогнозом порождает положительные эмоции. Сама по себе эмоция не несет информации об окружающем мире, но выступает важным регулятором усиления или ослабления потребности, их динамики.

Когнитивные теории мотивации. Побуждение к действию может возникать у человека не только под влиянием эмоций, но также под воздействием знаний (когниций) — их согласованности или противоречивости.

Одним из первых обратил внимание на это Л. Фестингер (1957). Главным положением его теории когнитивного диссонанса является утверждение о том, что система знаний человека о мире и о себе стремиться к согласованию. Существование *диссонанса*, т.е. отношений рассогласованности, несоответствия между когнициями (знания, мнения, убеждения) является само по себе мотивирующим фактором и психологически дискомфортно. Человек пытается уменьшить диссонанс и добиться *консонанса*, т.е. когнитивного “соответствия”. Когнитивный диссонанс здесь рассматривается как исходное условие, которое вызывает активность, направленную на уменьшение диссонанса подобно тому, как голод ведет к активности, направленной на его утоление.

Наиболее выраженное мотивационное влияние когнитивный диссонанс оказывает при принятии жизненно важных решений, вынужденном совершении нравственно неприемлемых поступков, преодолении межличностных конфликтов. Человек стремиться к избеганию диссонанса. Даже после совершения действия, повлекшего за собой нежелательный результат, он стремиться задним числом

повысить ценность этого результата и невольно ищет дополнительные, оправдывающие аргументы. Иногда, однако, после принятия решения повышается ценность не той альтернативы, которая была избрана, а той, которая оказалась отвергнутой. В результате диссонанс не уменьшается, а еще больше увеличивается.

Иерархия потребностей. Многие психологи усматривают в мотивации ядро личности, а в его познании ключ к исследуемому человеку.

В каждой теории личности предлагаются в качестве ведущих различные мотивы. Например, в группе теорий личности психоаналитической ориентации, как правило, предлагается ведущим один мотив: либидо (Фрейд З.), превосходства (Адлер А.), избегания тревоги (Салливан Г.), аффилиации (Фромм Э.) и др.

По мнению отечественного психолога А.Н. Леонтьева (1903-1979) количество мотивов может быть бесконечным, т.к. их источники находятся в практической деятельности человека, которая весьма разнообразна.

Существует и промежуточная точка зрения, когда в качестве ведущих выдвигается несколько мотивов. Например, американский исследователь мотивации Г.А. Мюррей (Murrey H.,1953) предлагает список вторичных (психогенных) потребностей, возникающих у человека на базе инстинктоподобных влечений в результате воспитания и обучения: в достижении успеха, аффилиации, агрессии, независимости, противодействия, уважения, унижения, защиты, доминирования, привлечения внимания, избегания вредностей, избегания неудач, покровительства, порядка, игры, неприятия, осмысления, сексуальных отношений, поиска помощи и зависимости, понимания.

По иному к классификации потребностей подходил один из создателей гуманистической психологии американский психолог А. Маслоу (Maslow A., 1962). Он классифицирует потребности по иерархически построенным группам. Выбор когнитивной деятельности может адекватно осуществлен только тогда, когда организм в оптимальной степени активирован и его элементарные потребности удовлетворены. По его мнению, у человека с рождения последовательно появляются следующие семь классов потребностей:

1. Физиологические потребности, обеспечивающие выживание человека. К ним относятся потребности в еде, питье, жилище, отдыхе и сексе;
2. Потребности в безопасности (и уверенности в будущем) — это стремление чувствовать себя защищенным, желание избавиться от неудач и страхов (безопасность физическая и психологическая);
3. Социальные потребности — включают чувство принадлежности к чему-либо или к кому-либо, чувства принятия тебя другими, в причастности к группе;
4. Потребности в уважении — это потребности в самоуважении, признании личных достижений и компетентности, уважении и одобрении окружающих;
5. Когнитивные (познавательные) потребности;
6. Эстетические потребности (в красоте, гармонии, симметрии и порядке);
7. Самоактуализация — это потребность самовыражения и самореализация своих способностей, талантов, самосовершенствование.

Согласно гуманистическому подходу, любое существо стремится к своему расцвету, действуя в наибольшем соответствии со своими возможностями и притязаниями. Теория А. Маслоу обращает особое внимание на то, что высшие потребности не могут проявиться, если более примитивные не были удовлетворены. Следующая ступень мотивационной структуры имеет значение лишь тогда, когда предыдущие ступени реализованы (“*пирамида потребностей*”).

Методы удовлетворения потребностей высших уровней
(Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф., 1992)
Социальные потребности:
1. Давайте сотрудникам такую работу, которая позволяла бы им общаться.
2. Создавайте на рабочих местах дух единой команды.
3. Проводите с подчиненными периодические совещания.
4. Не старайтесь разрушить возникшие неформальные группы, если они не наносят организации реального ущерба.
5. Создавайте условия для социальной активности членов организации вне ее рамок.
Потребности в уважении:
1. Предлагайте подчиненным более содержательную работу.
2. Обеспечьте им положительную обратную связь с достигнутыми результатами.
3. Высоко оценивайте и поощряйте достигнутые подчиненными результаты.
4. Привлекайте подчиненных к формулировке целей и выработке решений.
5. Делегируйте подчиненным дополнительные права и полномочия.
6. Продвигайте подчиненных по служебной лестнице.
7. Обеспечивайте обучение и переподготовку, которая повышает уровень компетентности.
Потребности в самовыражении.
1. Обеспечивайте подчиненным возможность для обучения и развития, которая позволила бы полностью использовать их потенциал.
2. Давайте подчиненным сложную и важную работу, требующую от них полной отдачи.
3. Поощряйте и развивайте у подчиненных творческие способности.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Исходной формой активности организма являются потребности. Они вызывают состояние напряженности, что направляет поиск необходимого предмета потребности. При встрече потребности с первым из предметов, который может ее удовлетворить, происходит фиксация, “опредмечивание потребности”, превращение ее в мотив. Кроме биологических потребностей для нормального развития человека важными являются такие вторичные потребности как познавательная и в социальных контактах.

Если потребность вызывает только активность, то мотив определяет направленность поведения к обретению нужного предмета потребности. Мотивы более разнообразны, так как одна и та же потребность может удовлетворяться разными предметами. Мотивы, в отличие от потребностей, потенциально осознаваемы.

Идеальный образ будущего результата действия принято обозначать как цель поведения. Цель является основным объектом внимания, с ней связано мышление и эмоции в каждый данный момент поведения. Таким образом, каждая потребность может быть реализована во многих мотивах, а каждый мотив может быть удовлетворен различной совокупностью целей.

Качественное разнообразие мотивов, гибкость их связей с потребностями и целями, а также их иерархизированность являются важными характеристиками мотивационной сферы. В качестве отдельных разновидностей мотивов поведения человека рассматриваются влечения, установки, желания, интересы и склонности, а также такие мотивационные образования как задачи, идеалы и мировоззрение.

Направленность личности рассматривается как совокупность устойчивых мотивов, которые определяют избирательность внутренней активности и отношений человека независимо от наличных ситуаций. Ее подразделяют на идейно-моральную, профессиональную и бытовую направленность. Уровень,

широта, интенсивность и действенность направленности личности являются ее главными качественными характеристиками.

Мотивация и ценностные ориентации личности тесно связаны с Я–концепцией, как совокупности представлений и оценок самого себя. Переживание наличия Я является результатом длительного процесса формирования личности. Стремление защитить свою Я–концепцию является одним из основополагающих мотивов всякого нормального поведения.

Я–концепция образование динамическое и существует множество Я–образов: Я–реальное, Я–-идеальное, Я–фантастическое, Я–зеркальное и т.д. Лица с большей сложностью Я–концепции являются и более адаптивными к реалиям жизни, так как они легче ассимилируют как негативную, так и позитивную информацию о себе от других. В теории социального сравнения Фестингера утверждается, что стремление сравнивать себя с другими связано с потребностью человека иметь ясную и определенную Я–концепцию.

Степень адекватности Я–концепции выясняется при изучении самооценки и уровня притязаний личности. Показано, что самооценка и оценка ситуации заметно зависят от личностной тревожности. Установлено также, что восприятие человеком людей и в целом мира зависимо и от его внутренней потребности в понимании причин поведения и способности к такому пониманию. Теории каузальной атрибуции и личностных конструктов описывают эти особенности мировосприятия и лежат в основе мотивационно–когнитивного объяснения и предсказания поведения человека. Самостоятельное значение придается описанию и количественному измерению мотивов аффилиации, власти, альтруизма и агрессивности.

Для человека характерным является наличие двух классов мотивационных факторов — биологических и социальных. Для объяснения их механизмов выдвигается несколько теорий: биологических побуждений, оптимальной активации, потребностно–информационная теория Симонова и когнитивная теория мотивации Фестингера.

В теориях личности для объяснения поведения человека предпочитают описание конкретных побудительных факторов. Разные теории выдвигают в качестве ведущих не только различные мотивы, но и разное их число. Широкую известность получила концепция иерархии потребностей Маслоу. В его “пирамиде потребностей” выбор более высоко стоящих потребностей возможен только после удовлетворения биологических и более низких вторичных потребностей.

Вопросы для самопроверки

1. Как дать определение потребности, мотива и цели? Как они соотносятся между собой? В чем заключено различие между мотивом и мотивировкой?
2. Влечение и установка могут выступать неосознаваемыми мотивами поведения. В чем заключено главное различие между ними?
3. Склонности являются предпосылкой развития способностей. Всегда ли склонности совпадают с наличием соответствующих способностей?
4. Как дать определение направленности личности, как личностной подструктуры?
5. Как дать определение Я–концепции? Как соотносится Я–концепция с самооценкой? Каковы главные функции Я?
6. Как описывается поведение у лиц, которые мотивированны на успех в отличие от такового у лиц мотивированных на неудачу?
7. Как описывается закономерность, получившая название “фундаментальная ошибка атрибуции”?
8. Что собой представляет личностный конструкт? Каким образом их изучение может объяснять и предсказывать поведение испытуемого?

9. Какую роль в общении людей играют мотивы аффилиации и отвергания?
10. Каким образом рассматривается мотивация власти в индивидуальной психологии Адлера?
11. Что собой представляет просоциальное поведение, и какие мотивы лежат в его основе?
12. Что собой представляет агрессивное поведение, и какие разновидности его выделяют?
13. Что собой представляет первичные и вторичные виды мотивации поведения человека? Какие недостатки предлагаемых моделей для объяснения мотивации поведения отмечают исследователи?
14. Каким образом описывается мотивационное ядро личности в различных теориях личности?
15. Какие классы потребностей описываются в “пирамиде потребностей” Маслоу? Как соотносятся здесь первичные и вторичные потребности?

ГЛАВА 12

СПОСОБНОСТИ И ИНТЕЛЛЕКТ

Способности и задатки способностей

Способности: структура и уровни. *Способности — это то, что не сводится к знаниям, умениям и навыкам, но обеспечивает и объясняет их быстрое приобретение и эффективное использование на практике.* При этом подразумевается, что способности бывают всегда к определенной деятельности, поэтому говорят о способностях не только интеллектуальных, но и музыкальных, художественных, технических, спортивных и т.п. Среди школьников, например, наблюдаются различия в способностях к учебным предметам: один легко осваивает математику, но не способен к литературе, другой проявляет способность к литературе, но явно отстает на уроках по физкультуре и т.д.

Любая способность имеет структуру, в которую входят определенные психические качества, которые необходимы для успешного выполнения деятельности. Так структура способности к рисованию включает высокую чувствительность зрения с тонким цветоразличением, чувство линий и форм, развитую сенсомоторику руки, художественное воображение и др.; математические способности складываются из соответствующих умственных качеств, которые обеспечивают: получение математической информации (формализированность восприятия, схватывание формальной структуры задачи), переработку математической информации (логическое мышление в сфере количественных и пространственных отношений, быстрое и широкое обобщение математических объектов и отношений, гибкость мышления, его экономичность и рациональность), хранение математической информации (математическая память), математическую направленность ума. Способности не могут существовать иначе, как в постоянном процессе развития. Только при постоянном упражнении мы поддерживаем у себя и дальше развиваем соответствующие способности.

Способности разных людей в одной и той же деятельности могут иметь различную структуру благодаря индивидуальному своеобразию и сочетанию психических качеств. Например, у одних людей в структуре математических способностей ведущими являются качества мышления, а у других — память на математическое содержание и гибкое оперирование им и т.п. Особенно велика роль социального опыта в развитии таких способностей, как организаторские, коммуникативные, управленческие. Иногда приходится заниматься какой–либо деятельностью не имея нужных способностей к ней. В этих случаях человек вынужден сознательно или бессознательно компенсировать недостаток способностей, опираясь на сильные стороны своей личности. По наблюдениям Е.П. Ильина (1983) компенсация может осуществляться через приобретаемые знания или умения, либо через формирование типического стиля деятельности, либо через другую, более развитую способность. Существует множество примеров, когда низкий или средний уровень умственных способностей компенсируется широтой знаний или высокой работоспособностью; недостаточные организаторские способности — высоким уровнем самоорганизации и т.п.

Важно отметить, что компенсируемость способностей относится даже к тем способностям, для развития которых необходимы врожденные физиологические задатки. Например, экспериментально удавалось выработать музыкальный слух у детей, у которых было констатировано отсутствие музыкальных способностей. С помощью специальных упражнений они научились различать звуки разной высоты гораздо лучше, чем они делали это ранее. Однако такое различение происходит не на тональной, а на тембральной основе, но результат оказывается одним и тем же: ребенок демонстрирует слух почти такой же, какой характерен для людей с чувствительным от рождения к высоте звука орган слуха.

Существует целый ряд классификаций способностей. Довольно часто способности подразделяют на природные (естественные) и специфические человеческие. Естественные способности тесно связаны с врожденными задатками. Они формируются на их базе при наличии элементарного жизненного опыта через механизмы научения типа условно-рефлекторных связей. Специфические человеческие способности имеют общественно-историческое происхождение и обеспечивают жизнь и развитие в социальной среде. Их формирование более сложное, роль врожденных задатков в их развитии менее заметна. Среди них различают способности общие и специальные.

Общие способности определяют успешность в самых различных видах деятельности и общения. К ним относятся интеллект, совершенная речь, точность ручных движений и тому подобные.

Специальные способности определяют успехи в отдельных, специфических видах деятельности и общения: музыка, рисование, литература, математика, спорт, техника и тому подобные. В их формировании более заметна роль определенных задатков и их развитие.

Обычно общие и специальные способности взаимно дополняют друг друга, взаимодействуют. Для успешного выполнения любой деятельности необходимы как общие, так и специальные способности.

Как общие, так и специальные способности подразделяют иногда на элементарные и сложные, а внутри них уже выделяются конкретные виды. Элементарные способности присущи всем людям, хотя и в разной степени их выраженности.

Общие элементарные способностям — это способности ощущать, воспринимать, запоминать, мыслить, говорить, воображать и переживать. Таким образом, каждое элементарное проявление этих способностей есть соответствующее психическое действие (сенсорное, мнемическое, мыслительное, волевое), выполняемое с различным успехом. Оно в результате упражнения может стать соответствующим навыком.

Специальные элементарные способности предполагают определенную качественную выраженность каких-либо сторон психических процессов: глазомер, музыкальный слух, высокая чувствительность обоняния, словесно-логическая память, критичность мышления и т.д. Специальные элементарные способности развиваются на основе соответствующих задатков в процессе обучения.

Общие сложные способности — это способности к общечеловеческим видам деятельности — труду, учебе, игре, общению друг с другом. Они необходимы в той или иной степени в различных видах деятельности и присущи всем людям.

Сложные специальные способности (математические, конструктрско–технические, музыкальные, художественные, организаторские и др.) являются способностями к определенным профессиям, возникшим в процессе истории

человеческой культуры. Эти способности обычно называют профессиональными, так как от них зависит качество профессиональной деятельности.

Основой профотбора является профессиография. *Профессиография* — описание профессий с точки зрения требований, предъявляемых ими к человеку. Она охватывает разные стороны конкретной профессиональной деятельности: социально-экономические, технические, правовые, медико-гигиенические, психологические и др. Часть профессиограммы составляет *психограмма* — краткая сводка требований, предъявляемых к психике человека, как перечень необходимых профессиональных способностей.

Уровень и степень развития способностей у личности выражают понятия одаренности, таланта и гениальности. Сочетание различных высокоразвитых способностей называют *одаренностью*. Еще более высокий уровень развития способностей называют *талантом*. Талантливый человек творит, создает что-то свое, оригинальное, в определенной степени неповторимое. Однако его творчество осуществляется в рамках уже сложившихся идей, направлений, линий поиска. Талантливые люди (художники, литераторы, врачи) обычно добиваются известности и признания у современников. Наивысший уровень развития способностей называется *гениальностью*. Гений неповторим и неподражаем. Его идеи, концепции, способы исследования и результаты открывают человечеству новые горизонты, опережают эпоху и время.

В истории науки существовала даже концепция отождествлять талант наряду с другими аномалиями и отклонениями от нормы — душевной болезнью, преступностью. Подобные “аномалии”, по мнению Ч. Ломброзо, были обусловлены особым конституциональным типом — атавистическим, ретроградным с точки зрения эволюции. Эти идеи сложились у него в конце 1860 — начале 1870-х гг. На русский язык его многократно издававшаяся в Европе книга “Genio e folia” (“Гениальность и помешательство”) была переведена в начале 1890 гг. (см. раздел “Типология характера”).

Задатки способностей. В основе любых способностей лежат задатки. Под задатками понимаются первичные, природные (биологические) особенности, с которыми человек рождается и которые созревают в процессе его развития. Это главным образом врожденные анатомические и физиологические особенности строения тела, двигательного аппарата, органов чувств, нейродинамические свойства мозга, особенности функциональной асимметрии больших полушарий и др. Именно своеобразие индивидных характеристик выступает в качестве природных задатков.

Задатки не заключают в себе способностей и не гарантируют их развития. Они могут превратиться и не превратиться в способности, в зависимости от воспитания и деятельности человека. При отсутствии надлежащего воспитания и деятельности даже большие задатки не станут способностями, а при соответствующем воспитании и деятельности даже из небольших задатков могут развиться способности достаточно высокого уровня.

Б.М. Теплов и В.Д. Небылицин (1963) предприняли попытку выяснить, как влияют особенности высшей нервной деятельности на качественные особенности структуры способностей. В настоящее время в дифференциальной психофизиологии сложилась 12-мерная классификация свойств нервной системы. В нее входят 8 первичных свойств (сила, подвижность, динамичность и лабильность по отношению к возбуждению и торможению) и четыре вторичных свойства (уравновешенность по этим основным свойствам). Показано, что данные свойства могут относиться как ко всей нервной системе — общие свойства, так и к отдельным анализаторам — парциальные свойства. Различные сочетания свойств

нервной системы определяют ее тип. Представители каждого типа имеет свои особенности с точки зрения профессиональных качеств. Например, слабость нервных процессов — это не только отрицательное, как обычно предполагалось, но равно и положительное качество нервных процессов, т.к. слабость есть следствие ее высокой реактивности. На ее основе легче развиваются способности, где требуется высокая реактивность, чувствительность и впечатлительность. Представители этого типа нервной системы обычно показывают и лучшие результаты в условиях монотонной работы. Люди с сильным типом нервной системы, напротив, более приспособлены к большим и неожиданным нагрузкам. Парциальные (частные) особенности нервной системы лежат в основе предпосылок к развитию способностей к требованиям профессий, где необходимы особая развитость слуховой, зрительной, обонятельной, двигательной или другой системы.

Некоторые задатки проявляются в раннем возрасте, что выражается в склонности к определенной деятельности. Например, Неодолимое тяготение к рисованию начало проявляться у Серова, Репина, Сурикова в возрасте 3-5 лет; к музыке у Римского-Корсакова, Глинки — в 3-4 года. В некоторых семьях весьма часто встречается много талантливых людей. Известны семьи, давшие много композиторов, художников и т.д. Например, семь поколений музыкантов Бахов, из которых два были действительно выдающимися; Моцартов (отца и сына), братьев Гайдн. Однако это еще не означает, что способности передаются по наследству. Изучение родословных показывает, что в подавляющем большинстве случаев речь идет не о биологической наследственности, а о наследовании условий жизни, т.е. тех условий, которые благоприятствуют развитию способностей. В то время как задатки, т.е. природные предпосылки способностей, вероятно, подчинены общим генетическим законам. В частности, у музыкантов это могут быть определенные особенности строения и функционирования слухового анализатора (парциальные типологические особенности), передаваемые по наследству из рода в род. Есть исследования, где показано, что у музыканта с абсолютным слухом четвертый слой 41 поля — первичной слуховой коры — в два раза шире, чем у обычного человека, а у художника существенно шире обычного четвертый слой 17 поля — первичной зрительной коры (цит. по Хомская Е.Д., 1999).

> Понятие *генотип* охватывает генетические характеристики конкретного индивида, а понятием *геном* в генетике обозначают генетическую характеристику биологического вида (например, homo sapiens). В 2000 году “средний общечеловеческий геном” был “прочтен”, хотя по прогнозам ученых это величайшее достижение должно произойти было не ранее 2005 года. Знание полной карты генетического кода человека имеет огромное значение, прогнозируется развитие генной терапии различных наследственных заболеваний, могут предприниматься различные профилактические меры, предупреждающие болезни.

Индивидуальные особенности людей порождаются сложным взаимодействием между наследственностью индивида и его средой. Наследственность допускает очень широкие границы поведения, внутри которых результат развития будет зависеть от влияния среды (Анастази А., 1982). Любой задаток многозначен, т.е. из одного и того же задатка при соответствующих условиях могут развиться различные способности, в зависимости от характера требований, предъявляемых деятельностью.

> Основным подходом к изучению источников индивидуального разнообразия какого-либо фенотипического признака служит анализ сходства между родственниками, с одной стороны, и противопоставление этому сходству различий между индивидуумами, не состоящими в родстве, — с другой. Примером подобного исследования может служить

работа, проведенная Брауном в 1942 г. (Medioni J., Vaysse G., 1987). Было обнаружено, что частота возникновения неврозов у близких родственников (родителей, братьев и сестер) выше, чем у дальних родственников и популяции в целом. В его исследовании выявлена даже определенная специфичность наследования невротических синдромов (например, навязчивостей), что трудно объяснить одними лишь особенностями семейного и социального окружения.

Более надежным вариантом данного метода служит близнецовый метод, основанный на сравнении монозиготных близнецов с дизиготными. Различия в фенотипе монозиготных близнецов могут быть связаны только с влиянием окружающей среды, т.к. наборы генов у них одинаковы. Монозиготные близнецы будут идентичны по черте, которая имеет стопроцентную наследуемость, а дизиготные — нет. В общем виде, если корреляция между монозиготными близнецами обозначается как $R_м$, а между дизиготными — как $R_д$, то оценка наследуемости (H^2) проводится по формуле: $H^2 = R_м — R_д/1-R_д$. Например, наследуемость роста равна 0,94; веса 0,42; длины рук 0,87; длины ступни 0,81; объема бедер 0,66; головного показателя (отношение поперечного размера головы к продольному) 0,70; маскулинность–феминность (выраженность мужских или женских черт) 0,87; интеллектуальный коэффициент 0,53; экстраверсия 0,50; нейротизм 0,30 (источник: Левонтин Р., 1993).

Логическим продолжением метода изучения ковариативности между родственниками служит обследование приемных детей. Такое обследование позволяет оценить влияние семейной обстановки и выявить, происходит ли простое сложение среды и генотипа или же они взаимодействуют. Сочетанное применение разных приемов исследования неоднократно предпринималось для генетического анализа психических заболеваний, уровня умственного развития и других признаков индивидуального разнообразия.

Гипотеза о наследуемости задатков не должна отождествляться с идеей наследственности способностей. Способности — прижизненное приобретение личности, они развиваются под влиянием социальных факторов. Психологических свойств, которые с уверенностью можно было бы считать наследственно обусловленными, не так уж много. Среди характеристик, которые имеют явную генотипическую предрасположенность, находится, например, темп работы, от которого в свою очередь зависит темперамент. Особенно большое влияние генотип оказывает на физиологические показатели (например, электроэнцефалограммы).

Предположения возможности наследования способностей имеют давнюю историю. Еще в 1875 году английский антрополог и психолог Ф. Гальтон (двоюродный брат Дарвина, изобретатель дактилоскопии) писал о наследуемости талантов. Однако убедительных доказательств к этому он не привел. Тем не менее, его идеи о необходимости систематического улучшения “наиболее одаренных рас” (евгеника) имели реальный успех в конце 19 — начале 19 вв.: в Европе и Америке возникали различные евгенические общества. В США были приняты сенсационные меры (например, стерилизация “неполноценных”), а нацистская Германия, чтобы обеспечить процветание “арийской расы”, дошла до еще худших крайностей. Нацистский режим практиковал не только позитивную евгенику (цель — благоприятствовать воспроизведению лиц с хорошей наследственностью), но и евгенику негативную (уничтожение “низших рас”). Годы существования нацизма привели к тому, что евгенизму в плане идеологическом и социальном пришлось явно отступить; во всяком случае, он стал более сдержанным. Но огромные успехи, достигнутые тем временем биологией и генной инженерией, сделали возможным создание усовершенствованного евгенизма. А это поднимает многочисленные вопросы, как технические, так и этические (Thuiller P., 1987).

Любые задатки, прежде чем они превратятся в способности, проходят большой путь развития. В процессе их развития можно выделить ряд этапов. Для того чтобы некоторая способность поднялась на более высокий уровень, необходимо, чтобы она была достаточно оформлена на предыдущем уровне. Этот

последний уровень по отношению к более высокой ступени развития и выступает в виде своеобразного *небиологического* плана задатка (Немов Р.С.,1994).

Например, для того чтобы хорошо усвоить высшую математику, надо обязательно знать элементарную, и эти знания по отношению к высшим математическим способностям выступают в качестве своеобразного задатка. Таким образом, на одном из этапов происходит подготовка анатомо-физиологической основы будущих способностей, на других идет становление их небиологической базы, на третьих складывается и достигает соответствующего уровня нужная способность. Все эти процессы могут протекать последовательно, накладываясь в той или иной степени друг на друга.

> Биологическая основа социальных способностей не может сейчас считаться точно установленной. Полагают, что условиями и предпосылками их развития являются обстоятельства жизни человека. Культурно-социальная среда, в которой воспитывается ребенок, существенно влияет на их формирование и развитие способностей. У человека с рождения нет жесткой запрограммированности поведения, а структуры мозга ребенка в процессе развития обладают большой восприимчивостью к воспитанию и обучению, особенно в сенситивные возрастные периоды. Таким образом, анатомо-физиологической основой социальных способностей, когда они становятся развитыми, могут выступать так называемые функциональные органы — прижизненно складывающиеся нервно-мышечные системы, обеспечивающие функционирование и усовершенствование соответствующих способностей.

Многоплановость и разнообразие видов деятельности человека выступает как одно из важнейших условий комплексного и разностороннего развития его способностей. Для более полного развития способностей ребенка важен творческий характер его деятельности, оптимальный уровень трудности, должная мотивация и обеспечение положительного эмоционального настроя в ходе и по окончанию выполнения деятельности. Если выполняемая деятельность находится в зоне оптимальной трудности (“зона ближайшего развития” по Л.С. Выготскому), то она ведет к развитию его способностей. Если деятельность слишком проста, то она обеспечивает лишь реализацию уже имеющихся способностей, но если слишком трудна, то становится невыполнимой и также не приводит к развитию новых умений и навыков.

Умственные способности (интеллект)

Понятие “интеллект” (от лат. intellectus — разумение, понимание, постижение) не имеет однозначного определения, но всеми признается, что присущий каждому человеку *уровень способности его пользоваться мыслительными операциями* является одной из основополагающих характеристик интеллекта (Леонтьев А.Н., 1981; ClauB G., 1976). Создатели первых интеллектуальных тестов А. Бине, Т. Симон (Binet A., Simon Th., 1905) и Д. Векслер (Wechsler D., 1939) полагали, что человек обладающий интеллектом, — это тот, кто “правильно судит, понимает и размышляет” и кто, благодаря этим способностям, может хорошо справляться с жизненными обстоятельствами, т.е. *адаптироваться* к окружающей среде, к обстоятельствам жизни.

Другая точка зрения на интеллект связана с тем, что здесь главное значение придается связи интеллекта с психофизиологическим способностям человека *быстрее или медленнее обрабатывать поступающую информацию* (быстрота восприятия, запоминания и воспроизведения, и т.п.), иначе — со скоростными параметрами реагирования на внешние стимулы (Galton F., 1884; Cattell J., 1885 и

др.). И в более поздних исследованиях основным показателем интеллекта при этом подходе служит время, затраченное человеком на решение предложенных задач.

> Понятие психической скорости, или скорости выполнения умственных операций приобретает роль фактора, объясняющего происхождение индивидуальных различий в познавательной деятельности и показателях интеллекта. Неоднократно подтверждалось, что показатель интеллекта связан со временем реакции, взятом в разных вариантах оценки, отрицательной корреляцией, составляющей в среднем –0,3. Индивиды, которые более быстро и с меньшим числом ошибок обрабатывают информацию, обычно продуцируют высокоамплитудную и более сложную форму кривой ЭЭГ вызванных потенциалов мозга. Низкоамплитудные вызванные потенциалы мозга упрощенной формы характерны для индивидов с низкими показателями интеллекта (Eysenck H.I., 1995).
>
> Долгое время также господствовал скептический взгляд на попытки найти какие-либо морфологические и топографические особенности в строении мозга людей, отличающихся высоким интеллектом. Однако в последнее время эта точка зрения уступила место другой, — появились данные, что у интеллектуально одаренных людей рецептивный слой коры существенно толще. Предполагается, что это связано с перераспределением ресурсов медиатора ацетилхолина, который, по некоторым представлениям, обеспечивает информационную составляющую процессов обучения.

В прошлом предлагалось довольно много определений интеллекта исходя из наличия и степени выраженности способностей к интеллектуальной деятельности. Однако следует помнить, что понятие способности определяет более широкий круг психических явлений, чем понятие интеллект

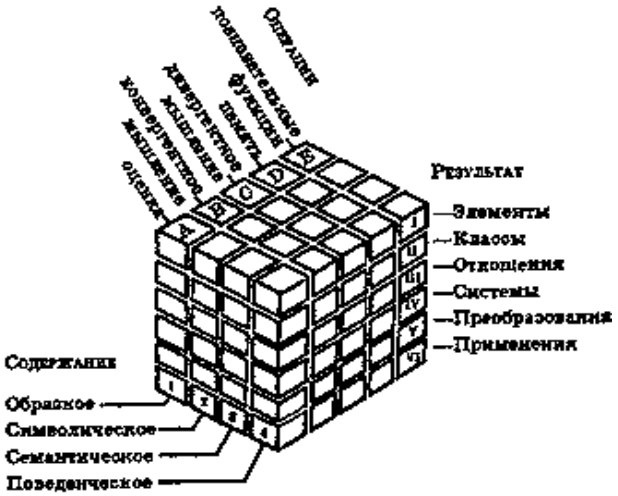
Интеллект часто определяют как *обобщенную способность к обучению*. Адекватность такого подхода обосновывалась многими исследованиями (Guilford J., 1967 и др.). Например, показано, что оценки по интеллектуальным тестам хорошо согласуются с успеваемостью в школе и других учебных заведениях. Однако, хорошо известно и то, что многие одаренные люди не отличались хорошей успеваемостью в школе (Эйнштейн, Дарвин, Черчилль).

Людям творческим, как считает психолог Гилфорд (Guilford J., 1959), свойственно дивергентное мышление, при котором поиск решения проблемы осуществляется по всем возможным направлениям. Такой “веерообразный” поиск позволяет творческой личности найти весьма необычное решение проблемы или предложить множество решений там, где обычный человек может найти лишь одно или два. Люди с творческим мышлением порой с трудом адаптируются к традиционному обучению, которое требует от ученика прямых и ясных ответов на поставленный вопрос, концентрирует на поиске единственно правильного решения, что свойственно конвергентному мышлению.

Психолог Спирмен (Spearman C., 1904) с помощью статистических методов также попытался выделить *“генеральный” фактор интеллекта* (фактор G), который будет определять успешность выполнения любого интеллектуального теста. Этот общий фактор Спирменом рассматривался как некая “умственная энергия”. Он установил, что роль фактора G максимальна в сложных математических и абстрактных тестах и минимальна в сенсомоторных действиях. Однако с течением времени накапливались данные, не соответствующие его теории, по которой интеллект определяется какой-то одной способностью. Позднее Л. Терстоуном (Thurstone L., 1931) выделено семь таких способностей, которые он назвал *первичными умственными потенциями*: способность к счету, способность умело (гибко) пользоваться речью, способность понимать речь, способность к пространственной ориентации, память, способность к рассуждению, способность к быстроте восприятия сходств и различий предметов. По его мнению, достаточно

лишь разработать тесты на эти способности и можно вычертить профиль интеллектуального потенциала человека.

Другие психологи, например Гилфорд (Guilford L., 1967), выделяли намного больше первичных факторов интеллекта. В основе модели интеллекта Гилфорда лежат не эмпирические результаты математического (факторного) анализа, а определенные теоретические представления о сущности и механизмах информационных процессов: S—O—R (стимул — операция — ответ). Им постулируется существование не менее 120 факторов интеллекта. *Структура интеллекта по Гилфорду* явилась плодом многолетней работы автора и его сотрудников. К настоящему времени получено не менее 98 факторов, соответствующих модели.



Структура интеллекта по Гилфорду

Каждый фактор в модели интеллекта Дж. Гилфорда обозначается сочетанием трех индексов в соответствии с видом предъявляемой информации (S), характером операции (O) и получаемым результатом (R).

Предъявляемая информация (S):

1. Образная (F) — образы восприятия и памяти;
2. Символическая (S) — в виде формальных знаков: буквы, цифры, кодовые обозначения и т.п.;
3. Семантическая (M) — концептуальная информация: идеи и понятия;
4. Поведенческая (B) — информация, отражающая процесс общения в невербальной форме;

Операции по обработке информации (O):

1. Узнавание и понимание информации (C);
2. Запоминание, фиксация в памяти информации (M);
3. Дивергентное мышление (D);
4. Конвергентное мышление (N);
5. Оценки (E) — сравнение и оценка информационных единиц по определенному критерию.

Результаты (R):

1. Единицы (U) — отдельные сведения;
2. Классы (C) — совокупность сведений, сгруппированным по общим существенным элементам;
3. Отношения (R) — выражают связи между единицами информации;
4. Системы (S) являются блоками, состоящими из элементов и связей между ними;
5. Трансформации (T) — преобразования и модификации информации;

6. Импликации (I) — результаты, возможные логические выводы из имеющейся информации и выходящие за ее пределы.

Таким образом, 120 различных частных интеллектуальных способностей образуются как всевозможные сочетания операций, содержаний и продуктов мыслительной деятельности (5x4x6).

Генетические и средовые факторы в развитии интеллекта

Как и все функции психики, интеллект находится под воздействием, с одной стороны, врожденных факторов, а с другой — под влиянием окружающей среды (адаптационная обусловленность). Среди врожденных факторов интеллекта обычно рассматриваются его генетическая обусловленность и влияние физического и психического состояния матери во время беременности. Адаптационная обусловленность проявляется прежде всего во влиянии на умственное развитие питания ребенка (особенно первые 1,5 года), психической стимуляции его интеллектуальной активности со стороны взрослых, социального статуса семьи и числа детей в ней.

О наследственно-генетических предпосылках интеллекта до настоящего времени практически мало что известно. Из сотен тысяч генов, расположенных в хромосомах, выявлены лишь некоторые из них, которые ответственны за ряд физических признаков организма и сопровождающихся грубыми нарушениями интеллекта. Наиболее известны хромосомные аномалии при болезни Дауна, где типичный “монголоидный” внешний вид больного (раскосые глаза, широкая и уплощенная переносица, эпикант) сопутствует умственной отсталости. Однако, лишь в 3-4% случаев болезнь Дауна передается по наследству. В остальных случаях главным фактором заболевания служит немолодой возраст родителей. В среднем в популяции это заболевание встречается у одного из 700 детей; 1 на 100 новорожденных при возрасте матери свыше 32 лет и 1 на 20 детей у женщин старше 45 лет.

Также известно, что аномалии содержания в ядре оплодотворенной яйцеклетки числа половых хромосом приводят не сколько к изменению вторичных половых признаков, а чаще сопровождаются задержкой умственного развития и нарушениями поведения. Более высокая частота мальчиков среди умственно отсталых (в 1,5-2 раза чаще, чем у девочек) стала понятной, когда было установлено, что очень часто этот признак сцеплен с Х-хромосомой.

Генетический (хромосомный) пол определяется набором половых хромосом в клетке: ХХ — женский, ХУ— мужской. Одной из самых частых хромосомных аберраций в мужской популяции с частотой 1:500 встречается синдром Клайнфельтера: одна дополнительная Х-хромосома (кариотип — 47ХХУ), а внешне — высокий рост с евнухоидными пропорциями тела. У части больных обнаруживается две и более дополнительные Х-хромосомы. Интеллектуальное развитие больных может быть различным, но чаще оно снижено. В общем, отмечено, что увеличение числа добавочных Х-хромосом увеличивает степень умственной отсталости.

Кариотип у мужчин с добавочной Y-хромосомой (47XYY) встречается несколько реже — 1:800. Умственной отсталости при этом не отмечается, мужчины отличаются высоким ростом и нормальным телосложением, но при этом часты аномалии поведения с агрессивностью и гиперсексуальностью.

Исследование кариотипа достаточно трудоемко, поэтому в клинике чаще используют изучение в клетках эпителия слизистой рта полового хроматина, который является показателем числа половых хромосом. Это исследование должно широко использоваться при обследовании лиц мужского пола с гипогонадизмом, а также с высокорослостью, умственной отсталостью и нарушениями поведения.

На умственное развитие ребенка могут оказать влияние болезни матери во время беременности (краснуха, диабет, сифилис и др.), а также употребление ею ряда лекарственных (антибиотики, аспирин, транквилизаторы и др.) и токсических веществ (алкоголь, табак, наркотики).

Более тонкие исследования вклада генотипических и средовых факторов на межиндивидуальные различия в характеристиках способностей человека поводились путем сравнения сибсов и, особенно, близнецов, которые были разлучены в раннем детстве или живущих вместе. Более ранние психогенетические исследования, проведенные в этом направлении, обнаружили довольно высокую степень сходства показателей интеллекта у родственников, имеющих большее количество общих генов (0,68). Современные, более репрезентативные исследования привели к снижению показателей наследуемости интеллекта до 0,48-0,5, т.е. близки к простому генетическому ожиданию, равному 0,50. (Равич–Щербо И.В. и др., 1988).

Однако с каким бы наследственным задатками не появился на свет ребенок, его дальнейшее развитие во многом обусловлено факторами внешней среды — питанием, воспитанием и прочими. В частности имеются сведения, свидетельствующие о связи интеллектуального развития ребенка с его возможностью общаться с взрослыми в течение достаточно длительного времени. Оказалось, что чем больше в семье детей, тем ниже их средний коэффициент интеллектуальности, первенцы в этом отношении оказываются чаще более развитыми, чем их младшие братья и сестры (Zajonc, 1975).

Г. Айзенк (1982, 1986) считает, что существуют три разновидности интеллекта: биологический, психометрический и социальный. Первый из них представляет собой генетически детерминированную биологическую базу когнитивного функционирования. В его основе лежат нейрофизиологические и биохимические факторы, он непосредственно связан с деятельностью коры больших полушарий. Психометрический интелллект измеряется тестами интеллекта и зависит как от биологического интеллекта, так и от социокультуральных факторов. Социальный интеллект представляет собой интеллектуальные способности, проявляющиеся в повседневной жизни. Он зависит от психометрического интеллекта, а также личностных особенностей, обучения, социо–экономического статуса. Иногда биологический интеллект обозначают как интеллект А, социальный — как интеллект Б. Очевидно, что интеллект Б гораздо шире, чем интеллект А, и включает его всебя. Не менее известна в этом плане и концепция Р. Кеттела (1971) о существовании “кристаллизованного” (знания, навыки и пр.) и “флюидного” (способность ориентироваться в новой ситуации) интеллекта. Последний, по мнению автора, в большей степени связан с природными задатками.

Много дискуссий вызывает и обнаружение более низких усредненных показателей по тестам интеллекта у лиц из менее обеспеченных слоев общества и некоторых этнических групп. Многие результаты этих исследований интересны сами по себе, но они так и не дали ответа на главный вопрос о причинах групповых различий. К сожалению, пока нет возможности точно оценить, в какой степени разнообразие интеллектуальных способностей в популяции определяется генетическими влияниями, и в какой — не генетическими. Все рассуждения на эту тему должны начинаться с утверждения, что в центре социальной политики стоит не какая-то социальная или этническая группа, а человек. Цель общества, несомненно, заключается в создании условий, дающих каждому, независимо от его генетических потенций, развить свои таланты, получить образование. Все психогенетические исследования показывают, что в любом случае фенотип — это результат взаимодействия генотипа и среды, а некоторые генотипы для оптимального развития нуждаются в соответствующих, причем во многих случаях

довольно определенных условиях внешней среды. Задача психогенетики собственно и состоит в том, чтобы определить эти условия и дать совет о стратегиях оптимизации этой внешней среды (образование, воспитание и прочее) для полной реализации всех наследственных потенций (Фогель Ф., Мотульски А., 1990).

Вероятно, нельзя рассматривать интеллект как некое однозначное явление, объясняемое одной причиной или одним механизмом. Надо признать существование сложной структуры интеллекта, включающей общие и специфические факторы. В основе общих факторов скорее лежат определенные нейрофизиологические механизмы обработки информации, а частные (специфические) факторы представляют собой основные виды действий, операций по обработке информации и усваиваемые при обучении и накоплении жизненного опыта. Очевидно так же и то, что наследуется не общий интеллект или конкретные действия и операции, а определенные нейрофизиологические характеристики мозговых зон, которые включаются в функциональные системы, относящиеся к факторам интеллекта. Эти нейрофизиологические особенности можно рассматривать как задатки способностей.

Оценка интеллекта

Тесты интеллекта впервые появились во Франции, когда в 1881 году там было введено всеобщее обязательное образование и возникла необходимость более рационального распределения учеников по классам с учетом не только возраста, но и по ступеням обучения в зависимости от их способностей. В 1905 году профессором А. Бине (1857–1911) в статье “По поводу измерения интеллекта” подверг критике существующую практику распределения учеников, предложив шкалу, где уровень развития интеллекта определялся по образовательному уровню, достигнутому ребенком данного возраста. В 1908 году им, совместно с доктором Т. Симоном, была опубликована шкала для выявления умственно неполноценных детей, которые не способны обучаться в обычных школах. В первоначальном виде шкала содержала 30 заданий возрастающей трудности таким образом, что вероятность успешного выполнения увеличивалась соответственно хронологическому возрасту ребенка. Уровень трудности заданий определялся эмпирически на основе изучения данных выборки здоровых детей разных возрастов (3-12 лет). Отбирались для теста те задания, с которыми справлялись 50-80% детей соответствующего возраста. При использовании шкалы ребенку определенного хронологического возраста (ХВ), исчисляемого по дате рождения, последовательно предъявлялись наборы заданий для детей 3, 4 и т.д. лет до тех пор, пока он справлялся с ними за ограниченное время (как в школе при выполнении контрольной работы). Последнее, успешно выполненное задание, соответствует по Бине умственному возрасту ребенка (УВ). Если 7-летний ребенок справляется только с заданиями, предназначенными для шестилетних детей, то отсюда делается вывод, что по уровню интеллекта такой ребенок отстает от своих сверстников на 1 год.

Более удобной оказалась предложенная в 1912 году немецким психологом Штерном формула, позволяющая в краткой форме в виде показателя (коэффициента) интеллектуальности (IQ) выразить связь умственного и хронологического возраста. Концепция такого коэффициента основана на представлении о том, что нормальный ребенок — это такой ребенок, у которого умственный возраст соответствует хронологическому. Коэффициент

интеллектуальности в таких случаях всегда равен 100 баллам (например, для 10-летнего ребенка: IQ = УВ/ХВ∗100 = 10/10∗100 = 100 баллов).

В 1939 году Д. Векслером впервые были предложены шкалы интеллекта, которые были стандартизированы на выборках людей от 7 до 69 лет. В этих шкалах задания, в отличие от теста Бине, были одинаковыми для всех возрастов. Основой для оценки служило число правильных ответов, которое давал испытуемый. Оно сравнивалось со средним числом правильных ответов для лиц соответствующей возрастной группы, что позволяло достаточно просто перейти к IQ. Наибольшую известность получили варианты шкалы Векслера для детей до 16 лет и лиц от 16 до 64 лет.

Баллы IQ распределяются в каждой популяции симметрично по отношению к среднему (100 баллов) и кривая распределения имеет форму колокола (нормальное распределение). Такого рода распределения характерны для большинства биологических показателей и психогенетики приложили немалые усилия для разделения дисперсии IQ на средовые и генетические составляющие для установления коэффициента наследуемости. Однако следует заметить, что сами характеристики распределения IQ ничего особенного не открывают, т.к. тест задумывался именно так, чтобы система подсчета согласовывалась с законами нормального распределения (среднее 100 и стандартное отклонение 15 баллов).

Показатели IQ в выборке из 1,7 тыс. человек от 16 до 64 лет (по Векслеру)

IQ	***Уровень развития***	***% в выборке***
130 и выше	Весьма высокий интеллект	2,2
120 — 129	Высокий интеллект	6,7
110 — 119	“Хорошая” норма	16,1
90 — 109	Средний уровень	50,0
80 — 89	Сниженная норма	16,1
70 — 79	Пограничный уровень	6,7
69 и ниже	Умственный дефект	2,2

Тест Векслера для взрослых состоит из 11 субтестов (для детей имеется дополнительная 12 шкала — “лабиринты”). Итоговые результаты обычно рассчитываются по суммарной (общей) оценке интеллекта, а также его вербальной и невербальной составляющим.

Вербальный интеллект измеряется по субтестам:

1. Общая осведомленность — знание общеизвестных сведений и фактов из разных областей знаний;
2. Общая понятливость — оценка понимания смысла выражений, способности к суждению и понимания общественных норм ("здравый смысл" в разрешении социальных ситуаций);
3. Арифметический субтест — умение оперировать числовым материалом, сообразительность и внимание (устное решение задач);
4. Установление сходства — необходимо указать общий признак в предлагаемых парах понятий;
5. Словарный субтест — изучение вербального опыта, оценка запаса слов и понимание их смысла;
6. Кратковременная память на последовательность чисел от 3 до 9 знаков (запоминание и повторение цифр в прямом и обратном порядке);

Оценка невербального интеллекта включает субтесты:

7. Поиск недостающих деталей изображения — изучение зрительного восприятия, наблюдательности, способности выделить существенные детали;

8. Установление правильной последовательности картинок — изучение способности к организации фрагментов в логическое целое, понимание и предвосхищение ситуации в соответствии с развитием действий во времени;

9. Составление фигур из отдельных деталей — изучение способности синтеза целого из частей;

10. Кубики Коса — предлагается составить по образцу разной степени сложности орнамент из кубиков с разноокрашенные гранями;

11. Субтест шифровки цифр — изучение внимания и зрительно-двигательных навыков, требуется закодировать последовательность цифр в соответствии с образцом-кодом.

12. Лабиринты — требуется провести карандашом линию-выход из лабиринтов разной степени сложности; субтест позволяет ко всему прочему оценить моторику руки.

Результаты по тесту Векслера удобнее представлять в виде графической кривой, которая называется “профиль интеллекта”, что позволяет наглядно показать успешность выполнения заданий по каждому из субтестов. Это особенно важно в экспертной практике, т.к. в клинике хорошо известны случаи парциального усиления некоторых способностей (например, арифметических) у явных олигофренов. В этих случаях суммарная оценка интеллекта у такого испытуемого может не совпадать с его реальными возможностями адаптации в своей социальной среде.

Испытуемые с врожденной интеллектуальной недостаточностью (олигофрения), несмотря на общие низкие результаты по всему тесту, обычно несколько лучше показывают результаты по невербальным заданиям теста (шкале действий).

Также более лучшие результаты по невербальным заданиям теста показывают и больные неврозами, особенно при истерии, хотя общая оценка интеллекта у них в пределах нормы. У больных неврозами с высоким уровнем тревоги обычно наблюдается занижение оценок по тестам шифровки, повторения цифр и арифметическому (“триада тревоги”).

При шизофрении больные, в отличии от невротиков, лучше справляются с вербальными заданиями теста Векслера и заметно хуже со вторым этапом исследования — невербальными заданиями. Причем замечено, что внутри этого этапа, больные шизофренией относительно хорошо выполняют тест с кубиками Коса, чем тест на сложение фигур (у больных с органическими заболеваниями мозга, напротив, успешность выполнения по этим двум субтестам чаще обратная).

При исследовании тестом Векслера лиц старшей возрастной группы полезно обращать внимание на соотношение успешности выполнения ими субтестов, оценки по которым с возрастом “удерживаются”, т.е. не снижаются (общая осведомленность, словарный запас, *недостающие детали*, *складывание фигур*) и тестов, результативность по которым с возрастом закономерно снижается (*повторение цифр*, *сходство*, кодирование, конструирование из кубиков). Заметное ухудшение результатов по тестам первой группы (“удерживающихся” с возрастом) может свидетельствовать о патологическом (органическом), а не нормативно–возрастном снижении интеллектуальных функций.

В любом случае, психологу при подозрении на органическую природу снижения интеллекта рекомендуется провести больному нейропсихологическое исследование. Последнее особенно необходимо, если больной не справляется с

менее трудоемким, чем полное нейропсихологическое исследование, тестом зрительной ретенции Бентона (воспроизведение геометрических фигур после короткой экспозиции, зарисовка их по памяти), который часто используется в качестве дополнения к тесту Векслера в клинической психологии. Особо трудна проба Бентона для больных с височными, височно-теменными и диффузными органическими поражениями мозга, сопровождающимися снижением памяти. В этих случаях рекомендуется полное нейропсихологическое обследование больного.

Шкала Векслера требует много времени для обследования, поэтому в практической работе, профессиональном отборе часто используются краткие варианты теста и специализированные тесты для оценки отдельных качеств интеллекта. Уже при разработке самых первых тестов были выдвинуты два требования, которым должны удовлетворять “хорошие” тесты: надежность и валидность.

Надежность теста должна быть обеспечена постоянством воспроизведения его результатов у одного и того же человека. Баллы по тестам IQ, полученные дважды у одного и того же человека за короткое время, высоко коррелируют друг с другом (r=+0,95). На этом основании тест считается надежным. Результаты тестирований, разделенных годами, коррелируют друг с другом слабее, особенно если второе исследование проводится во взрослом возрасте. Однако корреляция между результатами повторного тестирования и через 10 лет остается надежно высокой (r=+0,80).

Валидность теста заключается в том, что он должен оценивать именно то качество, для которого предназначен. В отношении валидности интеллектуальных тестов было много дискуссий. Откуда мы знаем, что тест, названный тестом интеллекта, действительно измеряет интеллект? Хотя многочисленные тесты интеллекта и разрабатывались в соответствии с какой–либо теорией интеллекта, однако, их критическая оценка связана с отсутствием общепринятого понимания исследователями интеллекта и его структуры, возможности существенных различий в ответах на задания у представителей разных классов или этнических групп. Низкие тестовые результаты не всегда говорят о слабых способностях человека. Это один из наиболее важных моментов, который необходимо учитывать при определении результатов тестирования и их интерпретации.

НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Интеллект изменяется под влиянием воспитания, обучения, других воздействий внешней среды. Развитие интеллекта происходит особенно интенсивно в детстве и юности, но оно не прекращается и по достижении зрелого возраста. Если интеллект перестает развиваться или если он начинает ухудшаться, то всегда основанием для этого является та или иная болезнь мозга.

Временные нарушения интеллекта отмечаются при некоторых психозах, чаще при острых инфекциях, и выражаются нарушениями осмысления. Больной теряет способность производить основные мыслительные операции, устанавливать причинные связи между предметами и явлениями окружающего мира, поэтому он не может сообразить, что его окружает и где он находится. Такое состояние называется *аменцией* (“бессвязанность мышления”) и может длится несколько дней, а иногда и несколько месяцев. Увеличение продолжительности аментивного состояния прогностически неблагоприятно, т.к. может привести к стойкому ослаблению интеллекта.

Стойкое ослабление интеллекта может быть врожденным (олигофрения) или приобретенным (деменция). *Олигофрении* являются результатом замедления или остановки развития интеллекта в раннем возрасте (до 3-х лет) под влиянием различных факторов (генетических, вредностей внутриутробного развития и раннего детства). Идентифицировано свыше 200 синдромов, связанных с умственной отсталостью, затрагивающих практически любое звено биохимии и

физиологии мозгового функционирования. *Деменции* связаны с распадом уже сформированного интеллекта вследствие болезней мозга (травмы, инфекции, интоксикации, психические заболевания).

В клинической экспертной работе врача часто требуются более подробные данные показателя общего IQ при наличии умственного дефекта и оценки степени его выраженности. При показателе IQ равном 70-51 баллов диагностируют — дебильность (70-64 — легкая степень, 63-58 — средняя, 57-51 — выраженная дебильность); при 50-26 диагностируют имбецильность и при IQ менее 25 баллов — идиотию.

> В 10-й международной классификации болезней (МКБ-10) легкие нарушения интеллекта (устаревшее — дебильность) диагностируется при тестовых данных IQ в пределах 50-69, что в целом соответствует в зрелом возрасте психическому развитию ребенка 9-12 лет. Умеренные нарушения интеллекта (устаревшее — не резко выраженная имбецильность) диагностируется при IQ в пределах 35-49 (6-9 лет), тяжелые нарушения интеллекта (устаревшее — резко выраженная имбецильность) — при IQ в пределах 20-34 (3-6 лет), глобальные нарушения интеллекта (устаревшее — идиотия) — при IQ ниже 20 (ребенок до 3-х лет). Изменение названий обусловлено деонтологическими соображениями в силу широкой известности с негативным оттенком прежних.

Дебильность. Легкая форма олигофрении, при которой в первую очередь страдает абстрактно–логическое мышление с сохранением конкретно–образного, затрудняется переход от чувственного познания к рациональному, от конкретных обобщений к абстрактным. Дебил способен окончить начальную школу, научиться читать, писать и считать, доступен воспитанию и обучению. Дебильные дети отстают в своем психическом развитии примерно на одну четверть или даже половину от своего фактического возраста. Будучи взрослыми, они достигают зрелости мышления 11-летнего ребенка и могут выполнять не слишком сложные мануальные профессии.

Имбецильность. Выраженная степень олигофрении, основными чертами которой является полная невозможность абстрактного мышления, а также затруднения в сфере конкретно–образного. Проведение логических операций практически невозможно, понимание различий между предметами и явлениями доступно только в пределах конкретного. Суждения крайне бедны, несамостоятельны, многие из них являются следствием простого подражания. Имбецил поддается частичному воспитанию и не способен к обучению. Он достигает в наилучшем случае уровня старшего дошкольного возраста. В легких случаях имбецильности он может выполнять простейшую работу.

Идиотия. Глубокая степень олигофрении, характеризующаяся полным отсутствием всех видов понятийного мышления, с частичным сохранением наглядно–действенного. При этом уменьшается объем реагирования, который в основном ограничивается рамками физиологических потребностей. Ощущения сохраняются, но восприятия неполноценны из-за нарушений внимания и невозможности проведения необходимых умственных операций. Речепроизводство и речепонимание практически отсутствуют. Идиот не способен ни к воспитанию, ни к обучению и нуждается в уходе. Он остается на уровне развития грудного ребенка или ползунка.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Способности это индивидуально-психологические особенности личности, обеспечивающие успех в деятельности, в общении и легкость овладения ими.

Природные (естественные) способности в своей основе биологически обусловлены, связаны с врожденными задатками, но формируются прижизненно через механизмы научения. Специфически человеческие способности имеют общественно-историческое значение и обеспечивают жизнь и развитие в социальной среде.

Задатки — это некоторые генетически детерминированные (врожденные) анатомо-физиологические особенности нервной системы, составляющие индивидуально-природную основу (предпосылку) формирования и развития всех способностей. Но некоторые ученые предполагают, что существует и приобретенные задатки, которые необходимы для формирования социальных способностей.

Гипотеза о наследуемости задатков не должна отождествляется с идеей наследственности способностей. Любые способности являются социальным приобретением личности. Это, прежде всего, касается тех способностей, для развития которых особенно важным является воспитание в соответствующей социально-культурной среде. Оно способствует формированию функциональных "органов" — прижизненно складывающихся нервно-мышечных систем, обеспечивающих функционирование соответствующих способностей.

Умственные (мыслительные) способности лежат в основе интеллекта. По определению американского психолога Векслера, создавшего в 1939 году первую систему измерения интеллекта взрослого человека, интеллект — это глобальная способность разумно действовать, рационально мыслить и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами. В самом широком смысле слова, интеллект — это способность человека осознанно адаптироваться к окружающей среде.

По мнению Гилфорда, интеллект как многомерное явление можно оценивать по трем измерениям: как систему операций с данными (оперативно); как сумму определенных данных (по содержанию); по тому, к чему приводит интеллектуальная деятельность (по результатам). Тип интеллекта конкретного человека будет определяться преобладанием какой-либо комбинации из 120 постулированных им специфических способностей.

Врожденная обусловленность интеллекта связана как с генетическими влияниями, так и физическим и психическим состоянием матери во время беременности. Адаптационная обусловленность интеллекта проявляется во влиянии на умственное развитие питания ребенка, стимуляции его интеллектуальной активности со стороны взрослых, числа детей в семье и ее социального статуса.

Попытки создать единую систему "измерения" интеллекта наталкиваются на большие сложности, так как интеллект включает в себя способности к совершению разнокачественных умственных операций. Тем не менее, тесты интеллекта получили широкое распространение. В шкале Векслера используются задания для измерения вербального и невербального интеллекта, а общий интеллектуальный показатель выражается в баллах коэффициента интеллектуальности (IQ).

Стойкое ослабление интеллекта может быть врожденным (олигофрения) и приобретенным (деменция). Нарушения интеллекта диагностируются при тестовых показателях IQ менее 70 баллов. По степени их выраженности они подразделяются на легкие, умеренные, тяжелые и глобальные нарушения интеллекта. Использование прежних названий степеней слабоумия (дебильность, имбецильность, идиотия) не рекомендуется по деонтологическим соображениям.

Вопросы для самопроверки

1. Как дать определение способностей и задатков способностей?

2. Как дать классификацию способностей у человека? Какая существует взаимосвязь между основными способностями?
3. Как развиваются социальные способности? Как рассматривается их анатомо-физиологическая основа?
4. Что собой представляет интеллект? Что значит адаптивная роль интеллекта? Как связан интеллект с психофизиологическими способностями человека обработки информации?
5. Что собой представляет генеральный фактор интеллекта Спирмена и первичные умственные потенции Терстоуна?
6. Как описывается структура интеллекта психологом Гилфордом?
7. Что собой представляют врожденная и адаптационная обусловленность интеллекта?
8. Какие хромосомные аномалии сопровождаются задержками умственного развития?
9. Как дать определение коэффициента интеллектуальности? Как рассчитывается этот коэффициент в шкалах Векслера?
10. Какие основные разновидности стойкого ослабления интеллекта выделяют? При каких заболеваниях чаще они встречаются?
11. Как квалифицируются градации выраженности нарушений интеллекта?

ГЛАВА 13

ТЕМПЕРАМЕНТ

Темперамент — это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. *темпа, ритма, интенсивности отдельных психических процессов и состояний*.

В структуре темперамента можно выделить три главных компонента: общую активность индивида, его двигательные проявления и эмоциональность. Свойства темперамента к числу собственно личностных качеств человека можно отнести только условно и они скорее составляют индивидные его особенности, т.к. в основном они биологически обусловлены и являются врожденными. Тем не менее, темперамент оказывает существенное влияние на формирование характера и поведения человека, поэтому полностью отделить темперамент от личности нельзя. Темперамент является динамической стороной характера, его физиологической основой. Таким образом, под темпераментом следует понимать индивидуально-своеобразные свойства психики, определяющие динамику психической деятельности человека, которые одинаково проявляются в разнообразной деятельности независимо от ее содержания, целей, мотивов и остаются почти неизменными в процессе жизни.

Намеренно изменить темперамент, полученный человеком от природы нельзя. Изменение стилевых характеристик поведения может происходить за счет фармакологических или физиологических (например, влияние утомления или болезни) факторов, затрагивающих нервную систему. Наблюдения за людьми, которые перенесли эпидемический энцефалит во время пандемии 1915–1920 гг., показали, что это заболевание, хотя преимущественно поражаются субкортикальные нервные узлы, значительно изменяет личность и в частности темперамент. Иногда изменениями в особенностях темперамента сопровождаются возрастные сдвиги в организме. Особенности темперамента могут также маскироваться или компенсироваться за счет овладения навыками саморегуляции.

Гуморальные теории темперамента

Родоначальниками учения о темпераментах были врачи Гиппократ (5 в. до н.э.) и Клавдий Гален (2 в. до н.э.). Они создали в сущности гуморальную (от лат. humor — влага, сок) теорию темперамента, научное объяснение которой с точки зрения высшей нервной деятельности дал И.П. Павлов.

Название “темперамент” происходит от латинского слова temperamentum, что значит “надлежащее соотношение частей”. Древнегреческий врач Гиппократ полагал, что у одних людей в теле преобладает желчь (chole), у других — больше всего крови (sanguinis), у третьих — особенно много слизи (phlegma), их и, наконец, у четвертых — наибольшее количество черной желчи (melanos chole).

Четыре из девяти выделенных К. Галеном типов темперамента и в наше время рассматриваются как основные: *холерик* (бурный, порывистый, горячий и резкий), *сангвиник* (живой, подвижный, эмоциональный и отзывчивый), *флегматик* (спокойный, вяловатый, медлительный и устойчивый) и *меланхолик* (грустный, подавленный, робкий и нерешительный).

В течение многих столетий, прошедших со времен античной науки, выдвигались различные гипотезы, имевшие целью объяснить причину различий по

динамическим проявлениям психики. Но и в новое время многие также разделяли позицию сторонников гуморальных теорий. Так, немецкий философ И. Кант (1789) считал, что природной основой темперамента являются *качественные особенности* крови. Близка к такой точке зрения и идея русского врача и педагога П.Ф. Лесгафта о том, что в основе проявлений темперамента в конечном итоге лежат *свойства системы кровообращения*, в частности толщина и упругость стенок кровеносных сосудов, диаметр их просвета, строение сердца и т.д. Быстрота и сила кровотока, согласно его теории, определяют скорость обмена веществ и в конечном итоге индивидуальные характеристики темперамента как меры возбудимости организма и продолжительности его реакций при действии внешних и внутренних стимулов.

Конституционные теории темперамента

С течением времени данные о реальности существования основных типов темперамента накапливались, но основания для их классификации все еще оставались неясными. Первые конституционные теории темперамента опирались на наглядно различимые признаки, связанные со строением человеческого тела. Наиболее известная из них принадлежит немецкому психиатру Эрнесту Кречмеру (1888-1964), который обосновывал представления о том, что психические свойства человека определяются его морфологической конституцией.

Типология Кречмера. Кречмер на основе клинических наблюдений выделил четыре типа телосложения, при которых наблюдается наследственная предрасположенность к большей или меньшей выраженности психического склада, свойственного больным шизофренией, эпилепсией и циклотимией (маниакально-депрессивным психозом). На основе типов темперамента (биологический тип человека) Кречмер описывал характер и специальные способности личностей.

1. *Астенический тип конституции* (лептосоматик, от греч. leptos — хрупкий) характеризуется длинной и узкой грудной клеткой, длинными конечностями, слабой мускулатурой, удлиненным лицом и соответствует *шизоидному (шизотимическому) темпераменту*.

Шизотимики *аутистичны*, т.е. погружены в себя, замкнуты, проявляют склонность к чрезмерной абстракции и плохо приспосабливаются к окружению. Последнее часто обуславливается наличием в той или иной степени э*мпатического дефекта*, что проявляется в неумении распознавать эмоции окружающих.

Их собственные эмоционально-психические особенности колеблются вдоль “психэстетической” шкалы — от чрезмерной ранимости и раздражительности до бесчувственной холодности и тупого “деревянного” равнодушия. Поэтому среди шизотимиков Кречмером выделялись подтипы: гиперестетический (чрезмерно чувствительный, тактичный, деликатный, тонкое понимание эстетической формы, идеалист); шизотимный средний (холодно последовательный, энергичный, аристократичный) и анестетический (бесчувственный, равнодушно-холодный, педантичный).

> *Психэстетическая пропорция* — эмоциональность по типу “дерево–стекло” с примерно равной выраженностью анестетического и гиперестетического полюсов при трудно предсказуемых с точки зрения обыденного здравого смысла реакциях. Человек может остаться равнодушным к смерти близкого человека и горько рыдать над сломанным деревцем. Это хрупкие и ранимые личности легко переходящие от обиды (проявляемой или скрытой) к радости (с оттенком экзальтации), но без тонкой дифференциации эмоциональной реакции в зависимости от значимости раздражителя.

2. *Пикнический тип конституции* (греч. pyknos — толстый, плотный) характеризуется широкой грудью, коренастой, широкой фигурой, полнотой, круглой головой, короткой шеей и соответствует *циклоидному (циклотимическому) темпераменту*.

Циклотимики общительны, реалистично смотрят на мир и имеют перепады настроения, идущие вдоль "диатетической" шкалы, т.е. от постоянно повышенного, веселого настроения у маниакальных субъектов до постоянно сниженного, печального настроения у депрессивных.

> *Диатетическая пропорция* — это то, что принято относить к эмоциональной норме, т.е. эмоциональному реагированию, соответствующему силе и значимости раздражителя, с психологической понятностью эмоциональной реакции. Эмоциональные привязанности, их глубина естественным образом ранжируются в зависимости от биологической близости, личной или социальной значимости объекта. Важным признаком диатетической пропорции является способность к сопереживанию и участию, но без назойливости и гротескной альтруистичности.

Среди циклотимиков Кречмером выделялись подтипы: гипоманический (веселый, полный планов, настойчивый, общительный); практический (реалист, активный, с чувством юмора, настроение неустойчивое — промежуточное между манией и депрессией); депрессивный (хмурый, тугодум, заботливый, общительный с потребностью в понимании).

3. *Атлетический тип конституции* (греч. athlon — борьба, схватка) характеризуется сильной мускулатурой, пропорциональным телосложением, широким плечевым поясом, узкими бедрами и соответствует *иксотимическому (греч. ixos — тягучий), эпилептоидному темпераменту.*

Эпилептоиды характеризуются сдержанной мимикой и жестами, они внешне спокойны и невозмутимы, но временами возникают неадекватные поводу вспышки гнева и ярости (происходит постепенное "накопление" раздражения и неудовольствия с пароксизмальной "разрядкой"). Отличаются невысокой гибкостью мышления, мелочны и трудно приспосабливаются к перемене обстановки.

4. *Диспластический тип конституции* (греч. dis — плохо, plastos — сформированный) характеризуется неправильным, плохо сформированным телосложением. Нередко наблюдаются психопатические психические отклонения.

Наибольшее признание в литературе получили два первых типа темперамента — шизотимики и циклотимики. По данным ряда исследований атлетический и диспластический типы имеют меньше характерных черт и не слишком специфические психические корреляции. Есть данные, что пикники, как правило циклотимики, а астеники и атлеты — почти исключительно шизотимики.

Типология Шелдона. К морфологическим теориям темперамента относится и концепция американского врача и психолога У. Шелдона (1942), который выделяет три основных типа соматической конституции: *эндоморфный* (преобладающее развитие внутренних органов, слабое мешковатое телосложение с избытком жировой ткани), *мезоморфный* (развитость мышечной ткани, сильное крепкое тело) и *эктоморфный* (хрупкое телосложение, слабая мускулатура, длинные руки и ноги). Эти термины произошли от названий зародышевых листков.

Из биологии известно, что из внутреннего зародышевого листка (эндодермы) развиваются внутренние органы, из среднего (мезодермы) — кости, мышцы, сердце, кровеносные сосуды, а из внешнего (эктодермы) — волосы, ногти, рецепторный аппарат, нервная система и мозг. Для соматотипирования отдельного человека Шелдон использовал 7-бальную оценку степени выраженности каждого

компонента. Например, соматотип 4-6-1 имеет приблизительно среднюю степень эндоморфии, высокую выраженность мезоморфии и полное отсутствие эктоморфии. Соответственно крайний эндоморф описывается формулой 7-1-1; крайний мезоморф — 1-7-1 и крайний эктоморф — 1-1-7.

Чтобы получить компоненты темперамента, Шелдон на основании изучения литературы по психологии личности (650 названий черт) составил окончательный список из 50 личностных черт. Имея в виду данный список и семи–бальную оценку выраженности каждой черты, он в течение года (психологические методики, беседы, анкеты и др.) обследовал 33 человека. В дальнейшем математическая обработка показала, что среди обследованных существуют три группы людей (положительный коэффициент корреляции между чертами личности и телосложением от 0,6 и выше), которым он дал наименование: висцеротония, соматотония и церебротония. Позднее он расширил список черт каждой группы и провел большую работу по исследованию связей и зависимостей между соматотипом и темпераментом у 200 взрослых мужчин.

Шкала темпераментов по У. Шелдону

Висцеротония	Соматотония	Церебротония
1. Расслабленность в осанке и движениях	1. Уверенность в осанке и движениях	1. Сдержанность манер и движений, скованность осанки
2. Любовь к физическому комфорту	2. Любовь к физическим нагрузкам	2. Чрезмерная физиологическая реактивность
3. Медленная реакция	3. Энергичность	3. Повышенные реакции
4. Пристрастие к еде	4. Потребность в движениях	4. Склонность к интимности
5. Социализация пищевой потребности	5. Стремление к господству, жажда власти	5. Склонность к рассуждениям, внимание усилено
6. Удовольствие от пищеварения	6. Склонность к риску и игре случая	6. Скрытность чувств, их самоконтроль
7. Любовь к компаниям, дружеским излияниям	7. Решительные манеры	7. Самоконтроль мимики
8. Социофилия (склонность к общественной жизни)	8. Храбрость	8. Социофобия (страх перед общественными контактами)
9. Приветливость со всеми	9. Сильная агрессивность	9. Затруднения в контактах
10. Жажда похвалы и одобрения	10. Психологическая нечувствительность, черствость	10. Трудность приобретения новых привычек и навыков
11. Ориентация на окружающих	11. Клаустрофобия (страх замкнутого пространства)	11. Агрофобия (страх открытого пространства)
12. Эмоциональная ровность	12. Отсутствие сострадания	12. Неумение предвидеть отношение к себе других
13. Терпимость	13. Громкий голос	13. Тихий голос, боязнь вызвать шум
14. Безмятежная удовлетворенность	14. Спартанское безразличие к боли	14. Чувствительность к боли
15. Глубокий сон	15. Шумное поведение	15. Недостаточный сон
16. Отсутствие взрывных эмоций и поступков, бесхарактерность	16. Внешний вид соответствует более пожилому возрасту	16. Юношеская живость манер и внешнего вида
17. Легкость в общении и выражении чувств; висцеротоническая экстраверсия	17. Экстраверсия в поступках, но скрытность в чувствах (горизонтальное психическое раздвоение); соматотоническая экстраверсия	17. Концентрированное, скрытное и субъективное мышление (вертикальное психическое раздвоение); церебротоническая интроверсия

18. Общительность и расслабленность в состоянии опьянения	18. Агрессивность и самодовольство в состоянии опьянения	18. Устойчивость к действию алкоголя и других депрессантов
19. Потребность в людях в тяжелую минуту	19. Потребность к действию в тяжелую минуту	19. Потребность в уединении в тяжелую минуту
20. Ориентация на детей и семью	20. Ориентация на юношеские цели и занятия	20. Ориентация к поздним периодам жизни
Корреляции с телосложением		
ЭНДОМОРФИЗМ, r=+0,79 (Крупные внутренние органы и слабые соматические структуры)	МЕЗОМОРФИЗМ, r=+0,82 (Преобладание соматических структур)	ЭКТОМОРФИЗМ, R=+0,63 (Худощавость, плоская грудная клетка)

Из приведенной выше таблицы психодинамических характеристик людей с разными типами темперамента видно, что в представление о темпераменте Шелдон включает не только формально-динамические, но и *содержательные характеристики* личности, тем самым проводя идею об их наследственной обусловленности. В исторической антропологии, как и в психологии, концепции Э. Кречмера и У. Шелдона, а также ряда других конституционных теорий (Rostan L., 1824; Pende N., 1912; Sigaud C., 1914) неоднократно подвергались критическому анализу. Однако, до настоящего времени конституционные типологии продолжают оказывать влияние на психологию дифференциальных различий.

ТИП ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ТЕМПЕРАМЕНТ

Основным недостатком гуморальных и морфологических теорий является то, что они принимают в качестве первопричины поведенческих проявлений темперамента такие системы организма, которые не обладают необходимыми для этого свойствами.

И.П. Павлов (1949) обратил внимание на зависимость темперамента от типа нервной системы. Изучая три основных параметра процессов возбуждения и торможения (сила–слабость, подвижность–инертность, уравновешенность–неуравновешенность), Павлов установил, что из большого числа возможных их сочетаний в природе чаще встречаются четыре наиболее ярко выраженных типа нервной системы, из которых три сильных (безудержный, живой, спокойный) и один слабый. Их проявления в поведении Павлов поставил в прямую связь с античной классификацией темперамента. Сильный, уравновешенный, подвижный тип нервной системы рассматривался им как соответствующий темперамент сангвиника (пример — А.И. Герцен); сильный, уравновешенный, инертный — темперамент флегматика (пример — И.А. Крылов, М.И. Кутузов); сильный, неуравновешенный — темперамент холерика (пример — А.С. Пушкин, А.В. Суворов); слабый — темперамент меланхолика (пример — Н.В. Гоголь). Кроме того, в зависимости от преобладания тех или иных сигнальных систем И.П. Павлов выделил три “истинно человеческих типа”: мыслительный (преобладает вторая сигнальная система), художественный (преобладает первая сигнальная система) и средний (уравновешенность сигнальных систем).

1) ***Сила*** нервных процессов (возбуждения и торможения), которые в зависимости от работоспособности корковых клеток могут быть сильными или слабыми. О *силе нервной системы* у человека говорит его высокая

работоспособность, достаточная степень сдержанности в выражении чувств, умение ждать и выслушивать других, инициатива и настойчивость в достижении цели, организаторские способности и стремление к руководству. О *слабости нервной системы* будут говорить противоположные свойства, т.е. повышенная утомляемость, недостаточная инициативность, отсутствие выносливости как к психическим травмам, так и к физическому напряжению, внушаемость, плаксивость, боязливость, чувство неполноценности.

2) ***Подвижность*** нервных процессов, т.е. быстрота их возникновения и прекращения. В зависимости от этого нервные процессы могут быть подвижными (лабильными) или малоподвижными (инертными). Критериями подвижности нервных процессов являются быстрое или медленное привыкание к новой обстановке и реакции на жизненные перемены, мыслительная подвижность и подвижность моторики и речевой артикуляции, быстрота засыпания и пробуждения, отсутствие затруднения при начале какого-либо дела и окончании его.

3) ***Уравновешенность*** нервных процессов**.** Об *уравновешенности нервных процессов* свидетельствуют дисциплинированность, отсутствие наклонности к раздражительности, колебаниям настроения и аффективным вспышкам. О *неуравновешенности* свидетельствуют невыносимость к ожиданию и нарушения сна.

Мыслительный тип характеризуется преобладанием рассудочной деятельности с постоянно проявляемыми тенденциями к сравнению, анализу, синтезу, обобщению и абстракции. Впрочем, тенденции к рассуждательству не всегда свидетельствуют о высоком интеллекте, однако у таких людей обнаруживается интерес к отвлеченным наукам (математике, философии, логике и др.).

Художественный тип характеризуется преобладанием чувственной сферы над рассудочной. Эти люди склонны к конкретному образному мышлению, проявляют интерес и способности к различным видам искусства.

К *среднему типу*, который характеризуется отсутствием преобладания второй или первой сигнальной системы, относится большинство (80%) людей.

ДИАГНОСТИКА ТЕМПЕРАМЕНТА

Отечественные психологи (Теплов Б.М., Небылицин В.Д., Мерлин В.С. и др.) отмечают, что первостепенное научное значение работ И.П. Павлова заключается в выяснении роли свойств нервной системы как первичных и самых глубоких параметров психофизиологической организации индивидуума. Однако, современные исследования показывают, что сама структура свойств нервной системы как нейрофизиологических измерений темперамента много сложнее, чем это представлялось ранее, а число комбинаций этих свойств гораздо больше, чем это предполагалось И.П. Павловым.

Темперамент характеризует динамику психических процессов и состояний личности по определенным признакам, которые В.С. Мерлин (1973) назвал основными свойствами темперамента. К ним относятся: сенситивность, реактивность, активность, соотношение активности и реактивности, темп реакций, пластичность—ригидность, экстраверсия—интроверсия, эмоциональная возбудимость.

Сенситивность — это чувствительность психики, характеризуется наименьшей силой раздражителя, вызывающего какую-либо психическую реакцию. У сенситивных людей ощущения возникают быстро и при незначительной интенсивности раздражителя, у них высокая чувствительность.

Реактивность — это свойство, характеризующее степень непроизвольности реакций на внешние или внутренние воздействия одинаковой силы (например, критика, резкий неожиданный звук и т.д.). При высокой реактивности у человека высоки и скоростные параметры возникновения ощущений, восприятия и воспроизведения.

Активность — это свойство, которое проявляется в энергичности, с какой человек воздействует на внешний мир и преодолевает препятствия при осуществлении целей (выраженность целенаправленности и настойчивости в деятельности, сосредоточенность внимания).

Соотношение активности и реактивности свидетельствует о том, насколько поведение и деятельность человека зависят от случайных обстоятельств (настроения, эмоциональных реакций) или от целей, намерений, стремлений, убеждений человека (т.е. насколько велик элемент случайности в его деятельности).

Темп реакций — это свойство характеризует быстроту протекания психических процессов: познавательных, эмоциональных, волевых, а также речи и двигательных реакций и действий. Наибольшее значение в клинике здесь имеет оценка скорости мышления (оценивается на основании скорости появления ассоциаций и скорости речи), а также скорости двигательных актов (быстродействие, “шустрость” в движениях, а также быстрота выполнения обыденных действий типа умывания или одевания).

Пластичность-ригидность. *Пластичность* характеризуется легкостью, гибкостью приспособления человека к изменениям среды и жизни, деятельности. *Ригидность* (персеверация), напротив, характеризуется инертностью, неспособностью быстро приспосабливаться к любым изменениям, стереотипностью поведения. Описано много видов ригидности (персеверации): сенсорная (пролонгирование ощущения после прекращения действия стимула, сюда относятся последовательные образы), моторная (трудность перестройки двигательных навыков), эмоциональная, персеверация представлений памяти, персеверация в сфере мышления (инерция суждений, способов решения задач).

Экстраверсия-интроверсия. Представления об экстра—интроверсии первоначально возникли как чисто описательные характеристики поведения (включаются в английские словари начиная с 1755 г.). Данные свойства темперамента выражаются в обращении человека преимущественно во внешний мир (экстраверсия) или во внутренний мир образов, мыслей и чувств (интроверсия). От этой преимущественной направленности зависят особенности реагирования и деятельности людей, их общительность или замкнутость. Благодаря Карлу–Густаву Юнгу (1875–1961), швейцарскому психиатру и психологу, предложившему соответствующую типологию характеров, термины экстра– и интроверсия получили широкую известность.

Эмоциональная возбудимость — это сложное свойство психики, характеризующее как минимальную силу воздействия, необходимого для возникновения эмоциональной реакции, так и скорость, с которой она возникает и угасает.

Эмоциональную возбудимость в угрожающей ситуации Мерлин В.С. (1973) определяет как *тревожность*. Понятие тревожность обозначает особое состояние и свойство темперамента. Состояние тревожности (как реакция на ситуацию)

характеризуется неприятными ощущениями беспокойства, напряженности, нервозности, чувством опасности, неясной угрозы, которое сопровождается активацией вегетативной нервной системы. Тревожность как свойство темперамента состоит в склонности, предрасположенности к состоянию тревожности в различных угрожающих ситуациях (Spielberger Ch., 1972).

К сфере эмоциональности принадлежит фактор *нейротицизма (невротизма)* — эмоциональная возбудимость-стабильность (Eysenck H., 1970). Лица с высокими значениями по фактору отличаются эмоциональной лабильностью, гиперреактивностью и медленным возвратом к исходному состоянию после эмоциональных переживаний и часто жалуются на различные недомогания: головные боли, бессонницу, нарушения пищеварения и т.д. Характерно преобладание отрицательных эмоций — беспокойства, тревоги и др. Предполагается, что высокий нейротицизм является предпосылкой невротических расстройств, хотя высокие значения по фактору не обязательно сопряжены с неврозом.

Гансом Юргеном Айзенком (Eysenck H.J.) был предложен опросник (57 вопросов) с помощью которого можно определить структуру темперамента (личности) по двум факторам: экстраверсия–интроверсия и нейротизм–эмоциональная стабильность. В 1952 году он предположил, что существует также третье важное измерение (черта) личности — *психотизм*. Последующий анализ психотизма (последний вариант опросника содержит 101 вопрос) показал, что один полюс этой переменной связан с такими чертами личности как альтруизм, социабельность, способность к эмпатии, конвенционализм, конформизм. Другой полюс этой же переменной связан с такими чертами личности, как криминальность, импульсивность, психопатия, шизоидность, депрессивность, аффективные расстройства, шизоаффективность и шизофрения.

Рассмотренные свойства в сложном их взаимодействии прослеживаются в каждом из четырех классических типов темперамента. Кроме того, психологи склоняются к представлению, что при классификации темпераментов нужно также учитывать и индивидуальную склонность реагировать на ситуацию преимущественно одной из врожденных эмоций. Как показали исследования, человек со слабым типом нервной системы (меланхолик) особо склонен к реакции страха; с сильным (холерик) — к гневу и ярости, сангвиник — к положительным эмоциям, а флегматик вообще не склонен к бурному эмоциональному реагированию, хотя и тяготеет к эмоциям положительным. По мнению психологов А. Томаса и С. Чесса к существенным составляющим темперамента следует также относить ритмичность, регулярность появления у человека определенных поведенческих реакций типа чувства голода или половой потребности, а также их продолжительность (например, длительность сна).

Польский психолог Я. Стреляу (1982) описывает основные типы темперамента с учетом склонности к определенной эмоциональной реакции следующим образом.

Сангвинический темперамент. Человек с этим темпераментом отличается повышенной реактивностью и активностью при их уравновешенности. Он живо и с большим возбуждением откликается на каждое событие, легко увлекается новым делом. Эмоции возникают и сменяются у него быстро, мимика и пантомимика живые и выразительные. По незначительному поводу он громко хохочет, а несущественный факт может сильно его рассердить. У него высокий порог чувствительности, поэтому он не замечает очень слабых звуков и световых раздражителей. Обладает повышенной активностью и в силу этого очень энергичен и работоспособен, мало утомляется. Реактивность и активность сбалансированы, поэтому его легко дисциплинировать, он без труда сдерживает свои реакции и

чувства. Высокая пластичность позволяет ему легко приспосабливаться к новой обстановке и новым требованиям, быстрому переключению внимания, интересов и стремлений. У сангвиника высокий темп реакции. Он проявляется в общей подвижности, в речи, в быстроте ориентировки, сообразительности, гибкости мышления. Как правило, он в большей степени откликается на внешние впечатления, чем на субъективные образы и представления о прошлом и будущем, яркий экстраверт.

Холерический темперамент. Как и сангвиник, отличается малой чувствительностью, высокой реактивностью и активностью. Но у холерика реактивность явно преобладает над активностью, поэтому он необуздан, несдержан, вспыльчив, нетерпелив, порывист. Он менее пластичен и более инертен, чем сангвиник. Отсюда большая устойчивость стремлений и интересов, большая настойчивость, возможны затруднения в переключении внимания. Холерики — скорее экстраверты.

Флегматический темперамент. Это человек с высокой активностью, значительно преобладающей над малой реактивностью. Только очень сильные впечатления могут вывести его из равновесия и заставить проявить свои переживания. Он обладает малой чувствительностью и эмоциональностью, его трудно рассмешить или опечалить. У флегматика чувства возникают медленно, но длительно сохраняются, аффектов не бывает, мимика и жесты однообразны, маловыразительны. Он не ненаходчив, с трудом переключает внимание, привыкает к новой обстановке и перестраивает навыки и привычки. Флегматики — интроверты. На внешние впечатления реагируют неярко, живут в мире своих образов, мыслей и переживаний. С новыми людьми сходятся с трудом, не любят компаний, не стремятся быть в центре внимания.

Меланхолический темперамент. Это человек с высокой чувствительностью и малой реактивностью. Повышенная чувствительность при большой инертности приводит к тому, что незначительный повод может вызвать у него слезы, обиду. Настроения у него возникают медленно, но устойчивы, отличаются глубиной и часто носят астенический характер. Мимика и движения его маловыразительны, голос тихий, движения бедные. Он не умеет и не любит работать быстро, без отдыха, легко утомляется. Обычно в себе всегда неуверен, особенно в новой обстановке. В привычной обстановке может быть очень контактным, отличается тактичностью, считается с чувствами других людей. Ему присуще легко отвлекаемое и неустойчивое внимание, замедленный темп всех психических процессов. Среди меланхоликов большинство — интроверты.

Опросник Я. Стреляу

Предназначен для определения типов темперамента. Испытуемому предлагается отметить знаком “+” те утверждения, с которыми он согласен, знаком “—” те, с которыми не согласен, знаком “±”

1. Легко ли Вы сходитесь с людьми?
2. Способны ли Вы воздержаться от того или иного действия до момента, пока не получите соответствующего распоряжения?
3. Достаточно ли Вам непродолжительного отдыха для восстановления после утомительной работы?
4. Умеете ли Вы работать в неблагоприятных условиях?
5. Воздерживаетесь ли Вы во время спора от неделовых, эмоциональных аргументов?
6. Легко ли Вам втянуться в работу после длительного перерыва, например, после отпуска или каникул?
7. Забываете ли Вы об усталости, если работа Вас полностью поглощает?

8. Способны ли Вы, поручив кому-нибудь определенную работу, терпеливо ждать ее окончания?
9. Засыпаете ли Вы легко и одинаково, ложась спать в разное время суток?
10. Умеете ли Вы хранить тайну, если Вас об этом просят?
11. Легко ли Вам возвращаться к работе, которой Вы не занимались несколько недель или месяцев?
12. Умеете ли Вы терпеливо объяснять?
13. Любите ли Вы работу, требующую умственного напряжения?
14. Вызывает ли у Вас монотонная работа скуку или сонливость?
15. Легко ли Вы засыпаете после сильных переживаний?
16. Способны ли Вы, когда требуется, воздерживаться от проявлений своего превосходства?
17. Ведете ли Вы себя естественно в присутствии незнакомых людей?
18. Трудно ли Вам сдержать злость или раздражение?
19. В состоянии ли Вы владеть собой в тяжелые минуты?
20. Умеете ли Вы, если требуется, приспособить свое поведение к поведению окружающих?
21. Охотно ли Вы беретесь за ответственную работу?
22. Влияет ли обычно окружение на Ваше настроение?
23. Способны ли Вы переносить поражения?
24. Разговариваете ли Вы в присутствии кого-либо, чьим мнением особенно дорожите, столь же свободно, как обычно?
25. Вызывает ли у Вас раздражение неожиданные изменения в Вашем распорядке дня?
26. Есть ли у Вас на все “готовые ответы”?
27. В состоянии ли Вы вести себя спокойно, когда ждете важного решения (например, результат вступительных экзаменов)?
28. Легко ли Вы организуете первые дни своего отпуска, каникул?
29. Обладаете ли Вы так называемой “быстротой реакции”?
30. Легко ли Вы приспосабливаете свою походку или манеру есть к походке или манере есть людей более медлительных?
31. Быстро ли Вы засыпаете?
32. Охотно ли Вы выступаете на собраниях, семинарах?
33. Легко ли Вам испортить настроение?
34. Трудно ли Вам оторваться от работы?
35. Умеете ли Вы воздерживаться от разговора, если это мешает другим?
36. Легко ли Вас спровоцировать на что-либо?
37. Легко ли Вы срабатываетесь с людьми?
38. Всегда ли, если Вам предстоит что-нибудь важное, Вы обдумываете свои поступки?
39. В состоянии ли Вы, читая текст, проследить с начала до конца ход мыслей автора?
40. Легко ли Вы вступаете в разговор с попутчиками?
41. Воздерживаетесь ли Вы от доказательства неправоты собеседника, если это по тем или иным причинам нецелесообразно?
42. Охотно ли Вы беретесь за работу, требующую большой ловкости рук?
43. В состоянии ли Вы изменить уже принятое решение, учитывая мнение других?
44. Быстро ли Вы привыкаете к новой системе работы?
45. Можете ли Вы работать ночью, если работали днем?
46. Быстро ли Вы читаете беллетристику?
47. Часто ли Вы отказываетесь от своих намерений, если возникает препятствие?
48. Умеете ли Вы держать себя в руках, если этого требуют обстоятельства?
49. Просыпаетесь ли Вы обычно быстро, без труда?
50. В состоянии ли Вы воздержаться от моментальной, импульсивной реакции?
51. Трудно ли Вам работать при шуме?
52. Умеете ли Вы, когда это необходимо, воздерживаться от того, чтобы “резать правду-матку”?
53. Успешно ли Вы сдерживаете волнение перед экзаменом, встречей с начальством?
54. Любите ли Вы частые перемены?
55. Быстро ли Вы привыкаете к новой среде?
56. Восстанавливаете ли Вы силы полностью после ночного отдыха, тяжело проработав весь предыдущий день?

57. Избегаете ли Вы занятий, требующих выполнения в непродолжительный срок разнородных действий?
58. Самостоятельно ли Вы обычно боретесь с трудностями?
59. Перебиваете ли Вы собеседника?
60. Прыгнули бы Вы в воду, не умея плавать, чтобы спасти утопающего?
61. В состоянии ли Вы напряженно работать, заниматься?
62. Можете ли Вы воздержаться от неуместных замечаний?
63. Имеет ли для Вас значение постоянное место на работе, за столом, на лекции?
64. Легко ли Вам переходить от одного занятия к другому?
65. Взвешиваете ли Вы все “за” и “против”, прежде чем принять важное решение?
66. Легко ли Вы преодолеваете препятствия?
67. Заглядываете ли Вы в чужие письма, вещи?
68. Скучно ли Вам во время стереотипных (всегда одинаково протекающих) действий, занятий?
69. Соблюдаете ли Вы правила поведения в общественных местах?
70. Воздерживаетесь ли Вы во время разговора, выступления или ответа от лишних движений и жестикуляции?
71. Любите ли Вы оживленную обстановку?
72. Любите ли Вы деятельность, требующую больших усилий?
73. В состоянии ли Вы длительное время сосредотачивать внимание на выполнении определенной задачи?
74. Любите ли Вы работу, требующую быстрых движений?
75. Умеете ли Вы владеть собой в трудных жизненных ситуациях?
76. Встаете ли Вы, если нужно, сразу же после того, как проснулись?
77. Способны ли Вы, если требуется, окончив полученную работу, терпеливо ждать пока не кончат свою работу другие?
78. Способны ли Вы после того, как увидели что-то неприятное, действовать столь же четко, как и обычно?
79. Быстро ли Вы просматриваете ежедневные газеты?
80. Случается ли Вам говорить так быстро, что Вас трудно понять?
81. Можете ли Вы, не выспавшись, нормально работать?
82. В состоянии ли Вы длительное время работать без перерыва?
83. В состоянии ли Вы работать, если у Вас болит голова, зуб и т.п.?
84. В состоянии ли Вы спокойно окончить работу, зная, что Ваши товарищи развлекаются и ждут Вас?
85. Отвечаете ли Вы, как правило, быстро на неожиданные вопросы?
86. Говорите ли Вы обычно быстро?
87. Можете ли Вы спокойно работать, если ждете гостей?
88. Легко ли Вы меняете свое мнение под влиянием убедительных аргументов?
89. Терпеливы ли Вы?
90. Умеете ли Вы приспособится к ритму работы более медлительного человека?
91. Умеете ли Вы спланировать работу, чтобы выполнить несколько совместных действий?
92. Может ли веселая компания изменить Ваше подавленное настроение?
93. Умеете ли Вы без особого труда выполнить несколько действий одновременно?
94. Сохраняете ли Вы психологическое равновесие, когда являетесь свидетелем несчастного случая на улице?
95. Любите ли Вы работу, требующую множества разнообразных манипуляций?
96. Сохраняете ли Вы спокойствие, когда страдает кто-нибудь из близких Вам людей?
97. Самостоятельны ли Вы в трудных жизненных ситуациях?
98. Свободно ли Вы себя чувствуете в большой или незнакомой компании?
99. Можете ли Вы сразу прервать разговор, если это требуется (например, начало сеанса, лекции)?
100. Легко ли Вы приспосабливаетесь к методам работы других?
101. Любите ли Вы часто менять род работы?
102. Склонны ли Вы брать инициативу в свои руки, если случается что-нибудь из ряда вон выходящее?
103. Воздерживаетесь ли Вы от неуместных улыбок?
104. Начинаете ли Вы работать сразу интенсивно?
105. Решаетесь ли Вы выступить против общепринятого мнения, если Вам кажется, что Вы правы?

106. В состоянии ли Вы преодолеть временную депрессию?
107. Засыпаете ли Вы с трудом, сильно устав от умственной работы?
108. В состоянии ли Вы долго ждать (например, в очереди)?
109. Воздерживаетесь ли Вы от вмешательства, если заранее известно, что оно ни к чему не приведет?
110. В состоянии ли Вы спокойно аргументировать во время резкого разговора?
111. В состоянии ли Вы мгновенно реагировать в неожиданном положении?
112. Ведете ли Вы себя тихо, если об этом попросят?
113. Соглашаетесь ли Вы без особых внутренних колебаний на болезненные врачебные процедуры?
114. Умеете ли Вы интенсивно работать?
115. Охотно ли Вы меняете места отдыха, развлечения?
116. Трудно ли Вам привыкнуть к новому распорядку дня?
117. Спешите ли Вы на помощь в несчастных случаях?
118. Воздерживаетесь ли Вы от выкриков, жестов на спортивных матчах, в цирке?
119. Любите ли Вы работу, занятия, требующие частых разговоров с разными людьми?
120. Владеете ли Вы своей мимикой (гримасы, иронические усмешки и т.п.)?
121. Любите ли Вы работу, требующую четких, энергичных действий?
122. Считаете ли Вы себя смелым?
123. Прерывается ли у Вас голос (Вам трудно говорить) в необычной ситуации?
124. Умеете ли Вы преодолевать уныние, вызванное неудачей?
125. Если Вас об этом просят, в состоянии ли Вы долгое время стоять (сидеть) спокойно?
126. В состоянии ли Вы подавить свое веселье, если это может кого-нибудь задеть?
127. Легко ли Вы переходите от печали к радости?
128. Легко ли Вас вывести из себя?
129. Соблюдаете ли Вы без особого труда обязательные в Вашей среде правила поведения?
130. Любите ли Вы выступать публично?
131. Приступаете ли Вы к работе обычно быстро, без длительной подготовки?
132. Готовы ли Вы прийти на помощь другому, рискуя жизнью?
133. Энергичны ли Ваши движения?
134. Охотно ли Вы выполняете общественную работу?

Обработка результатов: совпадение ответа с кодом ключа оценивается в 2 балла, несовпадение 0 баллов, неопределенный ответ 1 балл.

Ключ.

Сила по возбуждению (реактивность).

Ответы “+”: 3, 4, 7, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24. 32, 37, 39, 45, 46, 56, 58, 60, 61, 66, 72, 73, 78, 81, 82, 83, 94, 97, 98, 102. 105, 106, 113, 114, 117, 121, 122, 124, 130, 132, 133, 134.

Ответы “—”: 47, 51, 107, 123.

Сила по торможению.

Ответы “+”: 2, 5, 8, 10, 12, 16, 27, 30, 35, 38, 42, 48, 50, 52, 53, 59, 62, 65, 67, 69, 70, 75, 77, 84, 87, 89, 90, 96, 99, 103, 108, 109, 110, 112, 118, 120, 125, 126, 129.

Ответы “—”: 18, 34, 36, 128.

Подвижность.

Ответы “+”: 1, 6, 9, 11, 14, 20, 22, 26, 28, 29, 31, 33, 40, 41, 43, 44, 49, 54, 55, 64, 68, 71, 74, 76, 79, 80, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 95, 100, 101, 104, 111, 115, 119, 127, 131.

Ответы “—”: 25, 57, 63, 116.

Интерпретация:

Высокий балл по первой шкале свидетельствует о низкой реактивности (среднее 37, стандартное отклонение 12); по второй — о высоком уровне процессов торможения (32, 11); по третьей — о высоком уровне подвижности нервных процессов (36, 12). Уравновешенность нервных процессов = сила по возбуждению : сила по торможению. Чем ближе к 1, тем более высока уравновешенность; меньше 1 — неуравновешенность в сторону возбуждения; больше 1 — неуравновешенность в сторону торможения.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Темперамент это совокупность индивидуальных особенностей, характеризующих динамическую и эмоциональную стороны поведения человека,

его деятельности и общения. Лишь условно темперамент можно отнести к компонентам личности, так как его особенности обусловлены биологически и являются врожденными. Темперамент теснейшим образом связан с характером, а у взрослого человека их трудно разделить. Существует много классификаций темперамента, но их можно разделить на три основные группы: гуморальные, конституционные и нейрофизиологические.

Гуморальные теории имеют длительную историю, идущую от Гиппократа. Разделение темперамента на четыре обобщенных типа (холерик, сангвиник, флегматик и меланхолик) не утратило своего значения и в настоящее время.

Конституционные теории темперамента в выделении типов его опираются на различные признаки строения тела человека. Типология Кречмера основана на наблюдениях связи психозов с определенной морфологической конституцией. Не утратили своего значения только два из четырех выделенных им типа — шизотимики и циклотимики. В типологии Шелдона выделяется три основных соматотипа в соответствии с названиями зародышевых листков эмбриона. Сопоставление соматотипа с личностными особенностями с помощью математических методов позволило Шелдону выделить три личностных типа: висцеротоники, соматотоники и церебротоники.

Нейрофизиологические теории темперамента увязывают его свойства с типами нервной системы. Павлов, опираясь на изучение трех основных параметра процессов возбуждения и торможения, установил, что из всех возможных сочетаний наиболее распространенными являются четыре соответствующих таковым в классификации Гиппократа–Галена.

Современные исследователи темперамента полагают, что свойства темперамента должны описываться не только характеристиками, предложенными Павловым, но и такими как сенситивность, реактивность, активность, темп реакций, пластичность–ригидность, экстраверсия–интроверсия и эмоциональная возбудимость.

Вопросы для самопроверки

1. Какое определение можно дать темпераменту? Что такое типы темперамента?
2. Как взаимодействуют темперамент, деятельность и общение? Каково соотношение темперамента и личности?
3. Какие гуморальные теории темперамента, кроме типологии Гиппократа–Галена, вы можете назвать?
4. В чем заключаются главные различия шизотимического темперамента от циклотимического, выделенных Кречмером?
5. Какие из выделенных Шелдоном психологических особенностей висцеротоников, соматотоников и церебротоников относятся к формально–динамическим личностным характеристикам, а какие к содержательным?
6. Как дать характеристику параметров процессов возбуждения и торможения нервной системы, которые изучал Павлов?
7. Чем отличается мыслительный тип от художественного личностного типа с точки зрения психофизиологии Павлова?
8. Чем отличается свойство психической реактивности от сенситивности?
9. Что собой представляет эмоциональная возбудимость (впечатлительность)? Как дать характеристику фактора невротизма?
10. Какие психологические методики используются для изучения свойств темперамента?

ГЛАВА 14

ХАРАКТЕР

Определение характера

Если темперамент обусловлен природно-наследственным особенностями функционирования центральной нервной системы человека, то характер — социальное приобретение. Он формируется у человека с раннего возраста *в процессе воспитания*, обучения и действия множества других социальных факторов своего окружения.

Характер в переводе с греческого языка означает “печать, чеканка, особенность или примета”. Действительно, характер — это совокупность особых примет (черт), которые приобретает человек, живя в обществе. Знание характера человека позволяет со значительной долей вероятности предвидеть его поведение и отношение к работе, окружающим людям, самому себе. Отсюда ясно, что характерологическими являются не любые особенности (черты) личности, а только те, которые даже в различных жизненных ситуациях закономерно проявляются одинаковыми способами поведения и отношения к действительности. Характер складывается и проявляется в деятельности и общении и включает в себя то, что придает своеобразие психическому облику человека.

Характер — это совокупность (подсистема) устойчивых индивидуальных свойств (черт) личности, которая проявляется в типичных для данного человека способах поведения и определяющая его отношение к окружающей действительности и самому себе.

Все черты характера одновременно являются и чертами личности. Однако, понятие “личность” шире понятия “характер”, как и понятие “индивидуальность” не исчерпывается только характером. Каждый человек отличается от других огромным числом индивидуальных особенностей, т.е. особенностей, присущих только ему как индивидууму. В понятие “индивидуальные особенности” входят не только психологические, но и соматические особенности человека: цвет глаз и волос, рост и фигура, развитие скелета и мышц и т.д.

Важная индивидуальная особенность человека — выражение его лица. В ней проявляются не только соматические, но и психологические особенности. Когда говорят о человеке, что у него “осмысленное выражение лица”, или “у него хитрые глаза”, или “упрямый рот”, то подразумевают, понятно, не анатомическую особенность, а выражение в мимике свойственных данному человеку психологических особенностей.

Одного человека от другого отличают их индивидуально-психологические особенности, а отрасль психологической науки, изучающая индивидуальные особенности различных сторон личности и психических процессов, называется *дифференциальной психологией.*

Соотношение социального и биологического в формировании характера

Индивидуально-психологические особенности, образующие характер человека, выражаются в отношениях личности к соответствующим типичным жизненным обстоятельствам (Лазурский А.Ф., 1923; Ковалев А.Г., Мясищев В.Н., 1957; Мерлин В.С., 1959). Если проявления темперамента относительно независимы от содержания и ситуации деятельности (формальны), то свойства характера проявляются лишь в соответствующих ситуациях. Например, отношение к труду действительно проявляется лишь в процессе труда.

Становление характера происходит в условиях включения личности в различные по уровню развития социальные группы (в семье, дружеской компании, трудовом или учебном коллективе, асоциальной группе и т.д.). В зависимости от того, как осуществляется индивидуализация личности в референтной (значимой) для нее группе и каков уровень развития межличностных отношений в ней, у человека могут, например, формироваться в одном случае такие черты характера как открытость, прямота, принципиальность, а в другом случае — скрытность, лживость, трусость, слабохарактерность. Характер обусловлен общественным бытием личности, усвоением социального опыта с формированием определенной системы отношений человека к действительности и самому себе. Типические черты характера определяются типическими обстоятельствами жизненного пути человека в конкретных исторических условиях.

Характер, как и темперамент, обнаруживает зависимость от физиологических особенностей человека, и прежде всего от типа нервной системы. Темперамент, конечно, не может определять отношений личности, ее стремлений и интересов, однако то, насколько человек проявляет энергию и неутомимость, уравновешенность в поведении, гибкость или способность страстно увлекаться, говорит о качественном своеобразии личности. Таким образом, свойства темперамента накладывают свой отпечаток на проявления характера, определяя динамические особенности их возникновения и протекания. Темперамент — это динамическая сторона характера. Особенности темперамента могут противодействовать или способствовать развитию определенных сторон характера. Флегматику, например, труднее, чем холерику или сангвинику, сформировать у себя решительность и инициативность, а для меланхолика серьезной проблемой становится преодоление в себе робости и тревожности.

Социальной зрелости человек достигает уже располагая системой сложившихся черт характера. Процесс формирования характера протекает незаметно. Так возникает мнение, что черты характера даются человеку от природы, являются врожденными. Кроме того, хорошо известно, что даже в сходных условиях воспитания и обучения у детей могут формироваться разные характеры. Главными причинами того, что одни и те же воздействия на детей могут вызывать разный психологический эффект объясняются различиями в функционировании центральной нервной системы, особенностями их темперамента. Надо иметь также в виду и то, что “сходные жизненные условия” (даже для детей в одной семье) — понятие весьма относительное. Например, психологические ситуации старшего и младшего братьев в семье совершенно различны, как и различен их жизненный путь в ближайшем социальном окружении. Изучение однояйцовых близнецов, у которых наследственный фонд анатомо-физиологических свойств идентичен, свидетельствуют о ярко выраженной тождественности их темпераментов, но не характеров.

Первые признаки возникновения и стабилизации характера необходимо искать в начале жизни человека. Возраст от 2–3 до 9–10 лет является сенситивным для становления характера. Под влиянием взрослых формируются такие черты как доброта, отзывчивость, общительность, либо эгоистичность, безразличие к людям, черствость. Начало их формирования во многом связано с первыми месяцами жизни и стилем общения матери (лица, ее заменяющего) с ребенком.

Деловые качества личности (трудолюбие, аккуратность, ответственность и др.), как и их антиподы, формируются в детских играх, в доступных видах домашнего труда. При этом необходима стимуляция взрослых. Черты характера, проявляющиеся в отношениях с людьми и в общении, оформляются в начальных

классах школы, когда у ребенка резко расширяется круг контактов, как с детьми, так и с взрослыми. Волевые черты характера развиваются и закрепляются в подростковом возрасте, а базовые (нравственные и мировоззренческие) основы характера — в ранней юности. От других личностных черт, характерологические черты отличаются своим ранним формированием и устойчивость.

Характер — прижизненное приобретение личности, он аккумулирует в себе также привычки человека и во многом является также результатом самовоспитания. Каждый человек ответственен за все проявления своего характера, и каждый человек в состоянии заняться самовоспитанием. Даже темперамент не односторонне и тем более не фатально определяет путь развития специфических особенностей характера, темперамент сам в определенных пределах преобразуется под влиянием качеств характера. Характер может воздействовать на темперамент, подчиняя эмоциональную возбудимость содержательной стороне личности, ее направленности, воле. Развитие характера и темперамента в этом смысле является взаимообусловленным процессом. Характер взаимосвязан и с другими сторонами личности: интеллектом, специальными способностями.

Структура характера

Характер не является простой совокупностью, случайным набором изолированных черт. Он представляет собой сложное психическое образование, состоящее из *системы многочисленных устойчивых свойств личности, которые выражают отношение человека к окружающему миру, труду, другим людям и самому себе.* Эти отношения закреплены в привычных для человека формах поведения, деятельности и общения. Закономерные взаимосвязи между отдельными чертами характера выражают его структурность. Структурность характера позволяет, зная ту или иную черту, предполагать у данного человека наличие ряда других черт, связанных с той, которая нам известна.

Структурность характера выражается также в определенной иерархичности его черт. Это значит, что среди черт характера некоторые являются основными, определяющими и ведущими, а другие — второстепенными, менее существенными. Основные, ведущие черты в той или иной степени определяют, оказывают влияние и подчиняют себе второстепенные, менее существенные, обуславливая их различную степень проявления в тех или иных ситуациях.

В системе отношений выражается содержание характера, его индивидуальное своеобразие. Структура характерологических отношений складывается из таких основных подструктур отношений человека, как отношение к своему делу и труду, к окружающим людям (межличностные отношения), а также к самому себе.

В отношении к своей деятельности, труду могут проявляться такие черты характера как трудолюбие или леность; аккуратность или небрежность; чувство “нового” или консерватизм; энтузиазм или формальное отношение к труду.

В межличностных отношениях проявляются общительность или замкнутость человека; коллективизм или индивидуализм; вежливость или грубость; тактичность или бестактность; чуткость или черствость; правдивость или лживость и т.д.

В отношении человека к самому себе весьма показательны для характера: высокая требовательность или самоуспокоенность; самокритичность или преувеличенное самомнение; скромность или высокомерие, чувство собственного достоинства или недооценка его.

Кроме названных выделяют еще черты характера, относящиеся к особенностям познавательной, эмоциональной и волевой сфер человека.

К *познавательным чертам характера* относят склад ума (теоретический или практический) и качества ума (аналитичность, критичность, гибкость и др.).

К *эмоциональным чертам характера* относят страстность, сентиментальность, а также черты, основанные на моральных чувствах: патриотизме, гуманности и др.

В *волевых чертах характера* (целеустремленности, выдержке, настойчивости, смелости и др.) находит выражение отношение к препятствиям. Волевые черты характера нельзя оценить, не учитывая направленности личности. Они ценны только при условии морально воспитанной воли, направленной на достижение социально полезных целей. Волевые черты иногда называют "хребтом" характера и в зависимости от их развития относят характер к сильному или слабому типу. *Сильный характер* у того человека, который всегда поступает сообразно своим убеждениям, последовательно ведет себя в различных, в том числе и трудных, условиях, проявляет настойчивость в достижении поставленных целей. *Слабость характера* проявляется в непоследовательности поведения, расхождениями между словами и делами, боязнью трудностей.

Важное значение при оценке характера имеет выявление его устойчивости или неустойчивости. У человека *с устойчивым характером* длительное время сохраняются присущие ему отношения, убеждения, привычки и другие особенности. При *неустойчивом характере* взгляды, убеждения и отношения быстро меняются.

Системе отношений, составляющих структуру характера, в одних случаях присуще качество цельности, в других — противоречивости. *Цельный (гармонический) характер* у того человека, у которого отдельные мысли, чувства, взгляды, поступки согласуются между собой, соответствуют его убеждениям. Убежденность определяет принципиальность поведения человека, уверенность в справедливости и важности дела, которому он отдает все свои силы. Человек с *противоречивым (дисгармоничным) характером* отличается наличием несовместимых друг с другом взглядов и убеждений, целей и мотивов, стремлений, желаний и поступков. У человека с противоречивым характером нет прочной убежденности, его поведение и поступки определяются преимущественно узколичными целями и мотивами.

Сравнительная характеристика гармоничных и дисгармоничных черт характера (Менделевич В.Д., 1998)

Гармоничный характер	Дисгармоничный характер
Адаптивность	Дезадаптивность
Зрелость	Инфантилизм
Здравомыслие	Нездравомыслие
Гибкость	Ригидность
Реализм в оценке окружающих	Использование каузальной атрибуции
Реальность самооценки	Нереальность самооценки
Самостоятельность	Несамостоятельность
Автономность	Зависимость
Простота, естественность	Неестественность
Проблемная центрация	Центрация на несущественном
Самоуважение	Крайние варианты отношения к себе (самоуничижение, самовосхваление)
Разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей	Эгоцентризм

Характер — очень сложное образование. В реальной жизни в характерах людей наблюдается множество оттенков, переходов между различными полярными особенностями свойств характера, чем во многом и объясняется бесконечное разнообразие характеров, непохожесть людей друг на друга.

Иногда *черты личности* подразделяют на *продуктивные (мотивационные) и инструментальные*. Мотивационные побуждают, направляют и поддерживают деятельность, а инструментальные придают ей определенный стиль. Характер относится к инструментальной сфере индивидуальности. От него больше зависит не содержание, а манера выполнения деятельности. Правда, следует иметь в виду, что между продуктивными и инструментальными сферами не существует непроходимой границы. Характер может проявляться и в выборе цели действия. Однако, когда цель определена, характер выступает больше как средство достижения цели, т.е. в своей инструментальной роли.

О характере человека следует судить первоочередно на основании его поступков, поведения. Система привычных действий и поступков — фундамент характера человека (Петровский А.В., 1986). Личность вступает в отношение к характеру как чему-то внешнему, с чем волей-неволей приходится считаться при выборе путей достижения главных жизненных целей. Часто приходится встречаться с людьми, которые сетуют на свой несносный характер, но вряд ли удастся найти хотя бы одного человека, который жаловался на свою личность. Люди, поставившие своей целью перестройку характера, тратят на это целые годы (Асмолов А.Г., 1990). Однако, характер имеет социальную основу, т.е. зависит от мировоззрения, содержания деятельности, от коллектива, в котором живет и действует человек. Человек, поставленный в экстремальную ситуацию или просто в ситуацию выбора, способен подняться над обстоятельствами, в том числе и над собственным характером.

Вопрос о сущности характера является одним из наиболее спорных в психологии личности. В зарубежных исследованиях интерес к проблемам характера последние десятилетия заметно снизился. Называют три главных причины такого положения: а) тенденция отождествлять характер с личностью; б) отнесение характера к этике и тем самым признание незакономерности его включения в систему психологии; в) сомнение в возможности изучения характера как уникального явления.

В отечественной психологии выделение отношений как основных составляющих характера стало общепризнанным. Однако в определениях характера выделяются и другие отличительные признаки.

С.Л. Рубинштейн (1957) характер человека определяет как закрепленную в индивиде систему генерализованных обобщенных побуждений. Для того чтобы мотив (побуждение) стал личностным свойством, “стереотипизированным” в ней, он должен генерализироваться на все ситуации, однородные с первоначальными обстоятельствами своего возникновения. Каждое свойство характера всегда есть тенденция к совершению в определенных условиях определенных поступков. В данной формулировке подчеркивается мотивационный генез свойств характера.

По мнению Ананьева Б.Г. (1941) характер связан с жизненной направленностью и своеобразием образа действий человека. Отнесенность черт характера к их жизненному содержанию, т.е. целям и задачам деятельности, является первым условием научного познания характера. При внешнем совпадении формы проявлений характера, например настойчивости или требовательности, они могут существенно отличаться по своему содержанию. В одном случае это будет настойчивость и борьба за великую цель, а в другом — крохоборничество в мелочах или тупое упрямство. Характер — это единство направленности и образа действий.

Левитов Н.Д. (1944) характер представляет как “психологический склад личности, выраженный в ее направленности и воле”. Именно волевые черты (целеустремленность, настойчивость, выдержка, дисциплинированность, мужество и смелость) наиболее полно

проявляются в характере как компоненте личности, где они варьируют в зависимости от черт направленности.

ТИПОЛОГИЯ ХАРАКТЕРА

Попытки построения типологии характеров неоднократно предпринимались на протяжении всей истории психологии. О ряде таких типологий, где по существу имело место отождествление темперамента с характером, уже ранее упоминалось. Они относятся к *конституционным теориям характера*, связывающими особенности характера с внешним видом человека, с его конституцией. В *акцентуальных теориях характера* особенности характера связываются с его акцентуацией, т.е. чрезмерной выраженностью, граничащей с патологией, отдельных черт характера. В основе *социальной типологии характеров* лежит описание отношения человека к жизни, обществу, моральным ценностям. Эта классификация характеров наиболее ярко представлена Эрихом Фроммом в его теории отчуждения, которая описывается в разделе теорий личности.

Характер и внешность человека

В истории психологии существовало немало теорий, ставивших характер в зависимость от формы черепа, строения лица, конституции. Конституционная типология Э. Кречмера и У. Шелдона была уже представлена при описании темперамента. Однако, различные системы определения темперамента и характера по внешним признакам возникли гораздо раньше — еще со времен античности. Уже Аристотель и Платон предлагали определять характер человека по физиономии. Аристотель, например, придерживался мнения, что толстые носы в форме луковицы свойственны грубым людям, остроконечные — присущи вспыльчивым, а крючковатые обличают людей благородных и властных. Он также предлагал отыскивать во внешности человека черты сходства с каким-либо животным, а затем отождествлять его характер с характером этого животного. Так Аристотель считал, что толстый, как у быка, нос обозначает лень, широкий нос с большими ноздрями, как у свиньи, — глупость, нос, как у льва, — важность. Он, таким образом, был не только первым физиогномистом (греч. physiognomonia — определение внутренних свойств по внешним признакам), но и анималистом (художественное изображение и описание животных).

В 18 веке широкую известность приобрела физиогномическая система швейцарского священника Иоганна Каспара Лафатера (Lavater I., 1772) — предсказание характера по конфигурации черепа, изучения лица и мимики. Он подготовил и выпустил 4-х — томное иллюстрированное издание по этому поводу, но его физиогномическая система не была научной и носила беллетрический характер. Примечательно в этой связи отметить, что физиогномика не помогла Лафатеру угадать убийцу-мародера в своем случайном собеседнике. Во время беседы солдат–мародер застрелил знаменитого физиогномиста. Вскоре после смерти Лафатера возникло новое характерологическое учение — *френология*. Оно связано с именем немецкого врача Франца Галля. В основе его учения лежало убеждение, что все свойства характера имеют определенные центры в полушариях головного мозга, а степень их развитости можно определить по выпуклостям на черепе. Галлем составлены были подробные френологические карты, где поверхность черепа разбивалась на 27 участков, которым соответствовали определенные душевные качества человека — осторожность, жестокость, упрямство, ум и т.д.

В 1872 г. Ч. Дарвин опубликовал книгу: “Выражение эмоций у человека и животных”, которая, по существу, была первой специальной монографией, посвященной мимике и написанной строго научно с позиций эволюционной теории. Ч. Дарвин с помощью научной методологии сформулировал положение о том, что язык мимики и жестов в принципе доступен пониманию всем людям. Эти идеи Дарвина явились основанием для изысканий многих психологов, которые стали строить свои учения на истолковании выражения лица и позы человека.

В представлениях о характере Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна и Д.Н. Узнадзе единицами анализа характера являются фиксированные обобщенные смысловые тенденции, установки личности, которые как бы сохраняют ведущие отношения личности во времени. А.Г. Асмолов (1990), обобщая их взгляды, отмечает, что в фиксированных латентных смысловых установках личности, как и в любых установках, содержится эскиз, проект будущего действия. При встрече с соответствующей этому эскизу ситуацией они воплощаются в действии, сохраняя индивидуальный стиль деятельности личности. Отличительной чертой фиксированных смысловых установок заключается в том, что они, актуализируясь, могут проявляться не сколько в двигательно-моторной, фазической активности (реализация предметно-практического действия), а сколько в фактически малоизученной позно–тонической активности, которая выражается в осанке, непроизвольном напряжении мускулов (“внутренней моторике” по Леонтьеву А.Н. и Запорожец А.В.).

Сходные взгляды высказывались французским психологом Анри Валлоном. Достаточно вспомнить позу человека при напряжении в социально значимых ситуациях: охватывая себя руками, прижимая их к телу, он как бы отгораживается ими от других, а ноги прячет под стул. Совсем иные позы у человека уверенного в себе и доверительно относящегося к другим: свободное, спокойное положение его тела, чуть откинутая в сторону рука с полуоткрытой ладонью создают впечатление не только открытости человека миру, но и приближенности его к своим собеседникам. Много интересных наблюдений по поводу невербальной коммуникации содержится в книге Аллана Пиза “Язык телодвижений” (1992).

Хотя многочисленные наблюдения показывают, что действительно существует известная зависимость между привычным выражением лица и позы человека со складом его характера, однако следует помнить, что эта зависимость не является строго закономерной. То или иное выражение лица, складки и морщины могут иметь не одну, а много причин. Например, врачами замечено, что при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких появляется пигментация кожи лица, а в ансамбле мимики регистрируется выражение брезгливости. Физиогномисты обыкновенно отмечают, что слегка приоткрытый рот при несколько опушенной нижней челюсти — признак глупости. Однако причиной тому может быть и больная носоглотка, и глухота, и напряженное внимание.

Главная мимическая зона *верхней половины лица* — это область глаз. При анализе выражения глаз учитываются их величина, направление взора, состояние век, складок кожи, положение бровей. Функциональный резерв мимики здесь очень велик: от выражения сильной воли до растерянности и огорчения.

Сосредоточенность, воля узнаются у субъекта, у которого взор фиксирован, мышцы лица напряжены, брови сдвинуты к переносице. Если брови приподняты и сближены, а поперечные морщины на лбу, соединившись с продольными в форме греческой буквы “омега”, сигнализируют о мучительной попытке сосредоточится, то однозначно можно говорить о выражении скорби. Такой рисунок морщин типичен для лица меланхоликов — “омега меланхоликов” (“П–образная морщина меланхоликов”).

Неспособность сосредоточить взгляд на чем-то конкретном (“бегающие глаза”), даже в ответ на призыв к вниманию, заставляют предполагать эмоциональную неуравновешенность, неподготовленность к последовательному, логическому мышлению. По направлению и стабильности взора можно уловить различные нюансы эмоционального состояния. Отмечено и различие в выражении глаз у мужчин и женщин: способность

смотреть в глаза собеседника у мужчин выражена меньше, чем у женщин, которые в одинаковых ситуациях дольше не отводят глаз от того, с кем разговаривают.

При изучении различных экспрессий *нижней половины лица* внимание психолога и врача прежде всего привлекает состояние тонуса мышц рта. Считается, что люди с плотно сомкнутыми губами, с подтянутой кверху нижней губой обязательно обладают волевым характером, такими его чертами, как настойчивость, решительность, смелость. Жевательные мышцы, от которых зависит плотное смыкание челюстей, являются также убедительным элементом мимики. Это проявляется и в жесткой фиксации рта, и в движениях жевательной мышцы, когда под кожей ниже скулового выступа образуются выступы (желваки). Ослабление тонуса жевательных мышц сопровождается отвисанием нижней челюсти, непроизвольным открытием рта. Такой признак характерен для пациентов с нарушенной психикой. Азартная увлеченность каким-то зрелищем у некоторых людей ведет к торможению волевых импульсов, происходит расслабление мышц, полуоткрытие рта. У страдающих алкоголизмом такой признак закрепляется в большинстве случаев. По выражению рта можно судить как о мимике удовольствия, так о мимике страдания, но любой оттенок мимики нижней половины лица не существует отдельно от мимики верхней половины лица. При некоторых психических заболеваниях мимические реакции верхней и нижней половин лица запечатлевают разные эмоции.

Акцентуальные теории характера

Эти теории связывают особенности характера с его акцентуацией, представляющую крайний вариант психической нормы, пограничный с психопатией. Наиболее полное и яркое описание феноменологии и типологии психопатий принадлежит отечественному психиатру П.Б. Ганнушкину в его учении о конституционных психопатических личностях (1933).

Психопатии (от греч. psyche — душа и pathos — страдание) — такие аномалии характера, которые, по определению П.Б. Ганнушкина, *“определяют весь психический облик индивидуума”*, в течении жизни *“не подвергаются сколь–нибудь резким изменениям”* и *“мешают... приспособляться к окружающей среде”*.

Эти *три критерия* лаконично были обозначены О.В. Кербиковым (1962) как *тотальность* и относительную *стабильность* патологических черт характера и их *выраженность* до степени, нарушающей социальную адаптацию. Отклонения характера от определенного среднего или нормального типа у таких личностей таковы, что от них страдают или они сами, или общество.

Вопрос о причинах ядерных (конституциональных) психопатий очень сложен. При психопатии нет признаков органического поражения мозга, о чем, в частности говорит факт достаточно высокого развития интеллектуальных функций. Издавна в их происхождении главную роль приписывали до сих пор недостаточно выясненному биологическому процессу, который ранее назывался наследственным вырождением или *дегенерацией* (Morel, 1857). Действительно, наследственная отягощенность психическими отклонениями у родственников при ядерных психопатиях наиболее высока и достигает 83% (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980). В этой связи, интересно и упоминание П.Б. Ганушкиным о сопряженности между психопатией и гениальностью (или высокой одаренностью). По его мнению спор о том, представляет ли гениальная личность явление дегенерации или прогенерации бесплоден, т.к. здесь незакономерно смещаются биологические и социологические точки зрения на эту проблему.

В учение о психопатиях много нового внес отечественный психиатр О.В. Кербиков. Его заслуга состоит в том, что он убедительно показал недостаточность сведения генеза психопатий только к конституционально-генетическому фактору. Психопатии могут быть не только “врожденными” (ядерными), но и “краевыми”, сформировавшимися в результате *патохарактерологического* (“анормального”) *развития личности*. Последнее

возникает под влиянием хронической психогенной травматизации, неправильного воспитания и других неблагоприятных социально–психологических факторов. При этом возникший патологический характерологический сдвиг нередко “отрывается” от первопричины и начинается патологическое “саморазвитие” характера (психогенный повод исчезает, а патологические изменения личности продолжают нарастать).

При оценке личностных расстройств необходимо в первую очередь отличать черту личности — долговременную тенденцию или предрасположенность к определенному реагированию — от состояния пациента в данный момент. Поведение больного может отражать не постоянный характер личностного реагирования, а временное, например, тревожно–аффективное расстройство. Состояние может влиять на ретроспективную оценку своего прошлого поведения, затрудняя диагностику стабильных черт личности (в этом слабость личностных опросников по сравнению с методом клинической беседы). Черту личности следует также отличать от социальной роли, вынуждающей к определенному поведению (например, повышенная агрессивность у военного, полицейского). Личностные расстройства следует отличать и от вторичных изменений личности вследствие психических заболеваний или травм головного мозга.

В Международной классификации болезней (МКБ–10) психопатии рассматриваются в разделе “Специфические расстройства личности”. В отечественной психиатрии психопатии определяются как патологические характеры, сформировавшиеся под влиянием различных неблагоприятных, врожденных или приобретенных факторов на основе аномалий высшей нервной деятельности. При психопатиях наблюдается склонность к необычному поведению (в значительной степени отклоняющемуся от ожиданий окружающих), к резким изменениям настроения без соответствующих к тому причин, что ведет к нарушению профессиональной или социальной адаптации.

Среди здоровых нередко также можно встретиться с людьми, которые совершают те или иные необычные поступки, иногда идущие вразрез с общепринятыми моральными и этическими установками. Однако, у здоровых подобное поведение — эпизод в жизни, который чаще связан с определенными обстоятельствами — алкогольное опьянение, сильная усталость, большие жизненные неприятности и т.п. При психопатиях необычность поведения является неотъемлемым свойством личности, постоянным ее качеством и это накладывает известный отпечаток на всю жизнь психопата.

Разновидностей психопатий много, но наиболее часто встречаются психопаты круга возбудимых, а также астенические, паранойяльные, психастенические, истерические и шизоидные психопаты.

Возбудимые психопаты (эмоционально неустойчивое расстройство личности) — характеризуются явным дефицитом активного торможения, что внешне выражается в виде несоответствия силы раздражителя и реакции на него. Бурную аффективную реакцию могут вызвать даже незначительное замечание, высказанное в их адрес. Они во время аффекта громко кричат, склонны к агрессии по отношению к окружающим и нанесению самоповреждений. В повседневной жизни они не в состоянии длительное время выполнять какую-либо работу, требующую сосредоточения внимания, т.к. чувствуют при этом волнение, своеобразное “внутреннее возбуждение”.

Иногда в рамках этого расстройства выделяют *импульсивный подтип* (главными проявлениями являются эпизоды потери контроля над агрессивными побуждениями) и *пограничный подтип* (проявления в виде многочисленных клинических феноменов в поле между неврозом и психозом). Для последнего подтипа особенно характерна крайняя нестабильность самооценки, аффекта и поведения, особенно в сфере общения. В почти постоянное состояние психического кризиса больного вкрапливаются субпсихотические эпизоды с рудиментарной, неотчетливой симптоматикой. Отличить его от других психических нарушений (особенно шизофрении) позволяет порой только наблюдение в динамике. Главным в диагностике шизотипического состояния являются когнитивно–перцептивные расстройства, тогда как при пограничном расстройстве акцент делается на поведенческом и аффективном компонентах.

В МКБ–10 особое место занимает *пассивно–агрессивное расстройство личности*, главной чертой которого является постоянная установка к скрытой обструкции, сопротивлению руководству ими, за фасадом которой находится не допускаемая к манифестному выражению агрессия. Это вечно всем недовольные люди, затягивающие под благовидными поводами выполнение повседневных заданий, особенно когда их завершение стимулируется окружающими.

Астенические психопаты характеризуются выраженной слабостью и истощаемостью нервных процессов возбуждения и торможения. Они отличаются застенчивостью и робостью, тяжело переносят любые жизненные невзгоды, даже сравнительно безобидные шутки сослуживцев "сильно переживают", склонны к уединению. В домашней обстановке, напротив, они могут быть тиранами и диктовать свою волю родным и близким. Даже незначительные соматические заболевания настолько ухудшают их состояние, что они становятся беспомощными, сенситивными и бездеятельными.

Разновидностью астенического типа являются *зависимые личности*, где центральное место в структуре характера занимает явление уклонения от любой ответственности, растворение и подчинение собственных потребностей в потребностях других. Они боятся иметь собственное мнение, ориентируются постоянно на мнение окружающих.

Паранойяльные психопаты (параноидное расстройство личности) — характеризуются патологической инертностью основных нервных процессов с образованием застойных очагов возбуждения. Они крайне недоверчивы и подозрительны к окружающим, не прощают пренебрежения, обиды, оскорбления. Раз возникшая мысль, имеющая в основе реальный факт, не покидают их длительное время, зачастую превращаясь в сверхценные идеи. В случае неудовлетворения их требований они способны развивать бурную деятельность в защиту своих якобы законных прав: пишут в различные инстанции жалобы и заявления, требуют создания особых комиссий "по расследованию своего дела". В суждениях паранойяльных психопатов нелепостей, как правило, не отмечается. В связи с этим нередко они находят сторонников как в лице отдельных людей, так и учреждений. Наиболее часто привлекают к себе симпатии психопаты с гиперсоциальными тенденциями. Это — "вечные искатели правды", всем постоянно недовольные и почти никогда не отступающие от своих убеждений и идей, для реализации которых они прибегают ко всевозможным средствам.

Психастенические психопаты (ананкастное, или обсессивно–компульсивное расстройство личности) — характеризуются значительным функциональным перевесом второй сигнальной системы над первой при общей слабости нервной системы и тенденции основных нервных процессов к застойности. З. Фрейд объединил в этом типе наиболее характерные для него черты педантичности, бережливости и упрямства. Обычно психастеническая психопатия проявляется усиленными тревожно-мнительными чертами характера. Обладая повышенной рассудочностью, склонностью во всем сомневаться, они всегда не уверены в своих поступках и действиях. Тяготение к постоянному анализированию иногда достигает степени "умственной жвачки". Весьма выражена склонность к образованию навязчивостей и ритуалов.

В МКБ–10 предлагается отделять ананкастное расстройство личности от *тревожного ("уклоняющегося", "избегающего") расстройства личности*. При последнем на первом плане имеется, по крайней мере внешне, "комплекс неполноценности" и их основная черта — интровертированность, основанная на заниженной самооценке. В общении они крайне скованы, испытывают страх перед контактами или выражено демонстративное избегание общения.

Истерические психопаты (истерическое расстройство личности) — характеризуются явным преобладанием первой сигнальной системы над второй. Они чрезвычайно театральны и утрированно демонстративны в поведении, всегда хотят быть в центре внимания окружающих. Содержание суждений и умозаключений больше зависят от эмоций ("аффективная логика"). Трезвая, рациональная оценка событий у них часто заменяется выдумкой, фантазиями и надуманными рассуждениями ("псевдология"). Для достижения своих эгоцентрических целей они идут на все, не считаясь ни с моралью, ни с принципами человеческого общежития. При замечаниях они часто раздражаются, кричат, выражена вегетативная реакция (дрожание, сердцебиение, сухость во рту и т.п.). Приступ раздражения легко переходит в истерический припадок со стенаниями, демонстрацией "плохого состояния", стремлением вызвать сочувствие и жалость у окружающих.

У ряда больных главной особенностью является склонность к самолюбованию, что сопровождается завышенной ригидной самооценкой и завышенным уровнем притязания по отношению к окружающим (*нарциссический тип*).

Шизоидная психопатия (шизоидное расстройство личности) — характеризуется аутистическими личностными особенностями с глубокой неспособностью человека к установлению значимых, эмоциональных межличностных отношений. Окружающим они кажутся одинокими и эксцентричными. Они мало проявляют интереса к повседневным событиям и заботам о других лицах. Их также может отличать фанатичная увлеченность какой–либо негуманитарной наукой — математикой, астрономией. Они бесконечно откладывают зрелую сексуальную жизнь, удовлетворяясь своими сексуальными фантазиями.

Диссоциальное расстройство личности ("антисоциальная психопатия" по П.Б. Ганнушкину) — в отечественных классификациях обычно не выделялось, но в американских классификациях оно было первым, формально признанным личностным расстройством. Уровень морбидности соответствует 3% у мужчин и 1% у женщин. В местах заключения такие пациенты могут составлять до 75% осужденных, хотя следует иметь в виду, что диссоциальное расстройство не равнозначно преступности, это — сформированная в ходе индивидуального психологического развития неспособность поддерживаться норм социального поведения. У них также повышена генетическая представленность личностных нарушений истерического типа, что может свидетельствовать об общей биогенетической предрасположенности этих типов. Внешне они нередко производят хорошее впечатление на окружающих, а основная их черта — стремление непрерывно получать удовольствие и наслаждения, избегая всякого напряжения и труда, — выявляется не сразу. При этом вся их жизнь, начиная с детского возраста, представляет собой сплошную цепь асоциальных поступков с манипуляций своим окружением (постоянная лживость, воровство, алкоголизация и наркотизация, промискуитет, суицидальный шантаж и т.п.).

Из учения о психопатических личностях П.Б. Ганнушкина вырастают современные представления об *акцентуированных личностях* К. Леонгарда (1968) и о *типах акцентуации характера* в подростковом возрасте А.Е. Личко (1977). Типология личностей К. Леонгарда основана на оценке стиля общения человека с окружающими людьми. А.Е. Личко крайние варианты нормального характера у подростков изучал с позиций общепсихологической теории отношений В.Н. Мясищева и его исследования представляются наиболее психологичными. Кроме того, он, в отличии от К. Леонгарда, предпочитает говорить не об акцентуациях личности, а об акцентуациях характера, справедливо полагая, что личность — понятие более широкое и включает интеллект, способности, мировоззрение и т.п.

Акцентуации характера — это крайние варианты нормы как результат усиления (или, напротив, ослаблениия) отдельных черт характера. При этом у индивидуума проявляется повышенная чувствительность, уязвимость (locus minoris resistentiae) к одним стрессогенным факторам при устойчивости к другим. Акцентуация характера не может быть психиатрическим диагнозом. Констатация акцентуации и ее типа — это определение преморбидного фона, на котором более облегченно могут возникать различные расстройства — аффективные реакции, неврозы, различные непсихотические и психотические нарушения поведения. Только они могут служить основанием для психиатрической диагностики, хотя в подавляющем большинстве акцентуаций характера дело до развития подобных расстройств не доходит. По мнению К. Леонгарда, в развитых странах более половины населения относится к акцентуированным личностям.

Тип акцентуированной личности (взрослые)
по K. Leonhard (1976)

1. Гипертимический тип — доминирует оптимистическое настроение, контактен, словоохотлив, с жаждой деятельности, выразительной мимикой, пантомимикой, но легко отвлекаем, недостаточно серьезен к своим служебным и семейным обязанностям. Привлекает к себе своим оптимизмом, инициативностью, но вместе с тем отталкивает легкомыслием, прожектерством, склонностью к аморальным поступкам, раздражительностью. Плохо переносит твердую дисциплину, одиночество и монотонную работу.

2. Дистимический тип — доминирует пессимистическое, пониженное настроение, малоконтактен и немногословен. Обществу предпочитает дом, редко конфликтует, серьезен, добросовестен, с обостренным чувством справедливости, ценит дружбу. Однако, отличается и пассивностью, замедленностью мышления, индивидуализмом.

3. Аффективно-лабильный (циклотимический) тип — свойственны частые периодические смены настроения. В периоды повышенного настроения общителен, приветлив и в манере поведения напоминает гипертимный тип. В периоды подавленного настроения замкнут и в манере поведения напоминает дистимный тип.

4. Возбудимый тип — отличается замедленностью всех психических процессов, занудлив и угрюм, неуживчив в коллективе, властен в семье. В эмоционально спокойном состоянии добросовестен, аккуратен. При эмоциональном возбуждении плохо контролирует поведение, раздражителен и вспыльчив.

5. Застревающий тип — умеренно общителен, склонен к нравоучениям, в конфликтах является активной стороной. Стремиться добиться высоких показателей в любом деле, предъявляет к себе повышенные требования. Особо чувствителен к социальной справедливости, вместе с тем обидчив, подозрителен, долго помнит обиды, “застревает” на них. Стойкость аффектов иногда приводит к системе “застреваний” (паранояльности) и человек становится “борцом за идею, за правду, за честь и отмщение”.

6. Педантичный (ригидный) тип — с гипертрофией упорядоченности внутреннего и внешнего. Малоконфликтен, но предъявляет окружающим много формальных требований, чрезмерно аккуратен. Его привлекательные черты: добросовестность, серьезность, аккуратность, надежность в делах, а отталкивающие и способствующие возникновению конфликтов — формализм и буквоедство, брюзжание и занудливость.

7. Тревожный (боязливый) тип — робкий, неуверенный, малоконфликтный, нередко служит мишенью для шуток. Повышена склонность к невротическим реакциям и страхам, самооценка снижена. Располагает к себе дружелюбием, самокритичностью и исполнительностью.

8. Эмотивный (эмоциоцентрический) тип — эмоции доминируют в мотивации поведения, предпочитает общаться с ограниченным числом избранных лиц, с которыми у него хорошие отношения. Сам редко вступает в конфликты, однако обидчив, но обиды “носит в себе” и старается не показывать их окружающим. Привлекательными чертами являются доброта, сострадательность, альтруизм, обостренное чувство долга, исполнительность. Однако, чрезмерно чувствителен, впечатлителен и слезлив.

9. Демонстративный тип (акцентуация вытеснения) — с актерскими данными, общителен, но с жаждой лидерства и стремления к похвале. Раздражает

окружающих самоуверенностью, высокими притязаниями, хвастовством, эгоизмом, склонностью к интригам и провокации конфликтов. В трудных ситуациях способен увиливать от решения неотложных вопросов, часто “бегством в болезнь”. Может быть обходительным, способен увлечь других, поступки и мышление неординарные.

10. Аффективно-экзальтированный тип. — характерно отсутствие полутонов в эмоциях и чувствах, причем совершенно искренне переживаются все полярные отношения. В поведении свойственны общительность, многословие, влюбчивость, внимательность к друзьям и близким. Легко вступают в спор, но не доводят его до прямых конфликтов. Подвержены сиюминутным настроениям и панике. Со стороны такое поведение может восприниматься демонстративным, но глубина и искренность чувств исключают предположения о их притворстве.

11. Экстравертированный тип — открыт и общителен, масса знакомых, редко конфликтует и не стремиться к лидерству. Располагает к себе готовностью слушать собеседника, исполнительностью. Однако, подвержен постороннему влиянию, поступки иногда необдуманны, любит развлечения и сплетни.

12. Интровертированный тип — замкнут, малоконтактен, оторван от реальности, погружен в свои размышления, не любит вмешательства в личную жизнь. Часто эмоционально дистанцирован от окружающих, слабо привязан к людям. Отличается принципиальностью, твердостью убеждений, однако часто чрезмерно упрям в отстаивании своей точки зрения.

Характерологический опросник Х. Шмышека (*Schieschek H.,****1970)***

Предназначен для определения акцентуаций характера. В его основу положена концепция “акцентуированных личностей” К. Леонгарда. Испытуемый должен отметить знаком “+” те утверждения, с которыми он согласен, знаком “—” те, с которыми не согласен.

1. У Вас чаще веселое и беззаботное настроение.
2. Вы чувствительны к оскорблениям.
3. Бывает ли так, что Вам на глаза навертываются слезы в кино, театре, в беседе и т.д.
4. Сделав что-то Вы сомневаетесь, все ли сдельно правильно, и не успокаиваетесь пока не убедитесь в том, что все сделано правильно.
5. В детстве Вы были таким же смелым, как все Ваши сверстники.
6. Часто ли у Вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни, к себе.
7. Являетесь ли Вы обычно центром внимания в обществе компании.
8. Бывает ли так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать.
9. Вы серьезный человек.
10. Способны ли Вы восторгаться, восхищаться чем-нибудь
11. Предприимчивы ли Вы.
12. Вы быстро забываете, если Вас кто-либо обидит.
13. Мягкосердечны ли Вы.
14. Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало в него.
15. Стремитесь ли Вы всегда считаться в числе лучших работников.
16. Бывало ли Вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может быть, такое чувство бывает и теперь, в зрелом возрасте).
17. Стремитесь ли Вы во всем и всюду соблюдать порядок.
18. Зависит ли Ваше настроение от внешних обстоятельств.
19. Любят ли Вас Ваши знакомые
20. Часто ли у Вас бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности.
21. У Вас часто несколько подавленное настроение.
22. Бывали ли у Вас хотя бы раз истерика или нервный срыв.

23. Трудно ли Вам долго усидеть на одном месте
24. Если по отношению к Вам несправедливо поступили, энергично ли вы отстаиваете свои интересы.
25. Можете ли Вы зарезать курицу или овцу.
26. Раздражает ли Вас, если дома занавес или скатерть висят неровно и вы сразу же стараетесь поправить их.
27. Вы в детстве боялись оставаться одни в доме.
28. Часто ли у Вас бывают колебания настроения без причины.
29. Всегда ли Вы стремитесь быть достаточно сильным работником в своей профессии.
30. Быстро ли Вы начинаете сердиться и впадать в гнев.
31. Можете ли Вы быть абсолютно беззаботно веселым.
32. Бывает ли так, что ощущение полного счастья буквально пронизывает Вас.
33. Как Вы думаете, получился бы из Вас ведущий в юмористическом спектакле.
34. Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо и недвусмысленно.
35. Вам трудно переносить вид крови. Не вызывает ли это у Вас неприятных ощущений.
36. Любите ли Вы работу с высокой личной ответственностью.
37. Склонны ли Вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым несправедливо поступают.
38. В темный подвал Вам трудно, страшно спускаться.
39. Предпочитаете ли Вы работу такой, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки.
40. Общительны ли Вы.
41. В школе Вы охотно декламировали стихи.
42. Убегали ли Вы в детстве из дома.
43. Кажется ли Вам жизнь трудной.
44. Бывает ли так, что после конфликта, обиды Вы были до того расстроены, что идти на работу казалось просто невыносимым.
45. Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувство юмора.
46. Предприняли бы Вы первые шаги к примирению, если бы Вас кто-либо обидел.
47. Вы очень любите животных.
48. Возвращаетесь ли Вы, чтобы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, что там ничего не случилось.
49. Преследует ли Вас иногда неясная мысль, что с Вами и Вашими близкими может случиться что-то страшное.
50. Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво.
51. Трудно ли Вам докладывать (выступать на сцене) перед большим количеством людей.
52. Вы можете ударить обидчика, если он Вас оскорбит.
53. У Вас очень велика потребность в общении с другими людьми.
54. Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в отчаяние.
55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности.
56. Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится пре одолевать массу препятствий.
57. Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы.
58. Часто ли Вам бывает трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого дня или будущего все время крутятся в Ваших мыслях.
59. В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать.
60. Потребуется ли Вам большое напряжение воли, чтобы пройти одному через кладбище.
61. Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы каждая вещь в Вашей квартире была только на одном и том же месте.
62. Бывает ли так, что будучи перед сном в хорошем настроении, Вы на следующий день встаете в подавленном, длящемся несколько часов.
63. Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям.
64. Бывают ли у Вас головные боли.
65. Вы часто смеетесь.
66. Можете ли Вы быть приветливыми даже с тем, кого явно не цените, не любите, не уважаете.
67. Вы подвижный человек.
68. Вы очень переживаете из-за несправедливости.

69. Вы настолько любите природу, что можете назвать ее другом.
70. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери.
71. Вы очень боязливы.
72. Изменяется ли Ваше настроение при приеме алкоголя.
73. В Вашей молодости Вы охотно участвовали в кружке художественной самодеятельности.
74. Вы расцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости.
75. Часто ли Вас тянет путешествовать.
76. Может ли Ваше настроение измениться так резко, что Ваше состояние радости вдруг сменяется угрюмым и подавленным.
77. Легко ли Вам удается поднять настроение друзей в компании.
78. Долго ли Вы переживаете обиду.
79. Переживаете ли Вы долгое время горести других людей.
80. Часто ли, будучи школьником, Вы переписывали страницу в Вашей тетради, если случайно оставили в ней кляксу.
81. Относитесь ли Вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью.
82. Часто ли Вы видите страшные сны.
83. Бывает ли, что Вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда, или, стоя у окна многоэтажного дома, остерегаетесь того, что можете внезапно выпасть из окна.
84. В веселой компании Вы обычно веселы.
85. Способны ли Вы отвлечься от трудных проблем, требующих решения.
86. Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, приняв алкоголь.
87. В беседе Вы скудны на слова.
88. Если Вам необходимо было бы играть на сцене, Вы смогли бы войти в роль, чтобы позабыть о том, что это только игра.

Обработка: подсчитываются плюсы (положительный ответ на вопросы) и умножаются на коэффициент — при каждом виде акцентуации свой.

Оцениваются следующие типы акцентуации характера:

1. Гипертимные х 3 (умножить значение на 3)
+ : 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77.
2. Возбудимые х 2
+ : 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81.
– : 12, 46, 59.
3. Эмотивные х 3
+ : 3, 13, 35, 47, 57, 69**,** 79.
– : 25.
4. Педантичные х 2
+ : 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83.
–: 36.
5. Тревожные х 3
+ : 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82.
– : 5.
6. Циклотимные х 3
+ : 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84.
7. Демонстративные х 2
+ : 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88.
– : 51.
8. Неуравновешенные х 3
+ : 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86.
9. Дистимные х 3
+ : 9, 21, 43, 75, 87.
– : 31, 53, 65.
10.Экзальтированные х 6
+ : 10, 32, 54, 76.

Интерпретация: акцентуация характера по каждому типу диагностируется в случае превышения 12-балльного уровня.

Тип акцентуации характера у подростков
по А.Е. Личко (1983)

1. Гипертимный тип — характеризуется повышенной потребностью в деятельности, новом и разнообразном и повышенным фоном настроения (“брызжущая энергия”).

С детства отличается общительностью, рано развиваются навыки самообслуживания, но плохо переносит строгую регламентацию режима, легко аффектируются при запретах. У него всегда хороший аппетит, сон и общее самочувствие. В школе обучается урывками, т.к. повышенно отвлекаем и требуют приучения к систематической работе.

К срыву может привести блокада потребности в деятельности: попытки воспитать через запреты приводят к экстрапунитивным реакциям и способствуют формированию патохарактерологического развития.

2. Циклоидный тип — характерны полярные смены настроения, но не с детства, а с подросткового возраста (созревание эмоциогенных мозговых структур). У девочек первая субдепрессивная фаза часто возникает с появлением месячных. Субдепрессия обычно наступает быстро (в один день): происходит “упадок сил”, все крайне трудно становится делать, ничего не интересует, нет аппетита. Однако, в отличии от депрессии при маниакально-депрессивном психозе, сон не нарушен, аффекта тоски и идей самоуничижения нет. Настроение с оттенком раздражительностью — “оставьте в покое”. В противоположной фазе (гипомании) — все наоборот, т.е. рисунок поведения напоминает таковой при гипертимной акцентуации. Фазы чередуются и длятся 1-2 недели (максимально до 3-4 недель). Ситуации ломки жизненного стереотипа (поступление на учебу, смена места жительства и др.) способствуют “запуску” депрессивной фазы. Любые заболевания (неврозы, соматические болезни) “попадающие” в фазу субдепрессии трудны для лечения, т.к. исчезновение объективных признаков болезни не сопровождается полноценным субъективным улучшением (требуется назначение малых доз антидепрессантов). В динамике акцентуации возможны два варианта: постепенное сглаживание фаз и их исчезновение к 25-28 годам или трансформация акцентуации по эндогенным механизмам в легкую форму маниакально-депрессивного психоза — циклотимию.

3. Лабильный тип — характеризуется крайней изменчивостью настроения от различных мелких причин — грубое слово, неприветливый взгляд и т.д. Поведение их во многом обуславливается сиюминутным настроения. Настоящее и будущее соответственно настроению может расцвечиваться то радужными, то мрачными красками. В отличии от циклоидов настроение портится на минуты, часы и редко на целый день. Внешне они выглядят хрупкими, инфантильными. В детстве имелась наклонность к невротическим страхам, частым простудам, бронхитам. Аффекты весьма подвижны и часто кажется, что они ведут себя утрированно, истерично. Но в отличии от истероидов они не “играют”, а все переживают искренне и отличаются хорошей самооценкой, тонко резонируют на эмоциональное окружение, очень нуждаются в эмпатии, дружбе и покровительстве. К срыву чаще приводят ситуации при эмоционального отвержения со стороны значимых лиц.

4. Астено–невротический тип — с детства они отличаются повышенной утомляемостью, раздражительностью, мнительностью и капризностью. Плохо переносят нагрузки, особенно психоэмоциональные. В спорте, например, показывают хорошие результаты на тренировках, но не на соревнованиях. Им

присущ высокий уровень притязаний, объективно трудно достижимый, что благоприятствует возникновению неврозов типа неврастении.

Считается, что главной чертой у носителей этого типа акцентуации является слабость внимания, поэтому требуется прилагать больше усилий для его концентрации, а утомляемость и раздражительность развиваются вторично. Другие полагают, что они изначально повышенно утомляемы, что естественно приводит к рассеянности, раздражительности и склонности к ипохондризации. Вероятнее, в этом типе сконцентрирована сборная группа с разными механизмами возникновения внешне одинаковых проявлений, что следует учитывать при подборе терапии.

5. Сенситивный (чувствительный) тип — основными чертами являются сенситивность (повышенная чувствительность к самым различным раздражителям), субъективное переживание повышенной ответственности и отсутствие стабильного мнения о себе (самооценка колеблется в зависимости от отношения окружающих).

С детства они отличаются пугливостью, робостью, предпочитают дружить с более младшими детьми. Повышенная впечатлительность часто сочетается с комплексом неполноценности. Акцентуация наиболее четко определяется с 16-18 лет, т.е. когда обычно происходит ломка жизненного стереотипа (поступление на учебу, смена места жительства и т.п.). Декомпенсирующими факторами являются: недоброжелательное отношение окружающих, расширение диапазона деятельности, психологическая ситуация типа “экзамен”.

6. Психастенический (тревожно–мнительный) тип — характеризуется почти постоянной тревожной мнительностью, крайней нерешительностью, склонностью рассуждательству. Легко вырабатываются приметы и ритуалы. Нерешительность становится заметной уже с 6-8-летнего возраста, когда начинают апеллировать к чувству ответственности ребенка. Декомпенсирующими обычно являются ситуации типа “экзамен”, когда имеется “давление” на чувство ответственности за свое поведение.

К. Леонгард называет этот тип сверхточным, педантичным. По мнению А.Е. Личко педантичность — защищающая от тревоги вторичная черта, т.е. обычно предпочитается знакомый, привычный стиль поведения, который не вызывает тревоги.

7. Шизоидный (интровертированный) тип — характеризуется эмоциональной холодностью, интровертированностью (аутизм) и дефицитом эмпатийности (сопереживания). Черты этого характера прослеживаются с раннего возраста: наличие дистанции и ослабление психологической связи с окружающими, замкнутость и малая общительность. Эмоции более “интеллектуальны” (может абстрактно сочувствовать некоторым абстрактным категориям) и нет нужного эмоционального резонанса. Плохо распознает эмоции окружающих и от этого кажется еще более “странными”. В будущем эмоции окружающих распознавать научается, но не эмпатийно, а через интеллектуальные механизмы. Внутренний мир почти всегда закрыт от посторонних взоров, живет представлениями, а не ощущениями. Чрезвычайно трудны ситуации расширения деятельности и необходимости исполнения лидерства, где нельзя уйти от действительности.

8. Инертно-импульсивный (эпилептоидный) тип — характеризуется сочетанием черт инертности (вязкость, тугоподвижность) и импульсивности (вспышки гнева, агрессии).

Инертность проявляется в мелочности, кропотливости, болезненной аккуратности, обстоятельности, склонности к соблюдению декларированных правил и ритуалов и своеобразной целеустремленностью.

Агрессивность выражается в подозрительности, враждебности и конфликтности. Постоянное недовольство окружением (“кроме меня все порядок не соблюдают”) постепенно накапливается и периодически неадекватно поводу “выплескивается” агрессивными выпадами. Агрессия концентрируется в вспышки более облегченно в ситуациях, когда темп окружающих событий “опережает” инертный темп психических процессов акцентуанта, а также при возможности проявить власть и при алкогольном опьянении.

9. Демонстративный (истероидный) тип — характеризуется демонстративностью поведения, внешней, утрированной эмоциональностью (“буря в стакане”) и внутренней неуверенностью из-за нестабильности самооценки.

Демонстративность поведения связана с нестабильностью самооценки и зависимостью от того, как его воспринимают окружающие. Стремление повысить самооценку приводит к стремлению привлечь к себе внимание и вызвать восхищение собой окружающих: или яркостью одежды и внешности, или ролью все знающего и “бывалого”, или ролью “тонко чувствующего”. При возникновении истерических нарушений часто имитируются необычные для окружающих заболевания. Многие говорят о стремлении истерика к симуляции болезни (о его “злой воле” к этому) и мало им сочувствуют. Однако, если учитывать регуляцию их самооценки отношением окружающих, то доброжелательность к пациенту “снимает” необходимость что-либо демонстрировать и это важно в психотерапии. Наиболее существенным декомпенсирующим фактором для акцентуантов этого типа является утрата внимания со стороны значимых для него лиц.

10. Неустойчивый тип — отличается слабостью волевых процессов (“синдром Обломова”), отсутствием способности сопротивляться неблагоприятным условиям среды, слабостью побудительных мотивов к деятельности, отсутствием прогноза (прежний опыт не обучает: ситуация значима только сейчас, а завтра непонятна). Последнее следует учитывать в психотерапии, т.к. не известно принесет ли она пользу. Оптимально создание “внешнего каркаса воли”, т.к. нет воли “изнутри”. Они довольно хорошо переносят режим мелочной регламентации: опеки родителей, идеально “строгой” жены и т.п. Отсутствие контроля всегда сопряжено с реализацией им желаний удовольствия и развлечений, они легко становятся жертвами и орудием асоциальных групп.

12. Конформный тип — характеризуется повышенной конформностью, т.е. приспособляемостью к групповым эталонам поведения. В современной социальной психологии конформность принято считать социально-психологической характеристикой, а не чертой характера. Однако, по мнению А.Е. Личко, при этой акцентуации это свойство постоянно выявляется, будучи самой устойчивой чертой его характера. Они постоянно готовы подчиниться голосу большинства, шаблонны, банальны, склонны к ходячей морали и консерватизму. В хорошем окружении они неплохие люди и неплохие работники. Но попав в дурную среду, они быстро осваивают все ее обычаи и правила поведения, как бы это ни противоречило их предыдущему опыту. Ситуации ломки жизненного стереотипа и принятие ответственности на себя наиболее уязвимые периоды их жизни, т.к. они живут исключительно подчиняясь и ориентируясь на групповые нормы поведения.

Сопоставление классификаций

Тип акцентуированной личности по K. Leonhard (1976):	***Тип акцентуации характера*** По А.Е. Личко (1983):
Демонстративный	Истероидный
Педантичный	Психастенический

Застревающий	-
Возбудимый	Эпилептоидный
Гипертимический	Гипертимный
Дистимический	-
Аффективно-лабильный	Циклоидный
Аффективно-экзальтированный	Лабильный
Эмотивный	Лабильный
Тревожный (боязливый)	Сенситивный
Экстравертированный	Гипертимно-конформный
Интровертированный	Шизоидный
Интровертированный	Сенситивный
-	Неустойчивый
-	Конформный
-	Астено — невротический

В классификации К. Леонгарда отсутствуют довольно распространенные у подростков неустойчивый и конформный типы, а также астено –невротический тип. Дистимический тип в его классификации соответствует конституционально-депрессивному типу (“прирожденные пессимисты”) по П.Б. Ганнушкину (1933), а застревающий тип — паранойяльному, оба они в подростковом возрасте не встречаются.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

В самом общем виде характер может быть определен как индивидуальное сочетание психических особенностей человека, обуславливающее типичный для данной личности способ поведения и его отношение к действительности и самому себе. Характер формируется в процессе воспитания, причем сенситивным периодом для его становления является возраст от 2–3 до 9–10 лет.

Характер тесно связан с темпераментом и типологическими особенностями нервной системы, которые определяют внешнюю форму выражения характера. Одновременно характер, являясь социальным приобретением личности, может воздействовать на темперамент, подчиняя эмоциональную возбудимость содержательной стороне личности, ее направленности, воле. Характер взаимосвязан и с другими сторонами личности: интеллектом, специальными способностями.

В характере можно выделить ряд подсистем, которые рассматриваются как совокупность черт выражающих отношение личности к своей деятельности, к другим людям, к самому себе. В других классификациях выделяют познавательные, эмоциональные и волевые черты характера. Характер многогранен в своих проявлениях, но в то же время он и целостен. Последнее достигается стержневыми, наиболее устойчивыми, доминирующими по силе и активности чертами. У человека с неустойчивым или дисгармоничным характером взгляды, отношения быстро меняются или несовместимы.

В психологической литературе нет единой типологии характеров, но распространение получили три основные группы. Конституционные теории связывают особенности характера с внешним видом человека, с его конституцией. В основе социальной типологии характеров лежит отношение человека к жизни, обществу и моральным ценностям. В клинической психологии наибольшее значение имеют акцентуальные теории характера, которые выделяют тип характера на основе изучения выраженности отдельных черт характера, известных в психопатологии.

Вопросы для самопроверки

1. Как дать определение характера? Как взаимодействуют характер и темперамент?
2. Что входит в структуру характера? Какую роль в структуре характера играют волевые его черты?
3. Каково соотношение личности и характера? Что собой представляет гармоничный характер?
4. Как формируется характер? В каком возрастном диапазоне формируются базовые (нравственные и мировоззренческие) основы характера?
5. Какие существуют типологии характеров? К какому типу теорий относится френология как характерологическое учение?
6. Какие три главных признака психопатии отмечали отечественные психиатры Ганнушкин и Кербиков?
7. С какими внешне сходными состояниями следует дифференцировать специфические личностные расстройства (психопатии)?
8. Что собой представляют акцентуальные теории характера? Какие личностно-характерологические типологии предложены в их рамках?
9. В чем сходство и различия в акцентуальных типологиях, предложенных К. Леонгардом и А.Е. Личко?

Раздел 4
ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ

ГЛАВА 15

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ

НАЧАЛА НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ: СТРУКТУРАЛИЗМ И ФУНКЦИОНАЛИЗМ

К середине 19 века достижения в области физиологии органов чувств и движений, успехи эволюционной биологии и медицинской практики (применяющей гипноз в лечении неврозов) создали условия для объективного изучения психических явлений, которые традиционно относились к психологии как ветви философии.

Начало психологии как самостоятельной науки связывают с вышедшей в 1874 г. книги "Основания физиологической психологии" немецкого физиолога и психолога Вильгельма Вундта (1832-1920). Он в 1875 году в Лейпциге организует первую специальную психологическую лабораторию, где стал заниматься анализом обширной области душевных явлений с помощью приборов и экспериментов. Эту новую психологию В. Вундт назвал *экспериментальной психологией*. Им же стал издаваться первый психологический журнал.

В. Вундт полагал, что объектом психологии являются те процессы, которые доступны одновременно и внешнему (физиологическая сторона), и внутреннему (психологическая сторона) наблюдению. Поэтому уникальным предметом экспериментальной психологии, никакой другой дисциплиной не изучаемой, был признан "непосредственный опыт" ("чистое" чувствование без всякого рода интерпретаций). А главным методом его изучения — интроспекция: наблюдение субъекта за процессами в своем собственном сознании. Целью новой психологии был поиск первичной "ткани" сознания, которая представлялась как бы сделанной из сенсорных (чувственных) нитей. С помощью интроспекции опытные наблюдатели могли выявить и описать наиболее простейшие психические составляющие сознания, его "атомы". Позднее это изучение элементов психики и их связи посредством ассоциации получило название *структурализм* (Титченер Э.Б.: 1867–1927).

> Против атомических взглядов В. Вундта, классической ассоциативной психологии выступили сторонники движения *гештальт–психологии* (Вертгеймер М., Коффка К., Келер В. и др.). Они рассматривали этот подход как психологию "кирпичей и раствора", подразумевая, что элементы сознания (кирпичи) скрепляются между собой раствором процесса ассоциации. В доказательство ошибочности взглядов В. Вундта они приводили описания своих экспериментов по целостности зрительного, звукового восприятия, а в дальнейшем и мышления. Результаты их исследований невозможно было объяснить принципами ассоциации.

Физиологический эксперимент в психологии, хотя и делал самонаблюдение более точным, но действие его, по признанию самого Вундта, ограничивалось лишь областью простейшего материала сознания — ощущений, представлений и чувств.

Если ощущения еще можно было объяснить в пределах принятых научным, причинным мышлением стандартов (как эффект непосредственного воздействия стимула на телесный орган), то иначе обстояло дело с волевыми актами, памятью, мышлением или воображением. Здесь этот *постулат непосредственности* не мог быть применимым. Поэтому В. Вундт полагал, что эти высшие психические процессы самонаблюдением выявить невозможно. Исследование высших психических функций и психического развития требовало уже других методов. Для их изучения необходимо было выйти за рамки физиологической психологии в область социальной психологии, или *психологии народов*, где через изучение духовной жизни людей — языка, мифов и легенд, обычаев и нравов, можно было бы пролить свет на закономерности протекания высших форм индивидуального сознания. Именно эту часть психологии он противопоставил индивидуальной экспериментальной психологии.

С введением Вундтом двух психологий, отличающихся по содержанию, методам и различно ориентированных — на естествознание и науки о духовном, уже закладывался раскол единой науки, что явилось одной из причин и характерной чертой открытого кризиса методологических основ психологии, разразившегося в начале второго десятилетия 20 столетия.

Хотя сторонники структуралистического подхода к изучению сознания (Вундт В., Кюльпе О., Титченер Э.Б.) и полагали, что экспериментальная интроспекция представляет собой именно тот метод, который отличает психологию от других наук, однако сама интроспекция не была лишена существенных недостатков. С методологической точки зрения здесь “инструментом” изучения сознания испытуемого является его собственное сознание, что вносит субъективность в методику. Нельзя сперва ввести сознание в основания научного метода, а затем с помощью этого метода изучать само сознание (Кант И., Конт О., Модсли Г. и др.). Действительно, каждый испытуемый в экспериментах Вундта описывал свои впечатления или переживания так, что они редко совпадали с таковыми следующего испытуемого: то, что одному было приятно, другому казалось неприятным, один человек воспринимал звук слишком громким, а другому этот звук казался средним по силе. Хуже того, ощущения одного и того же человека варьируют день ото дня: то, что ему казалось приятным сегодня, может стать скучным завтра и откровенно неприятным послезавтра.

В то время как Вундт и его сотрудники пытались изучать структуру сознания, в других странах появилось иное направление исследований сознания — *функционализм*. У его истоков стоит психология Вильяма Джеймса (1842-1910) и его главный труд “Основы психологии” (1890). С точки зрения Джеймса и его последователей проблема заключается не в том, чтобы узнать из чего построено сознание, а в том, чтобы понять его функцию и роль в выживании индивидуума. Роль сознания они видели в его возможностях дать человеку способы адаптации, приспособления в различных жизненных ситуациях — либо повторяя уже выработанные ранее формы поведения, либо приспосабливая их к новым ситуациям, либо, наконец, осваивая новые поведенческие способы приспособления.

На становление идей функционализма существенно повлияли эволюционные взгляды Ч. Дарвина (1809–1882), работы по проблемам психической наследственности и индивидуальных различий человеческих способностей Ф. Гальтона (1822–1911), развитие зоопсихологии (Романес Дж., Морган Л.). Правда, функционалисты также в изучении функций сознания отдавали предпочтение методу интроспекции, который позволял им узнавать, как у индивидуума развивается осознание той активности, которой он предается. Вместо

анализа сознания по типу “что”, ими проводился анализ по типу “как” и “почему” совершаются те или иные умственные операции, посредством которых сознание решает определенные задачи в том или ином приспособительном акте.

Последователей функционализма (Дьюи Д., Энджелл Д.Р., Кэрр Г.А., Вудворте Р., и др.) также критиковали за такой подход к изучению сознания. По мнению критиков, предметом научного исследования должно быть только то, что доступно прямому наблюдению. Невозможно прямо наблюдать мысли или чувства, интроспекция крайне субъективна и не способна преодолеть эти затруднения. Только поведение, наблюдаемое со стороны, поддается объективному описанию.

Функциональная психология оказала существенное влияние на развитие *прикладных* областей психологии: возрастной психологии (Холл Г.С.), тестологии (Кеттел Д. МакКин, Бине А.), клинической психологии (Уитмер Л.,) психологии бизнеса и рекламы (Скотт У.Д.), судебной психологии (Мюнстерберг Х.) и др.

Кризис методологических основ психологии и его результаты

К настоящему времени число теорий личности в зарубежной персонологии (от англ. personality — личность, индивидуальность) исчисляется сотнями и все они существенно зависят от теоретической ориентации их авторов. Такое многообразие концепций личности является следствием недостаточности методологических основ психологии, отсутствием единства мнений психологов по вопросу понимания предмета, методов и задач психологии как науки.

В *зарубежной психологии* теории личности в большинстве своем отражают содержание наиболее распространенных на западе психодинамического, экзистенциально–гуманистического и поведенческого направлений в психологии.

В *отечественной психологии*, которая на протяжении значительного исторического отрезка времени развивалась самостоятельно, также сформировалось несколько теорий личности, которые хотя и по-разному решают эту проблему, но исходят из основного положения марксисткой философии о том, что личность человека обусловлена общественными, социальными условиями, причем личность не является простой проекцией этих условий, она сама их создает и творит.

Борьба мнений в области теории, новые факты, полученные в период интенсивного развития эмпирических и прикладных исследований в первые 50 лет существования психологии как самостоятельной науки, все более обнаруживали несостоятельность существовавшей единой психологической теории, и прежде всего недостаточность ее основания — субъективно–интроспекционисткого представления о психике. В начале 10-х годов 20 столетия психология вступила в период открытого кризиса, который продолжался до середины 30-х годов. Это был *кризис методологических основ психологии* и его позитивное содержание состояло в том, что развернулась работа по созданию новой психологической теории. Если до конца 19 века психология по сути была интроспективной психологией сознания, то в результате кризиса в психологии наметились две главные тенденции.

Представители первой тенденции *отстаивали возможность дать строго научное объяснение поведению* человека. Причем если одни из них главные причины поступков и поведения человека усматривали во внешней ситуации, т.е. действии окружающей среды — *социодинамические теории*, то другие — считали главными детерминантами человеческого поведения внутренние факторы и свойства личности — *психодинамические теории*.

Промежуточная точка зрения основана на принципе взаимодействия внутренних и внешних факторов в управлении актуальным поведением человека (*интеракционисткие*

теории). Известный исследователь психологии личности Г. Олпорт символически выразил эту точку зрения на поведение (R) в виде формулы: R=F(B,C), где B — внутренние, субъективно-психологические свойства личности; C — социальное окружение, а F — знак функциональной зависимости. Тогда в социодинамических теориях поведение описывается формулой R=F(C), а в психодинамических теориях формулой R=F(B).

Представители второй тенденции придерживались мнения, что *объяснить поведение человека методами принятыми в классической науке невозможно*. Поведение человека можно только внешне (феноменологически) описать и интуитивно "понять". Эта тенденция "понимающе–описательной" психологии постепенно оформляется в современный экзистенциализм.

Первая тенденция свое крайнее выражение получила развитие в трудах бихевиористов и психоанализе.

Приверженцы ***бихевиоризма*** (поведенческое направление в психологии) полагают, что психология не должна отличаться от других классических наук (таких как биология или физика), поэтому они практически полностью устранили все "субъективное" в ней, отказавшись от исследования сознания. С помощью предложенной Уотсоном схемы "стимул→реакция" (S→R) можно объяснить любую деятельность человека. Выражения типа "этот ребенок боится собаки" или "я влюблен в эту женщину" с точки зрения бихевиоризма в научном плане ничего не означают. Напротив, объективные описания типа "слезы и дрожь ребенка усиливаются, когда к нему приближается собака", или "при встрече с этой женщиной сердце у меня бьется сильнее, а зрачки расширяются" — дают возможность количественно оценить и измерить чувство страха или степень увлеченности.

В ***психоанализе*** (Фрейд З. и его последователи) причины человеческого поведения усматриваются в нем самом, точнее — в его подсознательных влечениях, основанных на инстинктах. По мнению Фрейда, инстинктивные сексуальные побуждения человека "запрещаются" на уровне сознания различными социальными ограничениями. А между тем, именно они побуждают людей действовать и благодаря их "энергии" (либидо) происходит постепенное развитие личности и достижение зрелости. Фрейд полагал, что точные науки со временем будут давать строго научное объяснение всем психоаналитическим феноменам. Отрыв психоанализа от точных наук он считал временным и старался сохранить его "научность".

Во *второй тенденции* ("понимающе–описательная психология") считается, что психология должна быть особой наукой, предметом которой является именно то, что недоступно исследованию традиционных наук с их методами, а сами методы психологии должны *принципиально отличаться* от методов точных наук.

Саму идею такой психологии выдвинул немецкий философ и психолог Вильгельм Дильтей (1833–1911), а в дальнейшем она была развита в работах его соотечественника Эдуарда Шпрангера (1882–1963), который и ввел сам термин понимающей психологии. Главной методологической установкой психологии понимания является стремление трактовать психологические процессы только из самих же психологических процессов. Человеческое сознание традиционному объективному изучению недоступно. Поэтому его можно описать и постичь только интуитивно, через своеобразное "вчувствование" во внутренний психологический мир собеседника. Для этого требуется особый способ — так называемая "понимающая интроспекция". Она строится на основе доверительного самоотчета испытуемого о своей уникальной внутренней ситуации и возможна лишь в процессе эмпатического диалога его и исследователя. Именно эти положения лежат

в основе *экзистенциальной психологии* (Хайдеггер М., 1927; Сартр Жан-Поль, 1946; Камю А., 1942; Ясперс К.,1935; и др.).

Экзистенциализм — это направление современной философии, в центре внимания которого стремление найти смысл своего личного существования и жить свободно и ответственно в соответствии с этическими принципами (жизни и смерти; свободы и ответственности; общения и одиночества).

Сам термин "экзистенция" (от лат. existentio — "существование") впервые употребил религиозный датский философ Серен Кьеркегорон (1843), понимая под ним мир индивидуального опыта человека, его истинное, подлинное внутреннее существование — "бытие". Этот внутренний мир у каждого человека уникален, неповторим и может быть понят только из собственного и непосредственного его описания самим человеком. На свете не может быть двух одинаковых людей так как каждый человек сам творит и создает свой внутренний мир. Для каждого из нас наш внутренний, да и внешний миры существуют как их постепенное раскрытие в течение жизни. Правда в обыденной жизни человек не всегда задумывается о смысле своей жизни и осознает свое существование, бытие как экзистенцию. Для этого необходимо, чтобы он оказался в пограничной, экстремальной ситуации, например перед лицом смерти. Только тогда он наиболее отчетливо будет понимать и осознавать смысл своего бытия — свою экзистенцию.

Для того чтобы жить и активно действовать, человек должен верить в смысл своих поступков, смысл своей жизни. Стремление к поиску и реализации человеком смысла жизни можно даже рассматривать как врожденную мотивационную тенденцию, присущую всем людям и являющуюся основным двигателем поведения и развития личности.

Австрийский психолог и психиатр Виктор Франкл, переживший во времена второй мировой войны заключение в немецких концлагерях, полагает, что потребность постижения человеком смысла и назначения своей жизни это потребность духовная. Человек духовен в той степени, в какой он задумывается над этим вопросом и стремится получить на него ответ. Отсутствие смысла или невозможность его реализовать (экзистенциальная фрустрация) порождает у человека состояние душевной пустоты (экзистенциального вакуума), являющейся причиной *ноогенного невроза*, который выражается в апатии, депрессии и утрате интереса к жизни.

Помочь человеку с ноогенным неврозом можно лишь инициировав его собственную активность. Во многом из осмысления опыта лагерной жизни сложились у Франкла основные идеи его метода врачевания души — *логотерапии* (от греч «логос» — смысл, буквально лечение смысла). При логотерапии ставиться задача помощи человеку в обретении смысла его жизни, который не может быть просто заимствован у других. Для ее решения используется метод сократического диалога, в котором происходит обсуждение личного опыта, касающегося прежде всего трех сфер, в которых может быть найден индивидуальный смысл жизни. Это творчество, переживания и осознанное отношение к обстоятельствам, на которые нельзя повлиять. Одной из основных областей, в которой индивид может получить поддержку в поисках смысла, является и религия.

Для эмпирической проверки представлений теории В. Франкла создан ряд тестовых методик. В частности психологами Джеймсом Крамбо и Леонардом Махоликом (Crumbaugh, Maholick, 1981) был предложен тест "Цель в жизни" (PIL), который представляет собой набор шкал, каждая из которых представляет утверждение с раздваивающимся окончанием. Возможны семь градаций выбора окончания утверждения. Например: "*Обычно я*… не знаю, чем заняться (1)… ни то, ни другое (4)… полон энтузиазма (7)". Исследования показали, что существуют значимые различия по выраженности мотивационных тенденций к поиску смысла жизни между здоровыми испытуемыми и больными нервно-психическими расстройствами (неврозы, наркомании, эндогенные психические расстройства). Существуют также адаптированные русскоязычные версии данного опросника (Муздыбаев К., 1981) и их модификации, например "Тест смысложизненных ориентаций" Д.А. Леонтьева (2000).

Гуманистическая психология (Маслоу А., Роджерс К., Мэй Р., Бюлер Ш., Олпорт Г. и другие) возникла в 30-е годы 20 в. и получила наибольшее развитие в 50-60 гг. Она занимает особое место в представленной классификации.

В работах психологов этого направления, в противовес психоанализу, выдвигается мысль о том, что у человека изначально существуют гуманоидные, альтруистические потребности, что именно они являются источниками поведения человека, а не животные инстинкты. Признание главенствующей роли в поведении человека его стремления к самосовершенствованию и самовыражению (самоактуализация) является единым звеном всех гуманистических концепций личности. Таким образом, также как и в психоанализе, здесь объяснительным принципом поведения признаются внутриличностные факторы, что позволяет относить гуманистическую психологию к группе психодинамических теорий личности.

Однако гуманистические психологи предпочитают описывать феноменологию личности, их интересует прежде всего то, как человек воспринимает и понимает реальные актуальные события своей жизни (принцип "здесь и сейчас"). Видеть смысл жизни и стремиться при этом к достойным для человека целям (самоактуализация) — суть психокоррекционной доктрины гуманистического направления. Нетрудно заметить в этом близость гуманистической психологии с взглядами представителей "понимающей психологии", т.е. экзистенциализма.

Краткое содержание и выводы

Достижения физиологии, биологии и медицины подготовили почву для создания в 1875 году В. Вундтом новой самостоятельной науки — экспериментальной психологи. Ее задачей объявлялось методом интроспекции изучить структуру сознания — его элементы и закономерности их объединения. Этот подход к изучению психики позднее был обозначен Э.Б. Титченером как структурализм.

Другие исследователи, вдохновленные эволюционными идеями Ч. Дарвина, задачи психологии усматривали не в изучении строения сознания, а в изучении его функционального предназначения, позволяющего человеку успешнее адаптироваться к среде. Этот подход к изучению психики, названный функционализмом и у истоков которого стоял В. Джеймс, оказал существенное влияние на развитие прикладных областей психологии.

Недостатки метода интроспекции, отсутствие единства мнений по поводу предмета психологии привели в начале 20 века к кризису в психологии. Это был кризис ее методологических основ, и позитивными его результатами явилось создание новых психологических теорий с формированием современных психологических школ (направлений): бихевиоризма, психоанализа и экзистенциально-гуманистической психологии.

Бихевиоризм утверждает в качестве предмета психологии поведение, понимаемое как совокупность реакций организма на стимулы к внешней среде, к которой он адаптируется. Поведенческая психология исключила "все субъективное" из своего предмета. Опираясь на экспериментально устанавливаемые законы научения, сторонники этого направления рассчитывают объяснить любое человеческое поведение.

Психоанализ в предмет психологии превратил область бессознательной психики. Истинные причины человеческого поведения от сознания скрыты, так как

их природа заключена в бессознательных инстинктах. Используя определенные методики истолкования психических проявлений (сновидения, свободные ассоциации и др.) психоаналитики трактуют психодинамику и психоэнергетику мотивов поведения личности.

Экзистенциально–гуманистическая психология предметом своих исследований объявляет высшие, духовно–экзистенциальные аспекты личности. В стремлении к поиску смысла жизни и в личностной самореализации усматриваются основные источники поведения. Поведение человека можно понять только с его собственной точки зрения, т.е. тогда, когда мы обратимся к его уникальному и сугубо личному внутреннему опыту.

Вопросы для самопроверки

1. В каком году, где и кем была открыта первая лаборатория экспериментальной психологии?
2. Как понимается В. Вундтом “непосредственный опыт” человека и какой метод был предложен для его изучения?
3. Какую роль играл “постулат непосредственности” в выделении В. Вундтом физиологической психологии и “психологии народов”?
4. Что собой представляла культурно-историческая психология В. Вундта и почему она стала причиной разделения внутри новой психологии?
5. В чем заключается различие между структурализмом и функционализмом?
6. В чем заключаются причины кризиса в психологии, каковы его позитивные результаты?
7. Какие черты сходства имеются между бихевиоризмом и психоанализом, несмотря на различия в определении ими предмета психологии?
8. Как определяется предмет психологии в экзистенциально-гуманистическом психологическом направлении?
9. Как определяются источники поведения человека в гуманистической психологии по сравнению с психоанализом?
10. Как определяется понятия “экзистенция”, “экзистенциальная фрустрация” и “экзистенциальный вакуум”?
11. Какие существуют методики для изучения выраженности мотивационных тенденций к поиску смысла жизни?
12. В чем усматривается сходство гуманистической психологии с экзистенциализмом?

ГЛАВА 16

ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ.

Понятие личности с позиций психологии деятельности

В рамках отечественной психологии кризис методологических основ психологии преодолевался путем применения *деятельностного подхода* к изучению психики. В его основу положена разработанная К. Марксом философская категория *предметной деятельности*. Деятельность рассматривается им как специфически человеческий способ отношения человека к миру, процесс творческого преобразования действительности. Сам человек здесь выступает как *субъект* деятельности, а осваиваемые им явления мира — как ее *объекты*. Становление человека и формирование человеческого общества невозможно отделить и выделить из процесса трудовой деятельности.

В психологии понятие деятельность стало использоваться в качестве объяснительного принципа психики и сознания. Психическая деятельность здесь рассматривается как специфический вид активности, побуждаемой потребностями организма. Элементарные формы психической деятельности, характерные для животных, заключаются в инстинктивном приспособлении организма к среде. Высшие формы ее, вырастая из элементарных психических функций (“натуральных” по Л.С. Выготскому) и видоизменяя их, составляют исключительное достояние человека. Специфической особенностью высших форм психической деятельности является сознательное преобразование человеком окружающего. Психика человека имеет общественный характер и определяется социальными условиями его существования. Именно в конкретной деятельности человека и ее продуктах *объективное* проявление находят не только психика и индивидуальное сознание человека, но и коллективное, общественное сознание.

> Главная задача, которая ставилась всеми психологическими школами в “докризисный” период заключалась в изучении зависимости элементов сознания от параметров вызывающих их раздражителей: воздействие на рецептирующие системы → возникающие ответные (объективные и субъективные) явления. Позже эта двухчленная схема нашла свое выражение в знаменитой бихевиориальной формуле S→R. Однако эта формула исключает из поля зрения тот содержательный процесс, который осуществляет реальные связи субъекта с предметным миром. Теории научения не рассматривают ничего, что можно было бы назвать сознанием, чувствованием, воображением или волей. Понятие “психическая деятельность”, как единица анализа психики и поведения человека, снимает это ограничение, т.к. человеческая деятельность всегда осознана и продуктивна в преобразовании предметного мира.

В деятельности происходит переход объекта в его субъективную форму, в образ; вместе с тем в деятельности совершается также переход деятельности в ее объективные результаты, в ее продукты. То есть деятельность выступает как процесс, в котором осуществляются взаимопереходы между полюсами “субъект – объект”. Через деятельность человек воздействует на природу, вещи, других людей. При этом по отношению к вещам он выступает как субъект, а по отношению к другим людям — как личность.

В теории деятельности А.Н. Леонтьева (1903–1979), который развивал идеи Л.С. Выготского (1896–1934), М.Я. Басова (1892–1931) и С.Л. Рубинштейн (1889–1960), личность рассматривается как продукт социально-общественного развития; в

качестве же реального базиса ее выступает совокупность общественных отношений человека, реализуемых его деятельностью.

Содержание общепсихологической концепции деятельности тесно связано с проведенным им анализом развития психики в фило– и онтогенезе. В этом исследовании Леонтьев выдвинул гипотезу, что *чувствительность*, как зачаточная форма психического отражения, возникает в ходе развития простой *раздражимости*, присущей любому простейшему организму. Чувствительность им понимается, как появление у организма способности реагировать на абиотические, т.е. не вредные и не полезные для его жизнедеятельности раздражители, но свидетельствующие о возможности появления в среде биотических, т.е. жизненно важных воздействий. Появление чувствительности, согласно гипотезе А.Н. Леонтьева, может служить объективным биологическим *критерием возникновения психики* у живых организмов.



Леонтьев
Алексей Николаевич
(1903–1979)

Леонтьев А.Н., развивая “культурно–историческую теорию” Л.С. Выготского, провел цикл экспериментальных исследований, раскрывающих механизм формирования высших психических функций как процесс интериоризации внешних орудийно-опосредованных действий во внутренние психические процессы. Внутренняя, психическая деятельность человека произошла из внешней практической деятельности путем процесса интериоризации. Внешняя и внутренняя деятельности имеют тесное взаимодействие. Обратный процесс порождения внешней деятельности на основе составления ее во внутреннем плане — это процесс экстериоризации. Сами эти переходы возможны только потому, что внешняя и внутренняя деятельности имеют одинаковое строение.

Деятельность — это не реакция и не совокупность реакций, а система, которая имеет определенное строение, свои внутренние переходы и превращения, свое развитие. *Деятельность — это специфически человеческая, регулируемая сознанием активность, порождаемая потребностями и направленная на познание и преобразование внешнего мира и самого человека.* Деятельность каждого конкретного человека зависит от его места в обществе, от условий его жизни и неповторимых индивидуальных обстоятельств. Основной характеристикой деятельности является ее предметность. Главное, что отличает одну деятельность от другой, состоит в различении их предметов.

Понятно, что деятельность человека вытекает из его *потребностей* и вне деятельности реализация любой потребности невозможна. Мотив, как “опредмеченная потребность”, побуждает и направляет деятельность, приводит к образованию осознанных *целей*. В соответствии с психологией деятельности ядром личности, ее стержнем выступают *мотивы и цели* деятельности. Мотивы, как основные побудители деятельности, образуют иерархизированную систему, — выделяются главные и более или менее значимые мотивы личности.

Наряду с классом осознанных мотивов (мотивов–целей), существуют мотивы, которые актуально могут не осознаваться. Однако они также представлены в сознании, но в особой форме — личностных смыслов и эмоций. В первом случае мотивы А.Н. Леонтьевым обозначены как смыслообразующие. Они, побуждая деятельность, одновременно придают ей и личностный смысл. Во втором случае мотивы также не осознаются, но исполняют роль побудительных факторов и называются мотивами–стимулами.

Личностный смысл определяется как переживание повышенной субъективной значимости предмета или явления, которые оказались в поле действия ведущего мотива. Это понятие исторически связано с представлениями Л.С. Выготского о динамических смысловых системах индивидуального сознания личности, выражающих единство аффективных и интеллектуальных процессов. По своей функции личностный смысл делает доступным сознанию субъективное значение тех или иных обстоятельств или действий, но это "информирование" чаще осуществляется в эмоционально-чувственной форме. Тогда перед субъектом стоит задача рефлексии — задача на поиск смысла. А иногда субъект бессознательно ставит другую задачу — на сокрытие смысла, прежде всего, от самого себя. Это сокрытие и лежит за описанными З. Фрейдом защитными механизмами, поэтому для их объяснения нет нужды привлекать понятия конфликта между инстанциями Я и врожденных влечений. Проявления личности, которые обнаруживаются в проективных тестах, также могут быть поняты в терминах личностных смыслов и соответствующей деятельности человека по поиску либо сокрытию этих смыслов.

Аналогично эмоции также возникают лишь по поводу таких событий или результатов действий, которые связаны с мотивами. Если человека что-то волнует, значит, это "что-то" каким-то образом затрагивает его мотив. Эмоции ревалентны деятельности, а не реализующим ее действиям и операциям. Поэтому одни и те же операции, осуществляющие разные деятельности могут приобретать противоположную эмоциональную окраску.

Полимотивация человеческой деятельности — типичное явление. Одни мотивы, побуждая к деятельности, придают ей личностный смысл (смыслообразующие мотивы), другие (мотивы–стимулы), сосуществующие с первыми, играют роль побудительных факторов (положительных или отрицательных). Распределение функций смыслообразования и побуждения между мотивами одной деятельности позволяют понять главные отношения, характеризующие мотивационную сферу личности, отношения иерархии мотивов.

Следует отметить, что в ходе самой деятельности могут образовываться новые мотивы. Один из путей их образования получил название механизма *сдвига мотива на цель* (или механизм превращения цели в мотив). Суть этого механизма состоит в том, что цель, ранее побуждаемая к ее осуществлению каким-то мотивом, со временем приобретает самостоятельную побудительную силу, т.е. становится мотивом. Важно подчеркнуть, что это происходит только при накоплении положительных эмоций, связанных с достижением этой цели. Только тогда новый мотив входит в систему мотивов на правах одного из них (Гиппенрейтер Ю.Б., 1988).

На основании деятельностного подхода были разработаны концепции обучения и воспитания, в том числе учение о смене ведущей деятельности (Д.Б. Эльконин) и методика поэтапного формирования умственных действий (П.Я. Гальперин), которые подробно рассматриваются в курсе возрастной и педагогической психологии.

Деятельность имеет сложное строение и состоит из нескольких "слоев" или уровней: уровень особенных деятельностей (или особых видов деятельности), уровень действий (процесс, направленный на достижение осознаваемого результата), уровень операций (способы, приемы действия, техническая сторона действий) и уровень психофизиологических функций (физиологическое обеспечение психических процессов).

Совокупность действий, которые как бы "сосредоточены" вокруг одного мотива, называют особенной деятельностью. Их примерами является игровая, учебная и трудовая деятельности. Однако одна и та же деятельность может побуждаться разными мотивами, в этом случае говорят о полмотивации деятельности. Отдельные конкретные виды

деятельности можно различать по форме, способу осуществления, по эмоциональным характеристикам, по физиологическим механизмам и т.д.

Личность характеризуется сформированностью иерархии мотивов, их широтой, динамикой, а также содержанием ведущей деятельности. Изменения мотивационной сферы при заболеваниях и расстройствах личности могут заключаться в нарушениях как побудительной (снижение круга интересов), так и смысловой функции мотива (снижение опосредованности деятельности с актуализацией непосредственной ситуации). Противоречия можно обнаружить как внутри смысловой системы личности, так и между смысловой и операциональной сторонами деятельности. Иерархические отношения мотивов проясняются в ситуациях конфликта мотивов, который наиболее наглядно выражен при невротических состояниях (Зейгарник Б.В., Братусь Б.С., 1980 и др.).

Наряду со смыслообразующей, направляющей и контролирующей поведение функциями, мотив может выполнять и *защитную* функцию. Подстановка ложной цели при сохранении старой поведенческой программы позволяет человеку продолжать ту деятельность, к которой он склонен. Защитные мотивы чрезвычайно устойчивы. Легко поддаваясь убеждениям во многих сферах своей жизни, человек может нарушать логику, только бы “остаться на своем”. З. Фрейд это явление объяснял действием подсознательных аффективных “комплексов”, а в рамках отечественной психологии наиболее удобным для объяснения выбора мотива являлось бы психологическое понятие “установка” Д.Н. Узнадзе. В любом случае реакции такого рода свидетельствуют о важности проблемы для человека. Тенденция использовать защитные мотивы проявляется, прежде всего, у личностей с особенно жестко разработанной системой принципов поведения.

Распознавание наличия *защитных мотивов* приобретает важное значение для специалистов, работающих в клинике пограничных нервно–психических расстройств. Обычно используются ряд критериев для их обнаружения: два критерия основываются на анализе содержания мотивации, а третий — на анализе поведения, регулируемой такой мотивацией (цит. по Твороговой Н.Д., 1998)

1) Наличие защитных мотивов можно заподозрить, если содержание цели деятельности находится в логическом противоречии с содержанием программы поведения, хотя у человека и имеется интеллектуально достаточный уровень, чтобы не допустить такого рода противоречия.

> Инженер, 58 лет, не отдает зарплату жене, ведущей домашнее хозяйство, объясняя свое поведение воспитательными целями. Он старше жены на 20 лет и истинный мотив его поведения — страх перед беспомощностью, когда он будет пенсионером. Никто корме него самого не верит в позитивные результаты этих воспитательных мер. Когда пациенту приводились примеры защитных мотивов с подобной структурой у других людей, он легко находил ошибку. Только к собственной мотивации он относится некритически.

2) В других случаях при наличии защитных мотивов программа поведения не противоречит цели, но в то же время связана с ней только частично. Речь здесь идет о мотивации, содержание которой не подвергается изменениям, несмотря на настойчивые требования реальности. Особенно выразителен этот тип защитного мотива у лиц с сутяжно–кверулянтскими наклонностями.

> Адвокат на пенсии, постоянно затевает судебные процессы о возвращении ему взятой много лет назад небольшой суммы денег. Целью его поведенческой программы является “торжество справедливости”. Но в данном случае эта программа явно диспропорциональна по затратам (экономическим и моральным) при ее реализации.

Анализ биографии адвоката убеждает в защитном характере его мотивации. Как бедна была бы жизнь этого пенсионера, если бы он вдруг выиграл свое дело.

3) Деятельность, которая является костной, ригидной, с неспособностью корректироваться и демонстрирующая все большее расхождение между целью и программой поведения также может являться проявлением защитного мотива.

Мать–вдова пытается контролировать переписку и разговоры по телефону своего сына–студента. Свое поведение она объясняет желанием оградить его от влияния легкомысленных женщин, чтобы он смог доучиться в институте. Поведение матери привело к конфликту с сыном, а затем и разрыву с ним. Однако даже после ухода сына из дома, мать считала себя правой и сожалела о том, что мало его контролировала. Реальный мотив ее поведения — страх одиночества после женитьбы сына.

В рамках психологии деятельности проведены и разработки психокоррекционных, психотерапевтических и реабилитационных программ при различных заболеваниях (онкологических, наркологических). Для психотерапии существенны следующие положения, вытекающие из деятельностного подхода:

1) Для того чтобы психотерапевтическое воздействие было эффективным, требуется *активность* пациента, его желание и собственные усилия по решению своей проблемы.
2) Успеху психотерапии способствует *обучающее воздействие*, т.е. снабжение клиента понятиями, теоретическими схемами, которые позволили бы ему ориентироваться в своем внутреннем мире, постепенно овладевая им.
3) Эффективным воздействие можно считать только тогда, когда оно приводит к *реальному изменению* способа действия или образа жизни.

Психология отношений



Мясищев Владимир Николаевич (1892-1973)

Исследование личности как системы отношений в общепсихологическом плане и применительно к теории и практике медицины, детально разработано психиатром–психотерапевтом, первым председателем проблемной комиссии по медицинской психологии Академии медицинских наук нашей страны В.Н. Мясищевым

На основе психологии отношений В.Н. Мясищевым была разработана клинико-патогенетическая концепция неврозов человека и, соответственно, система их патогенетической психотерапии. Учение о личности, неврозах и психотерапии было обобщено в его классическом труде “Личность и неврозы” (1960).

Начало исследованиям личности, как системы отношений, было положено работами учителя В.Н. Мясищева — А.Ф. Лазурским (1874-1917). В 1923 году А.Ф. Лазурский, совместно с философом и психологом С.Л. Франком, выдвинул идею о двух сферах душевной деятельности — эндопсихической (внутренней) и экзопсихической (внешней). *Эндопсихика* базируется на врожденных свойствах и определяет способности, темперамент, характер и ряд других аспектов психики. *Экзопсихика* формируется в процессе жизни как система отношений человека с окружающим миром и другими людьми. На этой основе он разработал и типологию личностей. Позднее на этой базе была разработана система диагностики личностных

типов и коррекции отклонений в процессе личностного развития (Левченко Е.В., 1995; Марциновская Т.Д., 1998).

Главной характеристикой личности В.Н. Мясищев считает систему ее отношений. *Отношение — это сознательная, основанная на опыте избирательная психологическая связь, которая соединяет человека с живой и неживой природой, процессами и явлениям в мире, с другими людьми (интерперсональные связи), с самим собой (отношение к себе, самооценка).* Человек рождается без всяких отношений, но в процессе жизни у него формируется система отношений, свойственная только данному конкретному человеку.

Психология отношений признает примат сознательного над бессознательным. Для В.Н. Мясищева "бессознательное" — это то, что еще не интегрировано сознанием. Любое отношение, приобретая все более зрелую форму и становясь сознательным, претерпевает определенную эволюцию в процессе развития личности, а некоторые незрелые формы могут оставаться неосознаваемыми.

Отношение человека к самому себе является наиболее поздним образованием, следующим вслед за отношениями к ситуациям, предметам и людям. Оно завершает становление характера и в целом системы отношений личности, обеспечивая ее целостность. Отношения характеризуют степень интереса, силу эмоций, желания или потребности, поэтому они и выступают в качестве движущей силы личности.

Отношения являются трехкомпонентной структурой и проявляются когнитивным, эмоциональным и поведенческим составляющими. Отношения также можно различать по модальности (положительные, отрицательные), по их интенсивности, устойчивости и широте.

Помимо отношений, в структуру личности входят еще три компонента: психический уровень человека (способности и психическое развитие человека); динамика реакций и переживаний (темперамент); архитектоника личности — соотношение психических свойств, их пропорциональность, соподчиненность и гармоничность (характер).

Психология отношений имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и патологического формирования личности. Она позволяет дать объяснение происхождения и механизмов развития ряда болезней, особенно психогенных. Служит основой для разработки психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий.

Теория установки

Явление установки открыто Л. Ланге (1888) в экспериментальной психологии, а вскоре стало активно изучаться в различных областях общей и социальной психологии. Однако наиболее фундаментальные разработки теории бессознательной установки и использование ее в качестве *объяснительного принципа* изучения психических процессов и личности были осуществлены Д.Н. Узнадзе (1966) и его учениками (Прангишвили А.С., Бжалава И.Т., Норакидзе В.Г. и другие).

Предпосылками общепсихологической теории бессознательной установки Д.Н. Узнадзе был философско-психологический анализ трудов В. Соловьева, А. Бергсона, Г. Лейбница. Особое внимание Д.Н. Узнадзе уделял изучению неосознаваемых психических явлений. С позиций теории установки понимание природы бессознательного

существенно отличается от трактовки бессознательного в психоанализе З. Фрейда. Не случайно в 1979 году именно в Тбилиси состоялся знаменитый международный симпозиум по проблемам бессознательного, материалы которого составили 4-е тома.

Д.Н. Узнадзе — один из основателей Тбилисского университета (1918), где он организовал кафедру и отделение психологии, лабораторию экспериментальной психологии. По его инициативе было создано Общество психологов в Грузии (1927), — первое психологическое общество на территории бывшего Советского Союза, а также основан Институт психологии в системе Грузинской академии наук.



Узнадзе Дмитрий Николаевич (1886–1950)

В центре исследований Д.Н. Узнадзе находилось особое психическое состояние человека, названное им бессознательной установкой субъекта.

Установка субъекта — это неосознаваемая и обусловленная прошлым опытом детерминирующая тенденция, внутреннее состояние готовности человека определенным образом воспринимать, оценивать и действовать по отношению к явлениям и объектам действительности.

Категория установки была предложена Д.Н. Узнадзе для преодоления так называемого *постулата непосредственности*, который являлся базовой идеей традиционной интроспективной психологии сознания и бихевиоризма.

Считалось, что объект (внешние раздражители) непосредственно и сразу влияет на сознательную психику, определяя ее ответ, ее деятельность. Принятие требования непосредственности приводит к тому, что активность самого субъекта либо выпадает из поля зрения психологов, либо объясняется вмешательством идеалистически интерпретируемых факторов (типа апперцепции или внутренней интенции).

Д.Н. Узнадзе в 1910 г. начал поиск путей преодоления этого постулата, предположив наличие “опосредующего” звена. В ходе этих поисков постепенно и сформировалось понятие “установка”, как “средний член” между физическим и сознательным миром. Наибольшее внимание концепция установки привлекла к себе как материалистический путь решения проблемы бессознательного в психологии и медицине, особенно применительно к теории и практике психотерапии.

Действительно, установка субъекта как готовность к восприятию будущих событий и совершению действий в определенном направлении, может являться основой для понимания и объяснения его целесообразной активности. В школе Узнадзе разрабатывалось положение, согласно которому возникающие при встрече потребности и ситуации установки определяют направленность поведения субъекта до тех пор, пока поведение не наталкивается на те или иные препятствия. В этих случаях неосознанное поведение прерывается, и начинают действовать сознательные механизмы объективизации. Возникшие затруднения привлекают внимание и они, таким образом, осознаются. После сознательного нахождения нового режима регуляции управление поведением вновь осуществляется подсознательными установками. Эта непрерывная передача управления, обеспечивает гармоничное и более экономное взаимодействие сознания и бессознательного.

Установки, по мнению Д.Н. Узнадзе, обеспечивают не только состояние готовности к определенной деятельности, направленной на удовлетворение той или иной потребности, но и являются фактором, направляющим и определяющим содержание сознания. Благодаря механизмам объективизации человек выделяет

себя из окружающего мира, начинает относиться к нему как к существующему объективно и независимо от него. Таким образом, понимание природы бессознательного с позиций теории установки кардинально отличается от трактовки его в психоанализе З. Фрейда.

Общение и формирование личности

Общение следует рассматривать в качестве специфической формы деятельности человека и одного из главных регуляторов его социального поведения. Общение оказывает решающее влияние на формирование личности, ее содержательных и формальных характеристик, психических процессов, свойств и состояний. Роль общения в формировании личности подчеркивалась В.Н. Мясищевым (1960), Б.Г. Ананьевым (1977), Б.Ф. Ломовым (1971) и др.

А.А. Бодалевым (1979) особо акцентируется недостаточность традиционного подхода к исследованию роли в формирования личности лишь одной предметно-практической деятельности. Наряду с этим существует еще один подход к освещению проблематики общения, в общих чертах намеченный В.Н. Мясищевым (1970). Последний высказал мысль, что в общении людей можно выделить три взаимосвязанных компонента: познавательный (гностический), эмоциональный и поведенческий.

В предложенной А.А. Бодалевым программе исследования проблем общения особо выделяется задача создания *типологии личностей*, различающихся уровнями познания других людей, характером отношений к ним и обращения с ними. Для этого личность должна быть проанализирована с позиций психологии общения.

Актуальным здесь является выяснение, как структуры, так и содержания блока личностных качеств, от которых зависят общая успешность общения личности. Этот блок личностных качеств в структуре личности можно обозначить как коммуникативный блок. Важно знать и диапазон колебаний общей успешности общения личности, когда изменяются условия общения.

Немаловажно выяснение роли и других блоков личностных качеств в структуре личности, даже отдельных черт в них, которые, по-разному сочетаясь в различных условиях с блоком коммуникативных черт, меняют характеристики личности как объекта и субъекта общения. Как это отражается на протекании процессов познания личностью других людей, особенностях ее эмоционального отклика и поведенческих характеристиках.

В аспекте общения возможно изучение памяти, мышления, воображения и других психических процессов. Например, при изучении памяти это вопросы типа, — что личность лучше запечатлевает в других людях, насколько долго хранит это запечатление и как использует запечатленное в общении. С этих же позиций следует рассматривать и все другие личностные феномены, включая их возрастные аспекты. С точки зрения роли общения в формировании и функционировании личности могут быть рассмотрены ряд и других разделов психологии — психология труда, этнопсихология, медицинская психология.

Для более углубленного познания межличностных отношений необходимо и раскрытие природы возникновения, развития и разрешения напряженности и конфликтов в условиях неформального и делового общения. А это с неизбежностью приводит к изучению совместимости людей в различных жизненных обстоятельствах. К настоящему времени все указанные проблемы личности с точки зрения психологии общения изучены не равномерно.

Обязательным компонентом общения является гностический элемент. Гностический компонент рассматривается как познание людьми друг друга в совместной жизни и деятельности, способность разбираться в людях и верно оценивать их психологию. А это требует от человека специальных психологических знаний, быть "знатоком" других людей.

Эмоциональный компонент общения рассматривается, как способность человека адекватно эмоционально откликаться на состояние и поведение окружающих. При этом можно выделить следующие уровни общения: *дефиниция* — общение, не сопровождающееся эмоциональной реакцией; *идентификация* — принятие на себя роли другого, отождествление с ним; *эмпатия* — сопереживание.

Поведенческий компонент общения акцентирует внимание на умении человека выбрать способ обращения с окружающим, который бы был адекватным, как с точки зрения общественной морали, так и индивидуальных особенностей человека.

Качество всех указанных характеристик человека — социальной перцепции, эмоциональности и поведения, повышается с накоплением и обобщением опыта общения в различных жизненных ситуациях неформального и делового взаимодействия людей.

Дальнейшая разработка проблемы общения и закономерностей социальной перцепции важна для различных областей прикладной психологии, в частности медицинской психологии. Особое значение здесь приобретает разработка проблем личности с позиций психологии общения для создания теоретико-методологических основ групповой психотерапии, эффективных методик социально-психологического тренинга. В любом случае проблема формирования личности в общении и проблема управления общением является важной проблемой клинической психологии и психотерапии (Карвасарский Б.Д., 1985).

Краткое содержание и выводы

До известных событий октября 1917 года в российской психологии не было принципиальных различий от развития науки на Западе. Однако уже в 1923 году на первом Всероссийском съезде по психоневрологии в докладе К.Н. Корнилова (создателя "реактологии") впервые было выдвинуто требование применить марксизм в психологии. Это стало началом идеологизированной перестройки психологической науки. Однако и в этих условиях в отечественной психологии постепенно сформировалось несколько направлений в изучении личности, которые хотя и по-разному решали эту проблему, но все исходили из основных положений диалектического материализма.

Идеи К. Маркса о человеке как активном *деятеле* и орудиях труда как средствах изменения людьми внешнего мира и самих себя оказались плодотворными для Л.С. Выготского. Они преломились в его гипотезе об особых орудиях — знаках, посредством которых природные психические функции преобразуются в функции человеческие, культурные. А.Н. Леонтьев, развивая "культурно-историческую теорию" Л.С. Выготского, показал механизм формирования высших психических функций как процесс интериоризации. А само понятие "деятельность" стало использоваться как единица анализа психики и личности человека. Мотивы и цели, которые лежат в основе человеческой деятельности, образуют сложную иерархизированную систему, составляют ядро, стержень структуры личности. Психология деятельности послужила теоретической

базой для научно–практических разработок в различных областях психологии, особенно в психологии труда, возрастной и педагогической психологии.

Одновременно идеи Маркса о том, что деятельность это еще и специфически человеческий способ *отношения* человека к миру получили развитие в психологии отношений В.Н. Мясищева. Отношение представляется как сознательно-избирательная связь человека с его окружением и самим собой. Личность отсюда определяется как совокупность отношений нажитых человеком в течение жизни. Рассмотрение отношений личности и их динамики осуществляется по трем структурным составляющим любого отношения — когнитивному, эмоциональному и поведенческому. Психология отношений получила наибольшее признание в различных областях клинической психологии, а также в психотерапии. На ее основе разработана система патогенетической психотерапии невротических состояний.

Теория бессознательной установки личности Д.Н. Узнадзе привлекает внимание как материалистический путь решения проблемы бессознательного, отличный от трактовок З. Фрейда. Теория раскрывает механизмы целесообразной активности личности, трактуя установку как обусловленное прошлым опытом состояние готовности личности определенным образом воспринимать и оценивать, чувствовать, а также действовать в различных жизненных ситуациях.

Намеченный В.Н. Мясищевым путь исследования проблем общения послужил основой для выдвижения А.А. Бодалевым программы исследования как содержательных, так и формальных характеристик личности и ее формирования через изучение гностически–познавательного, эмоционального и поведенческого компонентов общения. Подчеркивается важность направления исследований личности с позиций психологии общения, как в социальной, так и медицинской психологии.

Вопросы для самопроверки

1. В чем сходство и чем различаются основные теории личности в отечественной психологии?
2. Какой путь выхода из кризиса методологических основ психологии был предложен Л.С. Выготским?
3. Каким образом А.Н. Леонтьевым рассматривается структура личности с позиций психологии деятельности?
4. Как дается определение понятия деятельность и каково строение деятельности?
5. Что из себя представляют с позиций психологии деятельности защитные мотивы и как они соотносятся с защитными механизмами личности в трактовке З. Фрейда?
6. Каким образом В.Н. Мясищевым рассматривается структура личности с позиций психологии отношений?
7. Как дается определение понятия отношение личности и какова его структура?
8. Какую роль имеет психология отношений для понимания механизмов невротических состояний и в психотерапии неврозов?
9. Каким образом раскрываются источники активности личности в теории бессознательной установки Д.Н. Узнадзе?
10. Что представляют из себя механизмы объективизации в теории установки и какую роль они играют в процессах взаимодействия сознания и бессознательного?
11. Как определяется изучение структуры личности с позиций психологии общения?
12. Какова роль изучения личности с позиций психологии общения для клинической психологии и психотерапии?

ГЛАВА 17

ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ

ЗИГМУНД ФРЕЙД (FREUD S.): ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ



Фрейд Зигмунд (1856–1839)

Зигмунд Фрейд (1856-1839) — австрийский невролог, психиатр и психолог, занимался психотерапевтической практикой в Вене. После присоединения Австрии к нацисткой Германии был вынужден эмигрировать в Лондон, где и умер от раковой опухоли лица.

З. Фрейд первоначально занимался научной работой в области анатомии и неврологии, проводил исследования с кокаином. С 1895 года его стал интересовать гипноз как терапевтическое средство. Именно здесь он обратил внимание на то, что психика — понятие большего объема чем сознание. Вскоре Фрейд разочаровывается в терапевтической эффективности гипноза и впервые (в 1896 г.) употребляет термин психоанализ, под которым он подразумевает метод исследования бессознательного, являющийся одновременно и новым методом лечения неврозов. К 1905 году им вводятся понятия сознание, предсознание, бессознательное, цензура между ними. Постепенно, к 1919 году психоанализ из метода лечения превращается в общепсихологическую теорию — учение о личности и ее развитии. Последующие годы жизни З. Фрейд посвятил философскому завершению своей концепции.

Основные работы: “Толкование сновидений” (1900), “Психопатология обыденной жизни” (1901), “Три очерка по теории сексуальности” (1905), “Тотем и Табу” (1913), Лекции по введению в психоанализ (1916), “По ту сторону принципа удовольствия” (1923) “Я и Оно” (1923), “Цивилизация и недовольные ею” (1930), “Очерки психоанализа” (1940) и другие. Обширное собрание личных бумаг Фрейда хранится в библиотеке конгресса США, однако по завещанию самого Фрейда, ряд этих материалов может быть опубликован только не ранее 2102 года. (цит. По Шульц Д.П., Шульц С.Э., 1998).

В России работы З. Фрейда издавались по инициативе Ивана Дмитриевича Ермакова (1875–1942) в его серии книг “Психологическая и психоаналитическая библиотека”. Д.И. Ермаков — врач-психиатр, занимался различными формами психопатологии, психологией детского возраста. В 1913 году он заинтересовался учением З. Фрейда, которое во многом определило направление его научной деятельности. В послереволюционные годы Д.И. Ермаков был профессором Государственного психоневрологического института, где организовал детский дом–лабораторию. В ней изучались здоровые дети в возрасте до одного года с точки зрения проявления бессознательных влечений. В 1923 году лабораторию преобразовали в Государственный психоаналитический институт, директором которого он был вплоть до его закрытия в 1925 году. Только в 1998 году прерванное российское психоаналитическое движение было возобновлено, чему способствовал президентский указ от 19 июля 1996 года №1044 “О возрождении и развитии философского, клинического психоанализа” в России.

Основные положения психоанализа

Психический детерминизм. В течение психических процессов не может быть перерывов и непоследовательности. Каждое новое психическое явление связано с предыдущим и им определяется. Иногда у человека возникают психические явления, которые "кажутся" ему возникшими без видимой причины (спонтанно) — оговорки, описки, непроизвольные действия или необычные образы сновидений. Эти случаи З. Фрейд подвергает анализу и приходит к выводу, что причина их находится в бессознательной сфере психики. Таким образом, существование бессознательных психических процессов им предполагается на основании их следствий, которые чаще всего выражаются в кажущейся бессвязности некоторых сознательных психических явлений. Если эти бессознательные ("скрытые") связи обнаружатся, то кажущаяся бессвязность этим разрешается.

Уровни психики: сознание, предсознание и бессознательное. Эти три главных уровня психического всегда можно различить в целостной психике человека.

Сознание является относительно небольшой частью психики и включает лишь то, что мы сознаем в каждый данный момент времени. Определенное содержание осознается лишь на короткое время, а затем быстро погружается на уровни неосознаваемые по мере того, как внимание человека перемещается на другие объекты.

Предсознание, хотя формально и является частью бессознательного, но его содержание легко становится осознаваемым. Это запасы доступной памяти, в которых постоянно нуждается сознание. В топографической модели личностной организации З. Фрейда предсознательное служит "мостом" между осознаваемыми и неосознаваемыми областями психического.

Бессознательное — основная часть психики, из которой произошло и формируется все в психике. Само оно состоит из двух групп элементов. Во-первых, это различные примитивные инстинктивные побуждения, которые никогда не были сознательными и осознанию вообще недоступны. Во-вторых, там находится материал (эмоции, воспоминания), который когда-то являлся содержаниями сознания, но он как бы "забыт" и удален (вытеснен) из сознания особым личностно-защитным механизмом — цензурой, которая находится на границе между сознанием и бессознательным. Примерами того, что можно обнаружить в бессознательном, служат забытые детские психотравмы, скрытые враждебные чувства и подавленные сексуальные желания.

Цензура и сопротивление. Цензура выполняет не только функции вытеснения из сознания нежелательных его содержаний, но и недопущения (запрета) перехода в психическую систему предсознание–сознание всех других нежелательных для сознания бессознательных инстинктивных импульсов. Обычно из сознания в бессознательное вытесняются и не допускаются те переживания и импульсы, которые могли бы причинить моральные страдания человеку. Все вытесненное в бессознательное никуда не исчезает и длительно сохраняется, но к прямому воспоминанию оно не допускается, испытывая "сопротивление" со стороны цензуры.

Неосознанные переживания, в отличие от предсознательных, хотя и недоступны для осознавания, но могут значительно влиять на отдельные поступки и целостное поведение человека, так как они, как и бессознательные инстинктивные побуждения, обладают значительным "энергетическим потенциалом". Если они и появляются в сознании, то только косвенно (в "обход" цензуры) в замаскированной или символической форме. Например, в виде тех психических явлений, которые и

кажутся нам возникшими беспричинно или же они проявляются в продуктах фантазии и в сновидениях.

Вытесненные в бессознательное различные комплексы неприятных мыслей и чувствований могут служить источником длительного патогенного психического напряжения и тревоги, лежать в основе неврозов и других болезней человека. Как метод их лечения психоанализ использовался Фрейдом для поиска таких очагов скрытого бессознательного напряжения и их ликвидации через специальные техники осознания — "вспоминание".

Инстинкты — движущие силы личности. Согласно теории Фрейда мотивация человека полностью обусловлена энергией его телесных потребностей. Психические образы этих телесных потребностей выражаются в виде желаний. Потребность (физический аспект) в соединении с желанием (психический аспект) и является в понимании Фрейда инстинктом. Отсюда они очень многочисленны и их нельзя отождествлять с таковыми у животных, речь идет лишь об их эквивалентах у людей. Инстинкт — это именно те силы и напряжения, которые побуждают человека к тому или иному действию, направляют его к определенным целям.

Каждый инстинкт содержит четыре компонента: источник, цель, объект и стимул (импульс).

Источник инстинкта — состояние организма или потребность (типа голода или жажды), вызывающая это состояние. Источником может быть все тело, или часть тела, где возникает потребность.

Цель инстинкта заключается в его удовлетворении, т.е. уменьшении до исходного как физического, так и психического его компонентов (принцип равновесия).

Объектом инстинкта являются не только различные предметы потребностей во внешней среде или что-то в собственном теле, но и сами действия, направленные к удовлетворению первоначальной цели. Объекты инстинкта обычно взаимозаменяемы: если один объект недостижим, то энергия инстинкта может быть направлена на другой объект ("смещение активности").

Стимул (импетус) — представляет собой то количество силы, давления или напряжения (т.е. энергии), которое затрачивается на удовлетворение инстинкта. Этот первоначальный энергетический импульс определяется выраженностью и настоятельностью физического аспекта инстинкта — потребности.

За любым психическим процессом или поведенческим актом стоят их источники — инстинкты с их потребностями и желаниями. Когда инстинкты не находят своего прямого и адекватного удовлетворения в конкретных объектах (мыслях или поведении), тогда у человека накапливается их энергия в виде внутренней напряженности и тревоги. Причина тревожности и напряжения может даже не осознаваться человеком и это обычно связано с блокадой прямого выражения потребности механизмами цензуры и других внутриличностных "ограничителей" морально–этического плана.

Основные (обобщенные) инстинкты. Потребностей и желаний, лежащих в основе поведения человека, очень много. Все это разнообразие конкретных инстинктов-побудителей З. Фрейд попытался свести к двум основным группам, введя понятие обобщенного инстинкта.

К первой группе он отнес все побудители, которые дают физическое удовлетворение организму и направлены на поддержание жизни и обеспечивающие размножение вида ("инстинкты жизни"), или обобщенно — сексуальный инстинкт (Эрос).

Вторая группа, напротив, объединяет все деструктивные побуждения (“инстинкты смерти”); обобщенно — агрессивный инстинкт (Танатос). Он лежит в основе всех проявлений жестокости, агрессии и самоубийств.

З. Фрейд группу инстинктов смерти считал так же биологически обусловленной и такой же важной в регуляции поведения, как и инстинкты жизни. Согласно принципу энтропии (закон термодинамики) любая энергетическая система стремится к сохранению динамического равновесия. Отсюда и вера З. Фрейда в то, что и живые существа, как энергетические системы, стремятся вернуться в то неопределенное состояние, из которого они вышли. Ссылаясь на Шопенгауэра, Фрейд утверждает, что “целью жизни является смерть”. Этот бессознательный фундаментальный антагонизм основных обобщенных инстинктов малозаметен в повседневной психической жизни человека, т.к. любые формы поведения индуцируется одновременным действием инстинктов обеих групп.

Либидо и агрессивная энергия. Психоаналитическая теория основывается на представлении, что человек является сложной энергетической системой и все его составляющие, в том числе и психическое, подчиняется фундаментальному закону сохранения и превращения энергии. З. Фрейд выдвигает гипотетическое предположение о наличии некой “психической энергии”, как разновидности энергии физиологической. Последняя, как известно, используется для работы мышц и органов тела. Именно бессознательное является местом взаимодействия психики с физиологическими процессами, из которых черпается и формируется энергия, идущая на обеспечение психической деятельности, а инстинкты являются своеобразными “каналами”, по которым эта энергия протекает.

Каждый из обобщенных инстинктов имеет свой, независимый от другого источник энергии. Энергия, которая доступна “инстинктам жизни” названа *либидо* (сексуальное влечение), а энергия агрессивного инстинкта у Фрейда не получила специального названия, но предполагается, что она имеет те же свойства, что и либидо.

Энергию танато–инстинкта, в противовес сексуальному влечению, иногда называют влечением к смерти. Между тем между обеими этими инстинктами-влечениями имеется определенная, хотя и сложная, связь. Ее можно уже уловить в выделенном З. Фрейдом эдиповом комплексе — ревность к родителю своего пола может выражаться в желании его смерти, а конечном итоге и к собственной.

Динамизмы. Запасы психической энергии, также как и физиологические резервы, у человека не безграничны. Энергия количественно измерима и она подвижна. Фрейд предположил наличие особых механизмов энергетических перемещений в психике, которые называл *динамизмами.*

Катексис. Практически любой поведенческий процесс может быть рассмотрен с точки зрения двух взаимосвязанных энергетических процессов: привязки, или направления энергии на объект (катексис) и препятствия, мешающего удовлетворению инстинкта (антикатексис).

Примерами катексиса являются эмоциональная привязанность к другому человеку (перенос на него энергии) или увлеченность идеями, идеалами. Антикатексис в психоаналитической системе мотивации проявляется во внешних и внутренних барьерах, препятствующих немедленному удовлетворению инстинктивных потребностей.

Гиперкатексис. Катексис — наиболее универсальный динамизм, посредством которого психическая энергия перемещается (“привязывается”) к различным психическим явлениям (мыслям, чувствованиям или деятельности). Перемещенная туда энергия далее уже не может использоваться для других текущих потребностей

и общего резерва психической энергии соответственно становиться меньше. Ряд состояний патологической сосредоточенности человека на каких-либо переживаниях и мыслях с потерей интереса к обычным, повседневным делам, что часто бывает при реактивных (психогенных) депрессиях или меланхолическом настроении вследствие каких либо утрат (смерть близких, финансовый крах), может объясняться гиперкатексисом либидо в область утраченного.

При любой психоаналитической личностной коррекции всегда стремятся найти и высвободить гиперкатексированую энергию с целью ее более оптимального перераспределения. Аналогичные представления о рациональной "канализации" психической энергии существуют и в ряде других концепций личности (Роджерс К., Маслоу А.), а также в буддизме и суфизме.

Сублимация — другой психический динамизм, посредством которого первоначальная энергия обобщенных инстинктов перемещается на приемлемые для личности и общества цели — творческую, религиозную, политическую или иную культурно и социально значимую деятельность. Сублимацию иногда называют механизмом "успешной личностной защиты", т.к. она подобна отводным каналам, которые в социально приемлемой форме нейтрализуют излишки энергии сексуального и агрессивного инстинктов (художник в искусстве сублимирует сексуальные импульсы, политическая активность — сублимированная агрессия). В медицинской практике механизмы сублимации широко используется в психотерапии творческим самовыражением.

Конверсия — психический динамизм посредством которого энергия какого-либо психического содержания (внутриличностного конфликта) смещается в соматическую сферу и способствует возникновению и сохранению определенных болезненных симптомов. Эти симптомы никак не связаны с какими-либо деструктивно-органическими или патологическими физиологическими процессами в организме и имеют психологическое происхождение — они есть символическое телесное выражение вытесненных психических представлений и переживаний.

Наиболее часто конверсионные симптомы встречаются в клинике истерии. В ряде случаев они представляют большую диагностическую проблему, т.к. успешно имитируют многие соматические и неврологические заболевания. Обычно проявляются в чувствительной сфере (симптомы анестезии или локальные боли, утрата обоняния, вкуса зрения или слуха), а также в моторной сфере (парезы и параличи конечностей).

Диссоциация — динамизм, который в психоаналитическом понимании приводит к "автономизации", т.е. своеобразному энергетическому отделению (отщеплению) и самостоятельному функционированию каких-либо аспектов целостной психики, что в итоге приводит к ее диссоциации (расщеплению). В клинике (чаще при истерии) это проявляется диссоциативными симптомами — различными двигательными нарушениями типа непроизвольных реакций бегства (трансы и фуги), истерических припадков, гиперкинезов, а также по механизмам диссоциации возникают психогенные амнезии и ряд галлюцинаторно-бредовых эпизодов. В литературе описаны случаи полной личностной диссоциации, когда один и тот же человек, сам об этом не подозревая, попеременно демонстрировал наличие в себе двух и более совершенно разных личностных типа — множественная, альтернирующая личность.

> В некоторых северных районах России еще с начала 17 века известны культурально обусловленные эндемические очаги особых истерических диссоциативных расстройств с синдромом одержимости — "икотка". Больные женщины суеверно полагают, что икотка — существо материальное и проникнув, или будучи "посажена" путем "сглаза", в

организм она начинает “хозяйничать” в нем, приступообразно создавая различные боли или неукротимую зевоту (“немая” форма икоты). Иногда это существо “захватывает” голосовой аппарат, “заставляя” носительницу икоты издавать разные звуки (“ревущая” икота) или выкрикивать слова и целые фразы (“говорящая” икота). Сосуществование “икотки” и ее носительницы продолжается иногда годами. Так одна больная рассказывает, что у нее целых три икоты: “Одна не любит масла, вторая — сахара, а третья — любит спирт. Совершенно измучилась, не знаю как угодить им” (наблюдение Медведевой В.В., 1979).

Структура личности

В структуре личности Фрейд предполагает наличие трех систем, которые он обозначил терминами: Id (“Оно”, бессознательное), Ego (“Я”, сознание) и Superego (“Сверх–Я”, сверхсознание). Поведение человека определяется взаимодействием этих систем и все психические процессы связаны между собой как по вертикали, так и по горизонтали.

Id — является первоначальной системой личности, содержит инстинкты с их энергией не только для себя, но и для других систем. Из Id дифференцируется Ego, а далее Ego формирует Superego. Id не содержит информации об актуальном внешнем мире и представляет собой только внутренний мир субъективного опыта в силу чего оно иррационально. Его так называемые первичные психические процессы направлены к достижению удовольствия и избеганию боли. Увеличения количества энергии, которая воспринимается как дискомфортное состояние напряжения, Id не переносит и стремится разрядить напряжение, вернув организм в состояние низкого уровня энергии. Этот механизм уменьшения энергетического напряжения Фрейдом обозначен как *принцип наслаждения.*

Наслаждение может достигаться двумя процессами: рефлекторным (чихание, моргание) и так называемым *первичным психическим процессом*, который предполагает формирование образа предмета, который может устранить напряжение. Например, у голодного человека первичный процесс формирует образ пищи. Сновидение, фантазия или галлюцинации, которые отражают желания, также формируются первичными процессами. Образ “предмета в себе” является единственной реальностью известной Id. Однако, Id не может сам уменьшить напряжение и поэтому развиваются вторичные процессы и формируется Ego.

Психоаналитическая теория мышления фокусируется на переходе от первичного процесса мышления к вторичному процессу. Первичное, непосредственное мышление считается более ранним этапом эволюционного развития и характеризуется целостной конкретностью и сильным влиянием эмоций. Рациональное мышление, аналогичное вторичному психическому процессу, рассматривается как более поздний этап эволюции и определяется как абстрактное, рациональное управляемое логикой и фактами.

Ego — получает энергию от подсознания, но находится в контакте с внешним миром. Ego рационально, подчиняется *принципу реальности* и управляется *вторичными психическими процессами* (реальное восприятие, логическое мышление и так далее). Ego должно стараться совместить требования Id, Superego и внешнего мира, а также заботится о самосохранении.

По отношению к внешним событиям Ego осознает их и накапливает в памяти соответствующий опыт: избегает опасных (бегство), приспосабливается к умеренным (адаптация) стимулам или научается изменять внешнюю среду себе на пользу (деятельность). По отношению к внутренним событиям Ego выполняет свою задачу, обретая контроль над требованиями инстинктов со стороны Id, путем

откладывания их реализацию до благоприятных обстоятельств во внешнем мире. Таким образом, Id реагирует на потребности, а Ego — на возможности.

Superego — внутреннее сосредоточение традиционных общественных норм и ценностей в том виде, в каком они были преподнесены личности и усилены системой поощрений и наказаний в детском возрасте (процесс личностной социализации). Superego, являясь нравственным началом личности, стремится к совершенству, а не наслаждению. Отличает правильное поведение от неправильного, поощряет за первое и наказывает за второе. Является судьей, цензором мыслей и деятельности, подавляет инстинкты, но плохо отличает субъективное от объективного, иррационально. З. Фрейд указывает на три главные функции Superego — совесть, самонаблюдение и формирование Ego-идеалов.

Superego — социальное начало личности, но оно сходно с Id своей иррациональностью в попытках переделать мир по своему образцу. Оно судит и ограничивает сознательную деятельность, причем значительная часть запретов человеком даже не осознается. Бессознательные ограничения косвенны и выступают как принуждения: "пациент... ведет себя так, как будто он одержим чувством вины, о которой он ничего не знает". В отличии от Ego, которое способно лишь отложить удовлетворение желания, Superego способно блокировать его навсегда.

Superego в действительности моделируется не по модели поведения родителей, а по модели их Superego, которое родители также получили в раннем детстве. Таким образом, Superego выступает носителем и механизмом передачи из поколения в поколение общественных традиций и ценностей, выступая своеобразным механизмом "социального наследования".

Взаимодействие личностных структур. Все три системы личности борются за запас психической энергии. Переход энергии из Id в Ego и Superego осуществляется благодаря *механизмам отождествления* их с объектом инстинкта. Эти механизмы отождествления формируются с раннего возраста, т.к. важны и для личностного развития. Ребенок берет черты другого человека и делает их составной частью своей личности. Образцом для подражания выбираются те, кому обычно везет в удовлетворении своих потребностей. Моделируя поведение по образцу, ребенок учится ослаблять свое собственное напряжение и тревогу.

Тревога всегда индуцируется ожидаемым возрастанием напряжения или неудовольствия, поэтому ликвидация ее является важной личностной проблемой. Источники тревоги и страха чаще находятся во внешней среде (реальный страх, реалистическая, объективная тревога), но человек может испытывать тревогу за возможность утраты контроля над своими бессознательными инстинктами, а это приведет к наказанию со стороны общества (невротический страх и тревога) или со стороны Superego — совестью (страхи нравственного порядка, моральная тревога).

Страх и тревога заставляют личность предпринимать что-либо для защиты от них: избегать опасной зоны в реальном мире, подавить опасный инстинктивный импульс или подчиниться голосу совести. Страх, с которым нельзя справиться, травматичен. Прототипом всех страхов является родовая травма.

> Психоанализ является мотивационной теорией поведения, где считается, что значительная часть наших действий мотивирована со стороны бессознательных влияний. Психоаналитические представления о бессознательном подчеркивают иррациональную, алогичную природу его функционирования. Противоположную позицию занимают сторонники так называемого *когнитивного бессознательного* (Kihlsrom J.F., 1990; Pervin L.A., 1996), где не делается упор на мотивационные факторы поведения. Здесь подчеркивается разнообразие содержания бессознательного, а фундаментальных качественных различий между осознанными и неосознанными психическими процессами

нет. Более того, когнитивный взгляд на бессознательное акцентирует внимание на мыслях как содержании бессознательного и их участии в формировании целостного поведения.

Защитные механизмы Ego. Термин впервые введен З. Фрейдом в работе “Защитные механизмы” в 1894 году. Он полагал, что сознание должно предпринимать какие-то действия для снижения разрушительного влияния тревоги и напряжения. В тех случаях, когда Ego не может справиться с тревогой и страхом, оно прибегает к механизмам своеобразного подсознательного отрицания или искажения восприятия человеком реальной действительности. Защитные психологические механизмы являются по существу способами искажения реальности (самообмана): Ego защищает личность от угрозы, искажая суть самой угрозы.

В современном понимании все механизмы психологической защиты искажают реальность с целью сохранения психического здоровья и целостности личности. Они формируются первоначально в межличностных отношениях, затем становятся внутренними характеристиками человека, т.е. в индивидуальном опыте происходит научение тем или иным защитным формам поведения. Следует заметить, что человек часто применяет не одну защитную стратегию для разрешения конфликта или ослабления тревоги, а сразу несколько. Хотя любой из механизмов защиты может иметь место и обнаруживает себя у здоровых людей, само их присутствие также является и индикатором возможного невроза.

Классификации механизмов защиты. Впервые попыталась обобщить и систематизировать знания о механизмах психологической защиты, накопившиеся к середине 40-х годов 20 века, дочь З. Фрейда Анна Фрейд. Она уже, в отличие от своего отца, акцентирует роль защитных механизмов в разрешении внешних, т.е. социогенных конфликтов, а сами эти механизмы уже формируются в процессе личностного развития, научения. К настоящему времени описано множество механизмов психологической защиты, но единой их классификации нет. В частности, некоторые авторы подразделяют механизмы защиты по уровню зрелости на *протективные*, т.е. более детские, примитивные, которые просто не допускают в сознание травмирующую ситуацию (вытеснение, отрицание, регрессия, реактивные образования и др.), и *дефензивные* или интерпретационные, когда негативная информация имеется в сознании, но уже переведена в “безболезненную” форму (рационализация, изоляция, идентификация, сублимация, проекция, смещение). Другие авторы полагают, что механизмы психологической сформировались для регуляции фундаментальных эмоций, поэтому существуют лишь ограниченное их число (см. главу “Психогенные заболевания”).

Основные признаки механизмов психологической защиты: импульсивность (механизмы психологической защиты не зависят от воли), искажение реальности, отсутствие осознания субъектом защитных форм поведения.

Основные функции механизмов психологической защиты: сохранение личностной целостности (психического здоровья, определенного “Я–образа”), регуляция межличностных отношений. Одной из ситуаций, в которых активизируются механизмы защиты, является фрустрация.

Вытеснение (*репрессия*, *подавление*) — процесс перемещения из сознания в бессознательное нежелательных и вызывающих напряженность мыслей, чувств или намерений к действию. Вытесненное сохраняет всю свою энергию, стремиться вернуться в сознание. Но проникновение его в сознание вызывает страх, чувство вины и муки совести. Для функционирования сопротивления со стороны цензуры также требуется постоянный расход энергии. Символика сновидений и вся теория неврозов Фрейда связаны с динамикой вытеснения–сопротивления. Известные случаи внешне необъяснимого забывания, не связанные с серьезным психическим заболеванием, также типичный пример действия механизма вытеснения.

Отрицание реальности (*игнорирование*) — это попытка не принимать в качестве реальности событие, которое беспокоит и нежелательно для Ego. Иногда это проявляется "бегством" от реальности в грезы и фантазирование — человеку хочется, чтобы определенные жизненные события были не таковы, как они есть на самом деле. Отрицание отвлекает субъекта от болезненных идей и чувств, но не делает их абсолютно недоступными для сознания. Наиболее часто отрицание проявляется в неприятии критики в свой адрес с утверждением, что этого не существует. Отрицание присутствует и тогда, когда человек действительно серьезно болен, но не принимает этот факт за действительность. В последнем случае это помогает найти ему силы продолжать бороться за жизнь.

Рационализация (интеллектуализация) — псевдоразумный прием нахождения приемлемых причин и объяснений для неприемлемых мыслей и действий. Это излишне "умственный" способ преодоления фрустрирующей ситуации без переживания. Этим часто блокируется осознание мотивов своих поступков, которые выступают как социально не одобряемые (например, эгоистические) или индивидуально не желательные, так как расходятся с Я–концепцией. Рационализация является своеобразным способом принятия "давления" Superego, она скрывает наши мотивы и делает наши действия морально приемлемыми. Обычно изобретаются какие-либо объяснения для своих провалов или неудач, которые в действительности основаны на других причинах. В любом случае действие осознается, а лежащий в его основе мотив — нет.

Реактивные образования (*формирование реакции*, *противоположная реакция*) — этот механизм подменяет поведение или чувствование таким, которое диаметрально противоположно действительному желанию; это явная и обычно бессознательная инверсия желания или происходит преувеличение одного эмоционального аспекта ситуации, чтобы с его помощью подавить противоположную эмоцию. В любом случае происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность. Главная характеристика по которой можно узнать реактивные образования — преувеличения, ригидность, экстравагантность. В повседневной жизни это чаще преувеличенная любовь, например бессознательная неприязнь к ребенку может выражаться в нарочитом внимании к нему.

Проекция — механизм, посредством которого происходит приписывание окружающим неприемлемых для личности своих свойств, т.е. собственные аспекты личности перемещаются (вытесняются) на внешнее окружение. Мы не видим в себе того, что кажется ярким и очевидным в других.

> Существуют различные типы проекций: комплементарная (приписывание другому того состояния, которое отсутствует у субъекта, но дополнительно к состоянию субъекта — например, при чувстве ревности другому приписывается измена), атрибутивная (наивное суждение при недостатке знаний — "другие такие же, как мы"), Панглосс—Кассандра (Панглосс — герой повести Вольтера, видел мир через розовые очки. Кассандра предрекала гибель Трои, проецировала на внешний мир ощущение гибельности. Здесь другому человеку приписывается противоположное тому, что чувствует субъект. Например, приписываю другому ненависть ко мне, а сам чувствую к нему любовь — Панглосс, или наоборот — Кассандра).

Идентификация (*компенсация*) — механизм защиты от угрожаемого путем уподобления (идентификации) ему. Идентификация противоположна проекции. В широком смысле — это идеалы. В любом случае это попытка найти подходящую замену или компенсацию собственного недостатка другим качеством, присвоением

себе свойств, достоинств, ценностей или поведенческих характеристик другой личности.

Разновидностью идентификации является *интроекция* или *интроективная идентификация* (“проецирование вовнутрь”). В этом случае человек, вбирая в себя качества другого человека, делает их и представляет другим как свои собственные качества. В этом смысле Суперэго является интроектом, т.е. собственным внутренним объектом, но являющимся продуктом интроективной идентификации.

Изоляция — механизм отделения психотравмирующей ситуации от связанных с ней душевных переживаний (отделение “аффекта от интеллекта”). Здесь все неприятности начинают восприниматься человеком как бы происходящими не с ним самим: само событие остается, а сопровождающая его эмоция утрачена. Изоляция ситуации от собственного Ego особенно ярко и непосредственно проявляется у детей в игре: взяв в руки игрушечную зверюшку ребенок “позволяет ей” говорить и делать все, что запрещают ему самому родители. В повседневной жизни взрослых это попытка эмоциональной изоляции от психологической боли, человек становится “бесчувственным” и все выполняет как “робот”. В психиатрии некоторые синдромы деперсонализации сходны с действием данного механизма.

Регрессия — механизм перевода поведения (мышления и всей психики) на более ранние, детские ступени развития, когда он чувствовал себя более безопасно. В психиатрии особенно ярко регрессия проявляется в синдроме пуэрилизма (“детскости”) при реактивных психозах. При младенческих неврозах исчезновение навыков самообслуживания, уже после того как они появились, часто является проявлением психогенной регрессии. Даже у здоровых взрослых людей при эмоциональном прессинге время от времени можно заметить признаки регрессии. Например, студент в напряженной ситуации экзамена “забывает” достаточно хорошо ему знакомый способ решения задачи. По мнению Фрейда алкоголизация и курение — это признаки регрессии на более раннюю, “оральную”, стадию психосексуального развития (или задержка, “фиксация” на ней).

З*амещение* и *вымещение (смещение)* — близкие друг другу механизмы, но есть и различия. В типичном варианте замещение выражается в частичном, косвенном удовлетворении неприемлемого мотива каким–либо нравственно допустимым способом, т.е. возникают различные варианты замещающей деятельности. В то время как при вымещении проявления инстинктивного импульса просто переадресовываются от более грозного объекта или личности к менее угрожаемому. Например, наказанный родителями ребенок вымещает свои чувства, толкая свою младшую сестру или ломая ее игрушку. Реже объектом вымещения является сам человек: враждебность против других переадресовывается на самого себя.

В ряде случаев отдельно выделяется такой защитный механизм как ***соматизация*** (Steckel W., 1943), т.е. “уход в болезнь” (см. также — конверсия, психосоматозы). В современном понимании соматизация рассматривается большинством авторов как функциональное расстройство с убежденностью наличия соматической болезни без соматических или же без достаточных соматических органических причин.

Психоаналитическая модель соматизации рассматривает ее как достаточно примитивный и поэтому трудный для осознания защитный психологический механизм. Для достижения положительного психотерапевтического результата психоанализ подобного рода соматоформных расстройств требует значительных временных затрат. Типичный пример подобного расстройства приводится в одном из романов О. Хаксли, где главный герой страдает бронхиальной астмой. Он женат на молодой, красивой женщине. Как только она уезжает куда-нибудь из дома, у ее мужа тут же возникают приступы удушья. В этом случае ей сразу приходится возвращаться обратно к мужу. В одной из

таких поездок женщина погибает, но муж, к удивлению всех домочадцев, не дает обычного приступа бронхиальной астмы. Через некоторое время он женится повторно, и приступы удушья у него возникают вновь при отъездах жены.

Когнитивно–бихевиориальная модель соматизации (Salkovskis P.M., Warwick H., 1986) основана на концепции "соматосенсорного усиления" (амплификации) по A.J. Barsky (1992), где центральным моментом соматизации признается своеобразный модус восприятия и трактовки больным всех своих телесных ощущений (естественных, нормальных) из-за установки и убеждения о наличии или высокой вероятности у него соматической болезни. Для того, чтобы изменить негативные автоматические мысли, лежащие в основе порочного круга тревоги за здоровье, необходимо выяснить аргументы в пользу этих мыслей, которые для пациента могут казаться очень важными. Коррекция ошибок в логике и поведенческие эксперименты для проверки ("тестирования") иррациональных убеждений пациента лежат здесь в основе терапии соматоформных расстройств.

Развитие личности: психосексуальные стадии

В формировании личности Фрейд особое внимание уделял младенческому и раннему детскому возрасту, полагая, что личность формируется почти целиком к концу пятого года жизни. Личностное развитие возникает в ответ на источники напряжения — физиологические процессы роста, несбывшиеся надежды, конфликты, угрозы. Следствием напряжения является то, что личности приходится учиться новым методам уменьшения напряжения и тревоги. Овладение этими новыми методами — суть развития личности. Среди основных методов снижения напряжения и тревоги Фрейд называет отождествление и замещение.

Отождествление — первоначально ребенок отождествляет себя с родителями, а затем и с другими людьми, вымышленными персонажами, с животными, абстрактными идеями. Он выбирает из них те черты, которые помогут в достижении целей с меньшими тревогами и напряжением. Окончательная структура личности — результат многих отождествлений.

Замещение (вариант вытеснения) — более совершенный способ ослабления напряжения, чем отождествление. При возникновении каких-либо преград на пути к истинному объекту инстинкта ребенок должен научиться формировать его эквивалент-заместитель (субститут). Если и он не доступен, то формируется новый и так до тех пор, пока не будет найден такой, который обеспечит разрядку напряжения.

Субститут редко может ослабить напряжение так, как это делает объект инстинкта. В результате образуется запас не реализованной энергии, которая служит своеобразной "силой личности". По мнению Фрейда развитие цивилизации стало возможным после запрета инстинктивного выбора объектов и направления излишней энергии в социально приемлемое русло. Такое вытеснение, которое приносит более ценное достижение и называется сублимацией (рассматривается часто и как защитный механизм личности). Сублимация не всегда может полностью снять напряженность и поэтому оставшиеся запасы энергии могут "разряжаться" и в виде невротических симптомов.

В конструировании Superego большую роль в историческом развитии человечества, по мнению Фрейда, играло постепенное формирование моральных заповедей, особенно запрета на инцест (близкородственная сексуальная связь). Беспорядочная половая жизнь (промискуитет), в том числе и инцест, были свойственны стадному образу жизни предлюдей. Возникновению будущей сексуальной морали предшествовало появление первых запретов на половые отношения накануне охоты или другой совместной деятельности, которая была крайне важна для выживания общины. Половые охотничьи и хозяйственные табу обычно не распространялись на соседние общины, что провоцировало

к “половым набегам” на них, приобретавших постепенно форму первого в человеческой истории брака — межобщинного. Далее, как известно, возникает матриархат, а позднее — патриархат и вся сложная современная система половой морали.

Фрейд высказал предположение, что морально-общественные запреты на инцест “вытеснили” инцестуозные сексуальные комплексы из сознания людей в бессознательную сферу души. Они, обладая значительной энергией, послужили в последующем основой для развития цивилизации в целом — “энергетическая сублимация”.

Психосексуальные стадии развития. По мнению Фрейда личность в своем развитии в первые годы проходит ряд стадий. Каждая стадия личностного развития первых 5 лет жизни (высокая активность движущих сил развития) определяется в терминах реакций определенных участков тела (их стимуляция приводит к разрядке энергии либидо): оральная (0-18 месяцев), анальная (1,5-3 года), фаллическая (до 3-6 лет). Далее следует стабилизация — латентный (скрытый) период (от 6 до 12 лет), который прерывается повторной активизацией движущих сил развития личности в 12-18 лет — генитальная стадия с незрелой (гомосексуальная фаза) и зрелой (гетеросексуальная фаза) сексуальностью.

По Фрейду главным фактором развития человека является сексуальный инстинкт, прогрессирующий от одного участка тела к другому, которые функционируют как локусы выражения побуждений либидо (его эрогенные зоны). Социальный опыт привносит в каждую стадию определенный долговременный вклад в виде приобретенных установок, ценностей и черт характера.

Оральная стадия — объектом либидо является пища, процесс удержания и кусания ее. Потребность в питании является первой и основной потребностью младенца, поэтому большая часть либидиозной энергии катексирована в область рта. По мнению Фрейда основные оральные функции являются прототипом таких черт зрелой личности как легковерие или стремление к обладанию имуществом, знаниями (приобретательство — функция удержания), а также страстностью к спорам, сарказму (агрессивность — функция кусания).

Во время кормления ребенка обычно утешают лаской, покачивают. Все эти побочные ритуалы помогают снять напряжение, так как ассоциируются с процессом кормления. Некоторые разновидности стереотипных движений во сне или днем у детей с позиций психоанализа расцениваются как регресс или фиксация (задержка) на оральной стадии психосексуального развития. Такие “оральные привычки” взрослого человека как курение, грызение ногтей, навязчивое облизывание губ и другие являются также проявлениями этой фиксации. Оптимальное протекание оральной стадии существенно зависит от матери, поэтому ею могут “закладываться” такие личностные черты взрослого как зависимость от своего окружения (крайнее ее проявление — желание “вернуться в маму”). Оптимизм–пессимизм, доверчивость–недоверчивость и другие подобные личностные проявления также являются производными оральной стадии.

Анальная стадия — объект либидо область прямой кишки. В результате выталкивания фекалий обычно возникает чувство физического облегчения. На втором году жизни ребенка приучают регулировать функции кишечника и он “научается” откладывать это “удовольствие” до подходящего периода. Увеличение самоконтроля связано и с пониманием того, что такой контроль может быть дополнительным источником наслаждения. Кроме того, дети быстро начинают понимать, что увеличение самоконтроля приносит им похвалу и одобрение родителей, а значит позволяет требовать дополнительного внимания как к своим “успехам”, так и к “неудачам” в туалетном поведении.

Отношение взрослых к “туалетному” воспитанию может, как полагает Фрейд, определять некоторые черты будущего характера и личностные ценности человека. Если мать строга и наказывает, то ребенок может приучиться удерживать фекалии,

развиваются запоры, а в характере появится склонность к собиранию и удерживанию — человеку трудно “расставаться” с вещами и идеями (скупость, упрямство, сврхчистоплотность и педантизм). Наказания, напротив, могут из-за чувства гнева ребенка приводить к опорожнению кишечника в неудобное время, а в характере — это эквиваленты импульсивности, раздражительности, жестокости и неорганизованности. Все личностные проявления взрослых, вытекающие из этой стадии, в психоанализе часто объединяют под названием “анальный характер”.

> Анальная стадия для ребенка полна противоречий: с одной стороны мать хвалит его за “правильное” поведение, а с другой — внушает, что “туалетное” поведение “грязное” и его надо держать в секрете от окружающих. Ни одна сфера современной жизни не наполнена такими ограничениями и табу как “туалетное” поведение человека.

Фаллическая стадия — осознание половых различий и сосредоточенность на гениталиях. Ребенок “замечает”, что у одних людей имеется фаллос, а других таковой отсутствует. По наблюдениям Фрейда именно в этот период отмечаются особые привязанности ребенка к родителю противоположного пола. Если ранее и мальчик, и девочка любят мать и одинаково соперничают с отцом за нее, то здесь эти чувства меняются: усиливаются у мальчика и ослабевают у девочки.

Удовольствие от фантазий подготавливает формирование *Эдипова комплекса* у мальчиков, а у девочек — *комплекса Электры*. В психоаналитической теории эти два главных инцестуозных комплекса играют особо важную роль в детской сексуальности. Они обозначены именами героев известных древнегреческих мифов: у мальчиков — “мужской комплекс Эдипа” (Фрейд) как неосознанные сексуальные побуждения к матери, которые сочетаются с неосознанной агрессией к отцу как сексуальному сопернику, а у девочек — “комплекс Электры” (Юнг) как неосознанное стремление к инцесту с отцом, сочетающиеся с агрессией к матери (женский Эдипов комплекс).

У гомосексуальных лиц инцестуозные комплексы соответственны полу, но “обратные”, т.е. существуют “прямой” (позитивный) и “обратный” (негативный) комплекс Эдипа, равно как и аналогичные комплексы Электры. В реальности между позитивной и негативной формами нет строгих границ. В той или иной степени обе эти формы образуют Эдипов комплекс в своем завершенном виде.

Фиксация на фаллической стадии у взрослых мужчин проявляется в дерзости, хвастливости, необдуманности поступков. Фаллические типы всегда стремятся добиваться успеха, постоянно демонстративно доказывают свою мужественность, половую зрелость и потенцию. У женщин это проявляется в склонности наивно обольщать, демонстративно флиртовать или в “борьбе” за главенство над мужчинами.

В возрасте от 5 до 7 лет комплексы Эдипа и Электры разрешаются (вытесняются из сознания) за счет идентификации с родителем одноименного пола. Неразрешенные проблемы комплексов могут лежать в основе последующих невротических моделей поведения, импотенции и фригидности.

> В психоаналитической теории стадия Эдипова комплекса с необходимостью возникает в возрасте 3-5 лет, как фаза развития сексуального инстинкта. Этот бессознательный внутренний конфликт должен разрешиться в подростковом возрасте путем идентификации с родителем одного с ребенком пола и *трансформацией Эдипова комплекса в Superego*. Происходит своеобразное воплощение (интроекция) в Superego образа сурового родителя; чем сильнее был Эдипов комплекс и чем быстрее произошло его вытеснение (под влиянием авторитета, религии, обучения), тем строже “Сверх–Я”. Причиной многих неврозов в зрелом возрасте Фрейд считал то, что Эдипов комплекс не был изжит, а только вытеснен в бессознательное в детстве.

Пути разрешения сформировавшегося комплекса различны у детей противоположного пола. У мальчиков боязнь отца (страх “кастрации”) способствует подавлению сексуального чувства к матери и подавлению агрессии к отцу, а в последующем — к привязанности к нему через механизмы идентификации. Это амбивалентное отношение мальчика к отцу иногда обозначают “отцовским комплексом”.

У девочек перенос любви на отца связан со своеобразным “мщением” матери, т.к. она представляется “виновницей” в отсутствии фаллоса у девочки. К чувству любви по отношению к отцу у девочек примешивается “зависть по пенису”, так как она считает себя неполноценной в этом плане (“комплекс кастрации”, или “комплекс Дианы”). У девочек подавление желаний стоит менее остро, чем у мальчиков, что обуславливает различия в их Superego, а значит и различия в сексуальности. Фрейд считает, что формирование женского характера заметно зависит от особенностей трансформации комплекса кастрации. Отсюда возможны три линии развития. Одна ведет к сексуальным запрещениям и неврозу, другая — к модификации характера в сторону маскулинизации, а третий, оптимальный путь, — к разрешению комплекса и нормальной женственности с желанием иметь ребенка.

Многие исследователи не принимали взглядов Фрейда на природу женской психики. Одна из заметных представителей психоаналитического движения — Карел Хорни — даже покинула фрейдовский круг по причине несогласия с этими положениями. Она создала собственный вариант психоанализа, который в этом вопросе исходит из прямо противоположного — мужчины завидуют тому, что у женщин есть матка.

Латентный период — ослабление сексуальной напряженности (угасание Эдипова комплекса) с переключением на учебу, спорт, увлечения. Формируются структуры Superego и возникают такие отношения как стыд, совесть, мораль и прочие, которые призваны противостоять “бурям” периода полового созревания.

Генитальная стадия — связана с периодом полового созревания. Если на предыдущих этапах психосексуального развития главным источником удовлетворения либидо было собственное тело — период аутоэротизма (нарциссизма), то в генитальной стадии либидо направляется на других людей. Первоначально — на лиц одноименного пола (незрелая генитальная стадия, гомосексуальный период), а затем и на противоположный пол — зрелая сексуальность (гетеросексуальный период).

В психоанализе термин “нарциссизм” употребляется двояко: как сексуальное извращение (Эллис Х.), при котором собственное тело является источником наслаждения (в мифологии сын водяного царя Нарцисс умер от любви к своему отражению в озере) и как любая форма себялюбия, производная от детского периода аутоэротизма (более широкое понимание термина). Нарциссические личности, как и мифологический Нарцисс, много тратят времени, любуясь собой в зеркале и на видеозаписях, они озабочены сохранением преувеличенно высокой самооценки, имеют потребность в восхищении ими со стороны других людей. Генри Мюрреем (1938), который разработал ТАТ (известный проективный тест), был также создан и первый вопросник для измерения нарциссизма. Позднее на его основе сформирован и широко используется в исследованиях “Вопросник нарциссической личности — NPI” (Raskin R., Hall C.S., 1979; 1981).

Генитальный характер — это идеальный тип личности в психоаналитической трактовке. Это зрелый в социальном и сексуальном планах человек. Он испытывает удовлетворение от гетеросексуальной любви.

Патологический аспект: концепция психической патологии (сексуальные неврозы)

Неврозы проявляются не только в расстройствах психики (психоневрозы), но и в физиологических расстройствах (параличи, слепота, глухота и т.п.). Причина невроза заключена не в телесной патологии, а в патологии души: неосознаваемом

внутреннем душевном напряжении, возникшем в результате конфликтной ситуации. Больной неосознанно фиксируется, "застревает" на каком–либо травмирующем переживании из своего прошлого. Это скрытое в бессознательном переживание проявляется в навязчивом появлении одних и тех же симптомов, невозможности самому освободиться от них. Если человек "вспомнит" причину и эмоционально отреагирует (катарсис) вытесненный в бессознательное аффект, то он тем самым избавиться от симптомов невроза. К этим выводам З. Фрейд пришел, когда под руководством своего первого учителя О. Брейера занимался лечением пациентки, известной в литературе как Анна О. Таким образом, теория психической травмы (не обязательно сексуальной) являлась для З. Фрейда исходной концепцией в трактовке возникновения невроза.

Лишь позднее в концепцию невроза З. Фрейд вводит понятие "сексуальная травма", полагая, что из всех травмирующих ситуаций особо выделяется именно эта область травм. Это вытекало из его учения о том, что либидо (как и агрессивная энергия) является главной силой бессознательного. Невроз возникает по причине подавления ее сознательным компонентом психики, которое наполнено моралью и правилами поведения, принятыми в культурном обществе. Отсюда содержание невротического конфликта при неврозах всегда носит сексуальный (в широком смысле) характер и проявляется в противоречиях между требованиям бессознательных инстинктивных побуждений и сознательными нормами. В бессознательное из сознания также вытесняются и все неприемлемые с точки зрения нравственности и социальных норм импульсы. Вытесненные в бессознательное они, тем не менее, не теряют своей энергетической силы и далее проявляются либо в социально приемлемых формах за счет сублимации, а если это невозможно или недостаточно, то в виде симптомов невроза.

Концепция психосексуальных стадий конкретизирует теорию сексуальной травмы З. Фрейда тем, что позволяет выделить типы сексуальных травм. Сексуальная травма, возникшая на определенной стадии возрастного развития, влияет на особенности снов, фантазий, творчества и даже на характер взрослого человека: оральная травма — честолюбие; анальная — аккуратность, бережливость, упрямство; фаллическая — нарциссизм. Детская сексуальная травма позволяет понять не только особенности характера взрослого человека, но и возникновение у него личностных аномалий и патологических невротических симптомов.

> Историю, описанную С. Цвейгом в его книге "Зигмунд Фрейд", можно отнести к ситуации возникновения у Жан-Жака Руссо фаллической травмы. Последнего в детстве строгая и тайно им обожаемая учительница часто наказывала розгами, но к своему изумлению мальчик во время одного из наказаний, несмотря на боль, испытал и определенное наслаждение. Хотя это событие совершено забывается, но в период зрелости он не в состоянии сексуально соединиться с женщиной, если она не воссоздаст этот знаменитый эпизод с розгами. В этом проявлялись его мазохические наклонности.

З. Фрейд полагает, что только переживания детства могут дать ключ к пониманию и объяснению чувствительности человека к повседневным травмам жизненных ситуаций его взрослой жизни. Зная признаки типа сексуальной травмы можно ускорить поиск травмирующей ситуации, направляя при психоанализе воспоминания пациента к соответствующему периоду детства. Все это не только повышает эффективность этого поиска методом свободных ассоциаций скрытых травмирующих ситуаций, но и последующее их осознание и катарсис. Таким путем психоаналитик получает возможность устранения симптомов болезни путем

раскрытия и приведения в сознание этих следов ранних детских воспоминаний, обычно всегда почти забытых.

Дальнейшее развитие психоанализа: последователи З. Фрейда

Дальнейшее развитие психоанализа часто обозначают как *неофрейдизм*. Это направление, усвоив основные схемы и ориентации ортодоксального психоанализа, пересматривало базовую для него мотивацию. Ориентация на социокультуральные факторы взамен биологических определила облик неофрейдизма. Уже Адлер стремился объяснить бессознательные комплексы личности социальными факторами, хотя лидером неофрейдизма принято считать Карен Хорни.

Наибольшим изменениям в неофрейдизме подвергалось понятие Эго. Оно становилось все более независимым от Ид, стало обладать собственной энергией и функциями, которые не сводятся к энергии и функциям Ид. Другой существенной новацией неофрейдизма была также переоценка роли влияния биологических факторов на личностное развитие. Развитие личности уже более определяется не психосексуальными, а преимущественно психосоциальными факторами.

Ряд ранних последователей З. Фрейда вели с ним полемику по теоретическим и практическим вопросам, поэтому и покинули его, образовав собственные психологические школы. Однако далеко не все последователи психоанализа стремились подвергнуть кардинальной ревизии фрейдовскую систему в целом. Они остались верны идеям З. Фрейда, хотя и распространили психоанализ на более широкий круг болезненных состояний, а также пополнили практику психоанализа новыми подходами. Но и среди них можно выделить по крайней мере три влиятельных направления: Эго-психология, теория объектных отношений и Я-психология.

Эго-психология. Одним из лидеров неофрейдисткой эго-психологии была дочь Фрейда — Анна Фрейд (1895–1982). Она была верным помощником своему отцу и внесла большой теоретический и практический вклад в психоанализ. В своей работе “Эго и механизмы защиты” (1936) она описывает роль и значение механизмов, защищающих Эго от тревоги. Эта ее работа принизила значимость роли Id и инстинктивных влечений, как в теории, так и на практике психоанализа. Эго-психология в том виде, в каком она была развита Анной Фрейд и ее последователями, стала преимущественной формой психоанализа в США в период 40–70-х годов 20 столетия. Неофрейдисты стремились сделать психоанализ частью научной психологии путем упрощения фрейдовских понятий и перевода их на язык других концепций, придания им более операциональной формы, поддающейся экспериментальной проверке.

Анна Фрейд также считается и основательницей детского психоанализа, когда в 1927 году опубликовала свою первую книгу под названием “Введение в технику детского психоанализа”. Ее работа обосновывала необходимость создания этого направления психоанализа, который учитывал бы незрелость детской психики и сравнительно низкий уровень вербализации у детей.

Теория объектных отношений. Начиная с 1930-х годов, психоаналитики стали изучать еще менее вербализуемые конфликты у совсем маленьких детей (до 3-х лет). Полагают, что эти конфликты в доэдипов период развития ответственны за возникновение более тяжелой патологии — пограничных, нарциссических состояний и психозов. Они обратили внимание, что многие конфликты, которые проявляются в эдипов период, также можно наблюдать гораздо раньше. Но здесь первичные отношения представлены не треугольником мать, отец и ребенок, а

простой диадой связи с матерью. По этой причине в центре наблюдения исследователей оказались отношения с матерью, называемой *объектом* любви. В теории объектных отношений утверждается, что наши отношения к любимым и ненавидимыми объектами (или значимым людям) — это строительные кирпичики нашего мировосприятия и мироощущения. Наибольшее влияние на формирование этой концепции оказали работы М. Клейн и Д. Уинникот.

Мелани Клейн (Klein: 1882–1960), психоаналитик из Лондона, акцент делала на изучении инстинкта смерти, который проявляет себя еще в доэдипов период в агрессивных фантазиях и играх маленьких детей. Она даже предположила, что суперэго, которое по Фрейду закладывается в эдипов период, в действительности в примитивной форме появляется в первые месяцы жизни. Клейн описывала связь матери и ребенка, скорее в социально–когнитивных терминах, а не сексуальных. Она строила свои выводы на основании непосредственных наблюдений за детьми. В традиционном же психоанализе взрослого пациента попросили бы самого вспомнить или реконструировать свои детские переживания. Изучая ранние взаимоотношения ребенка и матери, Клейн попыталась объяснить, почему любовь и ненависть, с которой сталкиваются все люди, соседствуют друг с другом. По ее теории агрессия и любовь действуют в качестве организующих психику сил, причем агрессия расщепляет ее, а любовь объединяет, цементирует. Всегда вслед за процессом разделения, расщепления (агрессия) следует соединение, интеграция нужного (любовь).

Психоаналитическая теория Доналда Уинникота (Winnicot: 1896–1971) основывается на предпосылке, что психику нельзя понять, если рассматривать ее как существующую в изоляции. Развитие "я" младенца будет благополучным только в игровой и любящей атмосфере, создаваемой матерью. Она формирует у ребенка первоочередно ощущение его бытия, собственного существования. При формировании личности ощущение собственного существования более значимо, чем сексуальное или агрессивное влечения. Уинникот обратил внимание, что матери создать такую атмосферу совсем не просто. Мать не должна быть и идеальной. Если она будет совершенна в своих реакциях, то ребенок останется зависимым от нее. *Достаточно хорошая мать* допускает регулярные, но не чрезмерные перерывы в материнской гармонии, позволяя ребенку развивать и его собственные ресурсы.

Я–психология. В "Я–психологии" Хайнца Кохута (Kohut: 1913–1981) развиваются аспекты фрейдовской концепции нарциссизма, который считался патологическим состоянием себялюбия. Однако Кохут предположил, что нарциссизм является просто искажением нормального процесса развития. По его мнению, нарциссизм необходимый и здоровый этап взросления: каждый ребенок должен почувствовать себя центром вселенной, по крайней мере, какое-то время. Поэтому нормальный нарциссизм должен участвовать в образовании ядра "Я". Таким образом, личность развивается не только в направлении зрелости Эго, как это понимал Фрейд, но и еще в одном направлении — зрелости "Я" по линии развития *здорового нарциссизма.*

Кохут описывает нормальные нарциссические процессы такие, как отражение и идеализация. При *отражении* младенец смотрит на мать и видит свое "Я" отраженным в ее радостном взгляде. При *идеализации* ребенок смотрит на мать или другого любимого человека, проецируя на него качества своего "Я", т.е. свою значимость, совершенство. Он как бы говорит этим: "Я вижу тебя прекрасным и я рядом с тобой; значит я существую и тоже прекрасен". Кроме теории Кохут

разрабатывал и приемы лечения расстройств “Я”, подчеркивая необходимость эмпатического понимания своего пациента аналитиком.

Сама фрейдовская система весьма существенно отличалась от традиционной экспериментальной психологии как по содержанию, так по применяемым методам. Фрейд не пользовался традиционными экспериментальными методами и не использовал статистику. Он строил свои заключения на тех сообщениях, которые он получал во время психоаналитических сеансов. Он никогда не делал дословных записей сообщений пациента, а работал на основе отдельных заметок, производимых зачастую через несколько часов после окончания сеанса.

В последующем неоднократно делались попытки экспериментальной проверки психоанализа. В частности, Fisher и Greenberg (1977) располагали почти двумя тысячами наблюдений из психиатрии, психологии антропологии и ряда других дисциплин. Его итоги таковы: такие понятия как Ид, Эго, Суперэго, стремление к смерти, либидо и тревога, — выдержали испытание средствами науки. Другие исследователи также подтверждают состоятельность некоторых характеристик орального и анального типов личности; некоторые причинные факторы гомосексуальности; представление о том, что сновидения приводят к снятию психического напряжения; некоторые аспекты Эдипова комплекса у мальчиков (чувство соперничества по отношению к отцу, сексуальные фантазии по поводу матери и страх кастрации.

Другая же часть понятий была признана научно несостоятельными. Не подтверждается утверждение Фрейда, что личность формируется к 5-ти годам, а потом меняется мало; что в сновидениях в символической форме удовлетворяются ранее подавленные намерения и желания; что под влиянием Эдипова комплекса мальчики идентифицируют себя с отцом и усваивают его нормы супер–эго под влиянием страха; что женщины имеют заниженную самооценку собственного тела и им сложнее обрести чувство идентичности. Исследования роли инстинктов в качестве движущих сил личности также показали существенную уязвимость фрейдовских формулировок. Но, пожалуй, самым важным выводом подобных исследований, являлось то обстоятельство, что, по крайней мере, некоторые понятия психоанализа могут быть сведены к форме, допускающей научную проверку (Шульц Д.П., Шульц С.Э., 1998).

К. Юнг (Jung C.): аналитическая психология



Юнг
Карл Густав
(1875–1961)

Швейцарский психиатр и психолог Карл Густав Юнг (1875-1961) был одним из первых учеников Фрейда, отмежевавшихся от своего учителя. Юнг не мог полностью принять фрейдовский пансексуализм, а Фрейд отрицательно относился к юнговскому пониманию мифологии и оккультных феноменов. Собственный психотерапевтический опыт и хорошее знание восточной философии позволило Юнгу заметить, что душевно больные и невротики часто до деталей “повторяют мифы, космогонии и примитивные научные представления древних и древнейших народов”. По его мнению для понимания нормы и патологии личности необходимо привлекать данные культуры, духовной истории человечества, в которую включен и которую интериоризирует индивид. Юнг также, в отличие от Фрейда, признает существование, кроме личного, еще и так называемого *коллективного бессознательного* (теория архетипов).

К.Г. Юнг родился и вырос в маленькой деревушке на севере Швейцарии. Он был единственным сыном в семье священника и много читал религиозной и философской

литературы. Став психиатром, он некоторое время работал под руководством Э. Блейлера, автора термина “шизофрения”.

С идеями Фрейда Юнг познакомился в 1900 году, но личная встреча с Фрейдом у него состоялась лишь в 1907 году. Их дружба длилась до 1912 года, когда они совсем прекратили личные отношения. Основной причиной разрыва их отношений были теоретические расхождения после опубликования Юнгом в 1911 году своей книги “Психология бессознательного”, которая была написана с позиций, существенно отличающихся от базовой концепции Фрейда.

Юнг известен и как создатель интересной классификации типологии личностей. В ее основе лежат признаки, указывающие на личностные различия по преимущественной направленности интересов человека на внешний (экстраверты) или внутренний (интроверты) мир. Его словесно-ассоциативный в настоящее время является одной из стандартных проективных методик. Юнгом также была организована первая в мире кафедра медицинской психологии (Базель, Швейцария).

Юнг оставался активным исследователем до 86-летнего возраста, поражая воображение обилием опубликованных работ. Однако экспериментальная психология скептически воспринимала многие из них из-за пренебрежения Юнгом традиционных научных исследовательских методов и мистической окраски большинства его произведений. Наиболее известными его работами являются: “Психологические типы” (1921), “Аналитическая психология: теория и практика” (1968), “Архетип и символ” (1991) и др.

Основные положения теории личности. По К. Юнгу, психика человека включает три уровня: сознание, личное и коллективное бессознательное. Определяющую роль в структуре личности отводится коллективному бессознательному, которое имеет врожденный характер и образуется из следов памяти, оставленных всем прошлым человечества.

Коллективное бессознательное проявляется у отдельных людей в виде *архетипов* (от греч. arche — начало и typos — образ; “первичная модель” или прообраз) — общих для всех людей направления идей, обобщенного опыта предков. Это не воспоминания или образы как таковые, а предрасполагающие факторы, под влиянием которых люди реализуют в своем поведении некие универсальные стереотипы восприятия, мышления и действия в ответ на определенные события.

Мозг унаследован нами от предков и является своеобразным органическим результатом психических и нервных функций всех наших предшественников. В нем имеются следы, отпечатки основных путей по которым издавна образовывались чувства и мысли всего человечества. При рождении, естественно, нет никаких врожденных представлений, но мозг ребенка имеет генетически закрепленную возможность определенным образом функционировать и развиваться. Архетип как таковой отличается от его переработанных форм — от сказок, мифов и т.д. Архетип, как полагает Юнг, это отпечаток, форма без собственного содержания, которая определенным образом организует и направляет психические процессы. Его можно сравнить с руслом реки без воды, но если там потечет вода (психические процессы), то она направляется определенным образом и принимает форму русла.

Таким образом, архетип проявляется здесь как своеобразный *элемент общего информационного пространства.* Он является Силой, влияющей на массы, но не прямо, а через “коллективное бессознательное”, подчиняя индивидуальное целеполагание коллективному. Архетипы обнаруживаются у людей не только в сновидениях, но и в реальном творчестве людей. Они выступают как обобщенные образы опыта предков (герои народных сказок, мифы, фольклор, обряды, традиции) и в виде символов (Крест, шестиконечная звезда Давида, буддийское “колесо жизни” и тому подобное).

С другой стороны Архетип рассматривается Юнгом и как *надиндивидуальный инстинкт*, в прошлом обеспечивавший выживание, но не отдельных организмов, а целых популяций в борьбе с другими популяциями. Поэтому коллективное бессознательное “населяют” архаичные или первоначальные образы, то есть всеобщие образы, существующие с древних времен. В толковании соотношения выделенных сфер

бессознательного Юнг явное предпочтение отдавал приоритету коллективного над личным “бессознательным”, подчиняя тем самым индивидуальные инстинкты (по Фрейду — Ид) — надиндивидуальным инстинктам (“метаинстинктам”).

Количество архетипов в коллективном бессознательном ограниченно, но они передаются из поколения в поколение, что способствует внутреннему единству человеческой культуры, делает возможным взаимосвязи различных эпох, взаимопонимание людей. Первичные образы (архетип “матери”, “героя”, “дитя”, “вражды братьев” и т.п.), трансформируясь в мотивы, заставляют человека вести себя в определенных ситуациях так, как это свойственно представителям всех культур. Главными архетипами являются собирательные образы матери и отца, а также архетип “Я” (Self), обеспечивающий целостность индивидуальности.



Структура личности по Юнгу

В структуре личности Юнг выделяет Сознание, Индивидуальное бессознательное и Коллективное бессознательное. В *структуре сознания* — два слоя: “Я для других” (Персона) и “собственно Я” (Ego).

Персона — самый поверхностный слой-маска в структуре сознания (архетип конформности). Она включает социальные роли, посредством которых человек представляет себя другим людям и обществу. Это наше публичное лицо. Здесь важное значение придается анализу различного рода символов покрытия себя (одежда), рода занятий (орудия труда, портфель) или социального статуса (автомобиль, дом, диплом). Все эти символы могут проявляться в сновидениях. Например, человек со “слабой” персоной может видеть во сне себя без одежды и даже без кожи. Социальные роли могут, как подавлять индивидуальность, так и способствовать ее развитию.

Однако основную роль в сознательной жизни человека играет не Персона, а более глубокие слои сознания — *Ego*. Являясь одним из основных архетипов личности, Ego создает ощущение осознанной связанности и непрерывности течения мыслей, чувств и действий. Хотя Ego и возникает из бессознательного, но имеет только сознательное содержание, которое образовалось из личного опыта.

Индивидуальное бессознательное складывается из переживаний, бывших когда-то осознанными, а затем забытых и вытесненных из сознания. Оно включает в себя “Тень”, “Аниму и Анимус”, а также “самость”.

Тень — это то, что человек считает низким и аморальным в себе, в своей личности. Как Ego является центром сознания, так и тень является центром индивидуального бессознательного. Юнг понимает тень, в отличие от Фрейда, не как разрозненный вытесненный в бессознательное материал сознания, а как

своеобразное целое — негативное Я. Тень часто переживается во снах как темная, примитивная, враждебная и отталкивающая фигура. Юнг предупреждает, что нужно почаще “вглядываться в себя”, т.к. свою тень опасно не признавать. Она, являясь составной частью личности, подчеркивает присущую человеку амбивалентность: робкий в своем бессознательном храбр, храбрый — робок, добрый — зол, а злой — добрый. Тень своими корнями уходит в коллективное бессознательное и поэтому может дать ценный материал для Ego.

Анима (у мужчин) и *Анимус* (у женщин) — это вытесненные из сознания нежелательные представления о себе как о мужчине или женщине. Таким образом, Анима — женское начало в мужчине, а Анимус — мужское начало в женщине. Юнг полагает, что эти образы являются собирательными бессознательными образами (архетипами) женщины или мужчины как таковых и оказывают влияние на выбор супругов, проявляются в сновидениях и фантазиях. Мать для мальчика и отец для девочки оказывают значительное влияние на развитие Анимы и Анимуса.

“*Самость*” (Self) — центральный архетип индивидуального бессознательного. Самость — это внутренний руководящий фактор целостной личности, некая “идеальная личность”. Юнг убежден, что сознание и бессознательное не противостоят, а дополняют друг друга. Их динамическое равновесие, примирение полярностей и есть целостная личность, объединенная самостью. Самость перемещает эго в центр психики.

Развитие самости — главная цель жизни человека, однако большинству людей их самость незнакома, она у них не развита и они считают центром личности Ego. Архетип самости не реализуется до тех пор, пока не наступит гармонизация всех аспектов души, а к этому можно придти не ранее среднего возраста. Для Юнга середина жизни является критическим поворотным моментом, когда перед индивидом открываются новые возможности для саморазвития.. Человеку уже не требуется интенсивно устанавливать внешние связи, ему не нужна форсированная социализация. В зрелом возрасте человек в основном поглощен внутренней работой самопознания и самореализации (“индивидуацией”). Человек во второй половине жизни может обрести новое полновесное развитие своей личности. Человек в этом возрасте способен принять в своем “Я” как “женское”, так и “мужское” начало.

Однако развитие самости не означает растворение и исчезновение Ego. Оно продолжает оставаться центром сознания, но уже понимается в связке с самостью, объединяющей сознательные и бессознательные психические процессы. Символика архетипа Самость несет в себе идею целостности, поэтому Самость часто символизируется в снах или образах безлично — как точка, круг или божество. Процесс установления связей между Ego и Самостью — это процесс развития, взросления человека, или его “*индивидуации*” (по Юнгу) с самореализацией, с “расширением” человеческого “Я”, его самосознания.

Концепция психической патологии: мистические неврозы. Нарушения в динамическом равновесии сознания и бессознательного проявляются неврозами. Обычно это возникает, когда проблемы жизни препятствуют к полноте воплощения личностью своих возможностей (“индивидуации”), исходящих из архетипа Самость. При этом происходит регресс психики с оживлением других, более древних, архаических архетипов коллективного бессознательного, которые в прошлом обеспечивали выживание популяции. Причиной бессознательного оживления и вторжения в сознание этих архетипов может быть и внезапная психическая травма, травмирующая проблемная ситуация, которые ослабляют Самость. Древние архетипы, проникая в сознание, своим необычным “обликом” расстраивают психику. Они порождают “благоговейные” страхи, депрессию и часто

мистические переживания. Так по Юнгу возникают *“мистические” неврозы*. Причем при “слабой” его форме человек испытывает лишь неприятные переживания, а при “сильной” форме — появляется мистический страх, сознание наполняется мифологическими образами, мышление становится архаичным и даже мистичным. В этом сходство такого первобытного мифологического мышления с некоторыми проявлениями расстройств мышления при шизофрении. Например, у ряда больных шизофренией возникают символические идеи, которые невозможно объяснить опытом их субъективной жизни, но лишь историей ума всего человечества.

По мнению К. Юнга комплексы (архетипы), особенно при “слабом” неврозе, можно обнаружить словесным ассоциативным экспериментом. Субъект на слова–раздражители, которые “затрагивают” эмоциональный комплекс, иногда реагирует не только изменением времени ответа, но часто как бы несвязанными, бессмысленными словами, исходящими из этого архетипа. Эти слова после эксперимента самим человеком даже плохо помнятся. Психоанализ, согласно Юнгу, заключается в осмыслении различных вариантов откликов Архетипа на слова–раздражители. С этих позиций рассматривается здесь символика снов и художественного творчества.

Аналитическая терапия направлена на оптимизацию взаимодействия сознания и бессознательного. Устранение отдельного симптома болезни к выздоровлению не приводит, т.к. убрав один симптом взамен получаем новые. Их первопричина — эмоциональный архаичный “комплекс” и он должен является мишенью для лечебного воздействия. Чтобы корректировать “комплекс”, необходимо “извлечь” его из бессознательного, переосознать его и изменить эмоциональный знак — поменять направление аффекта. Все это имеет сходство с “отреагированием” в понимании Фрейда, только у Юнга этот процесс называется “индивидуацией”.

Здесь пациент должен самостоятельно, хотя и с помощью врача, отрыть для себя смысл мистической символики его собственных страхов и кошмарных сновидений. Для Юнга важно, чтобы у человека проснулась творческая активность и он через рисование своих страхов и образов сновидений их отреагировал. Техника рисования здесь не имеет значения, так как важнее всего интеллектуальное и эмоциональное постижение этих образов, благодаря чему они не только становятся понятными, но и морально интегрируются сознанием. Тем самым психика обретает целостность и душевное здоровье. Психологическая личностная коррекция эффективна тогда, когда происходит одновременно коррекция как “тени”, так и “персоны”.

А. Адлер (Adler A.): индивидуальная психология

Альфред Адлер (1870-1937) был вторым учеником З. Фрейда, отошедшим от своего учителя. Он не принял фрейдовской концепции либидо, пансексуализма, выступал против расчленения личности на три инстанции и детерминации ее развития биологическими потребностями. Им предпринята первая попытка так называемой “социологизации” учения Фрейда.



Адлер
Альфред
(1870–1937)

А. Адлер был третьим из шести детей небогатого еврейского семейства, проживающего на окраинах Вены. Он был очень болезненным ребенком, а когда ему было 3 года, у него умер младший брат. Как писал сам Адлер, его ранние

детские воспоминания несут в себе ощущение болезни и боли. В его психологической системе, вероятно, не случайно появляются утверждения, что порядок рождения, количество детей в семье и содержание ранних воспоминаний являются теми немногими достоверными источниками информации о личности, по которым мы судим о формировании ее жизненного стиля.

После окончания Венского университета Адлер примыкает к социал-демократическому движению, женится на студентке из России. С годами увлеченность Адлера психологией росла, а политикой — падала, чего нельзя было сказать о его жене Раисе. Даже старшая дочь Адлера Валентина предпочла вместе со своим мужем спасаться от надвигающего фашизма не в США (как ее родители в 1935 году), а в СССР, где позже и теряется ее судьба в сталинских лагерях. Однако увлеченность Адлера политикой также не прошла бесследно, по крайней мере, именно этим ряд исследователей объясняют близость многих элементов психологической концепции Адлера и социалистической теории. Отличительной чертой в этом плане его Индивидуальной психологии часто называют выдвигаемые им идеи улучшения условий человеческого существования и повышения благосостояния группы, а не только преодоления индивидуальных трудностей. Адлер, особенно в поздних работах, все больше и больше начинает отдавать предпочтение именно развитию социальных чувств в человеке по сравнению со стремлением к саморазвитию.

Практическая работа Адлера с 1920 года протекала главным образом в Воспитательных консультативных центрах, которые создавались в разных странах, и где особое внимание уделялось развитию социального чувства у ребенка. Уникальной чертой Адлерианских центров было то, что консультирование детей там проводилось публично, в присутствии родителей, учителей, психотерапевтов и просто интересующейся публики. Предполагалось, что публичный характер процедуры позволяет ребенку понять, что его проблема не является лишь его частным делом, так как незнакомые люди тоже интересуются ею. Вся последующая деятельность Адлера становится попыткой как можно шире распространить свои идеи, “передать весть” как можно большему числу людей, и в особенности тем, кто смог бы передать эту весть дальше — учителям, воспитателям и родителям. Он и умер в дороге — по пути из США в Европу на собственную лекцию (цит. по Сидоренко Е.В., 1993).

Адлер полагает, что основной детерминантой в развитии личности является “воля к власти”, которая с рождения присутствует в человеке. Представления Ч. Дарвина о борьбе за превосходство как о средстве выживания сначала полностью было принято Адлером. Однако позднее идее о выживании наиболее приспособленных и гибели неприспособленных Адлер противопоставляет мысль о том, что физическая и психическая (характерологическая) неполноценность, наоборот, нередко является стимулирующим, способствующим победе за выживание, фактором.

Человек стремится найти способы для преодоления своего чувства неполноценности и прибегает к разным видам компенсаций. Именно из чувства слабости и неполноценности ребенка по отношению к миру взрослых развивается специфический для каждого человека стиль жизни. Чувство неполноценности, вызывающее стремление к превосходству, проявляется уже в первые 4-5 лет жизни ребенка в виде “цели победы”. Даже агрессия Адлером рассматривается скорее как инициатива к преодолению препятствий и не отождествляется с враждебностью.

Чувство неполноценности, хотя оно и порождается органическим несовершенством человека, его слабостью, является все же “социальным чувством”. Именно оно подталкивает человека к его преодолению, начиная со “стремления к превосходству” и кончая “стремлением к совершенству”. Таким образом, в отличии от понятия “воля к власти” философа Ф. Ницше, адлеровское “стремление к превосходству” имеет более широкий смысл — это еще и побуждения улучшить себя, развить свои способности. Не случайно эти идеи стали позже активно развиваться в гуманистической психологии.

Постепенно индивидуальные способы адаптации, которые формируются в детстве, становятся привычными и определяют *стиль жизни* человека, его способы решения проблем в трех главных сферах — в работе, дружбе и любви. Стиль жизни уже прочно складывается и закрепляется в дошкольном возрасте, а в дальнейшем он является лишь только совершенствованием своей основной структуры. Стиль жизни определяет основные типы личности: управляющий, берущий, избегающий или социально-полезный. Только последний тип Адлером считается социально зрелым, проявляющим истинную заботу о других и заинтересован в общении с ними.

Таким образом, воспитание, и главным образом наши переживания в семье, могут либо привести, либо не привести к превращению инстинктивных чувств детей к физическому контакту, привязанности и присоединению в "социальное чувство", т.е. в сознательный интерес к здоровью и благополучию своих близких, Земли, а потом и всего Космоса (Urich M.F., 1990). Недостаточность должного развития социального чувства, по мнению Адлера, всегда обнаруживается практически при любой душевной патологии — неврозах, алкоголизме и наркоманиях, половых извращениях, самоубийствах, преступности и т.п.

Для изучения социального интереса последователями Адлера предлагалось достаточно много методик. Ниже приведен фрагмент Шкалы личностной значимости черт J.Grandall (1991), где нужно в каждой паре подчеркнуть качество, которое в себе человек ценит более высоко.

Я скорее бы выбрал качество:

1. Одаренный воображением – Рациональный
2. Полезный – Сообразительный
3. Умелый – Сопереживающий другим
4. Уравновешенный – Продуктивный
5. Интеллектуальный – Деликатный
6. Надежный – Честолюбивый
7. Великодушный – Особенный
8. Способный – Принимающий других
9. Трезвомыслящий – Сообразительный

Показатель социального интереса определяется по сумме ключевых ответов по одному баллу за первую по порядку черту пары 2, 7 и вторую черту пар 3, 5, 8 (максимум 5 баллов), все остальные пары не учитываются (буферные).

В оригинальном варианте теста 24 пары понятий с максимумом 15 баллов по показателю социального интереса. Исследования показали, что студенты университета набирают в среднем 8,2 балла, а служители церкви — 11, 2 балла.

Концепция патологии: невроз адлерианского типа. Стремление к превосходству в каждом человеке уникально, так как каждый человек ставит перед собой только ему свойственные жизненные цели. Душевное заболевание по Адлеру возникает по причине рассогласования между этим неосознаваемым стремлением к самосовершенствованию ("личностному идеалу") и реальными характеристиками личности. Главным признаком такого рассогласования является отсутствие или подавление у человека "социального, общественного чувства". Здесь уже имеет место не адекватное и успешное преодоление чувства неполноценности, а преодоление его посредством "сверхкомпенсации". Это приспособление к жизни может быть в виде одностороннего чрезмерного развития какой-то одной черты или способности или через механизмы "ухода в болезнь" со своеобразной "выработкой" невротических симптомов для оправдания неудач.

В понимании Адлера, для больных неврозами характерно снижение уровня *внутренней активности* человека, необходимой для правильного решения своих жизненных проблем. Они хотят, чтобы другие им помогали разрешать их

повседневные заботы, баловали и все прощали. Они борются за свои *эгоистические жизненные цели*. Поэтому, согласно Адлеру, недостаток искреннего сотрудничества с людьми, неразвитость социального чувства является корнем всех неврозов. Истинные причины невроза уходят в детство, когда вырабатывался невротический стиль жизни. Затем этот ошибочный стиль жизни почти неизбежно приводит к столкновению с реалиями жизни, которые становятся пусковой ситуацией болезни.

"Личностный идеал", стержнем которого является «общественное чувство», созревает, согласно Адлеру, к 3-5 годам. Он подобен изначально заложенной *внутренней программе*, которая направляет человека к поиску своего уникального предназначения. Если условия воспитания и жизни не позволяют реализоваться этой программе, она получает ложные цели, формируется невротический стиль жизни и возникает душевная патология.

Исходя из этого, строится и стратегия исцеления от невроза. С помощью метода ранних воспоминаний нужно искать не сексуальные травмы, как это предлагал З. Фрейд, а светлые стороны детской жизни, в которых с непосредственной детской искренностью, как "воспоминания о будущем", может символизироваться истинный "Личностный идеал", хотя он заявляет о себе также в сновидениях, фантазии, творчестве. Открытие человеку этих сторон его личности оказывает целебный эффект, формирует чувство оптимизма и позволяет понять ему, что он находится во власти бесполезных и ложных целей, которые требуют пересмотра.

Таким образом, целью терапии неврозов по Адлеру является выявление ошибочных суждений больного о себе и других людях, устранение ложных жизненных целей и формирование новых, помогающих реализовать свой личностный потенциал. Состояние оптимизма, которое при этом возникает, устремляет психику в «будущее», делая ее цельной (и поэтому целостной). А устремленность в «будущее», в свою очередь, вызывает пробуждение у человека «общественного чувства», понимания его связи со своими близкими, другими людьми.

К. ХОРНИ (HORNEY K.): ТЕОРИЯ "БАЗАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ"

Карен Хорни (1885-1952) родилась недалеко от Гамбурга в норвежско-голландской семье, принявшей немецкое гражданство. Она получила медицинское образование и занималась психоаналитической практикой в клиниках Берлина. В 1932 году из–за начавшихся гонений на психоаналитиков К. Хорни переехала в США. В 1941 году за отступничество от ряда положений ортодоксального фрейдизма была исключена из Американской психологической ассоциации. Тогда же, с группой единомышленников, она создала параллельную Ассоциацию развития психоанализа, в которой активно работала до конца жизни. Основные работы: "Невротическая личность нашего времени" (1937), "Новые пути в психоанализе" (1939), "Самоанализ" (1942), "Наши внутренние конфликты" (1945), "Невроз и человеческий рост. Борьба за самореализацию" (1950).



Хорни Карен (1885–1952)

К. Хорни — один из создателей неофрейдизма, его лидер и ее *социокультурнурную концепцию личности* отличает отказ от упрощенного биологизма, присущего теории Фрейда. Она была также одним из первых психоаналитиков, переключивших свое внимание с ранних детских сексуальных переживаний как основных источников психических нарушений на более широкий культурный контекст, в котором эти переживания возникают и развиваются (социокультурная теория неврозов). К. Хорни считается также лидером феминисткого движения в психологии. Анализируя мужское видение женщин психоаналитиками, она доказывала, что в нем слишком мало научного основания.

Главную сущность человека К. Хорни видит в его чувстве тревоги, которое формируется в младенчестве. Ребенок начинает испытывать тревогу с самых первых минут своего рождения, своего существования вне чрева матери. Это чувство тревоги фиксируется и становится внутренним свойством психической деятельности — "*базальной тревогой*". Таким образом, эта тревога обусловлена не биологическими, а социальными факторами. Карен Хорни описывает базальную тревогу как "чувства ребенка одинокого и беззащитного в потенциально враждебном ему мире". Это внутреннее беспокойство порождает желание избавиться от него, что и является основной глубинной мотивацией поведения. Именно базальная тревога, а не инстинкты, заставляет человека стремиться к безопасности, строить свое поведение таким образом, чтобы не провоцировать ее усиления.

Ключевой период в процессе формирования личности — детство. Изначальная беспомощность маленького ребенка ставит его в особо уязвимую, зависимую позицию. Множество внешне различных особенностей родительского поведения (недостаток любви и заботы, запугивание, неадекватное восхваление, игнорирование самостоятельности и прочие) приводят в конечном итоге к одному результату — ребенок становится не способным выработать в себе должное самоуважение. Это оборачивается неуверенностью в себе, одиночеством, страхами, ощущением обиды, которые в своей основе сопряжены с тревожно–враждебным отношением к миру, чаще всего глубоко бессознательным.

Со временем дети интуитивно находят способы, как избавляться от тревоги и справляться со своим окружением: кто-то спасается от вторжения в свою жизнь вспышками гнева, кто-то — уходом в мир грез и фантазирование, а кто-то — слепой преданностью и послушанием. В любом случае ребенок вынужден расплачиваться за "выживание" в подавляющей или эмоционально холодной атмосфере семьи *утратой своей внутренней свободы* — свободы в своих чувствах, желаниях, в отношениях к людям и даже к самому себе. Здесь заключены и источники невротических наклонностей, которые могут властвовать человеком всю его жизнь.

Концепция патологии: ситуационные и характерологические неврозы. Главной чертой невроза, по мнению К. Хорни, является отчуждение от реального "Я" в результате подавляющего воздействия окружающих. Реальное "Я" это не фиксированная сущность, а ряд врожденных возможностей (темперамент, таланты, способности и склонности). Они являются частью нашей наследственности, но для их развития необходимы благоприятные условия, "атмосфера тепла", которая создается в семье. Когда ребенок чувствует, что его не воспринимают, как самостоятельную личность у него возникает чувство незащищенности и тревога, которая вынуждает его развивать защитные стратегии. Так формируется базальный внутриличностный конфликт, как своеобразное расстройство с самим собой.

В попытках справиться с чувством базальной тревоги, беспомощности и беззащитности могут вырабатываться различные способы (“стратегии”) поведения. Если какая-либо часть подобных поведенческих стратегий становится фиксированной частью личности ребенка, то это уже можно обозначить как невротическую потребность, как своеобразный защитный механизм против тревоги.

Невроз, по версии психоанализа К. Хорни, представляет собой набор различных защитных реакций на базальную тревогу. Разница между здоровым человеком и страдающим неврозом сводится лишь к степени выраженности конфликтующих тенденций. К. Хорни приводит множество подобных невротических стратегий поведения: “невротическое стремление к любви” как средство безопасности в жизни; “невротическое стремление к власти”, объясняющееся страхом и враждебностью к людям; стратегия самоизоляции от людей, “бегства” от окружения; стратегия признания своей беспомощности (“невротическая покорность”) и другие. В более поздних работах она объединяет все невротические потребности в три большие группы:

1) услужливая личность — тот, кто испытывает потребность быть рядом с другими людьми, тянется к людям, в ком сильна потребность в одобрении и любви со стороны доминантного партнера;
2) отрешенная личность — тот, кто испытывает потребность в одиночестве, бежит от людей, в ком сильна потребность в независимости, кто ведет замкнутый образ жизни;
3) агрессивная личность — тот, кто нуждается в противодействии людей, тянется к власти и престижу, кто нуждается в восхищении, успехе

Ни одна из этих стратегий не является в достаточной степени реалистичным способом справиться с тревогой. Более того, различные стратегии–потребности часто не согласуются между собой, что приводит к дополнительному конфликту внутри личности.

Когда человек под влиянием внешних временных психотравмирующих обстоятельств впервые выбирает для себя ту или иную стратегию поведения, то она еще достаточно подвижна и гибка, чтобы допускать возможность изменений. Именно таким путем и возникают “ситуационные неврозы”, которые более податливы излечению.

В случаях, когда стратегия поведения уже стала фиксированной частью личности, а человек сталкивается с ситуацией, где эта стратегия не эффективна, то он, как правило, изменить свое поведение уже не в состоянии. Подобные жестко фиксированные стратегии только усиливают проблемы, поскольку охватывают всю личность в целом: взаимоотношения с другими людьми, самооценку и отношение к жизни в целом. В этих случаях “изначального конфликта” может возникать подлинная болезнь — “невроз характера”.

Психоанализ как лечебную процедуру К. Хорни изображает как совместный процесс, в котором аналитик и пациент стремятся к одной и той же цели. Аналитик не должен принимать на себя авторитарную установку, так как важно поощрять инициативу самого пациента. Задачи пациента заключаются в том, чтобы как можно полнее выразить себя с помощью свободных ассоциаций, выявить бессознательные силы и импульсы, которые воздействуют на его жизнь, а также изменить поведенческие стереотипы, нарушающие его отношения с собой и другими. Аналитик должен быть союзником пациента, помогая ему осознавать свои защитные стратегии и их деструктивное воздействие на жизнь.

К. Хорни, вероятно, первый представитель того направления, которое сейчас называют гуманистический психоанализ. Ее теория и теория А. Маслоу, на

которого Хорни значительно повлияла, дополняют друг друга. Кроме того, К. Хорни предлагает сделать психоаналитический процесс доступным для всех людей, заинтересованных в своем развитии. Поискам подходов к этой проблеме и посвящена ее книга “Самоанализ”. Избавление от невроза видится ей в освобождении от своего “идеализированного Я”. Искажения личности происходят не из-за стремления к идеалу вообще, а из-за неправильного содержания идеала. Структура личности при более мягких неврозах является менее ригидной, чем при тяжелых неврозах, и даже единичное обнаружение бессознательного конфликта может быть поворотным пунктом к более свободному развитию человека. Опыт работы К. Хорни показал реальность для некоторых пациентов самостоятельного преодоления своих внутренних психологических ограничений, оставленных прошлыми переживаниями.

Г. Салливан (Sillivan H.S.): интерперсональная теория



Салливан Гарри Стэк (1892–1949)

Гарри Стэк Салливан (1892-1949) — американский психиатр и психолог, представитель неофрейдизма. Его основные положения относительно теории личности изложены в книге “Межличностная теория в психиатрии” (1963). Теория Салливана сложилась под влиянием многих психологических школ — G. Mead, S. Freud, K. Lewin.

По мнению Салливана поведение человека направляется двумя основными стремлениями: к *удовлетворению* (реализация биологических потребностей) и *безопасности* (удовлетворение личностных потребностей). Воплощение этих стремлений возможно только *в контакте с другими людьми*. Следовательно, объектом психологического исследования должна быть личность как относительно устойчивая модель повторяющихся межличностных ситуаций, так как *личность формируется и проявляется в межличностных отношениях* (как реальных, так и воображаемых).

Ребенок при рождении испытывает дискомфорт и беспокойство (тревогу), поэтому основными механизмами личностного развития являются *потребность в безопасности* (нежности, ласке) и *стремление избежать тревогу*. Удовлетворение даже сугубо органических потребностей ребенка в человеческом обществе непременно требует участия другого человека. Салливан даже вводит понятие “межличностных потребностей”, причем основной из них он называет потребность в ласке. В зависимости от возраста один и тот же вид потребностей может выражаться и удовлетворятся по-разному. Таким образом, ребенок с момента рождения сразу включен в существующие межличностные (социальные) отношения. На основе межличностных отношений и формируется у ребенка Я–система, центральный динамизм, который обеспечивает безопасность личности, защищая ее от тревоги. Отсюда Салливан выделил ряд стадий (периодов) онтогенетического развития личности, связанных с изменениями складывающихся межличностных отношений.

Антенатальный период изначально психологически безопасен для ребенка, находящегося в утробе матери. Однако, уже в это время складывается определенная расстановка сил, межличностных отношений, связанных с его будущим рождением — антенатальная диспозиция (законный брак или внебрачный ребенок, беременность желательна или не желательна для женщины). Антенатальная

диспозиция в итоге может повлиять на обеспеченность удовлетворения основных потребностей ребенка после рождения, а значит и на становление его как личности.

Второй период, *“первичная семья”* (мать–ребенок) — начинается с момента родов, который сопровождается физиологическим и психологическим дискомфортом ребенка, обозначаемым первичным страхом. В норме этот “первичный психологический страх”, чувство беспомощности ребенка систематично купируются заботливой матерью, которая его кормит и ласкает, формируя таким образом вторичное чувство безопасности (“психологическое рождение”). Если мать аутична и не ласкова, то процесс “снятия” первичного психологического страха протекает неполноценно и может служить в будущем основой повышенного риска возникновения для таких людей различных заболеваний (неврозов, психозов, психосоматических расстройств), а также антисоциального поведения.

Третий период — *“нуклеарная (ядерная) семья”*, по мнению Салливана, моделирует главные межличностные отношения (вертикальные, горизонтальные и ролеполовые), существующие в обществе и которые неосознанно усваивает ребенок. Теоретически такая семья пятичленна: ребенок, его родители, а также брат и сестра. Любая семья так или иначе воспроизводит и демонстрирует ребенку взаимоотношения полов (отношения между отцом и матерью, братьями и сестрами), отношения субординации и соподчиненности — вертикальные связи (старший–младший, родитель–ребенок, начальник–подчиненный) и отношения внутри каждого субординационного уровня (между взрослыми, между детьми).

На четвертом этапе, с возраста около 4-х лет ребенок включается в *дошкольную группу*, где осваивает определенные социальные роли и впервые приобретает социальный статус. При вхождении в группу сверстников ребенок может находится там на правах полноценного члена и у него вырабатывается адекватное социально-ролевое поведение, но может быть и иначе. Возможны варианты неполноценного члена группы, а то и вовсе отверженного. Для вхождения в группу важное значение часто приобретают различные внешние атрибуты, зависимые от традиций, других социокультуральных и этнографических условий.

В возрасте 7-10 лет — *младшая школьная группа* — основное внимание должно уделяться “отработке и тренировке” взаимоотношений по вертикали. Важно выработать у ребенка не слепое послушание старшим из-за страха наказания, но и активное желание подчиниться. Упрямство — скорее признак слабости; только вовремя наученный повиноваться может в будущем адекватно властвовать, нормально руководить.

Подростковый период характеризуется нарастанием значимых для подростка интерперсональных связей вне семьи. Родители подростка начинают чаще сталкиваться с его упрямством, непослушанием и ощущают снижение своего авторитета (подростковый негативизм). Замечено, что больший воспитательный эффект в этом возрасте достигается воспитанием “через референтов”, т.е. значимых для подростка лиц (друзья или, например, спортивный тренер). Другой основной проблемой этого возрастного этапа является половое созревание и бурное становление сексуального влечения. У Салливана, также как и у Фрейда, повторяется идея о подростковой гомосексуальности. Однако, Салливан не считает подростковую гомосексуальность неизбежной, так как, по его мнению, она обусловлена не биологическими, а социальными факторами. Как курение или употребление наркотиков, подростковая гомосексуальность — это социально обусловленный риск, зависимый от наличия или отсутствия в окружении подростка референтных асоциальных групп.

Юношеский возраст также характеризуется увеличением числа интерперсональных связей, однако качественное своеобразие этого периода связано с завершением формирования когнитивных процессов. Это проявляется в склонности юношей ставить перед собой вопросы философского плана и размышлять о смысле жизни, при этом нередко возникает состояние своеобразной разочарованности и пессимизма. Подобные юношеские возрастные кризы иногда могут составить сложности в дифференциальной диагностике их с дебютом шизофрении (синдром "философической интоксикации") или эндогенной депрессии.

Большинство проблем жизни *взрослого человека* (периоды молодости и зрелости) Салливаном понимаются через призму выдвинутых им положений формирования личности ("Я–системы") с ее механизмами психологической защиты — "избирательного внимания". Бессознательное сличение с эталоном воспринятого в детстве лежит в основе механизмов идентификации и избирательности внимания, или, точнее сказать, невнимания к тому, что может вызвать у человека дискомфорт. Например, объяснения человека о "плохом" начальстве, вынуждавшем его многократно менять работу, в своей основе могут быть связаны с недостаточной сформированностью "вертикальных отношений" в соответствующие периоды детства.

Для *пожилого возраста* характерны как биологический (инволюция), так и психологический кризы. Психологические кризы могут рассматриваться в этом возрасте как личностные реакции на свое возрастное увядание, а также отстранение от активной трудовой деятельности (так называемые "пенсионные неврозы").

В *старческом возрасте* психологически наиболее трудным для человека является ситуация одиночества. Человек может физически жить дольше всех своих близких, друзей и знакомых ("пережить" их, утратив все свои интерперсональные связи), что иногда называют социальным умиранием или смертью "социального атома". Социальный атом может умереть одновременно со своим носителем, а может и пережить человека. В последнем случае интерперсональные связи сохраняются и цементируются его образом в памяти общавшихся с ним людей.

Проблемы "социального умирания" характерны не только для старческого возраста, но и тяжелых инвалидизирующих соматических и психических заболеваниях, когда социальное окружение "забывает" больного человека. Реабилитация больных и инвалидов должна предусматривать не только биологическое лечение, но и наиболее полное восстановление психологического и социального функционирования.

Патологический аспект. В своей клинической практике Салливан придерживался мнения, что психические расстройства могут быть поняты только в контексте социальной среды, окружающей человека. Помимо изучения навязчивостей Салливан много занимался и проблемами шизофрении, различая две ее разновидности. Одна из них имеет органические причины и потому находится за пределами межличностной психиатрии. Вторая включает шизофренические нарушения, которые преимущественно связаны с ситуативными факторами. Эта форма болезни, как он полагает, поддается психотерапевтическому лечению. Она сопровождается диссоциированными реакциями с чувством одиночества, низкой самооценкой, тревогой, неудовлетворительными отношениями с людьми. Здесь заболевание является своеобразной стратегией диссоциации Я–системы с погружением в свой внутренний мир, что помогает "уходить" от общения, снижать тревогу и "замораживать" переживания, которые угрожают личностной безопасности.

Салливан разработал своеобразную лечебную процедуру, названную им *"психотерапевтическим интервью"*. Оно содержит четыре стадии: формальное вступление (знакомство), исследование (вопросы о разных проблемах жизни пациента,

пока его “мыслеобразы” не сосредоточатся на одной наиболее для него важной), подробный опрос (попытка глубже понять эту проблему в контексте межличностных отношений; при этом задаются вопросы, которые требуют подробных ответов) и заключение или перерыв (заключение означает, что встречи завершены, а перерыв предполагает продолжение бесед и пациенту дается “домашнее задание”, т.е. предлагается что-то сделать или вспомнить). Стадия исследования может продолжаться в общей сложности от 7 до 15 часов, но может длится и 20 минут, если терапия состоит всего из одного сеанса интервью. Психотерапевт в процессе интервью больше интересуется межличностными отношениями больного, пытаясь сделать его личность более цельной, заменяя “рассогласовывающие” мотивации на “согласовывающие”. Пациент должен понять, что нужно пожертвовать какой-то долей своей безопасности при общении с людьми, так как достичь психического здоровья можно лишь через общепризнанные межличностные отношения.

Э. ФРОММ (FROMM E.): ТЕОРИЯ ОТЧУЖДЕНИЯ



Фромм Эрих (1900-1980)

Эрих Фромм (1900-1980), доктор философии и сотрудник института психиатрии, родился в Германии, но с 1934 года жил и работал в США, поэтому его причисляют к американским психологам. Его учение является как бы наиболее “социализированным” учением неофрейдизма, “культурным, или гуманистическим психоанализом”. Первая книга “Бегство от свободы” была им опубликована в 1941 году. Творчество Фромма носит более философско-этический, а не клинический характер. Он часто начинает свои труды с изложения учения К. Маркса об отчуждении результатов труда от производителя в антагонистических классовых обществах. Однако Фромм расширительно толкует эти положения, распространяя их на основы отношения людей.

Его гуманистический психоанализ предполагает, что основным источником страха, тревоги, чувства одиночества и изоляции у человека является отрыв его от мира природной стихии. Человек, в отличие от других представителей животного мира, лишился своей изначальной связи с природой. У него не стало мощных инстинктов, но он овладел способностью мыслить. Эта способность мыслить позволяет ему выжить, но одновременно толкает к попыткам разрешить вопросы, на которые нет ответа. Эти вопросы Фромм называет “экзистенциальными дихотомиями”, так как их природа коренится в самом существовании.

Главной дихотомией является вопрос о жизни и смерти. Смерть человеком упорно отрицается путем веры в жизнь после смерти. Вторая базовая дихотомия заключается в противоречии идеального представления о полной самореализации и невозможностью ее достичь из-за слишком короткой жизни человека. Третья экзистенциальная дихотомия состоит в том, что человек автономен и одинок, но одновременно понимает, что без других он обходиться не может. Фромм утверждает, что психически здоровый человек отличается от больного тем, что оказывается в состоянии найти ответы на те экзистенциальные вопросы, которые отвечают его экзистенциальным потребностям.

Интерпретация личности Фроммом начинается с анализа условий существования человека и их изменений, начиная с конца средневековья по наше время. Он утверждает, что одиночество, изоляция и отчужденность присущи всем людям, в том числе и нашего поколения. Отчуждение состоит в нарушении

естественной, гармоничной связи человека с природой и на этой основе с другим человеком и самим собой.

Одновременно, для каждого исторического периода характерным было и прогрессивное обретение личной свободы человека. Невиданная свобода от жестких социальных, политических, экономических и религиозных ограничений в современных обществах потребовали и компенсации в виде чувства безопасности и принадлежности к социуму. Фромм полагает, что образовалось огромное *противоречие между свободой и безопасностью* и именно оно становится причиной основных трудностей в жизни современного человека. Человек пытается преодолеть свое одиночество "бегством от свободы".

Фромм указывает на ряд способов, или стратегий такого бегства от свободы. Невыносимость бремени отчуждения может перерастать в чувство агрессии как к окружению (садизм), так и к себе (мазохизм). Отчуждение также может выражаться в конформизме, приспособленчестве к другим людям, условиям жизни. Сам по себе стратегии бегства от свободы несут в себе функцию своеобразной психологической защиты от тягостного чувства одиночества. Последнее часто может проявляется компульсивно и лежит в основе внешне беспричинных самоубийств.

Вся активность человека подчинена решению базовой проблемы отчуждения — обретению единства с миром и самим собой. Однако, как подчеркивает Фромм, природа человека двойственна: он стремится к независимости и свободе, но последняя способствует отчуждению. Эта дихотомия свобода–безопасность обусловлена экзистенциальными потребностями человека — потребности в связях с другими людьми, потребности в созидательном творчестве, потребности в корнях (связи с семьей), потребности в своей идентичности (быть самим собой, а не копировать других), потребности в системе взглядов для объяснения сложности мира. Общество предоставляет возможность удовлетворения этих потребностей, формируя у человека *структуру личности* — как образование с детства устойчивых "основных ориентаций характера".

Фромм выделил пять социальных типов характера, превалирующих в современных обществах: *рецептивный тип* (убеждены, что все хорошее в жизни находится вне их самих, они оптимистичны и идеалистичны), *эксплуатирующий тип* (негативные черты — агрессивность, эгоцентризм, а позитивные — уверенность в себе, чувство собственного достоинства), *накопительский тип* (тенденция к овладению материальными благами, властью), *рыночный тип* (убежден, что и личность является товаром, отношения с окружением поверхностные), *продуктивный тип* (независим, честен, спокоен, ориентирован на социально-полезную деятельность). Последний тип в теории Фромма — это идеальное состояние человека.

Патологический аспект: расстройства личности. Среди расстройств личности Э. Фрмм особо выделяет некрофилию, злокачественный нарциссизм и инцестуальный симбиоз.

Некрофилия. Э. Фромм сформулировал идеи о существовании в активности людей биофильной и некрофильной ориентации, то есть ориентации на жизнь и ориентации на смерть (они содержательно соотносятся с описанием З. Фрейдом инстинктов жизни и смерти). Характерологически некрофильны те люди, которые чувствуют влечение ко всему неживому. Они охотно говорят о смерти, о болезнях, о похоронах, при этом воодушевляются. Они холодны, подвержены закону и порядку, живут прошлым и никогда не живут будущим. Противоположностью является биофильная ориентация — любовь ко всему живому. Сюда включаются и тенденции к интеграции и объединению, к росту соответственно качества и

структуры живого. Объединение и совместный рост, — характерные признаки жизни, в том числе жизни чувств, мышления и всех проявлений психического в человеке. Преобладание того или иного вида ориентировки определяет образ жизни человека.

Злокачественный нарциссизм. В своей мягкой форме нарциссизм выражается в повышенном внимании к собственной персоне и своему телу, что пересиливает остальные жизненные потребности. Как и некрофильные тенденции, нарциссизм проявляется в поведении любого индивида. Однако в злокачественном проявлении нарциссизм приводит к тому, что индивид игнорирует все, что не имеет к нему прямого отношения. Внимание нарцисса сосредоточено исключительно на самом себе, причем чувствительность в отношении собственного тела ведет к ипохондрии. Любая критика в свой адрес встречает гневное сопротивление, так как он принимает себя как идеальную личность. Если нарцисс сознает справедливость критики, то свой гнев направляется в глубь себя, его охватывает чувство бесполезности, что приводит к депрессии.

Инцестуальный симбиоз. Эта третья из рассматриваемых Фроммом патологий связана с чрезмерной зависимостью от хозяина (матери или от человека ее заменяющего). Мужчины с таким психическим отклонением нуждаются в женщине, которая будет заботиться о нем и создавать комфорт его существования, а иначе они испытывают тревогу, страх и могут впасть в депрессию. Человек, страдающий инцестуальным симбиозом, практически теряет свою индивидуальность, причем хозяином для него может быть не только другой человек, но и семья, клан, церковь или вся страна.

Некрофилия, нарциссизм и инцестуальный симбиоз могут комбинироваться и создавать *синдром упадка*. Все признаки этого синдрома Фромм находил у Адольфа Гитлера. Этих людей привлекает смерть, они получают удовольствие от уничтожения других, оправдывая свои действия интересами клана, партии, который противоположен синдрому роста, характерному для здоровой личности. Фромм противопоставлял синдром упадка *синдрому роста*, состоящего из противоположных качеств — биофилия, любовь и абсолютная свобода.

Фромм ввел собственную систему психотерапии, которую называл *гуманистический психоанализ*. Целью терапии является установление доверительного и искреннего контакта с пациентом для восстановления утраченного им единства с миром. В результате такого отношения пациент почувствует, что он общается с человеком, а не проходит курс лечения. Хотя здесь имеют место процессы переноса и контрпереноса, но для Фромма особенно важно другое — сам процесс *общения* друг с другом. Он часто расспрашивал пациентов об их снах, но фрейдовскую символику снов Фромм не считал универсальной. Некоторые сны могут носить случайный характер и зависеть от настроения, другие обусловлены этническими и культуральными стереотипами, третьи зависят от климата и т.д. Важнее всего в психотерапии для него проявление человеческого *отношения* и искреннего интереса к жизненным проблемам пациента, который должен рассматриваться не как носитель симптома, а как живой человек.

Э. Эриксон (Erikson E.H.): теория идентичности

Эрик Эриксон (1902–1994) родился в Германии, где какое-то время работал с Фрейдом, а в 1933 г. эмигрировал в США. Теоретические формулировки Эриксона касаются исключительно развития фрейдовского Ego и изложены в его основных



Эриксон
Эрик
(1902–1994)

трудах: “Детство и общество” (1967), “Идентичность и жизненный цикл” (1971), “Проблема новой идентификации” (1974).

Эриксон относится к числу тех последователей Фрейда, кто сумел критически переосмыслить некоторые положения его концепции. Он разработал теорию личностного развития на протяжении всей жизни человека — от рождения до старости. В отличие от Фрейда, Эриксон уделял большее внимание социальной детерминации развития. Он полагает, что наряду с выделенными Фрейдом фазами психосексуального развития, в ходе которого меняется направленность влечения от аутоэротизма к внешнему объекту, существуют и психологические стадии развития “Я”, в ходе которых индивид устанавливает основные жизненные ориентиры по отношению к себе и своей социальной среде. Эриксон выделил ставшие широко известными восемь стадий развития личности. На каждой из них существуют свои определенные параметры, которые могут принимать положительные или отрицательные значения. Механизмом смены стадий является конфликт, кризис идентичности личности.

Понятие “***психосоциальная идентичность***” у Эриксона выступает в качестве центрального интегративного начала личности. Групповая, социальная идентичность начинает формироваться очень рано — ребенок с первых дней жизни ориентирован на включение в определенную социальную группу и постепенно начинает воспринимать и понимать мир так, как и большинство его окружения. Но постепенно у него формируется и индивидуальная идентичность — чувство устойчивости и непрерывности своего “Я”, несмотря на то, что в нем идут и многие процессы непрерывного изменения и развития. Таким образом, индивидуальная идентичность означает сознание тождественности самому себе, непрерывности во времени собственной личности и связанное с этим ощущение, что другие также признают это. Если идентичность — это состояние, то *идентификация* — это процесс его формирования. Идентификация всегда связана с другими людьми, которые в течение определенного времени могут служить “образцами”.

В индивидуальной идентичности можно различить личностную идентичность и Я–идентичность. Последняя (“его–идентичность”) означает более узкую, глубинную область, ответственную за постоянство личности. Значение этого конструкта яснее всего проявляется в психопатологии, когда Я–идентичность утрачивается, меняется, “расщепляется” или человек вынужден бороться за ее сохранение.

Идентификационное поведение и идентичность развиваются непрерывно в течение всей жизни, начиная с раннего детства. При этом важнейшее влияние оказывают родители и другие референтные личности. Согласно Эриксону, каждый человек в ходе развития своей идентичности переживает несколько критических фаз. Критическая фаза — не патологическое состояние, а своеобразное состояние нестабильности с мобилизацией созидательных сил. Человек задает себе вопросы: “Каков я? Каким мне хотелось бы стать? За кого меня принимают?”. Каждая стадия характеризуется задачами этого возраста, а задачи выдвигаются обществом. Решение всех этих вопросов определяется уровнем развития человека и духовной атмосферой общества, в котором человек живет.

Стремление к собственной идентичности и к ее сохранению Эриксон выводит из психоаналитических посылок, стадии личностного развития у него соответствуют в общих чертах фазам психосексуального развития.

Раннее младенчество (до 1 года): главную роль в жизни играет мать (кормит, ухаживает, ласкает) в результате у ребенка формируется “базовое доверие к миру”. Динамика развития доверия зависит от матери. Если мать тревожна и невротична, а ребенку уделяют мало внимания (например, ребенок в доме сирот), то формируется базовое недоверие к миру, устойчивый пессимизм. Эмоциональная депривация приводит и к резкому замедлению психического развития.

Позднее младенчество (1–3 года): связано с формированием автономии и независимости, ребенок начинает ходить, контролировать сфинктеры, приучается к опрятности. Социальное неодобрение открывает глаза ребенка внутрь, он чувствует возможность наказания, формируется стыд. В конце стадии должно быть равновесие автономии и стыда.

Раннее детство (3–6 лет): возникает убеждение у ребенка, что он уже личность. В игре формируется инициативность и предприимчивость. Если родители сильно подавляют ребенка, то это замедляет формирование инициативности, способствует закреплению пассивности, неуверенности, чувству вины.

Среднее детство (6–12 лет): возможности развития в рамках семьи исчерпаны, ребенок овладевает знаниями и новыми навыками в школе. Он спокоен и верит в свои силы, но школьные неудачи приводят к появлению или закреплению чувства своей неполноценности, отчаяния, потери интереса к учебе. Если родители лишь ругают и наказывают за плохую учебу, чувство неполноценности может закрепиться на всю жизнь.

Отрочество и юность (12–20 лет): формируется окончательно “его–идентичность”. Бурный рост и половое созревание создают озабоченность тем, как он выглядит перед другими. Возникает необходимость профессионального самоопределения. Если на ранних стадиях у ребенка сформировалась автономия, инициатива, доверие к миру, уверенность в своих силах, то подросток легко находит свое “Я”, признание окружающих. В противном случае происходит диффузия идентичности, он не может найти свое “Я”, не осознает целей и желаний, регрессирует к инфантильным, иждивенческим реакциям, появляется смутное, но устойчивое чувство тревоги и одиночества. Появляется страх общения, особенно с противоположным полом.

Ранняя взрослость (20–25 лет): актуален поиск спутника жизни, укрепление связей со своей социальной группой. Человек не боится обезличивания, появляется чувство близости, сотрудничества, интимности с определенными окружающими людьми. Однако, если диффузия идентичности переходит и на этот возраст — человек замыкается, закрепляется изоляция и одиночество.

Средняя взрослость (25–65 года): дальнейшее развитие идентичности, так как продолжается воздействие со стороны других людей, особенно детей. Они подтверждают, что ты им нужен. Есть любимый труд, есть на кого излить свое “Я”. В противном случае — опустошенность, застой и косность, психологический и физиологический регресс.

Поздняя взрослость (65 лет и более): создание завершенной формы его–идентичности на основе всего пути развития личности, переосмысления всей жизни. Человек должен понять, что жизнь — это неповторимая судьба и ее надо “принять” таковой как она есть. Если “принятия себя и жизни” не произошло, то человек чувствует разочарование, теряет вкус к жизни, чувствует, что жизнь прошла неверно, зря.

Стадии развития личности по Э. Эриксону

Стадия Развития	Психосо-циальные кризисы	Нормальная линия Развития	Аномальная линия развития	Референтное окружение
Раннее младен-чество: до 1 года (“орально—сенсорная”)	Базальное доверие или базальное недоверие.	Любовь, доверие к родителям и общение с ними	Недоверие к людям — результат плохого обращения, эмоциональной депривации	Мать
Позднее Младен-чество: до 3 лет (“мышечно-анальная”)	Автономия или стыд и сомнение	Уверенность в себе, самостоятельность	Сомнения, стыдли-вость. Желание скрыть недостатки речи, ходьбы и т.п.	Родители
Раннее Детство: до 6 лет (“локомо-торно–гениальная”)	Инициатив-ность или чувство вины	Любознательность, подражание взрослым, включение в роле—половое поведение.	Пассивность в общении, инфантильная зависть к другим де-тям. Нет роле—полового поведения.	Семья
Среднее Детство, или возраст игры: до 12 лет (“латентная”)	Осмысленная работа, тру-долюбие или чувство неполноцен-ности	Трудолюбие, стремление к успехам, развитие умений и навыков, ориентированность на задачу.	Слабость развития трудовых навыков, робость, комплексы, избегание сложных заданий и соревно-вания	Двор, школа
Отрочество и юность: до 20 лет	Эго—идентичность или ее диффузия, ролевое смешение.	Жизненное само-определение, ми-ровоззрение. Учение, планы на будущее. Четкая половая поляризация.	Путаница ролей, выраженное желание разобраться в себе в ущерб внешней ак-тивности.	Лидеры как образцы, “свои” и по-сторонние группы
Ранняя Зрелость: до 25 лет (“генитальная”)	Интимность и солидар-ность или изоляция	Контактность. Любовь и работа. Рождение и воспитание детей.	Трудности характера, поведенческая не-предсказуемость, Непризнание Окру-жающими. Психопатология.	Друзья. Со-служивцы. Соперники. Сексуальны е партнеры.
Средняя Зрелость: до 64 лет	Продук-тивность или застой, инертность и самоуни-чижение.	Творчество, удов-летворенность, воспитание нового поколения.	Застой, эгоцентризм. Непродуктивность в работе. Ранняя инвалидность.	Работа. Семья.
Поздняя Зрелость: 65 лет и более	Цельность, эго—инте-грация или отчаяние	Полнота жизни, мудрость, ощущение полезности прожитого, смирение с неизбежной смертью.	Отчаяние, желание прожить жизнь за-ново, потеря веры в себя, страх смерти.	“Человечес-тво”, “люди моего типа”.

Краткое содержание и выводы

Психоаналитическая теория Фрейда представляет собой пример психодинамического подхода к изучению поведения человека. При таком подходе предполагается рассмотрение психической жизни человека с точки зрения взаимодействия, борьбы и конфликтов, т.е. движения, "динамики" различных составляющих психики или личности. По мнению Фрейда именно неосознаваемые психологические конфликты полностью контролируют поведение человека.

В теории Фрейда личность включает в себя три структурных компонента: Id, Ego и Superego. Id представляет собой инстинктивное, мотивообразующее ядро личности, которое стремиться к немедленной разрядке напряжения без учета социальных норм, правил и запретов. Ego представляет собой сознательно–рациональную часть личности и действует, выполняя требования Id, в соответствии с рамками социальных ограничений. Superego, которое формируется последним в личностном развитии, представляет собой моральные аспекты личности — совесть и "Я–идеал".

С точки зрения психоаналитической теории развития, ребенок при взрослении проходит ряд психосексуальных стадий: оральную, анальную, фаллическую и генитальную. Латентный период не является стадией психосексуального развития. Неразрешенные психологические конфликты детства приводят к сексуальной травме в виде фиксации и образования определенных типов характера, также обозначаемых в терминах выделенных стадий.

Большое значение в концепции Фрейда уделяется тревоге, которая может исходить из внешнего мира (реалистическая, объективная), от инстинктивных импульсов Id (невротическая) и от воздействий Superego (моральная). Тревога предупреждает об опасности Ego, которое использует для ее снижения ряд защитных механизмов: вытеснение, проекцию, рационализацию и другие. Защитные механизмы действуют неосознанно и искажают восприятие реальности индивидуумом.

Симптомы невроза трактуются Фрейдом как проявление невротического (сексуального) конфликта, понимаемого как борьба между бессознательными побуждениями со стороны Id и защитой со стороны Ego. Возникновение симптома болезни обусловлено символизацией. Однако даже такая разрядка побуждения в виде символизации заставляет Ego чувствовать себя виноватым (действие Superego).

Психоаналитическая терапия использует ряд методик: метод свободных ассоциаций, интерпретация сопротивления и анализ переноса. Все они направлены на познание бессознательного, что обеспечивает более глубокое понимание пациентом своей личности и своих проблем. Эти новые знания затем пациент и использует в повседневной жизни для выработки адаптивного поведения (эмоциональное переучивание).

Дальнейшее развитие психоанализа Фрейда чаще обозначают как *неофрейдизм*. Ориентация на социокультуральные факторы взамен биологических определила облик неофрейдизма. Однако далеко не все последователи психоанализа стремились подвергнуть кардинальной ревизии фрейдовскую систему в целом, хотя и среди них можно выделить три влиятельных направления: *Эго-психология*, *теория объектных отношений* и *Я-психология*.

Одновременно, другие представители психоанализа (Юнг, Адлер, Хорни), по-разному понимая содержание бессознательного, пересматривали базовую теорию психоанализа в совершенно разных направлениях. В литературе их часто называют

“отступниками”, так как сам Фрейд весьма болезненно реагировал на появление теорий, которые расходились с исходным вариантом его системы. Соотносили себя с психоанализом и ряд психологов (Салливан, Фромм, Эриксон), которые разработали свои системы уже после смерти его основателя — Фрейда.

Индивидуальная психология Адлера описывает личность как целостное образование с динамическим стремлением к преодолению чувства неполноценности. Адлер минимизировал роль сексуальных сил в формировании личности и сконцентрировал внимание на понятии социального интереса, понимая его как врожденный потенциал, нацеленный на кооперацию с другими людьми для обеспечения личных и общественных целей. Корень неадаптивных и невротических стилей жизни — неумение сотрудничать и, в результате, ощущение неудавшейся жизни и собственной несостоятельности. Невротик постоянно ищет личной власти и личного престижа, ищет предлог для оправдания своего ухода от реалий жизни и, следовательно, никогда не развивает в себе социальный интерес.

Аналитическая психология Юнга выдвигает два уровня бессознательного — личное и коллективное. Последнее представляет собой аккумулированный опыт прошлых поколений в виде архетипов. При психической травме возникают неврозы мистического типа из-за нарушения динамического равновесия между сознанием и бессознательным с оживлением архаических архетипов коллективного бессознательного. Юнговское понятие экстра–интроверсии в наши дни также широко известны. Идея Юнга о словесно–ассоциативном эксперименте вышла за пределы своего первоначального предназначения, став широко применяемой психологической методикой в рамках различных теоретических психологических ориентациях.

Теория базальной тревоги Хорни опровергает главный постулат Фрейда о зависимости личности от биологических факторов, показывая роль социальных факторов в личностном развитии. Она описывает развитие личности в терминах социальных сил, уделяя врожденным факторам весьма незначительное влияние. По ее версии психоанализа невроз представляет собой набор защитных реакций на базальную тревогу. Хорни также привлекла внимание к проблемам женской психологии, став основательницей феминистского направления в психологии.

Интерперсональная психология Салливана акцентирует внимание на необходимость учета интерперсональных отношений в личностном развитии. На этой основе Салливан строит периодизацию возрастного развития, которая не утратила своего значения и в современности. Его разработки в плане понимания глубоких психических нарушений и их психотерапии служат основой разработки реабилитационных программ при различных психических заболеваниях и в настоящее время.

Теория отчуждения Фромма служит типичным примером “гуманистического психоанализа”, рассматривающего человека с культурно–исторической точки зрения, а не со стороны его инстинктов. Фромм полагает, что в процессе эволюции люди утратили свое единство с природой и друг с другом. Развившееся мышление способствовало осознанию этой “свободы” от природы и окружения как отчуждение, что порождает глобальное чувство тревоги и одиночества в мире. Чтобы избавиться от этих чувств, человек вновь стремиться снова соединится с природой и себе подобными, реализовав при этом свои экзистенциальные потребности без помрачения рассудка. Ключевым свойством здорового человека является биофилия, т.е. любовь к жизни. Некрофилия противоположна биофилии, а в сочетании с нарциссизмом и инцестуальным симбиозом составляет основу синдрома упадка.

Теория идентичности Эриксона описывает модель цикла человеческой жизни от рождения до старости как состоящую из восьми стадий. Эриксон полагает, что наряду с фазами психосексуального развития, существуют и психологические стадии развития "Я", в ходе которых человек обретает самого себя, осознает свою Эго–идентичность. Каждая стадия может иметь положительный и отрицательный полюс, но обе эти крайности не являются желательными для личности, так как для нормального развития требуется сбалансированная пропорция. Каждая стадия характеризуется особым психологическим кризисом развития и задачей развития. Эта задача должна быть выполнена, а кризис успешно разрешен для освоения последующей стадии.

Вопросы для самопроверки

1. Какие этапы можно выделить в эволюции взглядов Фрейда при создании им психоанализа как учения о личности и ее развитии?
2. Как описывается структура личности в теории Фрейда?
3. Какую роль при патологических состояниях играют катексис, конверсия и диссоциация?
4. Как дать определение защитным психологическим механизмам и как они классифицируются?
5. Каким образом описывается развитие личности в психоанализе?
6. Как определяется содержание невротического конфликта при неврозах в психоанализе?
7. Для каких целей в психоанализе используется метод свободных ассоциаций?
8. Какие три направления психоанализа развивали верные последователи Фрейда?
9. В чем заключаются юнговская концепция бессознательного, и какие основные архетипы выделил Юнг?
10. В чем заключается суть разногласий между позициями Адлера и Фрейда?
11. Какую роль в теории Хорни имеет понятие базальной тревожности и идеализированного образа Я?
12. Как рассматривается личностное развитие в интерперсональной теории Салливана?
13. Что собой представляет "синдром упадка" в теории отчуждения Фромма?
14. Как рассматривается личностное развитие в теории идентичности Эриксона?

ГЛАВА 18

ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ (БИХЕВИОРИЗМ)

Постулаты поведенческой психологии изначально были сформулированы как альтернатива неудачам в классической психологии структурализма и функционализма. Их интроспективный метод исследования психики не удовлетворял научным критериям, так как давал не стабильные и не повторяемые результаты. Поэтому бихевиористы предложили отказаться от интроспекции и таких не проверяемых научными методами понятий классической психологии, как сознание, ассоциация, чувство и другие, а рассматривать лишь те проявления психики человека, которые могут быть надежно зарегистрированы и повторены в условиях лабораторного эксперимента. Такими внешними проявлениями психики является поведение. В отличие от процессов сознания, которые протекают внутри субъекта и обнаруживаются лишь путем самонаблюдения (субъективный метод исследования), поведение происходит во внешнем мире и обнаруживается объективно путем внешнего наблюдения. Несмотря на своеобразную терминологию и отрицание даже самого понятия "личность" в традиционном понимании, в бихевиоризме и в этом плане получены интересные результаты. Поэтому поведенческая психология включена в число направлений, предлагающих данные относительно личности и личностных проявлений.

Бихевиоризм (от англ. behavior — поведение) — направление в психологии, отрицающее сознание как предмет научного исследования и сводящее психику и личность к различным формам поведения, понимаемого как совокупность реакций организма на стимулы внешней среды.

Бихевиоризм возник в США в 30-е гг. и окончательно оформляется в самостоятельное направление в 50-е гг. нашего века. Поведенческие теории ведут свое происхождение, главным образом, от работ И.П. Павлова (1849–1936) по условным рефлексам и исследований Джона Б. Уотсона (1878–1958) по научению. Полагают, что философской основой этих теорий является концепция tabula rasa ("чистой доски"), предложенная английским философом Джоном Локком (1632–1704), предполагавшим, что у людей нет никаких врожденных идей и что их поведение, мысли и чувства формируются под воздействием внешней среды (Крайг Г., 2000).

Поведенческие теории оказали огромное влияние на развитие научного анализа поведения, психотерапию и управление девиантным поведением; они широко используются и в области образования. В рамках поведенческого направления обычно выделяют классический (радикальный) бихевиоризм и необихевиоризм.

Согласно сложившимся представлениям в психологии поведение определяется как внешние проявления психической деятельности, т.е. к нему можно отнести:

1) все внешние проявления физиологических процессов, связанные с состоянием, деятельностью и общением людей (поза, мимика, интонации, дрожание, особенности дыхания, мышечное напряжение и др.);

2) отдельные движения и жесты (поклон, кивок, сжимание кулаков и др.);

3) действия как более крупные акты поведения имеющие определенный смысл (просьбы, приказы и т.п.);

4) поступки как акты поведения с определенным значимым результатом (азартно играть в карты, проиграть все состояние и т.п.).

В бихевиоризме поведение рассматривается как система реакций, в связи с научением организма в процессе приспособления к среде. Адаптация к условиям меняющейся среды требует от организма постоянной выработки форм поведения, направленных на восстановление нарушенного равновесия или на достижение определенных целей. Эта непрерывная адаптация осуществляется благодаря процессам, которые в эволюции живого усложнялись от рефлексов до мышления. Если рефлекторные и инстинктивные типы поведения не могут претерпевать значительных изменений, то, напротив, *приобретенные поведенческие реакции* могут существенно и стойко меняться. Именно эти изменения поведения возникают в результате приобретаемого опыта жизни — научения.

В бихевиоризме выделено три категории научения: реактивное, оперантное и когнитивное. В соответствии с этим распространено также подразделение бихевиоризма в зависимости от интерпретации самого процесса научения: классическое Павловское или реактивное обуславливание (Павлов И.П., Вольпе Д. и другие), инструментальное или оперантное обуславливание (Торндайк Е., Скиннер Б.) и познавательные концепции или когнитивные теории научения (Толмен Э., Бандура А.).

НАЧАЛО БИХЕВИОРИЗМА, КЛАССИЧЕСКИЙ (РАДИКАЛЬНЫЙ) БИХЕВИОРИЗМ

Американский психолог Эдвард Ли Торндайк (1874-1949), который начинал свою деятельность как зоопсихолог, считается предшественником поведенческой психологии, хотя он и не пользовался термином поведение, а предпочитал слово “коннексия”, обозначающее связь между реакцией и ситуацией. Он также полагал, что исследует интеллект, т.е. смысловую основу поведения, но его открытия были истолкованы как законы образования навыков.

Э.Л. Торндайком было описано научение методом *проб и ошибок*. Этот вид научения сам по себе считается не очень эффективным, но, вероятно, в процессе эволюции он приводил к выработке различных навыков у наших предков. Свои наблюдения ученый сделал в опытах с так называемыми *проблемными клетками*, куда помещалось голодное животное. Для получения пищи животному требовалось выйти из нее, нажав на педаль, связанную с дверью.

Оказалось, что после случайно успешного действия животного вероятность повторения этого действия у него возрастает. Так им в 1898 году был им сформулирован *“закон эффекта”*, позволяющий построить “кривую научения”, где каждая новая попытка исполнения более эффективна чем предыдущая. Из этого закона следовало также, что действия, которые не вели к достижению цели, напротив, от пробы к пробе сокращаются и тормозятся.

Торндайком при моделировании поведения были выявлены и ряд других закономерностей: *закон упражнения* — реакция на ситуацию связывается пропорционально с частотой повторения связи и ее силе; *закон готовности* — упражнения меняют, усиливают готовность организма к проведению нервных импульсов; *закон ассоциативного сдвига* — если при одновременном действии раздражителей один из них вызывает реакцию, то и другие приобретают способность вызывать ту же самую реакцию.

Работы Торндайка и И.П. Павлова явились примером одновременного независимого открытия. Торндайк открыл свой закон эффекта в 1898 году, а Павлов открыл аналогичный закон подкрепления в 1902 году, но прошло еще много лет, прежде чем психологи заметили сходство между ними (Шульц Д., Шульц С.Э., 1998). Сам Павлов

узнал об опытах Торндайка уже после начала своих работ и хорошо отзывался о его изысканиях.



Уотсон Джон (1878–1958)

Основателем и теоретическим лидером бихевиоризма стал американский психолог Джон Бродес ***Уотсон*** (Watson:1878-1958), который в 1913 году в своей статье–манифесте новой школы открыто заявил, что психология должна быть чисто экспериментальной, объективной наукой, а известное утверждение, что объектом психологии является сознание — ошибочно. Все, что происходит внутри сознания нельзя научно зарегистрировать и измерить. Объективно изучать и регистрировать можно только реакции, внешние действия человека и те стимулы–ситуации, которые эти реакции обуславливают.

Таким образом, психология как наука о поведении должна пренебречь несколькими из ее традиционно существующих проблем, а оставшиеся сформулировать таким образом, чтобы их можно было решить с помощью строго объективных методов. Основной целью психологии должно быть описание, предсказание и управление поведением, а ее девизом должна быть формула (единица поведения): "стимул–реакция" (S→R). Все поведение можно свести к этим элементарным составляющим, поэтому метод условных рефлексов делал возможным и анализ человеческого поведения в лабораторных условиях.

Для Д. Уотсона причинно объяснить какое-либо действие человека (R) означает найти внешнее воздействие(S), которое его вызвало. Ближайшие задачи психологии он определил как выявление и описание возможных типов реакций, исследование процессов их образования и закономерностей их комбинирования в сложное поведение. Одновременно, в качестве общих окончательных задач психологии Д. Уотсон отметил две: 1) прийти к тому, чтобы по ситуации (стимулу) предсказать поведение (реакцию) человека и, наоборот, — 2) по реакциям (поведению) определить стимулы, лежащие в их основе.

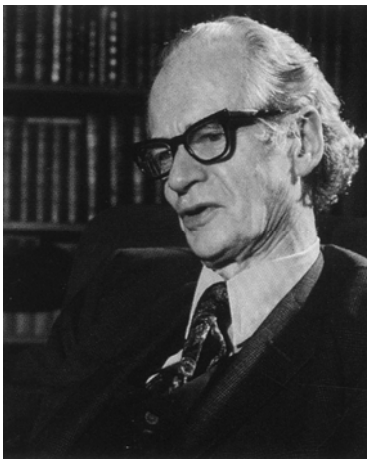
Выделив единицу анализа поведения Дж. Уотсон, по сути, продолжил атомистическую и механистическую традицию, основанную еще британскими эмпириками (Локк Дж., Юм Д. и др.) и принятую на вооружение структурной психологией сознания. Он собирался изучать поведение точно так же, как физики изучают Вселенную, — путем разбиения ее на отдельные компоненты, атомы или элементы.

С точки зрения Д. Уотсона большинство известных психических явлений можно переформулировать и описать в терминах поведения. Так, например, эмоции возникают как условно-рефлекторная связь между внешними раздражителями и несколькими базальными аффектами; мышление идентично субвокальному (неслышимому) проговариванию звуков громкой речи — сигналов, обозначающих объекты рассуждения ("периферическая" теория мышления), а личность — есть не что иное, как совокупность выработанных с детства и поэтому достаточно устойчивых поведенческих реакций (системы навыков), присущих данному конкретному человеку.

Джон Уотсон родился в США в семье бедного фермера. Свои идеи о новой психологии он впервые публично высказал в 1908 году. В университете Уотсон пользовался большой популярностью среди студентов, они считали его "самым красивым профессором". Вторая женитьба Уотсона оказалась скандальной и положила конец его академической карьере. Безработный, обязанный выплачивать алименты своей первой

жене, он приобрел вторую профессию — прикладного психолога в области рекламы и бизнеса. Несмотря на многократное увеличение своих доходов, Уотсон скучал по университету. Когда ему исполнилось 79 лет, его имя Американская психологическая ассоциация внесла в почетный список. На церемонию награждения Уотсон не пошел, послав вместо себя своего старшего сына. Он испугался, что в ответственный момент чувства захлестнут его и что он, апостол полного контроля за поведением, не выдержит и разрыдается. Уотсон умер в следующем году. Но прежде сжег все свои письма и заметки — он ничего не оставил о себе историкам психологии (Шульц Д., Шульц С.Э. , 1998).

Вследствие методологических изъянов исходной концепции уже в 20-е годы XX века начался распад бихевиоризма на ряд направлений, сочетающих основную доктрину с элементами других психологических теорий (в частности, гештальтпсихологии, психоанализа), а также возникает и необихевиоризм. Лишь немногие из американских психологов в последующие годы продолжали последовательно и непримиримо защищать постулаты ортодоксального бихевиоризма. Одним из таких психологов был Б.В. Скиннер, который утверждает, что изучаться должно только наблюдаемое, инструментально измеряемое поведение.



Скиннер
Бернес Федерик
(1904–1990)

Оперантный бихевиоризм Б.В. Скиннера (1904-1990). Американский психолог Беррес Скиннер (Skinner), развивая идеи Торндайка, предположил, что поведение чаще определяется и формируется *своими последствиями*, т.е. результатами поведения. В этом впервые наметился отход от “линейного” представления о поведении к утверждению роли в его построении “обратной связи”.

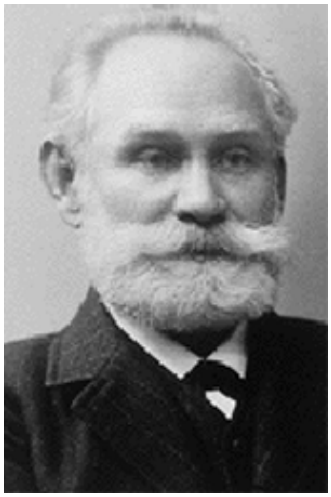
В зависимости от того, будут ли последствия поведенческой реакции приятными, безразличными (нейтральными) или неприятными — живой организм будет повторять этот поведенческий акт, не придавать ему значения или избегать повторения этого поведения. Таким образом, стимулом поведенческой реакции у Скиннера становятся его результат, который выступают в роли “подкрепителя”. Такой тип поведения он называл ***“оперантным”*:** поведенческая реакция воздействует (operate) на среду, генерирует последствия, которые и модифицируют само поведение. В этом случае формула Уотсона приобретает у Скиннера “обратный” вид: R←S.

Подкрепителем (S) может считаться любой стимул, увеличивающий вероятность определенной реакции. *Позитивный* стимул (S^+) вызывает желаемое поведение, а *негативный* (иначе — ***аверсивный***) стимул (S^-) — исключает или уменьшает эту реакцию. Первичными подкрепителями являются простые физические вознаграждения, а вторичные — нейтральные стимулы, которые ассоциируются с первичными (например, деньги).

Скиннер стоял у истоков программированного обучения. Так он разработал способ формирования поведения путем *последовательных приближений*. Этот способ заключается в том, что весь путь от начала обучения до конечного результата, разбивается на несколько этапов. В дальнейшем остается лишь последовательно и систематически подкреплять (система обратной связи) каждый из отдельных этапов на пути к нужной форме поведения. По мнению Скиннера и других бихевиористов, именно так происходит выработка большинства поведенческих реакций у человека. Ими экспериментально показано, что

положительное подкрепление изменяет поведение человека намного эффективнее, чем отрицательное, а среди последнего более эффективно лишение поощрений, чем применение наказаний при обучении.

В своих исследованиях Скиннер во многом опирается на результаты работ русского физиолога И.П. Павлова. Именно Павлов впервые назвал все события, усиливающие поведенческие проявления "подкреплением", а все изменения поведения при этом — "обуславливанием". Он осуществил и первую значительную экспериментальную работу по обуславливанию **реактивного (рефлекторного) поведения** (по Скиннеру — *"респондентного*"). Так И.П. Павловым было впервые показано, что врожденные рефлексы могут вызываться стимулами иными, совершенно отличающимися от их специфического раздражителя. Например, после небольшого количества соединений получения пищи (специфический раздражитель) со звонком (нейтральный для слюноотделения стимул), у собаки начинается слюноотделение только на звук звонка без предъявления пищи. Собака оказывается обусловленной таким образом, что она реагирует на стимул, который раньше не вызывал этой реакции. Таким образом, Павлов мог не только наблюдать поведенческие реакции, но и формировать, моделировать их.



Павлов
Иван Петрович
(1849–1936)

Родился в Рязани в средней полосе России в многодетной семье сельского священника. Преданность Павлова экспериментальной науке была всецелой. Уже в 1904 году он стал лауреатом Нобелевской премии за работу по физиологии пищеварения. Однако в истории психологии он занял выдающееся место, благодаря изучению условных рефлексов. Павлова мало интересовали практические жизненные вопросы и его жена посвятила себя тому, чтобы оберегать мужа от мирских забот. Его отношения с советским правительством были сложными, так как он открыто критиковал октябрьскую революцию 1917 года. Несмотря на свое отношение к властям Павлов получал щедрую поддержку от правительства, которое в его деятельность не вмешивалось.

Павлов был известен своим горячим нравом и нередко раздражался на своих сотрудников за опоздания и прочие провинности. Очень сложные отношения у него были и с *В. М. Бехтеревым.* Менее известный, чем Павлов, этот выдающийся русский физиолог, невропатолог и психиатр стал пионером во многих областях исследований. Он и его ученики А.Ф. Лазурский и В.Н. Мясищев считаются основателями отечественной медицинской психологии.



Бехтерев
Владимир Михайлович
(1857–1927)

Детство провел в старинном русском городе Вятке и даже учился в одной гимназии с не менее знаменитым в области космонавтики его соотечественником К.Э. Циолковским. Однако, все интересы В.М. Бехтерева лежали в области биологических наук. Изучая психологию в лаборатории В. Вундта, В. М. Бехтерев провел несколько самостоятельных экспериментальных исследований. Их результаты опубликованы в его работе "Сознание и его границы", где излагались научные выводы по диагностике психических заболеваний. Вернувшись от В. Вундта в Россию, В. М. Бехтерев создает в 1885 году подобную лабораторию в Казани.

В то время как Павлов исследовал условные рефлексы в системе пищеварения, Бехтерев в основном занимался таковыми в системе моторных реакций. В 1927 году Бехтерев приглашался на консультацию по поводу состояния здоровья Сталина (сейчас известно, что тот страдал паранойей). Бехтерев умер подозрительно скоро — в тот же вечер после консультации. Полноценного вскрытия для выяснения причины смерти сделано не было, а тело кремировали.

И.П. Павлов полагал, что ассоциативным (реактивным) обуславливанием можно объяснить множество приобретенных форм поведения. Реактивное обуславливание легко прививается и легко исключается. В частности, в современном обществе на этом основывается значительная часть рекламы. Такой же точки зрения на поведение придерживался и бихевиорист Д. Уотсон, который через несколько лет после Павлова впервые показал, как могли бы развиваться *условно-рефлекторные эмоциональные реакции*. В частности он в эксперименте выработал у шестимесячного ребенка страх перед белой крысой, сочетая предъявление крысы с неприятным звуком. Этот "условный рефлекс страха" в результате генерализации (иррадиации по Павлову) вскоре распространился на все предметы с белым мехом, включая бороду Деда Мороза. Применение положительных подкрепителей позволило устранить у ребенка эту негативную реакцию страха.

Человек в концепции бихевиоризма понимается прежде всего как реагирующее, действующее, обучающееся существо, которое *программируется* на те или иные реакции, действия, поведение. Полную формулу поведения можно изобразить в виде соединения схем реактивного (Павлов) и оперантного (Скиннер) обуславливаний: $\boldsymbol{S \rightarrow R \leftarrow S.}$ Изменяя стимулы и подкрепления, *можно программировать человека* на требуемое поведение. Таким образом, человек полностью зависит от своей среды и всякая свобода, которой, как ему кажется, он может пользоваться, является чистой иллюзией.

Наиболее ярко это положение проявилось именно у Скиннера, который сам себя называет "радикальным", последовательным бихевиористом. Такие термины как "свобода", "достоинство", "творчество" и другие он называет "*объяснительными фикциями*". Эти надуманные объяснения употребляют люди, когда они не понимают наблюдаемого поведения или им неизвестна структура подкрепляющих стимулов предшествующих поведению или следующих за ним. Например, хорошо известно, что в состоянии гипноза человеку могут быть внушены какие-либо предписания относительно его поведения после сеанса. Человек выполняет их в полном убеждении, что поступил он так по собственной воле, собственному решению. Отсюда Скиннер утверждает, что "чувствование свободы" — это еще не свобода. Более того, по его мнению, наиболее репрессивными формами управления являются именно те из них, которые усиливают это чувство свободы.

НЕОБИХЕВИОРИЗМ

Примерно с 1930 года незыблемость идей классического *ортодоксального бихевиоризма* Уотсона окончательно пошатнулась. Очевидной становится необходимость учитывать в регуляции поведения не только роль внешней, социальной среды, но и отношение к ней индивида: его мотивы, настроения и установки. Американский психолог Роберт Вудворте (1869-1962), один из разработчиков учения о мотивации, образно говорил, что можно управлять движениями людей, только управляя их желаниями. Его работы способствуют

модернизации известной схемы "стимул→реакция" включением в нее промежуточного (медиаторного) звена, т.е. побудительных и познавательных факторов. Так началась реформа бихевиоризма и возглавили ее американские психологии Эдуард Толмен и Кларк Халл, а новое направление получило название *"необихевиоризм"*. Однако не прошло и 30 лет, как в начале 60-х годов Альбертом Бандурой была предложена новая версия бихевиоризма, которую он исходно определил как социальный бихевиоризм, а позднее назвал социальной когнитивной теорией. Эту третью волну в развитии бихевиоризма часто также обозначают как теории социального научения или *"нео-необихевиоризм"*.

Когнитивный бихевиоризм Э. Толмена. Последователь Уотсона американский психолог Эдуард Чейс Толмен (1886-1959) в 1948 году подверг сомнению схему S→R, считая ее слишком упрощенной. Он приходит к выводу, что связи между стимулами и поведенческими реакциями не являются прямыми. Они опосредованы психическими процессами данного индивида (***J***), зависимыми от его наследственности, физиологического состояния, прошлого опыта и природы стимула. Формула Уотсона у Толмена приобрела иной вид: $\boldsymbol{S \rightarrow J \rightarrow R}$, где средним членом являются промежуточные переменные. Он выделил три главных группы таких "промежуточных переменных": потребностная система, система ценностных мотивов (предпочтений одних объектов другим) и переменные бихевиориального поля (ситуация, в которой совершается действие).

Такие промежуточные переменные как цели, намерения, гипотезы и другие формально являются функциональными эквивалентами сознания, но вводятся они Толменом как "конструкты", о которых следует судить исключительно только по свойствам поведения. Например, "цель, намерение" у животного можно определять в видимой внешним наблюдателем поисковой активности, которая прекращается при получении нужного объекта, а при повторных опытах животное путь к нужному объекту находит быстрее. Получение объекта в данном опыте и будет составлять намерение или цель, а это уже свойства поведения и нет необходимости для объяснений привлекать понятие сознания. Вероятно, не случайно для своей работы, где изложены основные положения его учения, Толмен выбрал название: "Целенаправленное поведение у животных и человека" (1932). Его система *целенаправленного бихевиоризма* показывала, что любое поведение направлено на достижение цели, которую можно определить без ссылок на интроспекцию.

По мнению Толмена непосредственно не наблюдаемые промежуточные переменные не представляют никакой практической пользы для психологии, если их не удается связать с экспериментальными (независимыми) переменными и с поведенческими (зависимыми) переменными. Так состояние голода можно увязать с объективными реакциями — количеством съеденной пищи или скоростью ее поглощения. Таким образом можно получить возможность составить *операциональное* (в точных терминах процедур, операций) описание прямо ненаблюдаемого, внутреннего состояния голода. Аналогичным образом рассматриваются и другие промежуточные переменные. Сначала Толмен этот свой подход называл "оперантным бихевиоризмом", прежде чем выбрать термин "промежуточные переменные".

В опытах Толмена также устанавливалось, что при обучении крыс нахождению корма в лабиринте речь шла не о простом механическом усвоении ими кратчайшего пути по типу связи между стимулом и реакцией, а своего рода усвоении ими значения стимула. Обученное животное почему-то сразу справлялось и с "усложненными" заданиями (типа перекрытием пути преградой) без нового научения. Отсюда Толмен заключил, что поток сигналов из внешней среды

преобразуется мозгом в своеобразные *“когнитивные карты-схемы”* (или образы ситуаций), которые помогают определять адекватные действия при изменениях ситуации. Эти карты создаются внешне незаметно (латентное научение) и отражают значение различных стимулов и существующих между ними связей.

Таким образом, “закон упражнения”, лежащий в основе теории научения Торндайка, должен быть пересмотрен. Научение — это не просто упрочение ассоциативной связи между раздражителем и двигательным ответом, а образование новых “познавательных карт”, “знаковых гештальтов” или “матриц ценностей–убеждений”. Они создаются не по законам ассоциации, а скорее как целостные гештальт–структуры в ходе многократного выполнения какого-либо действия.

Эта *теория когнитивного научения* Торндайка может дать объяснение образования сложных психомоторных навыков у человека. Например, в процессе обучения игре на музыкальных инструментах также формируются когнитивные стратегии, направленные на выработку строгих последовательных движений и их программирование в зависимости от желаемого результата. Кроме выработки навыков, в бихевиоризме к когнитивным формам научения также относят научение путем инсайта, путем рассуждений, абстрагирования и обобщения.

Гипотико–дедуктивный бихевиоризм К.Л. Халла (1884-1952). Этот вариант необихевиоризма более сконцентрирован вокруг построения *математической теории поведения*. Кларк Леонард Халл, также как и Толмен, признавал наличие “внутрипсихических” факторов поведения, но он пытался найти им эквиваленты, которые можно было объективизировать и дать им математическое описание. В частности, в состав этих факторов он ввел такие понятия как “сила навыка” — это функция количества проб, т.е. попыток выполнить реакцию; “драйв” или потребность — это величина, производная от депривации (лишения пищи, воды и т.п.), подкрепление и множество других. Поведение по Халлу выступает в виде связанного взаимодействия переменных, “семейств” навыков и иерархии мотивов.

Пытаясь подойти строго математически к анализу поведения, Халл вместе с тем не придавал существенного значения познавательным факторам и нейрофизиологическим механизмам. В его формуле поведения “стимул–реакция” в качестве среднего звена первоочередно выступают потребности организма (пищевая, половая, потребность во сне и др.). Потребность, по его мнению, придает поведению энергию, создает незримый потенциал реакции. Этот потенциал потребности разряжается при *подкреплении*, увеличивая вероятность поведенческой реакции при встрече с аналогичным стимулом. Научение не может произойти при отсутствии этого первичного подкрепления, которое необходимо для ослабления побуждения. Любой стимул, который последовательно ассоциируется с подкрепляющей ситуацией будет снижать напряжение с первичной потребности. Таким образом этот стимул сам уже производит результирующее подкрепление. Поскольку его подкрепляющая способность приобретается в ходе научения, она называется *вторичным подкреплением.* Благодаря особому акценту на подкреплении, система Халла получила еще название *теории снижения потребностей*.

К. Халл предложил использовать в психологии гипотико-дедуктивный метод, наряду с методом наблюдения или эксперимента. Этот метод включает установление постулатов, на основании которых дедуктивным путем выводится заключение. Если заключение экспериментально подтверждается, то оно включается в число научных понятий. Его система уже содержала 18 постулатов и 12 следствий, причем К. Халл использовал любую возможность, чтобы математически квантифицировать свои суждения, иногда доводя их до абсурда. Его

современники даже полагали, что он стал жертвой страстного увлечения математикой.

Теории социального научения (социальный бихевиоризм, социально–когнитивное направление в теории личности). Начиная с 1960 года, а особенно 70-е годы бихевиоризм представляет свои концепции в соответствии с теорией социального научения **Альберта Бандуры** (р. 1925). Последний обратил внимание на то, что существует множество форм поведения, научение которым основано на наблюдении такового у других и подражании ему. Выработку таких форм поведения обозначили как *"научение путем наблюдения"*. Это означало, что внешнее подкрепление не является единственным способом приобретения, сохранения или изменения поведения, как это полагал Скиннер. Люди могут учиться просто наблюдая поведение других людей в жизни, в кинофильмах или при чтении книг. Это позволяет человеку предвидеть последствия собственного поведения, принять необходимые меры предосторожности.

При *простом подражании по модели*, что наблюдается и у животных, воспроизводятся действия модели, но не всегда понимается их значение. При более сложном, *викарном научении* от человека требуется не только усвоение, но и понимание поведения модели. Это особенно значимо для саморегулирования поведения, которое во многом осуществляется через механизмы самонаблюдения и самооценки. Таким образом, функционирование человека понимается Бандурой как непрерывный процесс взаимодействия поведения, познавательно–личностной сферы (вера, ожидание, самовосприятие) и социального окружения (поощрения, наказания).

> Широко известен эксперимент Бандуры (1977) с демонстрацией группам детей коротких фильмов, где дети наблюдали поведение различного уровня агрессивности. Оказалось, что те дети, которые видели фильм, в котором агрессивное поведение вознаграждалось, вели себя в играх после просмотра значительно более агрессивно, чем дети, которые просмотрели фильм, где такое поведение наказывалось. Лишь позднее А. Бандура (1986) расширил и усовершенствовал свою теорию социального научения, которой дал новое название — *социальная когнитивная теория*. Такое изменение названия отражает перенос акцента на мышление как часть научения. Здесь по–прежнему говорится о поощрении и наказании, но при этом признается, что дети наблюдают и за своим собственным поведением, могут предвидеть последствия на основе своего прошлого опыта. Они формируют мнение о себе и об окружающих, а затем ведут себя таким образом, чтобы их поведение не противоречило этому мнению. Все это сближает теорию научения с работами психологов *когнитивного направления*.

Сторонники всех теорий социального научения отмечают, что люди часто подражают каким-то знаменитостям, героям кинофильмов и так далее. Модель "учит" какому-то поведению, однако использование результатов такого обучения все же зависит от когнитивно–эмоциональной оценки ситуации. Таким образом, на человека влияют не только внешние условия, он также должен самостоятельно оценивать и предвидеть последствия своего поведения. Хотя общий подход в теориях социального научения и основан на бихевиоризме, но поведение человека в них не уподобляется таковому у животных или роботов.

> Согласно рассуждениям А. Бандуры все виды поведения человека, включая и анормальное, во многом обусловлены наблюдением и моделированием поведения других людей. На этом могут быть основаны и лечебно-коррекционные программы. При *модификации поведения* используется моделирование: испытуемые должны наблюдать за моделью (другим человеком) в таких ситуациях, которые им самим кажутся пугающими или провоцируют чувство тревоги. Эти методы показательного обучения являются

особенно эффективными у детей. Они полезны при лечении навязчивых состояний, различных изолированных фобий.

Теория социального научения **Джулиана Бернарда Роттера** (Rotter J.B.,1966) дополняет модель А. Бандуры. Д. Роттер полагает, что на быстроту освоения новой поведенческой реакции существенно влияет субъективная оценка человеком высокой или низкой *вероятности подкрепления* и характер его, т.е. ценность и *значимость* подкрепителя для человека. Кроме того, научение зависимо и от присущего каждому специфического личностного свойства — *"локуса контроля":* чувствует ли себя человек активным деятелем в достижении целей поведения или полагается на обстоятельства.

Таким образом, в центре внимания теории социального научения Роттера лежит изучение возможностей прогноза поведения человека в сложных ситуациях. Роттер утверждает, что люди способны осознавать, что поведение именно в определенной, а не в какой-то другой ситуации, вероятно, будет поощрено. Кроме того, человек, благодаря своим когнитивным возможностям, способен активно добиваться своих целей, создавая определенные стратегии поведения в течение своей жизни.

Для описания социального поведения часто используется понятие "поведенческий потенциал", т.е. тот набор поведенческих реакций и навыков, который нажит человеком в течение жизни. Поведенческий потенциал включает 5 основных блоков поведенческих реакций или "техник существования":

1) реакции, направленные на достижение успеха, социального признания;
2) реакции приспособления и адаптации к требованиям других людей и общества;
3) защитные реакции при превышении возможностей человека (отрицание, подавление желаний, обесценивание и другие);
4) техники избегания напряжения (уход, бегство, отдых и другие);
5) агрессивные реакции (реальная физическая агрессия и ее символические формы — ирония, критика, насмешка, интриги и другие).

БИХЕВИОРИЗМ И КОГНИТИВНОЕ ДВИЖЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ

В своем манифесте бихевиоризма 1913 года Д. Уотсон, объявив интроспективный метод изучения сознания В. Вундта "ненаучным", требовал исключить из употребления в психологии и самого термина "сознание". Однако даже сами бихевиористы (Гатри Э.Р., 1935; Толмен Э.Ч., 1932 и др.) признавали трудности оперирования поведенческими терминами, когда речь идет о психических, когнитивных процессах. Вскоре психология вновь обрела интерес к проблемам сознания в рамках так называемого когнитивного движения, где саму психологию все чаще стали определять как "науку о поведении и психических процессах". Когнитивное движение представляет собой объединение самых разнообразных отраслей знания. Сюда входят когнитивная психология, лингвистика, антропология, философия, компьютерные науки, программы создания искусственного интеллекта, науки о высшей нервной деятельности.

Когнитивная психология появилась не на пустом месте. Ее истоки усматриваются в более ранних концепциях структурной и функциональной психологии, бихевиоризме. Тем не менее, современные исследователи истоки когнитивной психологии начинают с работ Пиаже ("стадии когнитивного развития"), Выготского ("зона ближайшего развития"), а также теоретиков *информационной психологии*. Последние предлагают использовать компьютер в качестве модели человеческого мозга. Интеллект, например, имеет как "аппаратное обеспечение" — клетки и ткани мозга, так и "программное обеспечение" —

усвоенные в ходе научения стратегии обработки информации (Klahr, Langley, & Necher, 1987).

Информационный подход дает также возможность анализировать мозговые процессы и психические явления, т.е. явления двух уровней, в едином концептуальном строе, который можно определить как *нейроинформатику*. Как пишет философ Д.И. Дубровский само понятие информации обладает двойственной сущностью, поскольку включает в себя и содержание информации, и ее кодовую форму, т.е. свойства материального носителя, в котором необходимо воплощена данная информация. Будучи информацией, всякое явление сознания (субъективной реальности) воплощено в материальном носителе — мозговой нейродинамической системе данного индивида.

В 1960 году Джорджем Миллером и Джеромом Брунером в Гарвардском университете был организован новая лаборатория — Центр когнитивных исследований. В 1967 году Ульриком Найссером была опубликована книга под названием "Когнитивная психология". В ней было показано, что когнитивная психология сосредоточена на исследовании процессов познания, при помощи которых "входящие сенсорные данные подвергаются трансформации, редукции, обработке, накоплению, воспроизведению и в дальнейшем используются…". Именно сознание придает форму и связанность протекания психических процессов, которые в значительной мере и составляют предмет когнитивной психологии. Однако процесс познания протекает также и на неосознаваемом уровне, что показано многочисленными экспериментами. Когнитивисты предпочитают говорить именно о *неосознанном*, отделяя тем самым эти феномены от бессознательного в психоанализе. Ряд исследователей упрекает когнитивную психологию в явной переоценке роли и значения когнитивных факторов в ущерб другим, таким как мотивация и эмоции.

КОНЦЕПЦИЯ НЕВРОЗА И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Концепция невроза. Адаптивное поведение направлено на адекватное приспособление к жизненным условиям. Неправильные (неадаптивные) формы поведения закрепляются только тогда, когда им сопутствует некий положительный результат. Отсюда можно предположить, что при неврозах таким подкрепителем может являться *"условная приятность, выгодность" болезни*, так как она освобождает больного от ряда обязанностей или дает ему большее внимание со стороны близких (Dollard, Miller, 1967).

Однако, другая и более оригинальная концепция невроза была предложена Вольпе (Wolpe J., 1958) и Айзенком (Eysenck H., 1961). Основное значение ими придается *страху и тревоге*, которые возникают у человека при психотравмирующей ситуации. Неадаптивное поведение человека, в том числе невротическое и психотическое, возникает, подкрепляется и фиксируется в силу того, что оно способствует *снижению* уровня самого этого страха и тревоги. Другими словами невротическое поведение — это выученная и зафиксированная реакция избегания возбудителя страха и тревоги — приобретенный навык неадекватного, хотя и приспособительного, поведения.

Этим выводам предшествовали наблюдения возможности формирования методом условных рефлексов у лабораторных животных экспериментальных неврозов и психозов — состояний, сходных с таковыми у человека. Кроме того, в обычных условиях жизни у животных иногда также встречаются состояния, напоминающие неврозы и психозы у людей. Например, описана коллективная

истерия среди своры охотничьих собак, реакции "мнимой смерти" при испуге, а также истерические судороги и "мнимая" беременность у некоторых животных.

Поведенческая психотерапия. Понятие поведенческая (бихевиориальная) терапия впервые ввели в практику Арнольд Лазарус и Ганс Айзенк в конце 50-х годов. В нашей стране большое распространение имел термин условно–рефлекторная терапия (Бехтерев В.М., 1917; Контарович Н.В., 1929;).

Поведенческая терапия направлена на изменение, точнее "переучивание", неправильно усвоенного поведения, т.е. симптома болезни. Это "переучивание" может достигаться различными способами. Например, метод ***оперантного обуславливания*** направлен на изменение поведения пациента, научение его новым навыкам или отказу от нежелательных форм поведения с помощью поощрения и наказания ("жетонная" система, удары током и другие). Так при терапии алкоголизма широко использовался *условно–рефлекторный метод (аверсия)* — сочетание приема алкоголя с дачей рвотных средств, а В. Франкл (Frankl, 1966) предложил метод *"парадоксальной интенции"* (интенция — намерение), когда больному с фобиями предлагается с юмором имитировать свои страхи — "делать то, чего он боится".

Как уже отмечалось, страх и тревога лежит в основе большинства невротических состояний и рассматриваются в бихевиоризме как выученная условно-рефлекторная эмоциональная реакция. Она может быть подавлена, если объединить в одно и то же время стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. Тогда произойдет *противообуславливание* и стимул, не вызывающий страх, погасит прежний рефлекс. В экспериментах на животных таким противообуславливающим страх стимулом является кормление. У человека одним из наиболее действенных стимулов противоположных страху является *релаксация* (расслабление). Практический прием, вытекающий из этого (предложен Джозефом Вольпе), заключается в постепенном, поэтапном демонстрировании больному, находящемуся в полной релаксации, иерархии обстоятельств, вызывающих страх. Этот терапевтический прием постепенного, поэтапного погашения страха и тревоги был назван ***систематической десенсибилизацией*** и имеет много модификаций.

Угашение страха возможно и без релаксации — просто демонстрацией объекта страха. При методике ***"наводнения"*** пациента побуждают столкнуться с реальной ситуацией, вызывающей страх, и находится в ней до тех пор, пока страх не уменьшится. Методика ***"имплозии"*** отличается от методики "наводнения" только лишь тем, что такие тренировки проводятся не в реальной ситуации, а с ее моделированием в воображении пациента. Цель имплозивной терапии состоит в том, чтобы вызвать интенсивный страх, который приведет к уменьшению страха в реальной ситуации.

Последние годы широкое распространение получили ***групповые варианты поведенческой психотерапии****:* методики социального тренинга или моделирования, тренинг уверенности в себе, тренинг умений и другие. Кроме того повысился интерес и к когнитивным факторам поведения (оценка, установка и убеждения), что привело к созданию *поведенческо–когнитивной терапии* (Эллис А., 1962; Рудестам К., 1990). Усилия группы здесь сосредоточены вокруг логического преодоления иррациональных страхов и убеждений. Члены группы совместно подыскивают аргументы, лишающие эти убеждения и страхи непреодолимой силы, а новые формы поведения вырабатываются и закрепляются рядом практических поведенческих приемов.

Главными особенностями любых способов поведенческой терапии являются следующие (Bergin A.E., Garfield S.L.,1994):

1. Изменению подвергается поведение, а не внутреннее состояние.
2. Осуществляются упражнения, которые активно контролируются терапевтом.
3. Симптомы устраняются даже без обсуждения их причин.
4. Занимают сравнительно мало времени — максимум несколько месяцев.
5. Методы основываются на данных, полученных экспериментально.

Краткое содержание и выводы

Бихевиоризм сосредоточен на наблюдении, измерении и анализе поведения. Личность и ее особенности также могут быть описаны через внешне наблюдаемое поведение. Поэтому становится необязательным изучение внутриличностных процессов, сознания.

Основоположник бихевиоризма Дж. Уотсон в 1913 году в своей программе-манифесте новой школы утверждает, что формула "стимул→реакция" является единицей анализа любого поведения и служит опорой психологии как точной науки. Становлению бихевиоризма способствовали: открытие Э. Торндайком законов научения, условных рефлексов И.П. Павловым, а также работы В.Н. Бехтерева по условным рефлексам в моторике.

Наиболее последовательно линию ортодоксального бихевиоризма с отвержением влияния на поведение любых внутренних факторов отстаивал Б. Скиннер. В отличие от Павлова, который научно разработал теорию реактивного поведения (S→R), Скиннер разработал учение об оперантном поведении. При таком поведении животное сначала производит движение (воздействует на среду), а затем получает (или не получает) подкрепление (R←S).

В необихевиоризме (с 1930 гг.) происходит возврат к изучению роли внутриличностных процессов в поведении. В когнитивном необихевиоризме Э. Толмена формула поведения уже трехчленная: независимая переменная (S) → промежуточные переменные → зависимая переменная (R). Промежуточные переменные это недоступные прямому наблюдению психические моменты (ожидания, установки, знания), но использующиеся здесь как конструкты, о которых судят только по свойствам поведения. В гипотико–дедуктивном необихевиоризме К. Халла средним звеном формулы S→R являются потребности организма, которые придают поведению энергию. Отсюда количественное измерение потребностей позволяет строить математические модели поведения.

Нео-необихивиоризм (с 1960 гг.) сосредоточен на построении социальных моделей поведения. Все теории социального научения изучают поведение, хотя и сконцентрированы на исследовании в его формировании роли когнитивных факторов. Их влиянием А. Бандурой объясняется освоение человеком новых видов поведения без получения прямого подкрепления, а только при наблюдении за поведением у других людей (научение по модели). Еще шире когнитивные процессы рассматривает Д. Роттер, который развивает представления о внутреннем и внешнем локусе контроля у людей. Эти два источника контроля приводят к разным внутренним когнитивным состояниям, влияющим на прогноз, оценку подкрепления поведения.

В отличие от бихевиоризма когнитивная психология обращает внимание, прежде всего на сам процесс познания, а не на взаимосвязь его только с поведенческой реакцией. Как самостоятельная психологическая школа когнитивная

психология широко использует теоретические представления, которые разработаны не только в рамках психологии, но и в других науках, особенно в информатике и кибернетике.

Для клинической психологии и медицины большое значение имеют разработанные в рамках бихевиоризма концепции неадаптивного (невротического) поведения и терапевтические методики его коррекции.

Концепция невроза Долларда и Миллера указывает, что у некоторых больных неадаптивное поведение подкрепляется теми "выгодами", которые дают ему болезненные симптомы. Концепция невроза Вольпе и Айзенка утверждает, что неадаптивное поведение — это выученная и зафиксированная реакция избегания различных возбудителей страха и тревоги.

Поведенческая терапия направлена на изменение ("переучивание"), неправильно усвоенного поведения, т.е. симптома болезни. Для этого используются различные поведенческие методики: оперантное обуславливание, "наводнение", имплозия, систематическая десенсибилизация и другие. Поведенческо–когнитивные терапевтические методики, кроме моделирования и тренинга адаптивного поведения, включают приемы рациональной психотерапии.

Вопросы для самопроверки

1. В чем состояла суть критики структурализма и функционализма в определяющей статье Дж. Уотсона 1913 года?
2. Как определяются предмет психологии и ее методы в классическом ортодоксальном бихевиоризме?
3. Каким образом методология и выбор предмета исследований Дж. Уотсоном продолжали атомистические и механистические традиции классической ассоциативной психологии?
4. Какой вклад в становление бихевиоризма внесли работы Э. Торндайка, И.П. Павлова и В.М. Бехтерева?
5. Чем оперантное поведение и оперантное обуславливание Б.Ф. Скиннера отличается от реактивного поведения и реактивного обуславливания И.П. Павлова?
6. Какие схемы подкрепления поведения разрабатывал Б.Ф. Скиннер и как им оценивается эффективность подкрепляющих стимулов?
7. Почему учение Э. Толмена часто обозначают как целенаправленный бихевиоризм?
8. Что собой представляет процедура операционального определения промежуточных переменных?
9. Как объясняет образование сложных психомоторных навыков у человека теория когнитивного научения Э. Толмена?
10. Почему психологическая система К. Халла получила название гипотико–дедуктивный бихевиоризм?
11. Каким образом объясняются процессы научения в гипотико–дедуктивном бихевиоризме К. Халла?
12. Чем взгляды сторонников теорий социального научения (Бандура, Роттер) отличаются от взглядов создателя оперантного бихевиоризма Б.Ф. Скиннера?
13. Чем отличается социально–когнититивный бихевиоризм А. Бандуры от когнитивного бихевиоризма Э. Толмена?
14. Чем отличается когнитивная психология от когнитивного бихевиоризма Э. Толмена и когнитивных подходов нео-необихевиористов?
15. Как определяется симптом невроза с точки зрения представителей бихевиориального направления в психологии?
16. Какие основные концепции предложены в бихевиоризме для объяснения неадаптивных форм поведения?
17. Какие основные методики были предложены в бихевиоризме для устранения нежелательных форм поведения?

18. Как можно определить основные общие особенности любых психотерапевтических бихевиориальных методик?

ГЛАВА 19

ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ

А. МАСЛОУ (MASLOV A.H.): ТЕОРИЯ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ



Маслоу
Абрахам Харольд
(1908–1970)

Американский психолог Абрахам Харольд Маслоу (1908-1970) — один из основателей гуманистической психологии. Его родители — евреи, эмигрировали в США из России. Маслоу получил психологическое образование, стал профессором психологии, являлся членом ряда профессиональных обществ психологов, был редактором— основателем "Журнала гуманистической психологии" и "Журнала трансперсональной психологии". Большинство его книг написаны в последние 10 лет его жизни: "По направлению к психологии бытия" (1968), "Религии, ценности и вершинные переживания" (1964), "Мотивация и личность" (1987) и другие.

Еще в студенческие годы, занимаясь бихевиоризмом, А. Маслоу был убежден, З. Фрейд прав, обратив особое внимание на сексуальность. Однако позже он пришел к выводу, что психоанализ является хорошей системой для анализа психопатологии, но психоанализ совершенно не пригоден как теория для объяснения всего человеческого поведения. Поэтому Маслоу свое исследование основывал не на изучении больных людей, как это делал Фрейд, а на изучении биографий психически здоровых, наиболее зрелых, творческих и выдающихся личностей, полагая, что только при изучении лучших представителей человеческого рода можно приблизиться к границам человеческих возможностей и их исследовать.

Маслоу замечает, что хотя в его выборке "лучших из лучших" не оказалось абсолютно совершенных и идеальных людей, однако их всех отличала одна характерная особенность, которую он обозначил как *самоактуализация* (Self-Actualization).

> Термин "самоактуализация" впервые был предложен Куртом Гольдштейном. Его представления значительно отличались от формулировок Маслоу. Будучи нейрофизиологом, занимавшимся пациентами с поврежденным мозгом, Гольдштейн рассматривал самоактуализацию, как фундаментальный процесс в каждом организме, который заключается в тенденции актуализировать все заложенные в нем индивидуальные способности, "свою природу". Не всегда этот процесс имеет только позитивные последствия для индивидуума.

Понятие "самоактуализация" можно определить как стремление к самовыражению с наиболее полным использованием своих талантов, способностей и возможностей. Маслоу считает, что эта высокая гуманоидная потребность в самоактуализации всегда присутствует у здорового человека. Иными словами, человек должен реализовать то, что в нем заложено от рождения, то, что он может. Если в нем заложены способности ученого или актера, то он обязан это реализовать.

В персонологии всегда наиболее важным считается вопрос о мотивации поведения человека. Маслоу полагает, что люди первоочередно мотивированы для

поиска личных целей, что делает их жизнь осмысленной. Однако все потребности человека организованы в иерархическую систему приоритета и доминирования. Эта соподчиненность потребностей получила название “пирамида потребностей”.

В основании пирамиды расположены физиологические потребности, далее следуют психологические потребности: безопасности и защиты, принадлежности и любви, самоуважения. Лишь на вершине этой пирамиды возникает потребность высшего порядка — самоактуализация. Только при удовлетворении потребностей, которые расположены внизу иерархии, становится возможным осознание и участие в мотивации поведения более высоких потребностей.

Формы проявления самоактуализации, как высшей потребности, весьма различны в зависимости от того, что представляет из себя человек. У каждого человека свои мотивации и способности. Для одного очень важно стать хорошим родителем, другие стремяться добиться успехов в спорте, стать художником или изобретателем.

Главное в теории Маслоу — это то, что он, как и Адлер, преодолел слишком упрощенное толкование естественного отбора Ч. Дравиным, согласно которому в борьбе за существование выживают агрессивные и сильные животные. Отсюда якобы следует, что человек является агрессивным. Маслоу доказывал, что человек по сути своей добр. Он рождается с гуманоидными потребностями, то есть потребностями служить истине, доброте, нравственности и справедливости. Гуманоидные потребности он назвал даже врожденными инстинктами. Поэтому воспитание доброты — это пробуждение естества человека, а не навязывание ему извне чего-то чужеродного.

Таким образом, личность в гуманистической психологии можно рассматривать как духовную индивидуальность, направленность которой задается внутренними глубинными, гуманоидными ценностными ориентациями. Реализация самоактуализации в личностном развитии характеризуется появлением высших духовных потребностей, названных Маслоу “метапотребностями”. Это такие потребности, как потребность в справедливости, совершенстве, красоте или правде. Метамотвация поведения для самоактуализирующихся личностей обычно принимает форму служения каким-то идеалам или целям, чему-то такому, что “вне тебя”. Все это созвучно идеям философа В. Дильтея (1833-1911), который, разрабатывая методологические основы “наук о духе” (“описательную психологию”), рассматривал развитие личности как все возрастающую значимость для нее определенной культурной ценности. Это понятно так как, по его мнению, и сами сферы человеческой культуры возникают в силу чисто духовного процесса, внутреннего “самодвижения духа”.

В психологии есть попытки создания типологии личности с учетом ее духовной организации. В частности Э. Шпрангер (1882-1963), продолжая развитие описательной психологии Дильтея, создал такую типологию. В его концепции типология личности определяется доминированием одной из шести глубинных ценностей, которые проявляются в избирательном отношении человека к явлениям культуры. Выделяя шесть основных человеческих ценностей, он создал концепцию о шести идеальных культурных (духовных) типах: теоретическом человеке, экономическом, эстетическом, социальном, политическом и религиозном.

В отечественной психологии А.Ф. Лазурский (1874-1917) в своей концепции об “эндопсихике” и “экзопсихике” также разработал принципы типологии личности во многом подобные типологии Шпрангера. Трактуя развитие личности как “стремление к совершенствованию”, Лазурский выделяет восемь таких духовных идеалов Совершенства: “альтруизм” (по Шпрангеру — человек социальный), “знание” (теоретический), “красота” (эстетический), “религия” (религиозный), “общество, государство” (политический), “внешняя деятельность, инициатива” (экономический), а также “система, организация” и “власть, борьба”.

Теория самоактуализации. Концепция самоактуализации является наиболее важным вкладом Маслоу в психологию. Однако понятие самоактуализации невозможно полностью раскрыть в кратком определении. Маслоу сделал попытку

более точно представить его путем описания восьми “типов поведения”, которые ведут человека к самоактуализации.

1. Свежесть восприятия (концентрация)

Обычно мы мало и поверхностно сознаем, что происходит в нас и вокруг нас. Однако, иногда у нас бывают моменты повышенного осознания и интереса к своему внутреннему и внешнему миру. Это может возникать когда мы наблюдаем особо красивые явления природы (закат солнца), человеческого творчества (картина художника) или испытываем эмоциональное воодушевление в любви. Такие возвышенные, хотя и краткие, чувства осознания и слияния со всем миром и являются по Маслоу “самоактуализирующими моментами”.

Теперь можно представить особенности восприятия у самоактуализируюшихся людей. Самоактуализация означает восприятие и переживание полное, живое, беззаветное, с максимальной концентрацией и впитыванием. Самоактуализаторы редко жалуются на скучную, неинтересную жизнь.

2. Выбор роста и центрированность на проблеме

Если мыслить жизнь как цепь, состоящую из выборов, тогда самоактуализация — это процесс, при котором принимается решение в пользу личностного роста в каждом выборе. Часто нам приходится выбирать между продвижением и безопасностью, между прогрессом и регрессом. Каждый выбор имеет свои негативные и позитивные аспекты. Выбрав безопасность, мы остаемся при известном и знакомом, но рискуем стать консервативным, устаревшим и смешным. Выбор роста означает, что вам открывается новый, неожиданный и привлекательный опыт, но есть риск встретится с чем-то неизвестным и возможным провалом.

А. Маслоу считал, что все обследованные им самоактуализирующиеся личности являлись не только ориентированными на выбор личного роста, но и подчиняли его решению какой-либо задачи, долгу или призванию. Другими словами все они были не эго–центрированы, а ориентированы на задачи, которые стоят выше их личных непосредственных потребностей.

3. Самопознание: принятие себя и других

При самоактуализации мы больше узнаем о своей внутренней природе и действуем в соответствии с этим. Это означает, что мы решаем для себя, какие нам нравятся кинофильмы, книги или идеи, независимо от мнения других людей.

Актуализироваться — значит становиться реальным, существовать фактически, а не только в потенциальности. Самоактуализирующиеся люди могут принять себя такими, какие они есть. Они не сверхкритичны к своим недостаткам и слабостям.. Подобным образом они принимают других людей и человечество в целом.

4. Честность и естественность поведения

Честность и принятие ответственности за свои поступки — существенные моменты самоактуализации. Естественно поведение только тогда, когда оно исходит из своего внутреннего “Я”. Тогда не нужно позировать, стараться произвести хорошее впечатление или удовлетворять своими ответами других. Но это вовсе не означает, что поступки самоактуализаторов постоянно идут в разрез с традициями. Но когда требует ситуация, они могут быть непримиримыми даже под угрозой осуждения.

5. Автономия: независимость от культуры и окружения

Первые четыре пункта помогают развить в человеке способность к “лучшим жизненным выборам”. Он научается верить исходящим из своего внутреннего “Я

суждениям и действовать в соответствии с ними. Это делает человека независимым в своих действиях от физического и социального окружения. Он уже способен производить "лучший выбор" не только в искусстве, музыке или пище, но и в гораздо более серьезных жизненных проблемах, таких как брак или профессия.

6. Саморазвитие (креативность)

Самоактуализация — это также постоянный и непрерывный процесс развития своих возможностей и талантов. Большой талант или ум не то же самое, что и самоактуализация. Многие одаренные люди не смогли полностью использовать свои возможности, другие же, может даже со средним талантом, сделали невероятно многое. Самоактуализация это не вещь, которую можно иметь или не иметь, не единичное достижение, а процесс без конца, способ жизни, который делает ваш потенциал реальным.

7. Более эффективное восприятие реальности

Дальнейший шаг самоактуализации — это обнаружение своих "психологических защит" и работа по отказу от них. Психологические защиты — это механизмы искажения реальности в угоду самомнению. Нам нужно сознавать как мы искажаем образ себя и образы внешнего мира посредством вытеснения, проекций и других механизмов защиты.

8. Вершинные, мистические переживания

"*Пик–переживанием*" (peak–experiences) называет Маслоу особо выраженные и достаточно продолжительные самоактуализирующие моменты, длящиеся несколько минут (редко часы). Они также как и самоактуализирующиеся моменты вызываются сильным чувством любви, переживаниями исключительной красоты природы или произведениями человеческого разума. Однако в отличие от самоактуализирующихся моментов эти вершинные переживания отличаются исключительной силой. Во время их переживания мы ощущаем себя более интегрированными в мир, больше его осознаем, действуем и чувствуем более ясно.

Наиболее значительные "пик–переживания" бывают редко. Поэты описывали их как моменты экстаза, а люди религии — как глубокого мистического переживания. По Маслоу, эти вершинные переживания не имеют божественной или сверхъестественной природы — люди просто чувствуют большую гармонию с миром, теряют ощущение своего "Я" или выходят за его пределы, утрачивается также чувство времени и места.

В отличие от этих вершинных переживаний, "*Плато-переживание*" — более устойчиво и длительно. Маслоу понимает и описывает его как новый, более глубокий способ видения и переживания мира. При этом существенно изменяется отношение человека к его повседневным проблемам и хлопотам, приходит новое понимание ценностей и жизненных идеалов. Сам Маслоу пережил подобное в конце жизни, после первого сердечного приступа. Более глубокое восприятие жизни и неизбежности смерти заставило его увидеть мир совершенно по-новому.

Состояния, сходные с описаниями "пик–переживаний", часто встречаются в психопатологии в виде своеобразных измененных состояний сознания — это аура перед эпилептическим припадком, особое состояние сознания во время приступа мигрени, при приеме наркотиков. Маслоу находит подобные состояния у здоровых людей и считает их существенным свойством самоактуализации.

Он обнаружил, что некоторые из самоактуализирующихся индивидов стремились испытывать много "пик–переживаний", в то время как другие сталкивались с ними редко. Первых он называет "*трансцендирующими самоактуализаторами*" и они вносят чаще мистичность в происходящее, мыслят более хаотично, способны трансцендировать (от лат. transcendere — переступать)

категории прошлого, настоящего и будущего, добра и зла, воспринять единство за кажущейся сложностью и противоречивостью жизни. Они являются более новаторами, чем систематизаторами идей других, коими являлась другая половина самоактуализаторов из его выборки.

Трансперсональная психология. Маслоу считал гуманистическую психологию, психологию "третьей силы" (после психоанализа и бихевиоризма), переходной и подготовительной к еще более высокой, четвертой психологии — *трансперсональной*, центрированной на космосе, а не на человеческих интересах и потребностях. Она будет выходить за пределы человеческого самоопределения и самоактуализации. Это вытекает и из описания "пик-переживаний" — когда они бывают особенно мощными, ощущение своего "Я" растворяется в осознании какого-то более обширного единения. Этот уровень духовных переживаний раньше всего описывался в религиозной литературе ненаучным или теологическим языком. Маслоу полагал, что задачей трансперсональной психологии является подведение под имеющийся уже материал научной базы, изложение его научным языком.

Энтони Сутич, основатель и первый редактор "Журнала трансперсональной психологии" (основан в 1989 г. при участии А. Маслоу) определил трансперсональную психологию как "исследование предельных способностей и возможностей" человека. Эта психология включает изучение религиозного опыта, медитацию и другие способы получения измененных состояний сознания, а также феномены традиционно относящиеся к парапсихологии.

К теоретическим источникам трансперсональной психологии относятся учение средневековых мистиков (особенно Майстеро Экхарта, XIII-XIV вв.), восточная философия (главным образом индийская), аналитическая психология К. Юнга.

Современными представителями в трансперсональном направлении являются европейский психиатр Станислав Гроф и итальянский психиатр Роберто Ассаджоли. Их работы также имеют непосредственное отношение к проблемам клинической психологии и психотерапии.

Сущность теоретических представлений в трансперсональной психологии сводится к тому, что детерминанты человеческого поведения и источники психологических проблем человека находятся за пределами его индивидуального, прижизненного опыта. Человек с его прижизненно сформированной психикой, опытом и качествами традиционно обозначается как "persona". Кроме этого в человеке существует нечто вне его индивидуального опыта, вне его "персоны", т.е. трансперсональное. Этим "нечто" является, например, по концепции мистиков частица Бога, у К. Юнга — архетипы.

Сейчас уже ясно, что трансперсональная психология формирует новые подходы к решению проблем человека, выдвигает свою парадигму, отличную от существующей в традиционной психологии. Поэтому сторонников нового течения обычно упрекают в использовании антинаучных методов или в изучении далеких от науки проблем. В этой новой парадигме все более утверждается (по Tart, 1975):

1) близость, а не противопоставление материального и духовного миров;
2) каждый индивид понимается существом не изолированным, а в единстве со всеми формами жизни;
3) наше обыденное сознание не является самым лучшим и адаптивным из всех известных его состояний;
4) желание испытать измененное состояние сознания не является патологией, а естественно для здорового развития человека;
5) развитие личности не завершается взрослостью, поскольку здоровая взрослость только основа, фундамент для дальнейшего развития духовности.

Патологический аспект: препятствия духовному росту. Маслоу полагает, что самоактуализация является высшей потребностью человека, реализация которой возможна после удовлетворения психологических потребностей более низшего порядка — в уважении, любви и принадлежности, безопасности, а также физиологических потребностей. Модель иерархии потребностей Маслоу как бы предполагает, что каждая из ветвей психологии (трансперсональная психология,

гуманистическая психология, психоанализ и бихевиоризм) имеет право на существование и необходима, так как каждый подход по-своему полезен.

Фрустрация основных потребностей, начиная от физиологических потребностей до потребности самоактуализации, может стать причиной личностной дезадаптации. Невроз в понимании Маслоу — это "болезнь лишенности", т.е. удовлетворения фундаментальных потребностей, подобно тому, как недостаток витаминов вызывает физическую болезнь. Учитывая то, что фрустрация любых потребностей "пирамиды" препятствует реализации высшей человеческой потребности в самоактуализации, сказанное можно выразить и иначе. Если в человеке заложены актерские способности, то он должен стремится стать актером. Если в нем заложены способности мыслителя, ученого, то он обязан также это реализовать. А если человек этого не делает или условия жизни мешают этой реализации, то начинается конфликт. Он заключается в том, что человеку не дано возможности самоактуализации, то есть быть тем, кем он может быть. Именно такая неудовлетворенность и порождает неврозы.

Маслоу полагает, что существуют различные уровни жалоб, соответствующие фрустрированным потребностям. Жалобы нижнего уровня могут быть реакцией на опасные условия работы, недостаток признания коллег, угрозы потери престижа или неудовлетворенность супружеством и положением в семье. Жалобы самого высокого уровня (*мета-жалобы*) относятся к фрустрации *мета-потребностей*, т.е. тех потребностей, появление которых возможно при полном удовлетворении низших потребностей, а именно это чаще и встречается у самоактуализирующихся личностей. К метапотребностям Маслоу относит потребности в справедливости, совершенстве, красоте или правде, т.е. это высшие духовные потребности человека. Метамотивация часто принимает форму служения идеалам или целям, чему-то такому, что "вне тебя". Отсюда *метапатология* обычно сопровождается жалобами на отсутствие ценности, значимости, завершенности в жизни.

По мнению Маслоу, мотивация личностного роста имеет не столь базовый характер, как стремление к удовлетворению физиологических потребностей и даже потребностей более высокого порядка "пирамиды" потребностей. Поэтому реализации самоактуализации может препятствовать не только фрустрация потребностей более низкого уровня, но множество других факторов. Среди этих факторов выделяются три группы:

1) негативное влияние прошлого опыта и возникшие в результате этого различные вредные привычки, которые мешают изменить человеку непродуктивное поведение;
2) влияние общества и "давление" группы, которое зачастую противоречит собственным вкусам и суждениям человека;
3) внутренние "защиты", которые мешают человеку понимать самого себя и деформируют внутреннюю психическую организацию личности.

К вредным привычкам, которые часто препятствуют личностному росту, относятся не только привыкание к наркотикам и алкоголю, но и неправильное питание и тому подобные особенности поведения, отрицательно влияющие на здоровье и работоспособность.

Давление группы, социальная пропаганда и реклама также часто ограничивают возможности развития личности. Они мешают человеку проявлять самостоятельность, принуждают заменить собственные суждения и вкусы на групповые и общепринятые стандарты.

Защитные психологические механизмы являются внутренними препятствиями для духовного роста, так как они создают внутренние деформации в собственной

психике человека. К традиционному психоаналитическому списку защит А. Маслоу добавляет еще две: десакрализацию и комплекс Ионы.

Десакрализация — своеобразное обеднение внутренней психической жизни человека из-за падения интереса и серьезного отношения к основным духовным человеческим ценностям. Культурные или религиозные духовные ценности и символы стали сегодня все больше терять власть потрясать, вдохновлять и мотивировать наши поступки. Типичным примером десакрализации является отношение к любви и сексу. Конечно, более легкое отношение к этим проблемам облегчает душевные страдания при неудачах на этом фронте, но с этим и теряются или обедняются какие-то высшие духовные устремления личности.

Комплекс Ионы — нежелание индивида полностью использовать свои природные возможности из-за страха перед трудностями их реализации. Как Иона пытался избежать ответственности пророка, так и здесь человек боится использовать свои способности в максимальной степени, довольствуясь безопасностью "середнячка". Типичным хрестоматийным примером формирования такого взгляда на жизнь являются установки женщины прошлых времен, что успешная профессиональная деятельность не является "женским делом", она несовместима с женственностью, да и мужчинам не нравятся слишком умные женщины.

Психотерапия. Терапия личностных расстройств для Маслоу предполагает интимно-доверительные отношения с психотерапевта с пациентом. Так же как и Адлер, Маслоу считал, что психотерапевт должен подобен заботливому и любящему брату или сестре. Но кроме этой модели он предлагает и модель по типу даосского "помощника", т.е. участие человека, предлагающего помощь, но ни во что не вмешивающегося. Здесь акцент делается на умелом руководстве, но не лишения самостоятельности. Хороший психотерапевт, как и хороший родитель или спортивный тренер, не делает все за своего подопечного.

Маслоу видел важное различие между тем, что он называл терапией основных потребностей (в безопасности, принадлежности, любви и уважения) и терапией "сути", т.е. терапией более связанной с духовными потребностями. Именно последний вид терапии требует более серьезного и длительного процесса самопознания.

Дефицитарная и бытийная психология. А. Маслоу разделял психологию на два основных вида: дефицитарную и бытийную. Большая часть психологии современности, по его мнению, является дефицитарной. Она занимается поведением человека в сфере удовлетворения основных потребностей. Однако существует и бытийная психология, которая изучает поведение и переживания человека в сфере его духовных потребностей. Она более подходит для изучения самоактуализирующихся людей, хотя по его подсчетам среди взрослого населения таких немного — менее 1%.

В рамках этих двух психологий в мотивационной сфере личности Маслоу различает мотивацию, которая ориентирует поведение на устранение *дефицита* чего-либо необходимого организму, т.е. удовлетворения какой-либо потребности, которая не удовлетворена или фрустрирована (Д–мотивация) и мотивацию роста, *бытия* (Б–мотивация). Примерами мотивации первой группы (дефицентная мотивация) являются голод, боль, страх. Но когда организм не испытывает ни голода, ни боли, ни страха появляются новые мотивации, такие как любопытство или желание игры. Эта деятельность может приносить удовлетворение сама по себе как таковая. Она относится к миру бытия, удовлетворению и наслаждению в настоящем (бытийная мотивация).

В соответствии с этим Маслоу различает Б– и Д–познание, Б– и Д–ценности, Б– и Д–любовь и тому подобное. Например, в Д–познании объекты рассматриваются исключительно как удовлетворяющие потребности. Голодный замечает пищу, а нищий — деньги. Б–познание более точно и эффективно, меньше искажает восприятие в соответствии потребностью или желанием, оно не судит, не оценивает, не сравнивает. Б–любовь к природе выражается в умении ценить цветы, наблюдать их рост. Д–любовь скорее выразится в срывании цветов и устроения из них красивых букетов. Б–любовь — это любовь к сущности, т.е. к "бытию" и существованию другого.

Психологическая утопия: Эупсихея. А. Маслоу, как и многие другие психологи — создатели психологических теорий личности, не обошел вниманием устройства общественных отношений. Он мечтал об утопическом обществе, которое называл Эупсихея. По его мнению хороший человек и хорошее общество — это одно и то же. Общество, как полагал Маслоу, должно находить пути для реализации возможностей своих граждан: "просвещенное управление" предполагает, что работающие хотят быть творческими и продуктивными, они лишь нуждаются в поддержке и одобрении, а не в ограничениях и контроле администрации. Принуждение себя к действию всегда указывает на определенный конфликт мотивов, а в идеале человек делает то, что ему следует делать, потому что он хочет делать это.

Методы сбора данных и результаты исследований Маслоу неоднократно подвергали критике в основном за то, что выборки исследуемых слишком малы для столь широких обобщений. Теория самоактуализации также слабо поддается лабораторной проверке, да и само понятие "самоактуализация" определено недостаточно четко. В частности разработка этого понятия применительно к возрастной психологии, т.е. к различным отрезкам жизненного пути человека не завершена. Тем не менее, теорию Маслоу широко применяют в сфере образования, медицины и психотерапии. Есть также попытки создания психологических методик на базе теории Маслоу. В частности Шостером (Shostrom, 1963) был представлен опросник личностной ориентации (POI), который помог в проведении многочисленных исследований.

КАРЛ РОДЖЕРС (C. ROGERS): ФЕНОМЕЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ



Роджерс
Карл Рэнсом
(1902–1987)

Карл Рэнсом Роджерс (1902-1987) — американский психолог, работы которого получили широкое признание в области клинической психологии. Главным его трудом является книга "Центрированная на клиенте терапия: ее современная практика, значение и история" (1951). В ней изложена теория, которая наиболее полно отражает *феноменологическое направление* в изучении личности. Роджерс также является автором многих книг по психологическому консультированию.

Феноменологическое направление в психологии подчеркивает идею о том, что поведение человека можно понимать только в терминах его *субъективного восприятия и познания действительности* — с точки зрения его внутреннего, субъективного опыта. Внешний мир — это есть лишь та реальность, которая сознательно воспринимается и интерпретируется человеком в данный момент времени.

Другая важная идея феноменологического направления заключается в признании того, что *люди свободны в решении своей судьбы*. Если люди считают, что они живут

подчиняясь каким-то силам, которым не могут сопротивляться, то это происходит потому, что они потеряли веру в свободу самоопределения, которая заложена в их природе.

Последний важный тезис феномелогического направления заключается в том, что человек по своей природе добр и стремится к совершенству, *реализации своих внутренних возможностей.*

Точка зрения Роджерса на личность сформировалась на основе его личного опыта работы с людьми, имеющими эмоциональные расстройства. В результате своих клинических наблюдений, в отличие от Фрейда, который в инстинктах усматривал движущие силы личности, Роджерс пришел к выводу о том, что человек по своей внутренней природе добр и его сущность ориентирована и направлена прежде всего на движение вперед — к позитивным целям. Человек стремится реализовать себя, если дать ему эту возможность раскрыть свой врожденный потенциал. Конечно, Роджерс допускал, что у людей бывают иногда злые чувства и аномальные разрушительные импульсы, но тогда человек ведет себя не в соответствии со своей внутренней природой. Роджерс утверждает, что его точка зрения на природу человека не является наивным оптимизмом, а основана на 30-летнем опыте работы психотерапевтом.

К. Роджерс, как и А. Маслоу, главным жизненным мотивом поведения человека считал его тенденцию к актуализации, представляющую собой стремление развивать все свои способности, чтобы сохранять и развивать личность. Эта фундаментальная тенденция (единственная, которая постулирована автором) может объяснить все другие мотивы — голод, половое влечение или стремление к безопасности. Все они являются только специфическими выражениями основной тенденции — сохранить себя для развития, актуализации.

Реально для человека, его мыслей и чувств, является только то, что существует в пределах его внутренних координат или субъективного мира, включающего все, что осознается в данный момент времени. Говоря *феноменологически*, каждый человек реагирует на события в соответствии с тем, что он чувствует, субъективно воспринимает в данный момент. Поскольку разные люди одну и ту же ситуацию могут воспринимать диаметрально противоположно, феноменологическая психология отстаивает доктрину, согласно которой *психологическая реальность* феноменов является исключительно функцией того, как они видятся, воспринимаются конкретными людьми. Роджерса в психологии интересует именно эта *психологическая* реальность (“феноменологическое поле”), а объективная реальность, по его мнению, удел изучения философов. Если мы хотим объяснить, почему человек чувствует, думает и ведет себя определенным образом, то нам следует постичь его внутренний мир, его субъективный опыт, т.е. психологическую реальность.

Поведение человека не определяется прошлыми событиями его жизни, а только тем, как человек воспринимает свое окружение здесь и сейчас. Разумеется, прошлый опыт влияет на восприятие настоящего, однако поступки человека определяет каким это прошлое воспринимается сейчас, т.е. в настоящее время. Более того, Роджерс считал, что на поведение в большей степени влияет не прошлая история человека, а как ему видится его будущее. И наконец, он подчеркивал, что личность должна рассматриваться не только в контексте “настоящее-будущее”, но и как единый, *целостный* организм и это единство нельзя свести к составляющим частям его личности. Приверженность Роджерса к *холистическому направлению* видна практически в любом аспекте его теоретической системы.

Самым значительным элементом психологической реальности, индивидуального опыта человека является его ***самость***, или “Я–концепция”. По

сути она представляет собой систему взглядов человека на свою сущность, на то, что он из себя представляет. Кроме истинной самости (Я–реальное) и идеальной самости (Я–идеальное), Я–концепция может включать целый набор Я–образов: родителя, супруга, студента, музыканта, руководителя и т. д.

Я–концепция является продуктом социализации человека и в процессе ее формирования ребенок, а потом уже и взрослый человек, всегда нуждается в позитивном внимании к себе со стороны своего окружения. Это внимание по Роджерсу должно быть безусловным, т.е. без всяких “если” и “но”. Человек должен восприниматься таким, какой он есть на самом деле. Именно такое *безусловное позитивное внимание* мы видим в любви матери к сыну вне зависимости от его проступков. *Обусловленное позитивное внимание* мы видим тогда, когда ребенку говорят, что если он получит отличные оценки за полугодие в школе, то ему купят какую-либо интересную для него игрушку. Такое обусловленное позитивное внимание широко распространено и в повседневной жизни взрослого человека. Роджерс утверждает, что обусловленное позитивное внимание причиняет ущерб личностному становлению, ребенок пытается соответствовать стандартам других, а не определять для себя, кем он сам хочет быть и чего добиваться.

Роджерс полагает, что поведение человека в большей своей части согласуется (*конгруэнтно*) с Я–концепцией, или, по крайней мере, человек стремится к этому соответствию. Все переживания, которые согласуются с Я–концепцией хорошо осознаются и точно воспринимаются. И наоборот, переживания, находящиеся в конфликте с “Я” к осознаванию и точному восприятию не допускаются. В теории Роджерса тревога и угроза благополучию начинает возникать только тогда, когда люди начинают сознавать несоответствие Я–концепции со своим актуальным реальным состоянием. Так, если человек считает себя честным, но совершит не честный поступок, он будет ощущать тревогу с замешательством, чувством вины. Весьма вероятна и такая ситуация, когда человек испытывает тревогу, но причин ее не осознает. Тревожный человек — это человек, который смутно осознает, что признание или символизация определенных переживаний приведет к нарушению целостности его теперешнего Я–образа. Психологические личностные защиты и призваны к сохранению целостности Я–структуры.

Если переживания человека совершенно не согласуются с Я–концепцией (*неконгруэнтность*), то возникает сильная тревога и у него возникает невротическое расстройство. У “невротика” психологическая защита все-таки достаточно сильна и, хотя он и нуждается в помощи психотерапевта, но Я–структура у него не является значительно нарушенной. При неэффективности психологической защиты и значительном разрушении Я–структуры у человека развивается психоз и он нуждается в помощи психиатра. Роджерс предполагает, что личностные расстройства могут возникать как неожиданно, так и постепенно. В любом случае, как только появляется серьезное несоответствие между “Я” и переживанием, защита человека перестает функционировать адекватно и ранее целостная структура Я разрушается.

Клиент–центрированная недирективная психотерапия. В терапии личностных расстройств по Роджерсу для осуществления конструктивных личностных изменений требуется наличие следующих условий:

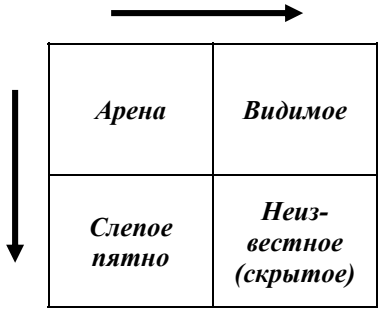
1. Наличие психологического контакта между психотерапевтом и клиентом.
2. Клиент неконгруэнтен, уязвим и тревожен, поэтому он и обратился за помощью.
3. Психотерапевт должен быть конгруэнтным, гармоничным и искренним во взаимоотношениях со своим клиентом.

4. Психотерапевт испытывает безусловное позитивное внимание к своему клиенту. Атмосфера процесса психотерапии должна создавать уверенность у клиента, что его полностью понимают и принимают.
5. Психотерапевт испытывает эмпатическое понимание внутренних переживаний своего клиента. Психотерапевт чувствует внутренний мир пациента так, как если бы он был его собственным внутренним миром.
6. Должна произойти передача клиенту эмпатийного понимания и безусловного позитивного внимания психотерапевта. Бессмысленно испытывать подобные чувства к своему клиенту, если последний знать об этом не будет. Психотерапевт должен каждым словом, жестом стараться передать это отношение клиенту.

Роджерс утверждает, что именно клиент, а не психотерапевт, ответственен за личностный рост и результаты психотерапии. Использование автором понятия "клиент", вместо "пациент", подчеркивает именно признание этого. Данный подход понятен всем, кто разделяет оптимистический взгляд Роджерса на человеческую природу — при наличии правильных условий человек сам стремится к движению в сторону личностного роста, актуализации и здоровья. Психотерапия, центрированная на личности, предназначена для того, чтобы устранить несоответствие (неконгруэнтность) между переживаниями и самостью.

Группы тренинга. Группы тренинга создаются для занятий со здоровыми людьми. Речь идет об использовании групповых форм взаимодействия людей не с терапевтическими целями, а для приобретения жизненного опыта и роста личности. Появление такого рода психокоррекционных групп обусловлено стремлением к самовыражению, характерным для гуманистического направления. Среди таких психокоррекционных групп могут быть выделены группы организационного развития (решения определенных проблем); группы подготовки руководителей, обучения межличностным умениям (социально–психологический тренинг); группы личностного роста и другие. Особенно большое внимание оказанию психологического содействия росту личности групповыми методами уделял К. Роджерс (1947). Его концепция "групп встреч", фокусированная на поиске аутентичности (подлинности) в выражении чувств, мыслей и поведения, тесно связана с его работами в области клиент–центрированной психотерапии.

При проведении занятий в группах тренинга считается, что группа это реальный мир в миниатюре. В ней существуют те же жизненные проблемы межличностных отношений, поведения, принятия решений, разрешения конфликтов и т.п. Отличие от реальности заключено лишь в том, что в этой "лаборатории" каждый может быть и экспериментатором, и предметом эксперимента. Прежде всего группа тренинга человеческих отношений (Т-группа) учит тому, как учиться. Все члены группы вовлекаются в общий процесс взаимообучения и они при этом научаются в большей мере полагаться друг на друга, чем на руководителя. Обучение тому, как учиться, включает в себя прежде всего процесс самораскрытия (расширение представлений о самом себе). Наиболее эффективной моделью для понимания этого процесса является "окно Джогари", названное так в честь его изобретателей Джозефа Лафта и Гарри Инграма.



Окно Джогари

В соответствии с моделью “Джогари” можно представить, что каждый человек заключает в себе четыре личностных зоны:

1) “Арена” — это то, что знают о мне другие и знаю я сам, или личностное пространство открытое для всех;

2) “Видимое” — это то, что известно только мне (например, мои страхи или любовные приключения), от других я это тщательно скрываю;

3) “Слепое пятно” — это то, что знают обо мне окружающие, мне это не видно (как в пословице: “В чужом глазу щепка видна, а в своем полена не замечает”;

4) “Неизвестное” — это скрытное от всех (зона подсознательного), в том числе и латентные резервные ресурсы для личностного роста.

“Окно Джогари” наглядно демонстрирует необходимость расширять контакты, увеличивать “арену”. В начале занятий “арена” обычно небольшая, а по мере нарастания сплоченности и взаимопонимания в группе она увеличивается, активизируются все лучшие личностные ресурсы. Получая сигналы обратной связи друг от друга участники группы получают возможность откорректировать собственное поведение, становятся более естественными в выражении своих чувств. Важным условием работы группы является сосредоточение внимания на принципе “здесь и сейчас”. Актуально в группе только то, что в ней происходит. Создание различных экспериментально–групповых ситуаций позволит применить полученные знания и навыки социального взаимодействия и в реальной жизни (в семье, на производстве).

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Гуманистическая психология возникла в 60-е годы 20 столетия в американской психологии, и она не являлась попыткой ревизии или адаптации к новым условиям какой-либо из уже существующих школ. Напротив, она в психологии выступает в качестве “третьей силы” (после психоанализа и бихевиоризма), предлагая новый взгляд на природу человека. Наиболее полно в теоретическом плане основные идеи гуманистической психологии представлены в работах ее основателя Абрахама Маслоу, а в практике клинической психологии и психотерапии наиболее известной является концепция Карла Роджерса.

Теория самоактуализации Маслоу, в отличие от психоанализа акцентирует внимание не на животных инстинктах, а на гуманоидных потребностях человека. Наивысшей потребностью является самоактуализация, понимаемая как активное стремление к раскрытию своих способностей, развитию личности и скрытого в человеке потенциала. Правда, для того чтобы эта потребность появилась, должны быть удовлетворены все нижележащие потребности “пирамиды потребностей”.

Маслоу описал восемь типов поведения, ведущих к самоактуализации. Негативный прошлый опыт с формированием вредных привычек (алкоголизм, наркомании), влияние группы и психологические защиты, которые мешают индивиду познать себя, являются препятствиями для самоактуализации. К психоаналитическому списку защит Маслоу добавил десакрализацию и комплекс Ионы

Фрустрация потребностей становится причиной невроза, а излечение наступает лишь при их удовлетворении. Если человек не имеет возможности самоактуализироваться, то он также будет ощущать фрустрацию, даже если все остальные потребности удовлетворены. Уровень жалоб отражает уровень фрустрированных потребностей “пирамиды потребностей”. Метажалобы отражают фрустрацию высших, духовных потребностей личности.

В психотерапии Маслоу различает терапию основных потребностей и терапию “сути”, духовных потребностей. В любом случае от психотерапевта требуется установление доверительного контакта с пациентом, забота о нем как о брате или сестре. Маслоу считает, что модель даоского “помощника” является лучшим вариантом отношений врача со своим больным.

Кроме самоактуализации есть другие высшие возможности духовного развития. При сильных “пик–переживания” чувство “Я” у человека растворяется в осознании всеобъемлющего мистического чувства единения со всем сущим. Важность этих трансцендентальных аспектов опыта и признает трансперсональная психология, которую Маслоу называл четвертой силой в психологии после бихевиоризма, психоанализа и гуманистической психологии.

В созданной Роджерсом “клиент–центрированной” психотерапии отстаивается необходимость обращаться с больным не как с пациентом, а как клиентом, обратившимся за советом. Причем врач должен сосредоточиться не на симптомах, а на личности клиента с тем, чтобы пробудить в нем первичную потребность в самоактуализации.

При этом важно представить, каким видится субъекту его “феноменальное поле”, т. е. осознаваемый им внутренний план собственного поведения. Для этого нужна “теплая эмоциональная атмосфера”, в которой индивид реинтегрирует свою творческую личность как целое. Только тогда он избавится от тревоги и психологических стрессов.

Таким образом, концепция личности К. Роджерса отражает феменоменологический и холистический подход к ее рассмотрению. Поэтому главной задачей и является не решение отдельных проблем клиента, а преобразование его личности. А это происходит благодаря тому, что при наличии правильных условий человек сам начинает перестраивать свой внутренний мир и систему потребностей, поскольку сам стремится к движению в сторону личностного роста, актуализации и здоровья.

Психотерапия предназначена для того, чтобы устранить несоответствие (“неконгруэнтность”) между феноменальным опытом человека и его осознанием. Замечания постороннего наблюдателя и самого человека будут совпадать в ситуации с высоким соответствием (“конгруэнтность”). Роджерс считает, что несоответствие объясняет большинство известных симптомов психопатологии. Как только человек осознает несоответствие между своей Я-концепцией и опытом, он естественным образом стремиться его ликвидировать.

Базовые теоретические положения, применяющиеся в индивидуальной терапии, могут быть использованы при работе с группой. Прежде чем члены группы создадут обстановку доверия, группа проходит период неуверенности и неудовлетворенности происходящим. Но в процессе работы, наряду с нарастанием эмоционального напряжения, увеличивается терпимость друг к другу, взаимопонимание и самопонимание.

Вопросы для самопроверки

1) Почему гуманистическая психология получила название “третьей силы” в психологии?
2) Как понимается основа структуры личности в гуманистической психологии Маслоу?
3) Как определяется понятие “самоактуализация”, и какие типы поведения по Маслоу ведут к самоактуализации?
4) Что может препятствовать появлению самоактуализации как высшей потребности человека?
5) Как понимается Маслоу невротический конфликт, и какие жалобы типичны для человека при фрустрации потребностей “пирамиды потребностей”?
6) Что собой представляет дефицитарная и бытийная психология в понимании Маслоу?

7) Какие типы взаимоотношений выделял Маслоу, и которые должны быть установлены с пациентом, как при психотерапии потребностей, так и психотерапии “сути”?
8) Каким термином Маслоу определяет идеальное, гуманистически ориентированное общество?
9) Что такое вершинные переживания, и какое отношение они имеют для выдвижения Маслоу психологии “четвертой силы” — трансперсональной психологии?
10) Почему концепцию личности Роджерса определяют как феноменологическую и холистическую?
11) Почему Роджерс при психотерапии предпочитает использовать термин “клиент” вместо термина “пациент”?
12) Как Роджерсом понимается внутриличностный конфликт, и к каким последствиям он может приводить?
13) Почему обусловленное позитивное отношение причиняет ущерб становлению личности?
14) Какие условия требуются для конструктивных личностных изменений при проведении психотерапии по Роджерсу?
15) Каким образом базовые теоретические представления, применяющиеся в индивидуальной психотерапии, используются Роджерсом при работе с группой?

Раздел 5
ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ И ВОЗРАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ГЛАВА 20

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

Предмет и методы возрастной психологии

Возрастная психология изучает особенности психического развития человека в онтогенезе. Предметом ее исследования является возрастная динамика, ведущие закономерности и факторы развития и формирования личности на разных этапах его жизненного пути — от рождения до старости. В возрастной психологии обычно выделяют следующие разделы: детская, подростковая и юношеская психология, психология взрослого человека и геронтопсихология (геронтология — наука о старости).

В своем развитии человек проходит несколько возрастных периодов, каждому из которых соответствует расцвет определенных психических функций и свойств личности. Изучение в сравнительно-возрастном аспекте основных параметров нормального развития психики имеет большое практическое значение. Например, педагог получает возможность "расшифровывать" многие факты детского поведения, причины устойчивых ошибок определенного типа у некоторых учеников, особенности взаимоотношений детей со сверстниками и взрослыми, причины рассеянности внимания и др. Важное значение приобретает возрастная психология в выработке возрастного нормирования — готовность к школьному обучению, брачный возраст, выход на пенсию и т.п.

Возрастная психология тесно вязана с медициной, так как психическое развитие неразрывно связано с физическим развитием. Для врача знание основных закономерностей становления психических процессов позволяет понять предпочтительность возникновения симптомов и синдромов нервно-психических расстройств и особенности качества их клинических проявлений у детей и подростков, а также видоизменение психопатологических синдромов при заболеваниях у лиц пожилого возраста. Знание основных закономерностей возрастной динамики психики важно и для создания научно обоснованной системы профилактики и охраны психического здоровья.

В возрастной психологии (психологии развития) используются те же методы исследования, которые приняты в общей психологии: наблюдение, эксперимент, беседа, анализ продуктов деятельности, тесты и социально-психологические методы. Однако, получение научных данных о возрастном развитии психических функций имеет свои особенности. Исследования в возрастной психологии могут проводится по трем основным направлениям:

1) Большинство исследований в психологии развития проводится по принципу "поперечных срезов". В этих случаях определенные психологические характеристики изучаются в сравнительном аспекте в нескольких группах испытуемых, специально подобранных по признакам возраста и пола.

Положительным в этом подходе является то, что за короткое время можно получить достоверные показатели о возрастных особенностях самых различных психических процессах. Однако, при этом трудно учесть индивидуальные особенности испытуемых и мало можно узнать о самом процессе развития, его природе и движущих силах.

2) Продольное (лонгитюдное) исследование предполагает изучение одной и той же группы людей на протяжении длительного времени, что дает возможность установить качественные изменения в развитии психических процессов и личности. Швейцарский психолог Жан Пиаже выдвинул свою теорию интеллектуального развития (греч. "генезис" — ребенка на основании многолетнего лонгитюдного исследования одной группы детей. Только с помощью этого метода можно понять что из чего вырастает и образуется, можно установить генетические (причинные) взаимосвязи между фазами развития. Недостатками этого подхода является его трудоемкость и можно изучать лишь небольшое количество испытуемых, что затрудняет распространение выводов на всю популяцию. Обычно рекомендуется сначала изучить общую тенденцию методом "поперечных срезов", а потом проводить продольное исследование.

3) Экспериментально-генетический подход (греч. "генезис" — происхождение, становление) в психологии развития означает изучение психики ребенка в процессе активного формирования тех или иных ее сторон. Здесь описывается и измеряется то или иное психическое явление, которое стремятся сформировать, предполагая закономерности его развития в обычных условиях. Этот подход дает возможность проверить эффективность методов обучения и воспитания детей.

Понятие возраста в психологии

Возраст — важнейший атрибут существования любого физического тела. Возраст в психологии — категория, служащая для обозначения временных характеристик индивидуального развития. В отличии от хронологического возраста, в психологии возраст обозначает определенную, *качественно новую ступень* онтогенетического развития. Психологический возраст опосредуется социальными и биологическими факторами. Возрастные "прибавки" являются в действительности суммацией разнородных явлений роста: общесоматического, полового и нервно-психического созревания. Этот рост имеет место и в период зрелости, и в период старения, так как он конвергирует и пересекается со многими сложными явлениями социального и культурного развития человека в конкретных исторических условиях его существования.

Обозначение определенных этапов в систематиках возрастного развития свидетельствует лишь о том, что для данного возраста новыми и наиболее типичными являются определенные психические качества индивида. Датирование сроков начала и особенно окончания этапа является также весьма искусственным. В систематике возрастных этапов оправдано использовать метод "перехлестывания" возрастных периодов, а главным является последовательность стадий. Каждая стадия является периодом эволюции психики и одновременно типом поведения человека.

В нашей стране принята следующая периодизация возраста:

1) Младенчество — от рождения до конца первого года жизни;

2) Раннее (преддошкольное) детство — от 1 до 3-х лет;

3) Дошкольное детство — от 3 до 6-7 лет;
4) Младший школьный возраст — от 6 до 10 лет;
5) Подростковый возраст — от 10 до 15 лет;
6) Юность — от 15 лет до 21 года, включает:
а) первый период (старший школьный возраст) от 15 до 17 лет;
б) второй период — от 17 до 21 года;
7) Зрелый возраст:
а) первый период — от 21 до 35 лет;
б) второй период — от 35 до 60 лет;
8) Пожилой возраст — от 60 до 75 лет;
9) Старческий возраст — от 75 до 90 лет;
10) Долгожители — от 90 лет и старше.

Возрастная эволюция мозга и психики

Эволюция человека как биологического вида исключительно сложна. Из всех живых существ у человека новорожденный самый беспомощный, а детство у него — самое продолжительное. В то же время у человека самая высокая способность к обучению, к творчеству. В эволюционном плане обучаемость в животном мире тесно связана с увеличением размеров и усложнением функций коры больших полушарий мозга. Наибольшего развития кора головного мозга получила у человека. Этот отдел мозга был наименее специализированным и, следовательно, оказался наиболее пригодным для фиксации личного опыта.

Динамика возрастного развития у человека наиболее интенсивна в раннем возрасте. Масса мозга новорожденного составляет 350 г, к 18 месяцам она увеличивается в 3 раза, а к 7 годам достигает 90% массы взрослого человека, т.е. 1350 г. В анатомическом отношении мозг новорожденного и мозг взрослого человека существенно отличаются. А это означает, что в процессе индивидуального развития происходит возрастное усложнение мозговых структур. Однако и после завершения морфологического созревания нервной системы у человека остаются огромные возможности для совершенствования, перестройки и нового образования функциональных систем на основе этой первичной структуры мозга как совокупности морфологически относительно неизменных нервных элементов.

Изучение развивающегося мозга позволяет условно говорить о “биологическом каркасе личности”, который влияет на темп и последовательность становления отдельных личностных качеств. “Биологический каркас личности” — понятие динамическое. Это, с одной стороны, генетическая программа, постепенно реализующаяся в процессе взаимодействия со средой, а с другой стороны, промежуточный результат такого взаимодействия. Динамичность “биологического каркаса” особенно наглядна в детстве. По мере взросления биологические параметры все более стабилизируются, что дает возможность разрабатывать типологию темпераментов и других личностных характеристик.

Различные особенности мозговой деятельности генетически детерминированы, однако эта генетическая программа всего лишь тенденция, возможность, которая реализуется всегда с какими-то модификациями, зависимыми от условий внутриутробного развития и факторов внешней среды после рождения. И все же влияния этих факторов не беспредельны. Генетическая программа определяет этот предел, который принято называть. ***нормой реакции***. Например, такие функциональные системы, как зрительная, слуховая, двигательная, могут существенно различаться в нормах реакции. У одного человека от рождения

присутствуют задатки абсолютного музыкального слуха; другого нужно обучать звукоразличению, но выработать абсолютный слух так и не удается. Говоря о вариантах нормы реакции отдельных функциональных систем, следует указать на их относительную независимость друг от друга. Можно прекрасно понимать музыку, но плохо выражать ее в движениях. "Биологический каркас", таким образом, в известной степени предопределяет контуры того будущего ансамбля, который и зовется личностью.

На каждом возрастном этапе какие-то функциональные системы развиваются быстрее, другие медленнее. Если какой-то возрастной этап представить как финишную черту, то можно видеть, что к данному финишу различные функциональные системы приходят с разной степенью зрелости, совершенства. Одни уже почти оформились, а другие только начинают формироваться. В этом заключается ***принцип гетерохронности***, не одновременности созревания отдельных функциональных систем мозга и психики. Зрительное восприятие, например, совершенствуется быстрее, чем слуховое или вкусовое, а способность понимать обращенную речь возникает раньше, чем умение говорить.

Несмотря на то, что каждая функциональная система и даже ее отдельные звенья имеют собственные программы развития, мозг во все периоды работает как единое целое. Эта интегративность предполагает тесное взаимодействие разных систем и их взаимную обусловленность. Мозг, оставаясь единым в своей деятельности, на каждом этапе возрастного развития работает иначе, устанавливается иной уровень межсистемных взаимодействий. Появление новых форм реагирования сопровождается угасанием, редукцией старых. Причем оба процесса — обновление и редукция — должны быть тонко сбалансированы. Важная роль сбалансированности процессов редукции и обновления особенно наглядно выступает в двигательном развитии детей первого года жизни. У новорожденного имеются врожденные позотонические автоматизмы, влияющие на мышечный тонус в зависимости от положения головы в пространстве. К третьему месяцу жизни они угасают, уступая новым формам регуляции мышечного тонуса. Если они не исчезают в нужное время, то их следует рассматривать как аномальные, так как они препятствуют удерживанию головы и далее формируется целая цепочка патологических явлений: нарушается развитие зрительного и вестибулярного аппаратов; затрудняется выработка умения сидеть. В результате искажается вся схема двигательного развития и в итоге может пострадать и умственное развитие.

Редукция часто не означает полного исчезновения врожденных автоматизмов или приобретенных функций, а подразумевает их включение в более сложные функциональные ансамбли. Иногда могут возникать ситуации, когда первичный автоматизм еще сохраняется, но не нарушает общей схемы развития. Иная картина бывает в случаях, когда запаздывание редукции сочетается с замедлением формирования новых реакций. Тогда возникают реальные возможности для ненормальной гипертрофии каких-то отживших способов реагирования, регулирования функций. Таким образом, наряду с гетерохронностью развития отдельных функциональных систем необходима и определенная ***синхронность*** в их взаимодействиях: на каждом этапе возрастного развития отдельные системы должны находиться в определенной степени зрелости. Пусть эти степени различны, но различия должны быть согласованы, иначе не произойдет полноценного слияния систем в единый ансамбль.

Моменты, во время которых происходит оформление ансамблей, нередко называют *критическими периодами развития*, так как на данных отрезках времени

еще не сформированная функция наиболее ранима. Например, способность к усвоению речи ограничена во времени. Если своевременно не распознана врожденная тугоухость, то интенсивность предречевых действий (гуление, лепет) снижается уже к концу первого года жизни, т.к. нет адекватного подкрепления их со стороны взрослых. Такой ребенок переходит на язык жестов и трудно усваивает разговорные навыки. Если речевая функция не оформилась к 4-5 годам, дальнейшее речевое развитие ставится под большую угрозу. В развитии и других функциональных ансамблей существуют аналогичные критические периоды. Анализ критических периодов позволяет лучше понять сущность многих отклонений, с которыми встречается клиническая практика.

Основные теории взросления

Развитие является результатом параллельных процессов — *внутреннего созревания* (ЦНС, эндокринной системы, нервно–мышечного аппарата) и *внешнего воздействия* окружающей среды (например, родителей и учителей), которые могут либо способствовать, либо препятствовать нормальному развитию ребенка. Отсюда ядром большинства теорий психического развития является выявление его движущих сил, т.е. роли соотношения внутренних (наследственных) и внешних (среды, научения) факторов в становлении человека.

В многолетней дискуссии по этим вопросам определилось несколько крайних точек зрения:

1) ***биологизаторское направление*** — главное значение в становлении психики и поведения приписывается эволюционным преобразованиям генетически заложенных в организме задатков;

2) ***социологизаторское направление*** — полностью отрицает значение генетических факторов в развитии и утверждает, что любые психологические и поведенческие свойства развиваются только под влиянием обучения и воспитания;

3) ***интеракционисткое направление*** — промежуточная точка зрения на процессы взросления с попытками объединить предыдущие теории, объясняя развитие взаимодействием биологических и социальных факторов. Однако и здесь считается важным ответить на вопрос о их соотношении в индивидуальном развитии ребенка. На этот вопрос отвечают по-разному как представители теорий конвергенции, стохастических или функциональных теорий взросления.

Теории конвергенции — постулируют принцип конвергенции (сближения) генетических и средовых факторов при индивидуальном развитии. По мнению Вильяма Штерна оба фактора в равной мере значимы для психического развития ребенка, они определяют две его линии. Эти линии развития, т.е. созревание наследственных данных и развитие под влиянием воспитания, пересекаются. Главная роль в теориях конвергенции обычно оставляется за наследственностью, а среда (воспитание) является только регулятором условий, в которых эта наследственность реализуется.

С*тохастические (вероятностные) теории* — утверждают, что конечный результат развития, достигаемый на каждой его ступени, изначально в генотипе не заложен. Изменения, происходящие на каждой ступени развития, связаны как с генотипом, так и со средой. Однако сами по себе эти изменения определяются случайным стечением обстоятельств в жизни индивида. То, что он приобретает на каждой ступени развития, зависит в основном лишь от уровня, которого его организм достиг на предыдущей стадии развития.

Функциональные теории — выдвигают положение, что формирование и преобразование той или иной функции определяется тем, как часто она используется в жизни организма. В них в качестве основного принципа выступает положение об определяющей роли образа жизни в развитии психики.

Созданная Ж. Пиаже *теория когнитивного развития*, которая подробнее описана в разделе "Мышление", является, по существу, такой интеракционистской моделью, рассматривающей интеллект как образец адаптации к требованиям внешней среды. С точки зрения когнитивных теорий, психика человека активна, динамична и обладает врожденными структурами, которые обрабатывают и организуют информацию. Адаптация осуществляется за счет взаимного процесса включения новой информации в существующие структуры (ассимиляция) и соответствующего изменения этих структур в соответствии с требованиями среды (аккомодация).

Известным примером теории этого типа является и *культурно-историческая теория развития* высших психических функций отечественного психолога Л.С Выготского. В отличие от теории Ж. Пиаже, когнитивное и личностное развитие здесь вписывается в более широкий круг социального и культурального контекста. Л.С. Выготский подчеркивает единство наследственных и социальных моментов в процессе развития. Наследственность присутствует в развитии всех психических функций ребенка, но имеет как бы разный удельный вес в них. Элементарные функции (начиная с ощущений и восприятий) больше обусловлены наследственно, чем высшие (произвольная память, логическое мышление, речь). Высшие функции формируются в межличностном общении и практически полностью являются продуктом культурно–исторического развития человека. Чем сложнее психическая функция, тем длиннее путь ее онтогенетического развития, тем меньше сказывается в ней влияние наследственности. Таким образом психическое развитие здесь не определяется простым механическим сложением биологических и социальных факторов — их единство динамично, функционально и оно изменяется в процессе самого развития.

Биологизаторские теории. Биогенетические теории исходят из представления, что все психические особенности являются врожденными и все этапы развития наследственно предопределены. Они рассматривают развитие как поэтапное и последовательное раскрытие задатков. В их основе лежат эволюционные идеи Ч. Дарвина (1809-1882) и биогенетический закон Эрнеста Геккеля (1834-1919), согласно которому онтогенез (индивидуальное развитие) повторяет филогенез (историческое развитие). Эти представления были заимствованы психологией развития и педагогикой. Так, термин "детский сад", введенный педагогом Фридрихом Фребелем (1782-1852), отражает следующий ход мыслей: дети, подобно растениям в саду, растут и созревают в соответствии с врожденным планом при наличии подходящих условий (хорошая почва, солнце и дождь). Обучение детей в детских садах построено им на системе игр с конкретным дидактическим материалом ("дары Фребеля" — кубики, палочки, материал для рисования, лепки и т.п.). При этом предполагалось активное участие взрослого в деятельности ребенка: "передача даров", демонстрация способов действия с ними.

Биогенетические теории опираются исключительно на соматические данные, которые неоправданно обобщаются. Применимость моделей роста и созревания для характеристики развития мозга и двигательных функций сомнения не вызывает, однако уже в эмоциональной и когнитивной сферах они представляются слишком ограниченными. Ряд теорий даже утверждают, что социальные формы поведения представлены в человеке особыми генами, отобранными в процессе эволюции. Биологизаторские теории все недостатки воспитания списывают на "плохую наследственность", против которой человек бессилен.

Психоаналитические теории. Классический психоанализ рассматривает психическое развитие в связи с биологическими изменениями и созреванием мощной

либидиозной энергии, под влияние которой попадает ребенок, обучающийся направлять эти силы по определенным каналам, причем при этом задействованы бессознательные защитные механизмы. С помощью последних “Я” защищает себя от подчинения силам “Оно”, осуществляя процесс приспособления через идентификацию первоначально с родителями, а затем другими взрослыми и ровесниками, которые кажутся подходящими на роль образца. Если этот процесс протекает успешно, то взросление протекает без особых проблем. В противном случае энергия либидо может быть направлена против самого себя, что приводит к регрессии или неврозу.

Согласно классическим психоаналитическим теориям основное содержание процесса развития состоит в адаптации Я–функций (т.е. личности) к инстинктам, в достижении между ними равновесия. В конечном счете у этих теорий сугубо биологические корни. Социальные моменты учитываются лишь постольку, поскольку другие (взрослые или ровесники) становятся объектами перенесения на них либидиозной энергии.

Неофрейдисткие концепции. В отличие от классического психоанализа в неофрейдизме большое значение придается Я–функциям, причем последние связываются с влиянием социальных факторов. Большое внимание к процессам личностного развития уделяется в теориях *индивидуализации*. П. Блоса (1967) и *эго–идентичности* Е. Эриксона (1959). В теории Блоса индивидуализация бывает успешна лишь в том случае, когда индивиду удается освободится от привязанностей раннего детства, а взросление — как бы повторное переживание конфликтов, свойственных предыдущему переходному периоду. По мнению Эриксона детское и юношеское развитие очень сильно зависит от социального окружения. В период взросления перед человеком закономерно наступают кризисы идентичности, т.к. перед ним встает множество задач (физическое созревание, усвоение роли взрослого, выбор профессии и т.п.), крайне затрудняющих поиск своего собственного “Я”, собственную идентификацию. Центральной темой индивидуального развития и существования является постоянное стремление к собственной идентичности и ее сохранение. Большое значение Эриксон придавал ролям и ролевому поведению, что связывает его подход с социологическими теориями взросления.

Гуманистические теории. С точки зрения гуманистических теорий в центре внимания развития личности также находится осознание индивидуумом собственного “Я” и смысла своего существования. По мнению К. Роджерса организм человека располагает позитивными силами, направляющими его к здоровью и росту. Главной из них, по его мнению, является потребность человека в любви и позитивном внимании к нему. Другой гуманистический психолог А. Маслоу также считает, что развитие осуществляется посредством работы самоактуализации, которая является своеобразной высшей потребностью, проявлением внутренней активности индивидуума. Психологическое развитие им рассматривается как последовательное удовлетворение все более “высоких” потребностей.

Социологизаторские теории. Социологизаторское направление берет начало от теории “tabula rasa” (“чистая доска”) философа 17 века Джона Локка, согласно которой психика человека при рождении является “чистой белой восковой доской”, но под влиянием внешних условий появляются (“пишутся”) все психические качества. Все люди рождаются одинаковыми по природным данным, а неравенство между ними по уму и нравственности определяется только воспитанием.

В социологических теориях взросления главной детерминантой развития считается окружение индивида. При этом социальным процессам приписывается решающее значение для развития человека, которое как бы отражает “состояние общества”. Например, в *теории ролей* (Hofstatter P., 1957) развитие индивида заключается главным образом в формировании определенного ролевого репертуара, который и составляет значительную часть его “Я”. “Роль” рассматривается как внутренне связанная последовательность разных форм поведения, настроенная на соответствующую последовательность действий других людей. Роли возникают, стабилизируются и дифференцируются в результате общественных процессов.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ

В нашей стране в 20-е годы 20 в. складывались концепции развития психики, ориентированные на анатомо-физиологические изменения организма ребенка. Эта тенденция получила свое наиболее полное выражение в *педологии* (от греч. paidos — дитя), как течении в психологии и педагогике. Ее содержание составляли также разнообразные данные психологического и социологического характера в возрастном аспекте, однако все они оказались связанными между собой чисто механически. В рамках педологии был накоплен большой эмпирический материал о развитии и поведении детей, ценным являлось и стремление изучать возрастное развитие в условиях комплексного подхода..

> В 30-е годы деятельность педологов-практиков в СССР была подвергнута резкой критике, а педология объявлена "псевдонаукой" и прекратила свое существование, что существенно затормозило развитие отечественной педагогической и возрастной психологии.

Первая попытка системного анализа категории психического возраста в нашей стране принадлежит психологу Л.С. Выготскому (1896-1934). В основе его учения лежит т.н. *культурно–историческая концепция развития*. Если филогенезе можно проследить две линии развития: биологическая эволюция животных и историческое развитие человечества то в онтогенезе эти две линии едины. Эволюция человека обязана в первую очередь механизмам социального наследования, усвоению опыта и знаний предыдущих поколений. Согласно концепции Л.С. Выготского главная закономерность онтогенеза психики состоит в интериоризации ребенком структуры его внешней, т.е. совместной со взрослыми и опосредованной знаками, деятельности. В итоге прежняя структура "натуральных" психических функций изменяется — опосредуется речью и другими интериоризированными знаками, психические функции становятся "культурными".

По мнению Л.С. Выготского для нормального психического развития ребенка обучение должно всегда идти несколько впереди его собственных возможностей. Обучение наиболее эффективно тогда, когда оно создает *"ближайшую зону развития"*, под которой понимается разница между тем, что ребенок может делать сам и что только при помощи взрослых.

> Л.С. Выготский иллюстрировал эти два уровня когнитивного развития ребенка материалами исследования двух детей, каждый из которых по результатам тестирования интеллекта мог быть отнесен к 7-летнему умственному возрасту. Один ребенок с помощью наводящих вопросов взрослого и наглядного материала смог справиться с заданиями, рассчитанными на возраст двумя годами старше, в то время как второй ребенок показывал опережение при такой помощи только на 6-месячное опережение его актуального уровня развития. Для Выготского и его последователей когнитивное развитие вплетено в социальный и культурный контексты жизни. Лучшие достижения ребенка говорят о том, что его знания появляются в результате сотрудничества с более компетентными сверстниками или взрослыми (Крайг Г., 2000).

Ключевой характеристикой психологического возраста он считал *"социальную ситуацию развития"*, т.е. место ребенка в системе общественных отношений,. *ведущую деятельность ребенка* и новообразования (возрастные "прибавки") в сфере сознания и личности. Процесс перехода от одной ступени к другой предполагает глубокое преобразование всех этих структурных компонентов и может сопровождаться более или менее выраженными конфликтами и противоречиями — *возрастными кризисами*.

Кризисные и стабильные периоды развития чередуются. Поэтому возрастная периодизация Л.С. Выготского имеет следующий вид: кризис новорожденности—младенческий возраст (2 мес.-1 год), кризис 1 года—раннее детство (1-3 года) — кризис 3 лет — дошкольный возраст (3-7 лет) — кризис 7 лет — школьный возраст (8-12 лет) — кризис 13 лет — пубертатный возраст (14-17 лет) — кризис 17 лет.

Неравномерность темпов развития различных сторон может приводить к нередким расхождениям в степени физической, психологической или социальной зрелости индивида, обуславливая явления акселерации, инфантилизма или задержки психического развития. Возрастные ступени отличаются относительностью, условной усредненностью, что не исключает, однако, индивидуального своеобразия психического облика человека соответствующего возраста.

Д.Б. Эльконин (1904-1984), развивая идеи Л.С. Выготского (социальная ситуация развития, ведущая деятельность и центральное возрастное новообразование), пришел к выводу об исторически возникшем расщеплении единого процесса усвоения общественного опыта на две взаимосвязанные стороны: усвоение мотивов, задач деятельности и усвоение операционно-технической ее стороны. Например, ведущей деятельностью дошкольника является игра, но если в младшем дошкольном возрасте в процессе игры ребенок больше сосредоточен на познании предметов и их свойств (предметно–манипулятивный тип деятельности), то в среднем и старшем дошкольном возрасте ребенок более поглощен ролевыми играми, связанными с познанием взаимоотношений между людьми, а это формирует у него и новые потребности.



Эльконин Даниил Борисович (1904-1984)

В 70-е годы Д.Б. Элькониным была предложена возрастная периодизация развития психики, основанная на смене ведущих деятельностей: игры (дошкольники), обучения (младшие школьники), интимно–личностного общения (подростки) и учебно-профессиональной деятельности (юноши). Его классификация позволяла раскрыть механизм смены возрастных периодов, исходя из диалектического положения о движущих силах развития как борьбы противоположностей между новыми потребностями и старыми возможностями их удовлетворения. Механизм смены периодов заключается в изменении соответствия между уровнем развития отношений с окружающими и уровнем знаний и способов действия. Например, взаимодействие уровня познавательной сферы младшего школьника и овладение новыми действиями приводит к подростковому возрасту к потребности изменения содержания и способов отношений с окружающими и необходимости со стороны взрослых изменить отношение к подростку.

Периодизация психического развития (по Д.Б. Эльконину)

1. Младенческий возраст (0-1 год). Ведущей деятельностью является непосредственное эмоциональное (интимно–личное) общение. Внутри и на фоне его формируются ориентировочные и сенсомоторно–манипулятивные действия (взаимокоординация различных ощущений и восприятий — зрительных, слуховых, проприорецептивных и др.). Важным новообразованием этого возраста является

формирование потребности в общении с другими людьми и определенное эмоциональное отношение к ним.

2. Раннее детство (1-3 года). Ведущая деятельность — предметно–манипулятивная. В ней ребенок в сотрудничестве со взрослыми овладевает общественно выработанными способами действий с предметами. Главным новообразованием возраста является развитие речи и наглядно-действенного мышления.

3. Дошкольный возраст (3-7 лет). Ведущая деятельность — ролевая игра, в процессе которой ребенок овладевает "фундаментальными смыслами человеческой деятельности", нормами отношений между людьми. Здесь же формируются такое новообразование как стремление к общественно значимой и общественно оцениваемой деятельности, что будет характеризовать и его готовность к начальному обучению.

4. Младший школьный возраст (7-11 лет). Ведущая деятельность — учение. В процессе учения совершенствуется память, усваиваются знания о предметах и явлениях внешнего мира, человеческих взаимоотношениях. Главными новообразованиями этого возраста являются произвольность психических явлений, способность формирования внутреннего плана действия, формирование рефлексии.

5. Подростковый возраст (11-15 лет). Ведущая деятельность — интимно–личностное общение со сверстниками (общественно полезная деятельность в процессе учебы или труда по Фельдштейну Д.И.). Здесь подросток овладевает навыками общения в самых различных ситуациях. Важнейшими новообразованиями этого возраста являются формирование самооценки, стремление к "взрослости" и самостоятельности, умение подчиняться нормам коллективной жизни.

6. Старший школьный возраст (15-17 лет). Ведущая деятельность — учебно-профессиональная, в процессе которой формируются такие новообразования как мировоззрение, профессиональные интересы, самосознание, мечты и идеалы.

Концепция Д.Б. Эльконина получила дальнейшее развитие в работах Д.И. Фельдштейна (1989), который более детализировал картину периодизации детского развития и сделал акцент на развитии личности, а не познавательных процессов. В целом в развитии детей, независимо от того, в рамках какой периодизации мы его представляем, существует два довольно выраженных резких перехода: "кризис трех лет" (переход от раннего детства к дошкольному) и "кризис подросткового возраста" (переход от младшего школьного возраста к подростковому, период полового созревания).

Периодизации индивидуального развития в психиатрии

Изучение в сравнительно-возрастном аспекте параметров нормального развития психики и предпочтительности возникновения синдромов нервно-психических расстройств у детей и подростков привело к созданию ряда классификаций периодизации психического развития. По мнению В.В. Ковалева (1969, 1973) патогенетическую основу преимущественных для разных возрастных периодов проявлений психических расстройств составляет механизм сменности качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на те или иные вредности. Им выделены четыре основных возрастных уровня нервно-психического реагирования:

1) Для соматовегетативного уровня реагирования (0-3 года) характерными являются различные варианты невропатического синдрома (возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, питания, сна, навыков опрятности и т.п.). Преимущественно соматовегетативный уровень реагирования у детей раннего

возраста находит свое объяснение в более раннем завершении формирования регуляции вегетативных функций в онтогенезе, значительно опережающей формирование регуляции моторных функций.

2) К психомоторному уровню реагирования (4-10 лет) относятся проявления гипердинамического синдрома, системные невротические и неврозоподобные двигательные расстройства — тики, заикание, мутизм и др. Выделение данного уровня соответствует данным возрастной морфологии и физиологии, свидетельствующим о наиболее интенсивной дифференциации функций двигательного анализатора в этом возрасте.

3) Для аффективного уровня реагирования (7-12 лет) характерны синдромы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества.

4) Эмоционально-идеаторный уровень реагирования (12-16 лет) уже проявляется сверхценными образованиями типа патохарактерологических реакций (протеста, эмансипации и т.п..), дисморфофобии, психической анорексии, "философической интоксикации" и др.

Симптоматика, свойственная каждому последующему уровню, не исключает проявлений предшествующих уровней реагирования, однако отодвигает их на второй план и так или иначе видоизменяет.

Наиболее детально разработанной является систематика психического развития ребенка, предложенная известным детским психиатром Г.К. Ушаковым (1973). Формирование психики ребенка он также подразделяет на четыре периода: моторный (до 1 года), сенсомоторный (1-3 года), аффективный (3-12 лет) и идеаторный (12-14 лет).

Моторный этап развития психики весьма непродолжителен (до 1 года), хотя совершенствование моторики и ее дифференциация происходят на протяжении всей жизни индивида. Реакции ребенка в первые месяцы жизни являются по сути рудиментами последующих психических реакций.

На внешние раздражители ребенок отвечает диффузными двигательными реакциями (крик, плач, двигательное беспокойство). Даже так называемая реакция страха новорожденного представляет собой два типа движений: с преобладанием реакции флексоров (мышц-сгибателей), либо экстензоров (мышц-разгибателей). Уловить разницу между "реакцией страха" и рефлексом Моро (рефлекс обхватывания) у новорожденного часто не удается.

Сенсомоторный этап развития психики (1-3 года). С 6 месяцев до 6-7 лет значение формирующихся моторных реакций продолжает оставаться ведущим, однако они утрачивают свой чисто двигательный характер и становятся более сложными "сенсомоторными актами" (позднее, совершенствуясь, они станут психомоторными, т.е. будут носить осознанный характер).

Сенсомоторные реакции отличаются овладением целенаправленности движений, что в будущем приводит к волевым действиям. Развиваются органы чувств, внимание, формируется мышление, представления о настоящем и прошлом, первичное сознание "Я" (элемент самосознания, 3-3,5 года). Наиболее отчетливый признак окончательного завершения сенсомоторного периода развития — формирование у ребенка представления "схемы тела" (к 6-7 годам).

Аффективный этап развития психики (с 3-х до 12 лет). Высшие (эпикритические) аффекты, в отличие от простых (органических) никогда не возникают без образа, представления, а позднее и без понятия, т.е. вовлечения в переживание идеаторной (рассудочной, когнитивной) сферы. Аффективный этап начинает оформление в виде эпикритической эмоциональности с 3-х лет: осваиваются эмоциональные реакции протеста, негативизма, демонстративного

поведения, излишней аффектации или молчаливости. К 6-7 годам детская непосредственность меняет свои качества. Она все чаще получает выражение в аффективной окраске тех или иных форм деятельности ребенка. В 10-11 лет лабильность аффекта, добродушие и детская увлеченность становится менее выраженной. Аффективность приобретает постоянно-индивидуальный характер и можно четко выявить два типа поведенческих реакций. У одних детей преобладают черты экстравертированности и они более общительны. У других — преобладает интровертированность и они более молчаливы.

Идеаторный этап развития психики начинается еще в глубине сенсомоторного этапа, однако истинное его начало должно быть датировано возрастом 11-12 лет. С этого времени обычно появляется у ребенка возможность строить сложные умозаключения и прочной становится феномен "удвоенности реальности". Последний означает сформировавшийся у ребенка навык оперировать объектами внешней реальности с одной стороны, и реальностью субъективной (мыслимой, представляемой) с другой. Обе эти реальности взаимопроникают друг в друга.

В подростковом возрасте (12-16лет) доступна способность рассуждать, последовательно обсуждая факты и вскрывая закономерности. Подросток утверждает себя, противопоставляя себя другим. Это часто приобретает характер своего мнения, концепции. Он осознает себя как личность и это порождает небывалые возможности для рефлексии. Сознание индивидуальное начинает приобретать характер сознания коллективного, общественного. В эмоциональной сфере формируются эстетические, этические и интеллектуальные чувства.

Расстройства психики у детей имеют разные качества в зависимости от возраста и объема поражения. Нарушение психического функционирования на ранних этапах постнатального онтогенеза не может вызвать тех типов расстройств, для оформления которых необходима определенная степень зрелости аффективного и идеаторного уровней развития психики. Для человека же зрелого возраста правилом становится следующая тенденция: чем больше объем поражения, тем более глубокие уровни психики, при прочих равных условиях, оказываются поврежденными.

Краткое содержание и выводы

Биологические процессы в организме и окружающая среда влияют на развитие, что сопровождается изменениями в строении тела, психике и поведении человека. Развитие происходит в трех главных областях существования индивидуума: физической, когнитивной и психосоциальной.

Ряд изменений в этих областях происходит преимущественно под влиянием биологических факторов, тогда как другие изменения происходят под влиянием факторов внешней, социальной среды. Однако реально психологический возраст опосредуется взаимодействием этих факторов и обозначает определенную, качественно новую ступень онтогенетического развития. Возрастные этапы в систематиках возрастного развития свидетельствуют лишь о наиболее типичных качествах индивида в этом возрасте.

Для правильного понимания развития необходимо его систематическое изучение. В возрастной психологии используются те же методы исследования, что и в общей психологии, но получение научных данных здесь требует соблюдения некоторых методических приемов: принципа "поперечных срезов", когда люди разных возрастных групп тестируются одновременно; лонгитюдного (продольного)

исследования, когда одних и тех же людей исследуют несколько раз в различных точках их жизненного пути; или формирующего эксперимента (экспериментально–генетический подход), когда изучается интересующая функция в процессе ее активного формирования при воспитании детей, обучении.

Существует много теорий, объясняющих человеческую натуру, но ни одна из них не рассматривает развитие личности во всей его сложности и разнообразии. Обычно изучают множество таких теорий как для понимания различных сторон развития в них акцентированных, так и для поиска путей их объединения. Ядром большинства теорий психического развития является выявление его движущих сил, т.е. роли соотношения внутренних (наследственных) и внешних (среды, научения) факторов в становлении человека.

В *биогенетических теориях* предпочитают выводить психические особенности и их предопределенность из врожденных биологических задатков индивида. Предположения социобиологов о том, что человеческое поведение целиком определяются генетически, не раз подвергались критике. Более сложная, психоаналитическая трактовка развития также основана на принципах биологического детерминизма, поскольку выдвигает положение о том, что поведение и развитие личности находятся под контролем врожденных сексуальных и агрессивных влечений.

В *социологизаторских теориях* предпочитают психические качества индивида и их формирование в процессе онтогенеза выводить из условий воспитания и обучения, а не из предрешенности их врожденными задатками. Философия бихевиоризма, лежащая в основе теорий научения, наиболее ярко акцентирует роль среды в развития человека. Теории социального научения также применяют бихевиориальные принципы к социальному ролевому поведению.

В попытках объединить предыдущие крайние точки зрения возникло также много интеракционистских теоретических концепций, сосредоточенных на выявлении соотношения и роли как биологических, так и социальных детерминант в личностном развитии. Созданная Пиаже *теория когнитивного развития* является, по существу, такой интеракционистской моделью, рассматривающей интеллект как образец адаптации к требованиям внешней среды. В *неофрейдизме*, наряду с биологическими факторами, как и в базисной теории психоанализа, уже также заметное место отводится и социальным факторам развития. По мнению Блоса и Эриксона главной движущей силой развития личности являются не биологические сексуальные процессы, а процессы ее индивидуализации и обретение эго-идентичности. И с точки зрения *гуманистических теорий* в центре внимания развития личности находится осознание индивидуумом собственного “Я” и смысла своего существования, проявляя при этом внутреннюю активность и настоятельную внутреннюю потребность к творческой самоактуализации при достижении целей.

Отечественные концепции развития психики также сосредоточены на проблемах системного анализа категории психического. *Культурно–историческая концепция психического развития* Л.С. Выготского, в отличие от теории Ж. Пиаже, когнитивное и личностное развитие вписывает в более широкий круг социального и культурального контекста. Сложные знания могут приобретаться только путем участия в культурно значимой деятельности под руководством других людей. Усвоение (интериоризация) ребенком структуры его внешней, т.е. совместной с взрослыми и опосредованной культурными знаками (словом), деятельности, является главной закономерностью онтогенеза психики. Обучение эффективно тогда, когда оно создает зону “ближайшего развития”, понимаемую как разница между тем, что ребенок может делать сам и что только при помощи взрослых.

Д.Б. Эльконин, развивая идеи Л.С. Выготского, предлагает возрастную периодизацию развития психики, основанную на смене ведущих деятельностей: игры (дошкольники), обучения (школьники), интимно-личностного общения (подростки) и учебно-профессиональной деятельности (юноши). Процесс смены периодов обусловлен противоречиями (кризисами) между формирующими новыми (более взрослыми) потребностями и старыми (детскими) возможностями их удовлетворения.

В медицине, в частности в психиатрии, периодизации возрастного развития исходят из параметров нормального развития психики и предпочтительности возникновения синдромов нервно-психических расстройств в возрастном аспекте. Нарушение психического функционирования на ранних этапах онтогенеза не может вызвать тех типов расстройств, для оформления которых необходима определенная степень зрелости аффективного и когнитивного уровней развития психики.

Вопросы для самопроверки

1. Как определяется предмет психологии развития, и каковы особенности методов исследования в возрастной психологии?
2. В чем заключаются главные отличия психологического возраста от возраста паспортного (хронологического)?
3. Что такое “биологический каркас личности” и как определяются понятия “норма реакции”, “принцип гетерохронности”, “принцип синхронности”?
4. Как определяется возрастное развитие в биогенетических теориях развития по сравнению с социологизаторскими теориями взросления?
5. Что нового вносят неофрейдисткие теории взросления по сравнению с базовой теорией психоанализа?
6. Каким образом возрастное развитие рассматривается в бихевиоризме?
7. Что собой представляют функциональные теории взросления в интеракционистском направлении теорий развития личности?
8. Что такое “зона ближайшего развития” в культурно–исторической концепции развития Л.С. Выготского?
9. Как описывается механизм смены ведущей деятельности в теории взросления Д.Б. Эльконина?
10. Какие основания выдвигаются для создания классификаций периодизации возрастного развития в психопатологии?

ГЛАВА 21

ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В ШКОЛУ

В развитии ребенка до поступления в школу принято выделять три стадии: младенчество (с рождения до 1 года), раннее детство (от 1 до 3 лет) и дошкольный возраст (от 3 до 6-7 лет). Для каждой стадии психического развития ребенка характерны свои особенности, но есть и общие черты. Главная из них — это чрезвычайно высокая интенсивность психического развития ребенка, сопоставимая по темпам с развитием в течение всей последующей жизни. Другая общая особенность — высокая уязвимость и ранимость организма и психики ребенка.

Строго говоря, в развитии следует выделять и **пренатальный этап** — период до рождения ребенка. В его рамках 1-8 день считается *начальным периодом*, 9 день–начало 9 недели — *эмбриональным периодом* (образование плаценты) и 9-38 недели — *плодным периодом*, который заканчивается рождением ребенка. Плодный период характеризуется активным развитием всех органов плода.

Кожная чувствительность у плода развивается между 7-й и 15-й неделями. Проприорецепция начинает развиваться с 4-х месячного возраста плода. Вкусовая чувствительность — с 3-го месяца, а к 6-му месяцу возникает способность к дифференциации в области обоняния. Множество фактов свидетельствуют о способности плода воспринимать звуки (от 20 до 5000 Гц). Полагают, что уже с 3-х месяцев сетчатка глаза способна реагировать на электромагнитные волны светового спектра.

С 11-ой недели у плода появляются рефлекторные движения, а на 28-ой неделе он начинает совершать нервное реагирование: вздрагивает при резких звуках, движениях матери, а также как бы сопереживает вместе с ней ее различные эмоциональные состояния. Хотя механизмы влияния психического состояния матери на плод на сегодняшний день еще недостаточно изучены, но ясно, что эта связь существует и о ее последствиях на психическое развитие ребенка нужно серьезно задуматься. Поэтому важно как в период подготовки к зачатию, так и в течение всего периода беременности создавать для женщины ощущения психического и физического комфорта. Психотерапия дает некоторые рекомендации: в пренатальный период желательно слушать спокойную музыку, полезно чаще смотреть на красивые вещи (произведения искусства, предметы домашнего обихода), бывать на природе. Во взаимоотношениях с окружающими должны доминировать положительные эмоции. Особая роль в этом принадлежит отцу ребенка. Важно заметить, что ребенок должен быть желанным для супругов и окружен заботой еще до своего рождения.

Первые сообщения о возможности усвоения плодом информации из внешнего мира появились в 1988 году, когда Петер Хеппер (Hepper) поставил интересный эксперимент с группой живших в Лондоне будущих матерей. Часть из них во время беременности регулярно смотрели по телевидению популярную мыльную оперу–сериал “Соседи”. Через несколько часов после появления малышей на свет Хеппер проигрывал новорожденным музыкальную тему из этого фильма, когда они плакали. Оказалось, что дети матерей, которые регулярно смотрели сериал, переставали плакать и начинали прислушиваться, в то время как другие — никак не реагировали на музыку.

Рене Ван де Кар из штата Калифорния (США) предложил стимулировать развитие мозга плода с помощью программы, включающей такие игры, как “перестукивание” через живот матери и другие. Он основал “Пренатальный университет” и полагает, что новорожденные, “окончившие его” более активны и развиваются быстрее. Однако большинство специалистов по детской психологии скептически и даже враждебно относятся к подобным заявлениям. В лучшем случае, считают они, такие программы способствуют укреплению эмоциональных связей между ребенком и его родителями, так как последние больше внимания начинают уделять ему еще до рождения (Poole, 1987; цит. по Крайг Г., 2000).

ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ОТ РОЖДЕНИЯ ДО КОНЦА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Сразу после рождения ребенок вступает в особый и краткий в младенчестве период новорожденности (неонатальный период). У новорожденного отмечается преобладание врожденных форм поведения и лишь, начиная с 3-х месячного возраста (иногда, раньше) у него постепенно развиваются две функциональные системы — социальных и предметных контактов. Появление этих форм взаимодействия с окружающим миром и знаменует собственно младенческий период.

Новорожденный

Сразу после рождения ребенок оказывается в новой среде со сниженной температурой, меняются типы дыхания и питания. От вегетативного существования он переходит к новым условиям с большим количеством раздражителей. Все это является для новорожденного большим стрессом — с напряжением работают все его функциональные системы, весь организм.

> Не все новорожденные наделены от природы одинаковым запасом сил, необходимым к резким переменам после родов. В 1953 году Вирджиния Апгар разработала стандартную оценочную шкалу для быстрого определения их состояния здоровья (пульс, дыхание, окраска кожи, рефлексы и т.п.). Максимальная оценка по шкале — 10 баллов, а оценка 7 и более баллов считается нормальной. Оценка ниже 7 баллов говорит о том, что те или иные системы организма ребенка нуждаются в пристальном контроле. При оценке ниже 4-х баллов необходимо немедленное подключение к системам искусственного жизнеобеспечения.

Новорожденным свойственно несколько поведенческих состояний: ровный (глубокий) сон, поверхностный сон, спокойное бодрствование и активное бодрствование (крик). Первоначально большую часть времени новорожденный спит, но по мере взросления он все больше и больше времени проводит в состоянии спокойного бодрствования.

Период новорожденности — единственный период жизни человека, когда наблюдаются только врожденные, инстинктивные формы поведения, направленные на удовлетворение органических потребностей, обеспечивающих выживание. Все другие рефлексы и автоматизмы, имеющиеся при рождении, можно разделить на четыре основные группы:

1) Рефлексы, обеспечивающие основные потребности организма: сосательный, оборонительный, ориентировочный и специальные двигательные — хватательный, опорный и переступания;

2) Защитные рефлексы: сильные раздражения кожи вызывают отдергивание конечности, мелькание перед глазами и увеличение яркости света приводят к сужению зрачка;

3) Ориентировочно-пищевые рефлексы: прикосновение к губам и щекам голодного ребенка вызывает реакцию поиска;

4) Атавистические рефлексы: цеплятельный, отталкивания (ползания), плавания (новорожденный с первых минут жизни свободно передвигается в воде).

> По сравнению с представителями других форм жизни у человека при рождении имеет место относительная бедность врожденных форм поведения, что представляет не

слабость, а силу, так как имеются большие возможности для освоения ребенком поведения иного типа, которое возникает на основе научения.

Безусловные рефлексы, обеспечивая выживание, получены в наследство от животных и в дальнейшем включаются составными элементами в другие, более сложные формы поведения. Только на основе атавистических рефлексов у ребенка ничего не развивается. Так цеплятельный рефлекс (сжимание ручки на раздражение ладони) исчезает раньше, чем появляется хватание (сжимание ручки на раздражение пальцев). Рефлекс ползания (при упоре на подошвы) также не развивается и не служит для передвижения — ползание начнется позже с движений руками, а не отталкивания ногами. Все атавистические рефлексы обычно угасают в первые три месяца жизни.

Сразу после рождения у ребенка уже имеются ощущения всех модальностей, элементарные формы восприятия, памяти и благодаря им становится возможным дальнейшее познавательное и интеллектуальное развитие. Ощущения новорожденного недифференцированные и неразрывно связаны с эмоциями, что дало возможность Л.С. Выготскому говорить о "чувственных эмоциональных состояниях или эмоционально подчеркнутых состояний ощущений".

У животных обычно раньше формируются движения и позже начинают функционировать анализаторы, а у человека, напротив, деятельность анализаторов формируется гораздо быстрее, чем формируются сложные двигательные акты.

На третьей-пятой неделе можно заметить у ребенка попытки сосредоточения взгляда, появляется избирательная реакция на предметы и человека. Вначале эти реакции подчинены задаче жизнеобеспечения, но в дальнейшем они становятся более разнообразными. Во время зрительного и слухового сосредоточения происходит торможение хаотических и импульсивных движений, что становится возможным благодаря созреванию мозга. Если ребенок не получает достаточного количества внешних впечатлений ("сенсорный голод"), то его развитие задерживается.

С первых минут жизни фиксируются у ребенка отрицательные эмоции, связанные с необходимостью удовлетворения элементарных потребностей (пища, тепло) и лишь в конце первого — начале второго месяца жизни у ребенка появляются положительные эмоции в ответ на ласковые слова, улыбку взрослого и сосредоточении на яркой игрушке. Удовлетворение органических потребностей только снимает отрицательные эмоции, но не вызывает положительных.

Вначале второго месяца ребенок реагирует на взрослого человека, а потом уже и на физические объекты в виде отдельных поведенческих реакций типа сосредоточения, замирания (торможение хаотичных движений), появляется улыбка или гуление. На третьем месяце жизни эта реакция становится комплексной и основной формой поведения, называемой *"комплексом оживления"*. При этом ребенок сосредотачивает взгляд на человеке и оживленно двигает ручками и ножками, издает радостные звуки. Это говорит о появившейся у ребенка потребности эмоционального общения со взрослыми — первой его социальной потребности. Возникновение "комплекса оживления" считается условной границей между новорожденностью и младенчеством.

Очень важно, чтобы взрослые относились к ребенку как способному понять его, так как ведущее значение для его развития имеет общение с людьми, новые впечатления. Если ребенок в первые месяцы получает от взрослого достаточное внимание, то его

психическое развитие протекает быстрее. Во время бодрствования он активно улыбается, рано начинает гулить, “комплекс оживления” появляется своевременно.

Стремление младенца разделить со взрослыми свои положительные эмоции по поводу радующих воздействий (игрушки, веселой музыки и т.п.) способствует формированию уже в первом полугодии жизни его *аффективно–личностным связям* с окружающими. Во втором полугодии они проявляются не только в положительной, но и в отрицательной эмоциогенной ситуации, выражаясь в поиске защиты у близких. Наличие аффективно–личностных связей является показателем успешного психического развития ребенка.

Отсутствие эмоциональных контактов со взрослыми даже у здорового и ухоженного ребенка *(эмоциональная депривация)* приводит к задержке появления “комплекса оживления”, а также задержке двигательного, умственного и даже физического развития. Такое отставание возможно при длительном нахождении ребенка в больнице без матери (“*госпитализм*”), недостаточном внимании к нему в семьях душевнобольных, злоупотребляющим алкоголем родителей. У таких детей часто имеются симптомы неврозов и они чаще болеют соматическими заболеваниями.

Поскольку в течение периода новорожденности в поведении ребенка доминируют рефлексы разного рода (сосательный, хватательный, рефлекс Моро, асимметричный шейно–тонический, автоматическая походка и другие), которые со временем исчезают из репертуара поведенческих реакций ребенка, их оценка находится в компетенции педиатра и детского невропатолога. Эти рефлексы отражают состояние и процесс созревания нервной системы, что является важным фактором, обеспечивающим анатомо–физиологическую основу будущей психической деятельности.

Младенец

Появление “комплекса оживления” у новорожденного знаменует переход его на новую ступень развития — младенчество. Младенец, как и новорожденный, полностью зависит от взрослого как в удовлетворении органических потребностей, так и в получении разнообразных сенсорных впечатлений. Психические процессы у него складываются под решающим влиянием условий жизни на основе подражания. Именно в младенчестве начинают формироваться и развиваются функциональные системы социальных и предметных контактов ребенка.

Общение со взрослыми. С 4-5 месяцев общение со взрослыми становится избирательным, ребенок научается отличать “своих” от “чужих”. При правильном воспитании непосредственное общение сменяется общением по поводу предметов, игрушек, что и становятся основным в совместной деятельности ребенка и взрослого. Потребность в общении у младенца формируется под влиянием двух условий:

1) Необходимости в уходе и заботе — ребенок после рождения нуждается в постоянном удовлетворении органических потребностей и он научается с помощью плача и различных движений, которые обращены к конкретному взрослому человеку, получать все необходимое для устранения физического дискомфорта (голода, боли и т.п.);

2) Поведении взрослого, обращенного к ребенку. Взрослый обращается к ребенку как бы вовлекая его в общение — разговаривает, ждет ответа. Основными средствами общения со стороны ребенка здесь являются экспрессивные действия — улыбка, двигательная реакция. Взрослый оценивает их, что-то поощряет или грозит, учит.

Нарастающая потребность в общении постепенно вступает в противоречие с выразительными возможностями ребенка, что приводит сначала к пониманию речи, а потом и овладению ею.

Усвоение речи. Повышенный интерес к человеческой речи фиксируется у ребенка с первых месяцев жизни. Потребность в общении является основой для ее усвоения: ребенок прислушивается, когда с ним говорят. В возрасте около 1 месяца новорожденный обычно начинает произносить какие-либо простые звуки типа “а-а”, “у-у”, “э-э”. Примерно в 2-4 месяца у ребенка возникает *гукание* (произношение простых слогов — “гу”, “га”, “ка” и т.п.), затем в 4-6 месяцев *гуление* (повторение простых слогов — “а-а-а-а”, “га-а”, гу-у-у”, “а-гу” и т.п.). Во втором полугодии появляется *лепет* (разнообразные сочетания повторяющихся слогов или отдельные слоги типа “та-та-та”, “кх-кх”, “ба”, “ма” и т.п.), а в 9-10 месяцев в речи начинают фиксироваться первые слова (“дай”, “мама”, “папа” и др.). К концу первого года отмечается “лепетное говорение”, интонационно имитирующее целую фразу. Лепетное говорение является предвестником появления *активной речи*. Лепет может иметь диагностическое значение, так как часто отсутствует у умственно отсталых детей. Интонации в голосе взрослых ребенок замечает в 4 месяца, а интонации в голосе ребенка замечаются с 7 месяцев.

С середины младенческого возраста ребенок начинает понимать отдельные слова. Взрослые помогают ему в этом, когда спрашивают: “Где то-то?”, и тут же показывают нужный предмет. К концу первого года жизни ребенок начинает понимать связь между самим предметом и его названием (начальная форма понимания речи). С 10-месячного возраста в ответ на называние взрослыми какого-либо предмета ребенок берет его и протягивает взрослому. Это уже свидетельствует о появлении, наряду с эмоционально–жестовым общением, новой формы общения — предметного общения. Эта форма общения очень важна, так как на ее основе появляется возможность совместной предметной деятельности со взрослыми, в процессе которой формируются умения, навыки, приобретаются знания. К концу младенчества ребенок точно понимает в среднем 10-20 слов и определенным образом реагирует на них.

Развитие движений. В течение первого года ребенок активно овладевает прогрессивными движениями: учиться держать голову, садиться, ползать, передвигаться на четвереньках, принимать вертикальное положение, брать предмет и манипулировать им (бросать, стучать, размахивать). Но у ребенка могут появиться и “тупиковые” движения, тормозящие развитие: сосание пальцев, рассматривание рук, поднесение их к лицу, ощупывание рук, раскачивание на четвереньках. Прогрессивные движения дают возможность узнать новое, а тупиковые отгораживают от внешнего мира. Прогрессивные движения развиваются только при помощи взрослых. Отсутствие внимания к ребенку способствует появлению и упрочению тупиковых движений.

Обычно в 3-4 месяца ребенок тянется рукой за предметами, сидит с поддержкой. В 5 месяцев захватывает рукой неподвижные предметы. К концу 6-го месяца появляется ползание, а в 7 месяцев он начинает сидеть без поддержки и в 8 месяцев самостоятельно присаживается. В возрасте 9 месяцев младенец уже стоит с поддержкой, а в 10 начинает стоять без поддержки. В 11 месяцев ребенок может ходить с поддержкой, а в 12-13 месяцев ходит самостоятельно.

Во втором полугодии у ребенка появляется противопоставление большого пальца всем остальным и младенец начинает не только захватывать, но и манипулировать предметами — укладывать, нанизывать, открывать. Манипуляции

от направленности на предмет постепенно становятся направленными на результат действия.

Существенным показателем качества развития нервной системы являются этапы возникновения и закрепления у ребенка *антигравитационных реакций*, которые и лежат в основе приобретения способности осуществлять целенаправленные локомоторные акты. Первая антигравитационная реакция фиксируется в возрасте 2,5–3 месяца, когда ребенок становится способным удерживать головку в вертикальном положении. Вторая антигравитационная реакция формируется в возрастном диапазоне от 2,5–3 до 5–6 месяцев, когда ребенок осваивает позу сидя (сидение). В возрасте около 1 года у ребенка возникает и закрепляется третья антигравитационная реакция — реализация позы стоя (стояние).

Пространственная ориентировка. В овладении окружающим пространством важная роль принадлежит согласованным движениям рук и глаз — образ видимого предмета начинает активно управлять движениями рук и регулировать их (сенсомоторная координация). Глаз как бы “обучает” руку и ее движения становятся точнее и совершеннее. В 3-4 месяца ребенок только следит взором за предметами, хорошо различает цвета и форму, реагирует на новое. В 6 месяцев он еще не определяет расстояние и одинаково тянется к близко и далеко расположенной игрушке. Движение руки по направлению к недоступному предмету постепенно превращаются в указательный жест, адресованный взрослому. В первом полугодии ребенок легко узнает показанные ему предметы, а во втором полугодии он демонстрирует возможность восстановления предмета по памяти. Если спросить его о местонахождении известного ему предмета, то ребенок активно начинает его искать поворотами глаз, головы и туловища. Следовательно в этом возрасте активно идет формирование представлений, которые являются основой для элементарных форм мышления.

Существует гипотеза, предложенная Ж. Пиаже, что уже у младенцев имеется прототип схемы в форме элементарной способности упорядоченного отражения действительности в виде общих свойств, присущих сходным, хотя и не идентичным явлениям. Об этом говорит тот факт, что многие годовалые дети различают группы предметов по их общим признакам: мебель, животных, еду. Предполагают также, что в памяти человека образ предмета оставляет после себя след-схему предмета, которая включает в себя наиболее информативные, существенные признаки его (когнитивная карта-схема). Способность создавать и сохранять когнитивные схемы есть уже у младенцев. К концу первого года жизни относятся и первые признаки наличия мышления у ребенка в форме сенсомоторного интеллекта. Ребенок замечает, усваивает и использует в своих действиях элементарные свойства и отношения предметов.

Эмоциональное развитие. Эта линия развития также непосредственно зависит от общения с близкими взрослыми. В первые 3-4 месяца у детей появляются разнообразные эмоциональные состояния: удивление в ответ на неожиданность (торможение движений, замедление сердечного ритма), тревожность при физическом дискомфорте (усиление движений, ускорение сердечного ритма, зажмуривание глаз, плачь), расслабление при удовлетворении потребности. После появления комплекса оживления ребенок доброжелательно реагирует на любого взрослого человека, но после 3-4 месяцев он начинает несколько теряться при виде незнакомых людей. Особенно усиливается беспокойство при виде незнакомца в 7-8 месяцев, в это же время появляется и страх расставания с мамой или другим близким человеком.

Кризис 1 года. Переходный период между младенчеством и ранним детством иногда называют кризисом 1 года. Как всякий кризис, он связан со всплеском

самостоятельности ребенка, становлением ходьбы и речи, появлением у него аффективных реакций. Вспышки аффектов у ребенка возникают, когда взрослые не понимают его желаний, слов или жестов, а также если взрослые не выполняют того, что он хочет. Особенно остро ребенок может реагировать на запреты, слова “нельзя” и “нет”. Некоторые дети в аффекте пронзительно кричат, падают на пол, стучат руками и ногами, возникают аффективно–респираторные судороги. Чаще всего появление сильных аффектов у ребенка связано с определенным стилем воспитания. Это или излишнее запреты на самостоятельность, или непоследовательность в требованиях взрослых, когда что-то сегодня можно, а завтра нельзя, или можно при бабушке, а при маме нельзя. Терпение и выдержка взрослых, предоставление некоторой самостоятельности, т.е. большей свободы действий в допустимых пределах, смягчают кризис, помогают ребенку избавиться от острых эмоциональных реакций. Поскольку ребенок уже ходит или активно ползает круг досягаемых предметов увеличивается, взрослым следует убирать острые вещи, закрывать электрические розетки.

Источниками информации для исследователей детского развития являются различные технологии, позволяющие измерять физиологические реакции на среду и специфическую стимуляцию. Однако более важным здесь оказывается наличие хорошего плана, или парадигмы исследования, который позволял бы устанавливать, что знают и умеют младенцы вне зависимости от их уровня овладения языком.

Для оценки сенсорных систем и памяти обычно используются *парадигмы классического и инструментального обуславливания*. В их основе лежит мнение, что у младенца невозможно выработать условный рефлекс на стимулы, которые он не воспринимает. Другими полезными стратегиями для измерения возможностей детей являются *парадигмы новизны и удивления*. Предпочтение младенцами новых стимулов по сравнению с уже знакомыми ему используется для организации изучения их способности обнаруживать минимальные различия в цветах, звуках или изображениях. Реакцию удивления также можно легко регистрировать по выражению лица и звукам, которыми ребенок реагирует на что-то неожиданное для него.

Дети, требующие специального ухода

Младенцев, относящихся к группе риска отставания в когнитивном и личностном развитии, можно выявить с самого рождения, а в ряде случаев — и до появления их на свет. К ним относятся недоношенные дети, а также дети, отстающие в физическом развитии вследствие каких-либо заболеваний.

Недоношенным считается ребенок, родившийся ранее 35-й недели беременности (или 37-й недели со времени последней менструации). Большинство недоношенных детей весят меньше 2,5 кг. Такой же недостаточный вес могут иметь и доношенные дети, но это обычно бывает у матерей, которые во время беременности были больны, неполноценно питались, употребляли алкоголь или наркотики. Ряд детей могут быть недоношенными и иметь недостаточный вес даже по отношению к сроку рождения. По стандартам ВОЗ недоношенным (незрелым) считается ребенок, весящий менее 2,5 кг, независимо от срока появления на свет.

Недоношенные дети испытывают значительные трудности в приспособлении к новой окружающей среде, особенно в поддержании нормальной температуры тела. Они нуждаются в помещении в специальные “инкубаторы”, обеспечивающие комфортный тепловой режим и защиту от инфекции. Важным моментом является и организация кормления таких детей, так как первые месяцы жизни они заметно отстают в весе и росте по отношению к доношенному ребенку.

Недоношенные дети чаще вскармливаются искусственно, а некоторые из них первые недели жизни вообще не могут сосать. Такие дети дольше лишены

контактов с телом матери, к ним реже прикасаются и реже разговаривают. Все это серьезные препятствия для развития нормальных отношений привязанности между ребенком и родителями в первые недели жизни. Впоследствии такие дети могут быть менее активными в играх, им труднее усвоить столько же информации из внешней среды, сколько усваивают доношенные дети.

Важными мероприятиями для стимуляции жизненного тонуса недоношенных детей и улучшения их когнитивного развития являются специальные программы создания обогащенной среды развития ребенка на первом году его жизни. Важно как можно более раннее привлечение матери к уходу за своим ребенком. Во многих родильных домах матерям разрешают участвовать в уходе уже тогда, когда ребенок еще находится в палате интенсивной терапии. Большинство различий между недоношенными детьми и детьми, рожденными в срок, сглаживаются к концу первого года жизни. Но недоношенные дети нуждаются в специальном наблюдении и в дальнейшем, особенно первые три года жизни.

С подобными проблемами могут сталкиваться и дети, которые относятся к группе риска, то есть родившееся в срок, но с потенциальными помехами развитию. Болезнь ребенка или осложнения родов могут быть причиной более или менее длительного отделения ребенка от матери по медицинским показаниям. Формированию эмоциональных связей родителей с ребенком также может осложняться наличием каких-либо явных физических или психических дефектов у ребенка. Матери, употребляющие алкоголь или наркотики, а также эмоционально–неуравновешенные женщины также не могут создать ровного эмоционального контакта и нормального ухода за своим ребенком. Полноценное питание и уход за младенцем не могут в должной мере обеспечить и материально мало обеспеченные семьи.

Одним из наиболее перспективных способов профилактики возможных нарушений у младенцев, относящихся к группе риска, является создание программ *раннего вмешательства*. Программы раннего вмешательства, кроме оказания специализированной (и не только медицинской) помощи детям, обычно ориентированы и на активное участие самих родителей в процессе развития своих детей. Родителей учат умению справляться с повседневными трудностями ухода за детьми и навыкам формирования у ребенка определенных форм поведения и улучшения его когнитивного развития.

РАННЕЕ ДЕТСТВО (ПРЕДДОШКОЛЬНЫЙ ПЕРИОД)

Накопленные за первый год физические силы и опыт манипулирования предметами вызывают у ребенка огромную потребность в активном действовании. Наряду с развитием интеллекта, предметной и игровой деятельностью, основными достижениями детей в преддошкольном возрасте (1-3 года) являются освоение ходьбы (прямохождение) и овладение речью. К концу раннего детства возникает главное новообразование этого возраста — формирование элементарного самосознания (выделение собственного “Я”).

Овладение прямохождением. Учиться ходить ребенок начинает в конце младенчества и овладение ходьбой ему дается трудно. Здесь крайне важна помощь взрослых, их одобрение и стимуляция активности в этом направлении, так как потребности в ходьбе в это время у ребенка еще нет и он умеет уверенно передвигаться с помощью ползания. Правда, довольно скоро ребенок уже будет испытывать удовольствие от прямохождения и владения своим телом. К 1,5 годам он уже усложняет ходьбу: идет в горку, по ступенькам, наступает на камешки,

однако техника ходьбы еще далека от совершенства. К трем годам техника ходьбы стабилизируется полностью.

Овладение прямохождением значительно расширяет границы доступного ребенку пространства, увеличивает самостоятельность. Усвоение удаленности, направления и расстояния практически возможно только с помощью движения. К 2 годам ребенок значительно более точно определяет местоположение предмета в пространстве, развиваются и совершенствуются у него и сенсомоторные реакции. Он приобретает знания о качествах окружающих предметов и познает глубже связи, которые существуют между некоторыми предметами, что способствует формированию зачатков мышления, воли и самосознания.

Развитие речи. Развитие речи тесно связано с предметной деятельностью ребенка. “Немые” формы общения (показ) уже становятся не достаточными для его обучения. Ребенок вынужден обращаться к взрослым с различными просьбами, но обращаться можно только с помощью речи. Это стимулирует развитие речи и тут также многое зависит от взрослых. Если родители пытаются улавливать и исполнять все желания ребенка, то это не стимулирует развитие речи. Она лучше развивается, если взрослые просят говорить ребенка внятно и только потом исполняют желание. Не существует четких разграничений с крайними вариантами нормы, при которых речевое развитие может считаться замедленным (например, А. Эйнштейн почти не говорил до трех лет).

Развитие речи у ребенка протекает одновременно по двум направлениям: понимание речи и формирование собственной речи. Вначале ребенок понимает ситуацию и выполняет просьбы только конкретных лиц (матери). К возрасту 1 года он уже знает и произносит отдельные слова, а затем идет познание значения все большего количества слов. К возрасту 1,5 лет ребенок знает значение от 30-40 до 100 слов, но употребляет в своей речи их относительно редко. После 1,5 лет речевая активность возрастает и к концу 2 года он употребляет до 300 слов, а концу 3-его — до 1500 слов. К 2-м годам ребенок говорит двух–трехсловными предложениями, а к 4-м годам дети в состоянии свободно разговаривать.

Ребенку второго года еще трудно обобщать, т.е. обозначать одним словом однородные, но разные предметы. Вначале ребенок обобщает предметы по внешним признакам: назначению (например, слово “апа” — означает у него все, что надевают на голову, т.е. шляпа, косынка, чепчик и даже таз, если он там оказался), местонахождению (“сюп” — все, что есть в супе, т.е. морковь, капуста, мясо или лук), звукоподражанию (“пи-пи” — птичка, мышь). Такие слова в речи ребенка называют многозначными и их количество в речи ребенка должно быть относительно невелико, от 3 до 7% словарного запаса. Распад многозначных слов и приобретение устойчивости значений слов связано с началом обобщения признаков предметов и их фиксацией в словесных значениях.

Освоение грамматического строя языка требует умения изменения окончаний и введения соединительных слов. Слушая взрослого и повторяя за ним ребенок усваивает и грамматические структуры. В каждой грамматической форме фиксируется отношения между предметами или отношение к ним человека. Например, творительный падеж обозначает “орудийные” отношения, а родительный — отношения принадлежности. Задолго до того как ребенок начнет изучать эти отношения между предметами в школе, он их осваивает в соответствующей грамматической форме языка.

Первая речь ребенка мало похожа на речь взрослого и ее часто обозначают как автономную речь, так как ребенок иногда произносит слова, которые взрослыми вовсе не

употребляются. “Автономные слова”, вероятно, являются искаженным воспроизведением слышимых слов взрослых, а иногда это придуманные самим ребенком слова. Например, слово “ика” обозначает у ребенка шкаф, “гилигича” — карандаш, “тити” — часы, “му-му” — корова и т.д. (Кулагина И.Ю., 1997). При правильном воспитании автономная речь быстро исчезает (обычно в течение полугода), но если ее поддерживать, то она сохраняется надолго.

Развитие предметной деятельности. Ребенок в раннем детстве употребление и назначение предметов узнает с помощью взрослого. Освоение предметных действий проходят у ребенка три этапа: вначале он не знает назначение предмета и лишь манипулирует им, далее он использует предмет только по его прямому назначению (освоил назначение предмета), а затем вновь его употребляет свободно и манипулирует им, хотя и знает прямое назначение предмета.

У ребенка постепенно появляется способность сравнивать и соотносить (подбирать на глаз) сходные предметы: он обучается собирать пирамидки, исправляет ошибки при складывании колец. Кроме этих соотносящих действий у ребенка появляются и орудийные действия. В последних случаях предмет используется уже как орудие воздействия на другие предметы.

Орудийное действие невозможно без участия мышления. В отличие от употребления предмета высшими обезьянами орудие для ребенка не является простым удлинением руки, так как рука здесь подчиняется орудийным приемам. Усваивая употребление простейших орудий, ребенок постепенно постигает и общий принцип, что воздействовать на вещи можно не только руками, ногами или зубами, но и вещами, которые специально для этого созданы. Этот принцип на языке психологии часто называют принципом опосредованного действия.

Игровая деятельность. Лишь к концу раннего детства (на третьем году) начинают складываться новые виды деятельности ребенка, которые достигают своих развернутых форм на последующих этапах. К ним относятся игра и продуктивные виды деятельности.

На первом году жизни непосредственного взаимодействия между детьми практически не наблюдается и лишь к двум годам у детей возникают первые реальные контакты с партнерами по игре. Игра, как новый вид деятельности ребенка, появляется в процессе манипуляций предметами и познании их назначения. Вначале ребенок учится наряду с реальными предметами пользоваться их заместителями, например вместо машины — используется кубик или палочка. В дальнейшем игры детей будут воспроизводить общественные отношения — они начинают играть в ролевые игры (продавец, пожарник, матери-дочки и другие).

С предметной деятельностью связаны не только игровые, но и продуктивные виды деятельности: рисование, лепка, конструирование. Вначале (доизобразительный этап) ребенок знакомится с основными свойствами нужных материалов (карандаш, бумага и другие), приобретает навыки пользования ими, наносит на бумагу первую линию. В дальнейшем ребенок узнает в случайных линиях предмет и пытается его повторить (изобразительный этап). Формирование графического образа предмета у ребенка формируется постепенно и также требует в его освоении помощи со стороны взрослых.

Детская игра не сравнима с игрой животных, где она инстинктивна. Игровая деятельность у человека по наследству не передается и нет игры, которая не была бы тесно связана с трудом. Ребенок хочет самостоятельно выполнять многие операции: вести автомобиль, готовить пищу, ухаживать за младшими. Однако он еще самостоятельно этого делать не может. Это противоречие находит свое разрешение в игре, которая по сути не является у него продуктивной деятельностью и мотив игры направлен не на результат, а содержание самого действия.

Интеллектуальное развитие. Основное направление развития высших психических функций у детей раннего возраста можно обозначить как начало вербализации познавательных процессов, т.е. их опосредование речью.

Если развитие наглядно-действенного мышления осуществляется почти независимо от формирования речи, то развитие наглядно-образного мышления тесно с ней связано. Формирование образа предмета невозможно без некого абстрагирования свойств предмета с обозначением его словом. Конечно, за значением слова в раннем детстве чаще всего еще скрывается не понятие, а образное и обобщенное восприятие действительности (предмета или явления). На третьем году жизни ребенок различает все основные простые геометрические формы (круг, овал, треугольник) и знает все основные цвета.

Овладение простейшими орудиями приводит к способности предвидеть возможные взаимодействия между своим телом и предметами, а также взаимодействий между предметами. В возрасте от полутора до двух лет ребенок демонстрирует способность к оперантному научению, пользуется различными вариантами выполнения одного и того же действия. У него появляется способность решать задачи не только методом проб и ошибок, но и путем догадки (инсайта). Формирование образного мышления в раннем детстве сопровождается достаточно развитым воображением. Воображение, как и память, в этот период детства еще непроизвольное и возникает под влиянием интереса и эмоций. Слушая сказки ребенок пытается представить их персонажи, события и ситуации.

Предпосылки формирования личности. Постепенно ребенок учиться вести себя в обществе, однако ситуация на него все еще оказывает большее влияние, чем словесные объяснения взрослого. С 1,5 лет ребенок воспринимает ласку, поощрения, а позже уже начинает испытывать стыд. Однако руководство своими действиями все еще оказывается недостаточным: ему трудно удержаться от выполнения желаний и выполнять не очень привлекательные действия.

Конец раннего детства знаменуется появлением у ребенка феномена “Я”, когда он начинает называть себя не по имени, а местоимением “Я”. Это происходит в силу постепенного нарастания понимания значения отделения действия от предмета, сравнения своего действия с действием взрослого. Так ребенок постепенно научается “видеть себя в другом” человеке, что затем и выражается в известном “Я сам”. Эта особая потребность ребенка знаменует рождение его личности, формирование самосознания с появлением психологического образа своего “я”. Процесс отграничения своего “Я” от “другого” и даже от предметов идет путем противопоставления. Ребенок в своей речи начинает подчеркивать эту разницу или тождество между собой и другими, становится способным воспринимать себя как самостоятельное существо. Появление нового всплеска потребности к самостоятельности через изъявление своей воли приводит к распаду прежней социальной ситуации развития, что проявляется в кризисе трех лет.

Кризис трех лет. К трем годам у ребенка возникает большое стремление к самостоятельности, что выражается в настойчивом “Я сам” и “Я хочу”. Стремясь быть как взрослый, ребенок хочет сам выполнять ту деятельность, которую он наблюдает у взрослых (зажигать свет, ходить в магазин, варить обед и так далее). Конечно притязания детей непомерно превосходят их реальные возможности и удовлетворить все их невозможно. Однако, недостаточный учет этой потребности к самостоятельности, а тем более прямое подавление ее, может быть причиной фрустрации, повышенной нервности ребенка. Именно в этот период впервые у ребенка начинают замечаться проявления упрямства и негативизма, направленные

против взрослых, которые постоянно ухаживают за ним и опекают его. Иногда можно заметить, что ребенок как бы сам ищет поводы, где бы он мог противопоставить себя взрослым. Например, Митя (2 года 7 месяцев) подходит к плите и говорит сам себе: “Митя, плиту трогать нельзя!” и вслед за этим: “А я буду! А я буду!” (Обухова Л.Ф., 1995).

Внешне кризис трех лет проявляется несколькими важными симптомами, которые впервые описаны Эльзой Келер в работе “О личности трехлетнего ребенка”. Л.С. Выготский обозначает их как “семизвездие симптомов” этого возрастного критического периода:

1. Негативизм — отрицательная реакция и отказ от выполнения определенных требований взрослых. Ее не следует путать с непослушанием, которое бывает и в более раннем возрасте.

2. Упрямство — реакция на свое собственное решение, которая заключается в настойчивом требовании его выполнения. Упрямство не следует смешивать с настойчивостью, так как здесь на первом плане требование считаться с личностью ребенка, признать его “Я”.

3. Строптивость — реакция более генерализованная и безличная, чем предыдущие. Это протест против порядков, которые существуют дома.

4. Своеволие — реакция эмансипации от взрослого, то есть стремление к отстаиванию своих прав на самостоятельность намерения, замысла и независимость от него.

5. Обесценивание взрослых — выражается в нередких заявлениях в адрес взрослого, что он “дурак” или “пьяница” и при этом совершенно не важно то, что его родитель умница и совершенно не пьет вино.

6. Протест–бунт — проявляется в частых ссорах с родителями, которые приобретают черты протеста, своеобразной “войны” со взрослыми.

7. Стремление к деспотизму — проявляется в желании властвовать и управлять поведением взрослых и для этого изыскивается множество способов. Наиболее часто встречается в семьях с единственным ребенком.

Л.С. Выготский подчеркивает, что нельзя в кризисных периодах в развитии ребенка видеть только одни негативные моменты. Важно заметить в них попытку установления новых, более высоких отношений с окружающими. Ломка взаимоотношений, которые ранее существовали между ребенком и взрослым, по мнению Д.Б. Эльконина, — это кризис социальных отношений, кризис выделения своего “Я”. Если взрослые замечают рост самостоятельности ребенка и поощряют ее, то трудности этого кризисного периода не возникают или быстро преодолеваются. Ребенку еще многому нужно обучиться и для удовлетворения притязаний трехлетних имеется особая форма реализации их потребностей — детская игра.

Кризис трех лет — явление субъективно трудное для ребенка и объективно — для его родителей. Однако это явление преходящее и в нем есть свое позитивное начало. Не следует, однако, и забывать, что необычайно быстрое развитие психических и физиологических качеств ребенка чрезвычайно сильно напрягает деятельность всех систем организма и возрастают предъявляемые к ним требования. Все это создает условия для возможной их поломки. Известно, что большинство патологических психологических состояний и психических болезней, которые берут начало в раннем детстве, впервые появляются (манифестируют) именно в этот критический период.

Дошкольный период

Дошкольное детство (от 3 лет до 6-7 лет) часто подразделяют на три периода: младший дошкольный возраст (3-4 года), средний дошкольный возраст (4-5 лет) и старший дошкольный возраст (старше 5 лет).

Дошкольный возраст характеризуется интенсивностью игр, как ведущей деятельностью дошкольника. Именно в игре ребенок выходит за пределы своего семейного мира и устанавливает отношения с миром взрослых людей. Игры у детей проходят довольно значительный путь развития: от предметно-манипулятивных до сюжетно-ролевых игр с правилами и символических игр.

Младшие дошкольники еще обычно играют в одиночку. У них преобладают предметные и конструкторские игры, а сюжетно-ролевые игры воспроизводят действия тех взрослых, с которыми они повседневно общаются.

В среднем школьном возрасте игры становятся совместными и главным в них становится имитация определенных отношений между людьми, в частности ролевых. Создаются определенные правила игры, которым дети стараются следовать. Темы игр различны, но преобладают обычно семейные роли (мама, папа, бабушка, сын, дочь), сказочные (волк, заяц) или профессиональные (врач, летчик).

В старшем дошкольном возрасте сюжетно-ролевые игры значительно усложняются, набор ролей возрастает. Характерно, что реальные предметы часто здесь замещаются условными их заменителями (символами) и возникает так называемая символическая игра. Впервые в играх старших дошкольников можно заметить отношения лидерства, развитие организаторских способностей. Конструкторская игра постепенно превращается в трудовую деятельность, где ребенок конструирует, строит и создает что-то полезное и нужное в быту. Дети также любят заниматься изобразительным творчеством, музыкой. В совместной игре они учатся языку общения, умению согласовывать свои действия с действиями других. Игра развивает память, мышление и речь. Внутри игровой деятельности складывается и учебная деятельность, которая будет ведущей на следующих возрастных этапах.

В игре также развивается рефлексия, как способность анализировать свои действия, мотивы и соотносить их с общечеловеческими ценностями, а также поступками и мотивами других людей. Рефлексия способствует адекватному поведению. После возникновения рефлексии появляется у ребенка стремление соответствовать требованиям взрослых, быть ими признанными. Взрослые обучают ребенка и половой роли: мальчику больше разрешают агрессивности, поощряют активность; от девочки требуют душевности, чувствительности.

В дошкольном возрасте формируются новые мотивы: познавательные и соревновательные. Уже в 3-4 года ребенок спрашивает: “Что это?”, “Зачем?”, а позднее и “Почему?”. Однако, вначале большинство вопросов ребенок задает с целью привлечения внимания и стойкий интерес к знаниям возникает лишь к старшему дошкольному возрасту.

В старшем дошкольном возрасте очень важна оценка результатов деятельности ребенка со стороны взрослых. Если он не получает должной поддержки, то у него может сформироваться и развиваться комплекс неполноценности. Отрицательно влияют на формирование личности ребенка как пренебрежение его интересами или эмоциональная депривация (роль “пренебрегаемого”, воспитание по типу “Золушки”), так и чрезмерная заласканность, постоянное помещение ребенка в центр внимания, что может

“заразить” его самоуверенностью, зазнайством (воспитание по типу “кумира семьи”).

Словесно-логическое мышление начинает развиваться в конце дошкольного возраста и предполагает умение оперировать словами и понимать логику рассуждений. Способность использовать словесные рассуждения при решении ребенком задач уже можно обнаружить в среднем дошкольном возрасте, но наиболее ярко она проявляется в феномене *эгоцентрической речи*, описанном Ж. Пиаже. Поначалу эта речь, речь “для себя” способствует сосредоточению и сохранению внимания ребенка и служит средством управления оперативной памятью. Затем постепенно эгоцентрические речевые высказывания переносятся на начало деятельности и приобретают функцию планирования. Когда же этап планирования становится внутренним, что происходит к концу дошкольного периода, эгоцентрическая речь постепенно исчезает и замещается внутренней речью.

Ж. Пиаже различает три вида эгоцентрической речи: эхолалию, монолог и коллективный монолог. Эхолалии принадлежит роль простой игры. При эхолалии ребенок повторяет слова окружающих, причем может делать это несколько раз подряд, иногда коверкая слова, нанизывая сходные по созвучию выражения. Монолог является речевым сопровождением собственных действий, намерений, ребёнок разговаривает наедине с собой. Нередко при этом вслух называются предметы, воспринимаемые в данный момент. При коллективном монологе ребенок говорит в присутствии собеседников, однако, не обращаясь ни к кому конкретно — он громко говорит для себя перед другими. Эгоцентрическая речь встречается иногда и у взрослых, имеющих привычку разговаривать вслух наедине с собой. Наряду с эгоцентрической, у детей существует и социализированная речь в виде вопросов, ответов, критики, приказаний, просьб и угроз, передаваемой информации, но все же до шести–семи лет дети больше говорят для себя и о себе.

В своем становлении мышление у ребенка проходит две стадии: допонятийную и понятийную. Центральной особенностью допонятийного мышления считается *эгоцентризм* (не путать с эгоизмом). Суть последнего заключается в том, что окружающий мир представляется ребенку продолжением его самого — он не способен еще к рефлексии и в силу этого не попадает в сферу собственного отражения, не может “посмотреть на себя со стороны”. Децентрация мышления начинается с возраста 3 лет и тогда ребенок начинает пользоваться местоимением “Я”, начинает узнавать себя на фотографии.

Вторая стадия в развитии мышления у ребенка приходит на смену не сразу, а через ряд промежуточных этапов. К трем годам ребенок учиться делать обобщения, начинает пользоваться вместо предметов символами, может подбирать предмет по предложенному образцу — сначала по форме, а затем по величине и цвету). Дефекты понимания у детей чаще связаны с нечувствительностью ребенка к противоречиям, ярким синкретизмом (тенденция связывать все со всем), трансдукцией (переход от частного к частному, минуя общее), несогласованностью объема и содержания понятия.

Психологическая готовность к школьному обучению

Завершая дошкольный период жизни, шести–семилетний ребенок должен быть подготовленным к обучению в школе. Эта готовность определяется следующими основными показателями.

1. Ребенок к этому возрасту должен иметь определенный запас знаний — в основном представлений и некоторых житейских понятий о предметах и явлениях окружающей жизни. Ребенок имеет представления о множестве и обозначении его цифрой, о звуке речи и обозначении ее буквой, ориентируется в конкретных

обстоятельствах пространства и времени. Сюда включаются и первоначальные знания о моральных качествах людей, требованиях к поведению.

2. Ребенок должен владеть системой различных действий, которыми он с большим или меньшим успехом пользуется. Сюда включаются как простые исполнительные движения, так и более сложные — трудовые, бытовые и некоторые учебные действия. На их основе формируются различные навыки. Дети должны уметь наблюдать и слушать речь другого, сосредотачиваться. Семилетний ребенок уже немного умеет управлять своей психической деятельностью: намеренно заучивать и припоминать заученное, тормозить свои желания и эмоциональные порывы, т.е. сдерживаться.

3. У ребенка должен сформироваться познавательный интерес к окружающему: интерес к учению, желание заниматься и узнавать новое, овладевать чтением и письмом.

4. У ребенка сформированы дружеские отношения к сверстникам, интерес и потребность в совместных с ними играх, прогулках, занятиях.

5. У ребенка должна быть сформирована определенная жизненная позиция, т.е. желание и готовность стать школьником, учиться в школе, нести определенный круг обязанностей.

Таким образом, интеллектуальная готовность к школе важная, но не единственная предпосылка успешного обучения. Подготовка ребенка к школе включает формирование у него готовности к принятию новой “социальной позиции” — положения школьника, имеющего круг важных обязанностей и прав, занимающего иное, по сравнению с дошкольниками, особое положение в обществе. Эта личностная готовность к школе требует достаточную развитость и сформированность таких личностных качеств как интересы, мотивы, способности, черты характера, самоконтроль и другие.

В последнее время обучение есть и в дошкольном периоде. Ребенка учат читать, писать, считать. Однако можно уметь все это делать, но не быть готовым к школьному обучению. Владея определенным кругом знаний и умений, ребенок может еще не иметь соответствующих механизмов умственной деятельности. Важнейший признак наличия таких механизмов — это возникновение произвольного поведения, превращение правила во внутреннюю инстанцию поведения. Одновременно, в интеллектуальной сфере ребенка также происходят качественные изменения — преодолевается феномен эгоцентризма (центрации) мышления, что означает возможность видения мира не только со своей точки зрения, но и с точки зрения других людей, науки. Благодаря децентрации предметом рассуждения детей становится и мысль учителя.

Проблема обучения детей с 6 лет. Все психологи, работающие с 6-летними детьми, приходят к выводу, что 6-летний первоклассник по уровню своего психического развития остается дошкольником. Он сохраняет особенности мышления, присущие дошкольнику, у него преобладает непроизвольная память (запоминается только то, что интересно, а не то, что нужно запомнить), внимание таково, что ребенок способен продуктивно заниматься одним и тем же делом не более 10-15 минут, познавательные мотивы также еще неустойчивы и ситуативны.

Тем не менее накоплен большой опыт обучения детей с 6 лет и даже еще с более раннего возраста. Основными его особенностями являются щадящий режим (урок не более 35 минут, в перерывах игры, физические упражнения, дневной сон, отсутствие домашних заданий), небольшой объем учебного материала (знания и умения, которыми дети должны овладеть за 3 года при начале обучения с 7 лет, здесь растягиваются на 4 года), большое количество общеразвивающих занятий

(физкультура, музыка, ритмика, рисование), медицинский контроль за здоровьем, особые программы и методы обучения. Наилучшие возможности для создания всех этих условий может предоставлять старшая группа детского сада, а не общеобразовательная школа.

Настораживающими, в плане возможности дезадаптации поведения на последующих этапах возрастного развития, являются следующие особенностей поведения дошкольников (Лебединская К.С. и др., 1988):

– выраженная психомоторная расторможенность с трудностями организации поведения даже в пределах подвижных игр, трудности выработки тормозных реакций и запретов;

– склонность к примитивной лжи и вымыслам для оправдания своих проступков, а также легкость принятия неправильных форм поведения от более старших детей или взрослых;

– примитивные двигательные истероидные разряды с громким плачем и криками, импульсивность поведения с вспыльчивостью, ссорами и драками по незначительному поводу;

– реакции упрямого неподчинения и негативизма с озлобленностью и агрессией в ответ на наказание и замечания, побеги из дома и энурез как реакция активного протеста.

Краткое содержание и выводы

С момента оплодотворения зарождается жизнь нового человеческого существа. До третьего месяца с момента зачатия продолжается эмбриональный период, когда развиваются и начинают функционировать 95% органов тела будущего ребенка. К 24-ой неделе плодного (фетального) периода ребенок уже может выжить вне тела матери при условии интенсивной поддержки средствами современной медицины. Однако в норме ребенок рождается между 37-й и 40-й неделей с момента последней менструации. Для ребенка появление на свет является стрессовым событием, однако, большинство новорожденных обладают всем необходимым, чтобы перенести его успешно. Период новорожденности — единственный период, когда наблюдаются преимущественно врожденные, инстинктивные формы поведения, обеспечивающие выживание.

Появление “комплекса оживления” у новорожденного знаменует переход его на новую ступень развития — младенчество. Здесь у ребенка появляются первые социальные потребности, в частности по Эльконину, — это потребность эмоционального общения с взрослыми. Эмоциональная коммуникация между матерью и ребенком характеризуется выраженной взаимозависимостью, мать чутко реагирует на потребности ребенка, между ними возникает одна из самых прочных привязанностей ребенка. Эмоциональная депривация в этом возрасте может существенно затормозить двигательное, интеллектуальное и даже физическое развитие ребенка.

Согласно Пиаже, когнитивное развитие младенца, начинается с совершенствования сенсомоторных схем, благодаря чему младенец открывает собственное тело и начинает намеренно использовать его возможности для воздействия на свое окружение. Ребенок приобретает почти все свои интеллектуальные возможности благодаря активным играм с предметами, развитию понимания постоянства объектов, развитию памяти и все большему использованию в играх предметов–заместителей (символическая репрезентация). Наряду с развитием интеллекта, предметной и игровой деятельностью, основными достижениями раннего детства (1-3 года) является освоение ходьбы и овладение речью. Завершается преддошкольный период появлением у ребенка феномена “Я”

со всплеском потребности в самостоятельности, который часто обозначают как кризис трех лет.

Младший (3-4 года), средний (4-5 лет) и старший (5-7 лет) дошкольный возраст обозначается вместе как дошкольное детство и характеризуется прогрессивным возрастанием физических возможностей ребенка, его двигательных, когнитивных и речевых навыков. Игры детей проходят путь от предметно–манипулятивных до сюжетно-ролевых игр с правилами и символических игр. Внутри игровой деятельности складывается и учебная деятельность, которая будет ведущей на следующих возрастных этапах. Овладение символической репрезентацией, т.е. способностью замещать объекты, людей и события воображаемыми символами, способствует усложнению мыслительных процессов ребенка и формированию у него различных понятий. Однако, несмотря на все успехи дооперациональное мышление имеет и свои ограничения. Его отличает конкретность, нечувствительность к противоречиям, эгоцентризм. Только в конце дошкольного возраста начинают преодолеваться эти когнитивные ограничения, что и определяет готовность к обучению в школе. Следует отметить, что готовность к школе характеризуется не только достаточными интеллектуальными способностями, но и определенной социально–личностной зрелостью.

Вопросы для самопроверки

1. С какого срока датируется младенчество и начинается период раннего детства? На какие периоды подразделяется дошкольное детство?
2. Как происходит сенсорно–перцептивное развитие младенцев? Каким образом оно изучается?
3. Какие причины могут лежать в запоздалом появлении комплекса оживления у младенца?
4. Могут ли последствия недоношенности быть долговременными, а если да, то почему?
5. Что собой представляют программы раннего вмешательства? По отношению к каким детям они применяются?
6. В чем заключается различие между пониманием речи и активной речью? Как эти процессы связаны между собой и когда они развиваются?
7. Каковы причины кризиса трех лет, и какими симптомами он проявляется?
8. Почему сюжетно-ролевые игры столь важны для когнитивного развития детей?
9. Что собой представляет эгоцентрическая речь в дошкольном возрасте? Какую роль она играет в когнитивном развитии детей?
10. Какие основные критерии используются для оценки готовности ребенка к школьному обучению?

ГЛАВА 22

ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА

К младшему школьному возрасту (среднее детство) в возрастной психологии относят период психического развития ребенка от 6-7 лет до 10-11 лет (1-4 классы школы). Границы этого возрастного диапазона весьма условны и зависят, в первую очередь, от готовности ребенка к школьному обучению. Более раннее или более позднее начало обучения ребенка в школе смещает верхние границы этого возрастного диапазона. Более совершенные методы обучения несколько ускоряют психическое развитие и также смещают верхнюю границу, но это не особенно сказывается на последующем обучении и успехах ребенка в школе.

> Исторически младший школьный возраст в возрастной психологии выделился относительно недавно, в связи с введением системы всеобщего обязательного среднего образования. Содержание и его задачи еще окончательно не определились, поэтому также нельзя считать неизменными и психологические особенности детей этого возрастного этапа.
>
> В настоящее время школа берет на себя ответственность определить готовность ребенка к начальному школьному обучение, а родители вправе принять решение о том, в какую начальную школу отдать ребенка — государственную или частную, трехлетнюю или четырехлетнюю.

Примерно к возрасту 7 лет ребенок обладает всеми необходимыми физическими и психическими предпосылками для того, чтобы стать школьником и овладеть новой для него учебной деятельностью. Школьное обучение не тождественно любому другому обучению. До этого учение для ребенка было включено в игру и не было обязательным. Теперь у ребенка появляется целый ряд *обязанностей* и выполнение их оценивается учителем, другими людьми. Важным для ребенка становится не только овладение системой начальных научных знаний, но и овладение умением учиться. В процессе овладения учебной деятельностью психические процессы у младшего школьника становятся все более произвольными, совершенствуются рефлексивные способности. В этом возрасте существенным достижением в развитии личности ребенка становится преобладание мотива “Я должен” над мотивом “Я хочу”.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Как бы хорошо ребенок не был подготовлен к школе, он приобретает типичные черты школьника только после того, как начнет учиться в школе. В школе воплощены требования общества, существует система эталонов, одинаковых мер оценки. Теперь всю жизнь ребенка пронизывает ситуация “ребенок–учитель”, а основной деятельностью ребенка является учебная деятельность. Успешность обучения и поведения в школе означает чаще всего и благополучие отношений ребенка с родителями и со сверстниками.

Учебная деятельность. Для школьного учителя основной проблемой является формирование у ребенка учебной деятельности, умения учиться самому. Сама по себе учебная деятельность включает учебно-познавательные мотивы, учебные задачи, учебные действия и операции, контроль и оценку.

Наиболее важным из этого представляется выработка и упрочение познавательной мотивации у ребенка. Дети, как правило, идут в школу с большим желанием, однако конкретные мотивы этого могут быть различными по содержанию и степени осознанности. Чаще всего преобладают мотивы, связанные со стремлением ребенка занять новое для него положение школьника, носить форму или возвыситься в глазах дошкольников. Собственно же познавательные мотивы и мотивы самосовершенствования еще у ребенка слабо выражены. Это может быстро снизить интерес ребенка к школьной жизни.

Формирование учебно– познавательной мотивации у школьника тесно связано с содержанием и способами обучения. Действительная мотивация возникает только тогда, когда ребенку в школе интересно и комфортно. С другой стороны, быстрота овладения системой научных знаний и самой учебной деятельностью, т.е. умением учиться, во многом определяется и индивидуально-психическими особенностями ребенка.

Учебная деятельность предъявляет требования ко всем сторонам психики ребенка. В младшем школьном возрасте большие изменения происходят в познавательной сфере ребенка:

1. Непроизвольное восприятие дошкольника постепенно превращается в целенаправленное и произвольное восприятие — наблюдение. Такое восприятие у ребенка необходимо формировать — нужно учить его рассматривать объект для того, чтобы он увидел то что нужно.

2. Изменения в области памяти связаны с тем, что она также приобретает ярко выраженный познавательный характер и становится произвольной. Ребенок начинает осознавать мнемическую задачу, идет интенсивное формирование приемов запоминания.

3. Мышление в младшем школьном возрасте начинает развивается по пути перехода его от образного мышления к словесно–логическому. Мышление постепенно начинает приобретать абстрактный и обобщенный характер. Мышление перенастраивает и нацеливает восприятие, память и другие психические процессы на установление смысловых, логических связей и отношений.

Учебная деятельность способствует и формированию основных психических новообразований младшего школьника:

1. Произвольность поведения и всех психических процессов, их осознанность и “интеллектуализация”;
2. Развитие рефлексии с пониманием и осознанием собственных изменений.

Произвольность в поведении характеризуется умением самостоятельно ставить цели действий, находить доступные средства их достижений и преодолевать возможные препятствия. С произвольностью в поведенческом плане связано внутреннее планирование действий, понимаемое как способность действовать в уме. Развитие внутреннего плана действий проходит ряд этапов, отражающих постепенный “переход” в него внешних действий и операций (интериоризация).

У ребенка также постепенно пробуждается активный интерес и к своему внутреннему миру, собственным мыслям и переживаниям. Рефлексия является необходимым условием для самосовершенствования личности путем самовоспитания. Сама учебная деятельность требует рефлексии, оценки собственных изменений. Именно поэтому всякая учебная деятельность начинается с того, что ребенка оценивают.

Психология обучения — в основании данной области психологического знания лежит так или иначе понимаемое взаимоотношение процессов обучения и развития. Две

наиболее авторитетные теоретические позиции решают ее диаметрально противоположным образом. По мнению Ж. Пиаже “обучение следует за развитием”, в то время как Л.С. Выготский полагает, что “обучение ведет за собой развитие”.

Психологически обучение может рассматриваться как с точки зрения этапов процесса усвоения предмета и психологических механизмов появления новых знаний, так и с точки зрения оптимальной организации самого хода усвоения знаний. Например, в ходе специально организуемого *проблемного обучения* субъект самостоятельно ищет новую информацию, заново открывает изучаемы закономерности, а не получает их в готовом виде, как это предполагают традиционные педагогические методы.

В конце 40-х — начале 50-х годов в нашей стране оформляется *теория планомерного формирования умственных действий* из внешних осмысленных действий. Она получила широкое распространение в педагогике для формирования умения выполнять в уме различные действия. По П.Я. Гальперину в проблемной ситуации внешне осмысленно–ориентировочные действия субъекта претерпевает такие изменения, что в самонаблюдении они обнаруживаются как психические процессы и явления, а во внешнем проявлении — как наблюдаемые поведенческие реакции. П.Я. Гальперин выделил 3 основных типа ориентировки:

1) субъект в проблемной ситуации стихийно находит ориентиры, обучение происходит методом про и ошибок;
2) субъект получает все указания для выполнения конкретного задания, он обучается правильному выполнению конкретного действия, но развития в этом случае не происходит;
3) субъект обучается *методу анализа* объекта, в результате обучения происходит формирование у субъекта операторных схем ориентировки в действительности, что составляет главное условие психического развития.

ОСНОВНЫЕ МЕДИКО–ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИОДА ВХОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ В ШКОЛУ

Адаптация ребенка к школе

В начальные периоды обучения существенное место занимают проблемы адаптации, приспособления ребенка к условиям школьной жизни. В разной степени выраженности и продолжительности адаптационные трудности вхождения в школу возникают практически у всех детей, даже при своевременном начале систематического обучения. Социально-психологические аспекты адаптации ребенка к школе здесь тесно переплетаются с ее медико–физиологическими составляющими. У многих детей снижается резистентность организма, что сопровождается повышением заболеваемости. В частности, есть наблюдения, что пик функциональных нервно-психических отклонений первоклассников почти в 2 раза превышает соответствующие показатели у дошкольников того же возраста.

Социально-психологическая адаптация представляет собой процесс активного приспособления, в отличие от физиологической адаптации, которая происходит как бы автоматически. Отношения со средой здесь совсем иные — не только среда воздействует на человека, но и он сам меняет социально-психологическую ситуацию. Поэтому адаптироваться приходится не только ребенку к классу и к учителю, но и самим педагогам к новым для них воспитанникам.

Дети не одинаково “вживаются” в новые для них условия школьной жизни. Главными моментами, влияющими на социально–психологическую адаптацию в школе являются следующие:

1. Адаптация к новому режиму дня — продолжительность урока, перемены, число уроков, режим питания, домашняя самоподготовка и другие;

2. Адаптация к классному коллективу — проблемы приобретения социального статуса, взаимоотношений со сверстниками;

3. Трудности адаптации, локализующиеся в области взаимоотношений с школьным учителем;

4. Трудности адаптации, обусловленные изменениями ситуации в домашней обстановке — изменения отношения родителей к ребенку, повышение их требовательности к дисциплине, апелляция к чувству ответственности.

При *высоком уровне адаптации* ребенок положительно относится к школе, требования учителя воспринимает адекватно, проявляет интерес к самостоятельной учебной работе, готовится ко всем урокам, занимает в классе благоприятное статусное положение.

При *среднем уровне адаптации* отношение к школе также положительное и переживаний ребенка по поводу ее посещения не возникает. Однако здесь требуется больший контроль со стороны взрослых (учителя, родителей) к ребенку и его учебе в школе. Ребенок понимает учебный материал, решает типовые задачи, но сосредоточен только тогда, когда занят чем-то интересным. Дружит со многими одноклассниками.

При *низком уровне адаптации* ребенок отрицательно или индифферентно относится к школе, нередки жалобы на нездоровье, доминирует подавленное настроение, имеются нарушения дисциплины, учебный материал усваивает фрагментарно, нет интереса к домашнему приготовлению уроков, близких друзей в классе нет. При внимательном наблюдении можно заметить, что у такого ребенка несколько улучшается внимание и работоспособность при удлинении пауз для отдыха.

Адаптационные трудности обычно занимают относительно непродолжительный промежуток времени в самом начале школьного обучения. Тяжелее и дольше привыкают к школьной жизни “домашние” дети, т.е. дети, которые никогда ранее не посещали детские дошкольные учреждения и не имеют достаточного опыта общения в больших детских коллективах.

При затяжном и необычном протекании адаптационного периода следует обратить внимание на состояние здоровья ребенка, так как за этим может скрываться возможность обострения каких-либо хронических заболеваний, декомпенсации резидуальной (остаточной) органической мозговой недостаточности (в анамнезе таких детей часто прослеживаются трудные роды или осложнения беременности у матери, болезни ребенка в раннем послеродовом периоде).

Личностно–социальная готовность к школе

Л.С. Выготский (1984) описывая поведение, свойственное детям в периоде вхождения в школу, характеризует его как вычурное, искусственное, манерное, натянутое и странное. Общий отличительный признак такого поведения — *“утрата непосредственности”*. Ее причину он видел в развивающейся рефлексии, нарастающей интеллектуализации и дифференциации внутренней и внешней жизни ребенка. Современные исследователи полагают, что указанные особенности младшего школьника связаны и с процессами *социализации ребенка* — принятием им на себя социальных ролей, главная из которых “роль ученика”. Стремление заслужить одобрение и признание делает ребенка ревностным исполнителем своей роли. Например, всем известен тип старательного первоклассника, для которого авторитет учителя как главного судьи в том, насколько он успешно справляется со своей новой ролью и обязанностями, много выше даже родительского авторитета. (Кравцова Е.Е., 1979; Елагина М.Г., 1989 и другие).

В отечественной психологии под понятием “кризисный период” возрастного развития понимается период жизни ребенка, когда в воспитании не учитываются изменившиеся способы взаимоотношений ребенка с окружением, в связи с развившимися к этому времени его новыми возможностями. Для возраста

вхождения в школу, напротив, характерна целенаправленная работа родителей и общества по подготовке к максимально безболезненному переходу ребенка в школу. Однако трудности при вхождении ребенка в младший школьный возраст возникают довольно часто, что и дало основание этот переход называть *"малым кризисом"*.

По мнению Л.И. Божович (1968) трудности периода вхождения в школу так или иначе сводятся к проблеме школьной зрелости. Применительно к этому возрастному периоду у ребенка возникают две главных потребности — в знаниях и в определенных социальных отношениях, выражающихся в положении школьника. Депривация этих потребностей возможна при позднем начале обучения. Переход начала обучения с 8 к обучению с 7 лет уменьшил число детей с кризисной симптоматикой. Сейчас считается, что многие дети уже к шестилетнему возрасту готовы к школьному обучению.

Таких детей называют иногда *"переходными дошкольниками",* так как им уже тесно в рамках дошкольных форм жизни (Сапогова Е.К., 1986). Их интеллектуальная сфера не только достигла определенной готовности к систематическому обучению, но и требует его. У ребенка появляется обостренная чувствительность (сенситивность) к усвоению знаний, нравственных норм и правил поведения. Можно сказать, что у него возникает состояние, которое называют обучаемостью. Если упускается время начала систематического обучения, то дальнейшее обучение протекает заметно сложнее.

Основная психологическая проблема начального периода вхождения ребенка в школу обусловлена тем, что не все дети 7–летнего и особенно 6-летнего возраста психологически готовы к школьному обучению. Можно сказать, что период перехода от дошкольного возраста собственно школьному возрасту у разных детей наступает в различные сроки — от 6 до 7, а иногда и 8 лет. Хотя диагностика школьной зрелости, готовности ребенка к систематическому обучению достаточно сложна, но она во многом снимает эти вопросы.

Психологические трудности собственно младшего школьного возраста это уже трудности не критического, а литического периода и связаны они с особенностями формирования и функционирования у ребенка учебной деятельности. Это момент, когда на место проблем, связанных с фактом поступлением в школу и адаптации к ней, приходят проблемы трудностей освоения тех или иных сторон этой новой для ребенка учебной деятельности.

Начало обучения в школе предполагает наличие у ребенка *школьной зрелости*, т.е. он должен достичь определенного уровня физического и интеллектуального развития, а также социальной адаптации, что позволяет ему соответствовать традиционным школьным требованиям. При определении школьной зрелости врачами и педагогами оцениваются в первую очередь рост, масса тела и интеллект. Однако при оценке школьной зрелости необходимо учитывать и *социально–психологическую готовность* ребенка к школьному обучению. К сожалению, *социальной зрелости*, которую к тому же не легко оценить, не уделяется достаточного внимания. В результате в школу поступает достаточно много детей, которым хотелось бы скорее играть, чем заниматься уроками. У них низкая работоспособность, внимание еще не устойчиво и с предлагаемыми учителем заданиями они справляются плохо, не в состоянии они и соблюдать школьную дисциплину.

Теория нравственного развития ребенка (по *Л. Кольбергу).* Когнитивные теории во главу угла ставят развитие познавательной сферы, а развитие других сфер личности пытаются объяснить особенностями развития интеллекта. Однако, по мнению Ж. Пиаже,

создателя теории интеллектуального развития ребенка, *нравственное развитие* происходит во взаимосвязи с умственным, но все же иначе и зависит от *опыта общения* ребенка с окружающими людьми и предметами.

Опираясь на труды Пиаже об интеллектуальном развитии детей, американский психолог Лоуренс Кольберг разработал теорию нравственного развития ребенка, показывающую взаимосвязь морального обоснования поступков и умственного развития. В своих исследованиях Кольберг ставил детей и подростков перед гипотетическими моральными дилеммами. Например, ребенку предлагают прослушать рассказ с просьбой его оценить: "В одном городе серьезно заболела женщина. Врач сказал, что только одно лекарство, которое придумал местный аптекарь способно вылечить ее. Лекарство стоило дорого и муж заболевшей женщины смог собрать у всех своих родственников и знакомых только половину нужной суммы. Однако аптекарь, хотя и знал, что женщина умирает, отказался отпустить лекарство за полцены или в долг. Тогда муж этой женщины ночью пробрался в дом аптекаря и украл нужное лекарство".

На основании ответов на такого рода задачи Кольбергом выделено три уровня, включающие в себя шесть стадий *нравственного (конвенционального) развития* (цит. по Шевандрин Н.И., 1995):

Уровень 1. Предконвенциональный (с 4 до 10 лет) — поступки определяются внешними обстоятельствами, точка зрения других в расчет не принимаются.

Стадия 1. Ориентация на наказания — "Я должен сделать то, что обещал, иначе накажут" (слушается, чтобы избежать наказания).

Стадия 2. Ориентация на поощрения, однако — "Если ты меня обидел, то и я тебя обижу" (эгоистические соображения взаимной выгоды, послушание в обмен на какие-то блага и поощрения).

Уровень 2. Конвенциональный (с 10 до 13 лет) — человек придерживается условий роли, ориентируясь при этом на принципы других людей.

Стадия 3. Ориентация на образец "хорошего мальчика/девочки" — "Я хочу делать то, что приятно другим" (желание одобрения со стороны значимых других людей и стыд перед их осуждением).

Стадия 4. Ориентация на авторитет — "Я обязан соблюдать закон" (хорошо то, что соответствует правилам).

Уровень 3. Постконвенциональный — "автономная мораль" (с 13 лет).

Переносит моральное решение внутрь личности и начинается с понимания относительности и неустановленности нравственных правил с постепенным пониманием и признанием существования некоторого высшего закона, выражающего интересы большинства. Заканчивается формированием устойчивых моральных принципов, диктуемых собственной совестью, безотносительно к внешним обстоятельствам и рассудочным соображениям.

Стадия 5. Ориентация на общественный договор — "Я должен исполнять эти законы, так как их установило общество".

Стадия 6. Ориентация на общечеловеческие этические принципы и нравственные нормы — "Поступай с другими так, как ты хотел бы, чтобы они поступали с тобой".

Слабоуспевающие и беспокойные дети легко оказываются аутсайдерами в классе. Такая ситуация часто ведет к разочарованиям и враждебностью к школе. Успеваемость у таких детей нередко становится ниже их потенциальных возможностей, а в поведенческом плане возможны проявления агрессии. Ситуация может усугубиться возможным неправильным поведением родителей, когда они, испытывая серьезные опасения и даже разочарование в своем ребенке, лишают его невольно эмоциональной поддержки. Трудности социально-психологической адаптации к школе и отсутствие эмоциональной защищенности в родном доме открывают дорогу к различным вариантам патологического личностного развития таких детей.

Младшим школьникам свойственна высокая эмоциональная отзывчивость и у них сильно развита потребность в движениях. При невозможности удовлетворить эту потребность у ребенка ухудшается внимание, быстрее наступает утомление. По этой же причине на перемене дети бегают, дерутся и кричат. Особые трудности в

школе испытывают дети холерического темперамента, черты которого наиболее ярко выступают в критические периоды онтогенеза. Повышенная возбудимость, неусидчивость и моторная расторможенность может иметь и другие причины. В любом случае такие дети требуют к себе внимательного отношения родителей, педагогов и врачей. Следует помнить, что волевая активность младших школьников базируется преимущественно на побуждении извне, самостоятельно они еще не могут проявлять достаточную выдержку и организованность, поэтому им необходим постоянный контроль со стороны взрослых.

Интеллект и формирование учебной деятельности

Причиной затруднений освоения учебной деятельности также может является недостаточная сформированность у ребенка интеллекта или его отдельных сторон. Всех этих детей можно разделить на две основные группы: дети с общей задержкой психического развития и дети с задержками освоения отдельных школьных навыков.

Выявляемая в школе *неспособность к обучению* может быть связана и с нераспознанной до школы олигофренией (обычно в степени легкой дебильности), но гораздо чаще трудности освоения учебной деятельности бывают у детей с *задержками психического развития*. Такие дети по словам учителей и при специальном исследовании обнаруживают обычно незначительно выраженные нарушения памяти, внимания, мышления, речи или динамики психических процессов.

В других случаях трудности обучения связаны со своеобразной асинхронией психического развития, когда имеет место недостаточная сформированность лишь *отдельных сторон интеллекта*. Эти дети имеют нормальное умственное развитие, однако они требуют к себе особого внимания учителя на уроках, так как им плохо дается письмо (дисграфия), чтение (дислексия) или арифметика (дискалькулия).

В ряде случаев трудности обучения связаны не с интеллектуальным дефицитом, а с изначальными нарушениями внимания. Дети, страдающие *дефицитом внимания* неспособны долго сосредотачиваться на предмете изучения. Для многих из них характерна еще и *гиперактивность* — они не могут долгое время сидеть спокойно и постоянно попадают в затруднительное положение. Такая комбинация носит название *синдрома дефицита внимания и гепеактивности*.

Причиной задержек и асинхроний психического развития, а также синдрома дефицита внимания обычно являются разнообразные биологические факторы. Чаще всего все они являются следствием внутриутробных вредностей или родовой травмы, перенесенного ребенком сотрясения головного мозга или тяжелого заболевания. Эти дети нуждаются не только в педагогической помощи (в ряде случаев они требуют обучения в специально созданных условия — классы “выравнивания”), но и должны находится под наблюдением школьного врача.

Лечение дислексии, дисграфии и дискалькулии обычно предполагает интенсивную коррекционную работу со специалистом над чтением, речью и счетом по специально разработанным программам. Некоторые программы особое внимание уделяют занимательности материала, другие придают большее значение быстрому достижению успеха. В любых случаях на первое место ставится необходимость создания у ребенка уверенности в своих силах.

Для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности гораздо шире используются медикаментозные средства. Для одних детей более подходят седативные препараты и транквилизаторы, но есть больные, которые лучше поддаются лечению препаратами их группы психостимуляторов, особенно из семейства амфетаминов (риталин и другие). Все это указывает на неоднородность группы больных с синдромом

дефицита внимания и гиперактивности, что требует дифференцированного подхода к терапевтическим мероприятиям. Эти дети также требуют особой организации процесса обучения как в школе, так и дома. В большинстве случаев требуется перестройка окружающей среды ребенка путем ее упрощения, уменьшения количества и интенсивности отвлекающих факторов, повышения ясности объяснений и четкости постановки задач.

Большую роль в формировании интеллектуальной деятельности играют и социальные факторы. Так *педагогически запущенные дети*, чьи родители имеют более низкий образовательный уровень, злоупотребляют алкоголем или конфликтуют между собой и практически воспитанием ребенка не занимаются, имеют очень бедный запас знаний, оказываются не подготовленными к школе и в силу этого испытывают трудности в обучении.

Для родителей, которые внимательно относятся к своим детям, характерно реалистическое отношение к успехам своих детей и они помогают развить им уверенность в себе. Отношения родителей и детей отличаются теплотой, а стиль воспитания скорее авторитетный, чем авторитарный. Дети знают границы дозволенного, но при этом чувствуют себя в безопасности. Родители успевающих в школе детей постоянно с ними общаются: читают книги, регулярно беседуют с ними. Они постоянно поддерживают интерес детей к познанию, и сами служат ролевыми моделями.

Следует помнить, что неспособные по тем или причинам к обучению дети постепенно, с каждой неудачей, начинают все меньше верить в свою способность чему-то научиться. Иногда эта неуверенность перерастает в чувство безнадежности и беспомощности. Одни становятся робкими и замкнутыми, другие, напротив, хвастливыми и лживыми. Уверенность в способности хорошо учиться играет главную роль в самооценке детей в первые годы школьной жизни. Уже со второго класса начинает складываться детский коллектив и теперь дети начинают более болезненно реагировать на замечания взрослых, сделанные ими при товарищах, поскольку мнение сверстников приобретает для них весьма важное значение. Начинают выделятся “лидеры” и “отверженные”, меняются взаимоотношения детей. В ряде случаев проблемы межличностных отношений со сверстниками и взрослыми выступают у некоторых детей на первый план и требуют анализа и коррекции. Родители могут таких детей часто говорят о них, что ребенок необщительный, у него нет друзей, “задразнили в школе”, “моего ребенка не понимает учитель” и тому подобное.

АНТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (ТРУДНОВОСПИТУЕМОСТЬ)

Трудновоспитуемыми обычно называют детей, которые при нормальных педагогических мероприятиях не объединяются с коллективом сверстников и к тому же, как правило, плохо учатся. Они нуждаются в специальном педагогическом воздействии на протяжении многих лет, однако и в этом случае шансы на успех не очень велики.

Такого рода трудновоспитуемость может обусловлена рядом причин. В отдельных случаях это наследственно обусловленная абсолютная эмоциональная холодность, которая порой может отражать подобное поведение с отсутствием эмоциональной отзывчивости по крайней мере одного из родителей, что определяет атмосферу в семье. Можно предположить, что и второй из родителей не слишком эмоционален, в противном случае их совместная жизнь едва ли была бы возможна.

Чаще всего это люди ориентированные на профессиональную деятельность с внешне упорядоченными семейными отношениями.

Приведенное выше понимание термина “трудновоспитуемость” считается узким. В широком смысле к проявлениям трудновоспитуемости относят и более широкий круг проблем в связи с затруднениями в воспитательной работе с детьми, особенно подросткового возраста (см. ниже “Карту наблюдений” для изучения и определения степени трудновоспитуемости Д. Стотта, русско–язычный вариант которой адаптирован в институте психоневрологии им. В.М. Бехтерева, в 1976 году).

Схема обследования ребенка при жалобах на трудности адаптации к школе

1. Проверяется сохранность познавательных процессов: блок диагностических методик на вербальный и невербальный интеллект, память, внимание, уровень развития речи, ручной праксис.
2. Проверяется обучаемость ребенка (задачи с дозированной помощью взрослых), сформированность элементов учебной деятельности, внутреннего плана действий, произвольной регуляции поведения.
3. Анализируются особенности учебной мотивации ребенка, уровень притязаний, интересы.
4. Обязательно проверяются учебные навыки ребенка, просматриваются тетради по математике, русскому языку, даются пробы на чтение, письмо и решение задач.
5. Выясняется эмоциональный компонент неуспеваемости: как ребенок относится к плохим (неудовлетворительным) оценкам; какова типичная обратная связь по этому поводу со стороны взрослых (родители, учителя); есть ли сферы деятельности, позволяющие ребенку компенсировать неуспех в обучении; по возможности воспроизводится вся система межличностных отношений ребенка.
6. Выясняются типичные виды помощи родителей ребенку в учебе: кто занимается с ним, как много, какие приемы используют. Анализ стиля родительского воспитания в семье в целом.
7. Собирается подробный анамнез развития ребенка, с чем родители связывают трудности обучения в школе.

Результатом обследования является возрастно-психологическое заключение. Оно должно отражать не только сам дефект, но сохранные психические структуры на которые можно опереться при его компенсации, а также важно описать актуальную социальную ситуацию ребенка и ее возможности для адаптации и реабилитации. В беседе с родителями стремятся раскрыть не только психологическую структуру дефекта, но и подчеркивают положительные качества ребенка. Консультирование базируется на соблюдении интересов ребенка и щадящей форме сообщения родителям диагноза.

Настораживающими, в плане возможности дезадаптации поведения на последующих этапах возрастного развития, являются следующие особенности поведения младших школьников (Лебединская К.С. и др., 1988):

– низкая познавательная активность и личностная незрелость, диссоциирующие с возрастающими требованиями к социальному статусу школьника;

– сохраняющиеся с дошкольного возраста элементы моторной расторможенности, сочетающиеся с эйфорическим фоном настроения и повышенной жаждой острых, бездумных впечатлений;

– усиление некоторых элементов влечений — типа интереса к ситуациям жестокости и агрессии;

– немотивированные колебания настроения, а также конфликтность, взрывчатость и драчливость по мелким поводам (часто с заметными вегетативно-сосудистыми реакциями, завершающимися цереброастеническими явлениями);

– реакции протеста по поводу школьных занятий — прогулы уроков, невыполнение домашних заданий "назло" педагогам и родителям;

– гиперкомпенсационные реакции со стремлением обратить на себя внимание отрицательными формами поведения: грубость, намеренное невыполнение требований и другие;

– трудности и даже невозможность усвоения дальнейших разделов школьной программы за счет как отсутствия интереса к учебе, так и слабых интеллектуальных возможностей;

– нарастание тяготения к асоциальности (мелкие кражи, попытки курения и алкоголизация), особенно при дефектах воспитания со стороны семьи (пьянство родителей, безнадзорность или грубая авторитарность в стиле воспитания).

Краткое содержание и выводы

В период среднего детства (младший школьный возраст) продолжается устойчивое, равномерное физическое развитие вплоть до пубертатного скачка роста и важным фактором здесь является здоровье ребенка. Велика в этом возрасте у детей потребность в движениях, в программах школы обязательно это учитывается.

По мнению Пиаже, в среднем детстве дети в своем когнитивном развитии достигают стадии конкретных операций, мышление начинает развиваться по пути перехода его от образного к словесно-логическому. Они обретают возможность делать логические выводы, строить гипотезы. Мышление способствует становлению произвольности поведения и всех психических процессов, развитию рефлексии. Овладение грамотой расширяет сферу символической коммуникации детей.

Поступление в школу ставит перед детьми множество различных задач. Он должен приспособиться к новому режиму, научиться устанавливать правильные отношения со своими сверстниками, учителем. Эти адаптационные трудности в норме занимают относительно непродолжительное время, а их затяжное и необычное протекание адаптации возможно у детей с плохим здоровьем.

Однако главной задачей ребенка в школе является все-таки усвоение учебной деятельности. Если ранее обучение было включено в игру, то теперь оно становиться обязанностью ребенка, которая оценивается учителем. Формирование познавательной мотивации у ребенка является важной задачей учителя. Учение само должно нести награду за труды в виде новых знаний. Низкая познавательная мотивация может быть у детей с нормальным интеллектом, но с недостаточной социальной зрелостью ребенка. Такому ребенку скорее хочется играть, чем заниматься уроками.

Другой типичной причиной затруднений освоения учебной деятельности является недостаточная сформированность у ребенка интеллекта или отдельных его сторон. Выявляемая в школе неспособность к обучению бывает чаще у детей задержками психического развития и гораздо реже она может быть связана с нераспознанной до школы олигофренией. Дети с недостаточной сформированностью отдельных сторон интеллекта также требуют к себе особого внимания, так как им плохо дается только письмо (дисграфия), чтение (дислексия) или арифметика (дискалькулия).

В ряде случаев трудности обучения связаны не с интеллектуальным дефицитом, а с изначальными нарушениями внимания или гиперактивностью

ребенка, вследствие также биологических причин. Социальные факторы плохой успеваемости ребенка обычно обозначаются как педагогическая запущенность, что типично в семьях детей, чьи родители злоупотребляют алкоголем и ведут асоциальный образ жизни.

Вопросы для самопроверки

1. Каковы требования и ожидания учителей в отношении поступивших в школу детей?
2. Перечислите главные психические новообразования, которые формируются преимущественно под влиянием учебной деятельности?
3. Что понимается под кризисом семи лет? Почему этот кризис называется “малым кризисом”?
4. Как проявляется и каковы причины низкого уровня адаптации ребенка к школе?
5. Что понимается под психологическими трудностями собственно младшего школьного возраста?
6. Как влияет недостаточная социальная зрелость ребенка на освоение учебной деятельности?
7. В чем заключаются различия между задержкой психического развития и олигофренией?
8. Что понимается под задержкой развития отдельных школьных навыков?
9. Что собой представляет синдром дефицита внимания и гиперактивности?
10. Какой должна быть стратегия поведения родителей, помогающая детям успешно учиться в школе?
11. Какие причины могут лежать в основе трудновоспитуемости ребенка?
12. Какова связь между неспособностью к учению и низкой самооценкой учащихся младших классов?

ГЛАВА 23

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Общая характеристика периода взросления

Переход от детства к взрослости (взросление) охватывает почти десятилетие — от 11 до 20 лет. Весь этот период обычно подразделяют на два этапа: подростковый возраст (отрочество) и юность (два периода — ранняя и поздняя юность). Однако их хронологические границы, как и всего переходного периода от детства к взрослости, часто понимаются по-разному.

В психологии условной границей между отрочеством и юностью чаще считается возраст 15 лет, а границей между первым и вторым периодами юности — 17 лет.

Имеются различия в периодизации этапов взросления по полу: подростковый возраст определяется как 13-16 лет для мальчиков и 12-15 лет — для девочек; юношеский возраст у юношей начинается с 17 лет и заканчивается в 22-23 года, а у девушек он начинается с 16 лет и заканчивается в 19-20 лет (Кон И.С., 1980; Gesell A., 1956).

> Ряд авторов (Петровский А.В. и другие., 1979) границы подросткового возраста устанавливают между 11-12 и 14-15 годами, а возраст между 14-15 и 17 годами определяется ими как ранняя юность. При этом акцент делается на смене ведущих форм деятельности, общественном положении и уровне социализации личности в обществе.
>
> В правовом отношении период взросления означает рост ответственности перед законом. Некоторые рубежи возрастной зрелости определены юридически: в 14-16 лет молодые люди получают паспорт, в 18 лет — приобретают активное избирательное право, возможность вступить в брак и несут полную ответственность за уголовные преступления.

В медицинской литературе периодизация подросткового возраста проводится с позиций физического и полового созревания (Пашкова В.А., 1973; Личко А.Е., 1985 и другие). Весь этап взросления здесь определяется как пубертатный (лат. pubertas — половая зрелость) и его обычно подразделяют на три периода:

–*препубертатный* — подготовительный период;

–*собственно пубертатный период* — бурная внутренняя перестройка с наступлением половой зрелости (способность к размножению)

–*постпубертатный* — достижение окончательной биологической зрелости.

Если совместить это деление с принятыми в возрастной и педагогической психологии категориями, то препубертатный период соответствует предподростковому возрасту, пубертатный — подростковому, а постпубертатный — юношескому возрасту.

Следует отметить, что существует большая индивидуальная вариативность процессов созревания, которая еще более усилилась начавшимся с 1950 года массовым ускорением темпов полового созревания новых поколений *(акселерация).* Современные дети стали достигать полного своего физического роста и полового

созревания в среднем на 1,5-2 года раньше, чем предыдущие поколения. Что же касается верхней границы взросления, приобретения социального статуса, то здесь положение изменилось в худшую сторону — удлинились сроки обучения и приобретения профессии и это сдвигает начало самостоятельной трудовой деятельности к более старшим возрастным границам.

В пубертатном периоде происходит становление главных черт характера, т.е. *основ* личности. В это время выявляются и другие личностные компоненты: способности, наклонности, интересы, значительная часть социальных отношений.

Переход от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности обнажает и заостряет все слабые стороны личности, делает ее особенно уязвимой и податливой неблагоприятным влияниям среды, поэтому подростковый возраст не случайно называют “трудным”. Кроме того, бурные нейрогормональные перестройки у подростков также сопряжены с выявлением скрытых до этого генетически обусловленных задатков. Именно на пубертатный период падает большинство дебютов эндогенных психических заболеваний.

Подростковый возраст как переходный от детства к зрелости всегда считался *критическим*. Кризис этого возраста значительно отличается от кризисов младших возрастов. Он является самым острым и самым продолжительным, т.к. вступление в взрослую жизнь не одномоментное явление, а длительный процесс. При объективно наступающем взрослении социальная ситуация подростка, как правило, существенно не меняется, он остается учащимся и находится на иждивении родителей. Поэтому многие притязания подростка приводят к конфликтам, противоречиям с реальной действительностью, в чем и кроется суть, *психосоциальная причина кризиса подросткового возраста*.

У подростка также возникает необходимость сопоставления себя со сверстниками. Мнение ровесников нередко оказывается для подростка более значимым, чем мнение родителей или учителей.

Центральным и специфическим новообразованием в развитии личности подростка является возникновение у него представления о себе уже не как о ребенке. Он начинает чувствовать себя взрослым, стремиться считаться и быть взрослым. Это *чувство взрослости* как специфическое приобретение самосознания — стержневая особенность личности, ее структурный центр. Он направляет всю социальную активность подростка, его восприимчивость к усвоению норм, ценностей и способов поведения взрослого.

В этот период становятся предметом сознания и такая мощная биологическая потребность как *половое влечение*, в связи с чем возникает масса напряженных переживаний и меняется вся эмоциональная сфера подростка.

На новый уровень поднимаются *интеллектуальные возможности* подростка и его *самосознание*, расширяется кругозор, появляются новые интересы и планы на выбор профессии.

Если на ранних этапах (12-14 лет) уровень самосознания обеспечивает подростку лишь возможность самовыражения и самоутверждения, то на завершающем этапе (15-17 лет) — возможность самоопределения, установления своего места в обществе и профессиональной ориентации (Божович Л.И., 1978).

Таким образом, рассматриваемый возраст характеризуется максимальными диспропорциями в уровне и темпах физического и психического развития, выраженными противоречиями социального характера, порождающими в ряде случаев аномальные формы поведения.

Психологическое развитие подростка и юноши

Психологический возраст — качественная характеристика психики человека и часто не совпадает с нашим житейским представлением о количестве прожитых им лет. Особенно наглядно эта закономерность видна в школьном коллективе: некоторые дети вступают в подростковый период начиная с 4, даже 3 класса, другие позже — с 5 класса школы. Переход в следующий возрастной период — раннюю юность, у некоторых детей начинается уже в 7 классе, другие остаются подростками вплоть до 9-11 класса.

Особенности подростка. На формирование личности подростка социальные факторы оказывают ведущее влияние, а биологические — опосредованное.

Социальными факторами психического развития являются:

- переход из начальной в среднюю школу, где занятия ведутся многими учителями — предметниками, что существенно меняет учебную деятельность и общение школьников и учителей;
- расширение общественной, социально–полезной деятельности школьника в классе и в школе, расширение круга общения со сверстниками;
- происходит изменение положения ребенка в семье, где ему больше начинают родители доверять и поручать выполнение более сложной домашней работы и включать в обсуждение семейных проблем.

Биологическими факторами психического развития являются:

- начало полового созревания, влияние новых гормонов на центральную нервную систему;
- бурный рост и физическое развитие с перестройкой всех органов, тканей и систем организма.

Половое созревание как главный биологический фактор в этом возрасте влияет на поведение подростка не прямо, а опосредовано. Агрессивность по отношению к старшим, негативизм, упрямство, бравирование своими недостатками, драчливость и т.д. появляются не из-за самого полового созревания, а через посредство социальных условий существования подростка — его статуса в коллективе сверстников, взаимоотношений со взрослыми. За каждой внешней реакцией подростка стоит своя психологическая причина. Действия подростков, которые внешне выглядят как непослушание или оцениваются как “глупые”, “необъяснимые” (“эффект неадекватности”) часто вытекают из особенностей данного этапа взросления — *этапа становления личности.*

Общение со сверстниками. Отношения с товарищами находятся в центре жизни подростка, во многом определяя все остальные стороны его поведения и деятельности. Для подростка важно не просто быть вместе со сверстниками, но и, главное, занимать среди них удовлетворяющее его положение. Именно неумение, невозможность добиваться такого положения чаще всего является причиной недисциплинированности и даже правонарушений подростков (фрустрация потребности “быть значимым в глазах сверстников”). Это сопровождается и повышенной конформностью подростков по отношению к подростковым компаниям. Один зависит от всех, стремится к сверстникам и подчас готов выполнить то, на что его подталкивает группа.

Родители часто все трудности проблем общения своего ребенка списывают за счет недостатков тех детей, с которыми общается их сын или дочь. Однако исследования показывают, что начиная с 6 класса у подростков начинает интенсивно развиваться личностная и межличностная рефлексия, в результате чего они начинают видеть причины конфликтов, затруднений или, напротив,

успешности в общении со сверстниками в особенностях *собственной* личности. Родителям и учителям следует учитывать это стремление подростка быть лично ответственным за успешность своего общения с окружающими.

> В более младших возрастных группах проблемой для родителей могут стать взаимоотношения старших и младших детей в семье — *сиблинговое соперничество*. При этом в ряде случаев отмечается выраженная интенсивная отрицательная установка по отношению к младшему сиблингу (обычно начинается в пределах 6 месяцев после рождения младшего брата или сестры). Отрицательные эмоциональным реакциям при расстройстве сиблингового соперничества сопровождаются нарушениями сна, вспышками гнева, оппозиционного поведения по отношению к одному или обоим родителям с попытками добиться их внимания. Причиной нарушений считается переживание одним из детей чувства, что родители любят его меньше, чем других детей в семье, что им пренебрегают. В психоанализе этот феномен обозначают как "*комплекс Каина*", основанный на зависти и враждебности сиблинга к сиблингу.

Общение со взрослыми. Важность для подростка его общения со сверстниками не должна скрывать от воспитателей важность проблем для него и взаимоотношений со взрослыми. Главный источник трудностей общения подростков со взрослыми — непонимание взрослыми внутреннего мира подростка. Чем старше становится подросток (с 5-го по 8-й классы), тем меньшее понимание он находит у взрослых. Взрослые неосознанно стремятся сохранять "детские" формы контроля и общения с детьми, фрустрируя тем самым *потребности подростка в признании его равноправным партнером в общении со взрослыми*. Результирующей этой фрустрации становится противопоставление подростком себя, своего "Я" взрослым, потребности автономии.

Психологи отмечают также, что у подростков резко возрастает способность к *эмпатии по отношению к взрослым*, стремление им помочь, поддержать, разделить их горе или радость. Взрослые чаще в подростке замечают не это, а только негативные стороны его поведения. Кроме того взрослые в лучшем случае сами готовы проявить сочувствие и сопереживание к подростку, но совершенно не готовы *принять* подобное отношение с его стороны к себе.

Общение со сверстниками противоположного пола. Появляющееся в отрочестве чувство взрослости толкает подростка и к освоению "взрослых" типов поведения и во взаимоотношениях со сверстниками противоположного пола. Интерес к взаимоотношениям полов существенно меняет отношение к самому себе, своей половой идентификации: "Я как мужчина" и "Я как женщина". Особое значение здесь придается личной привлекательности.

У младших подростков интерес к противоположному полу часто вначале проявляется в неадекватных формах (у мальчиков — "задиристость", а у девочек демонстрация игнорирования). Позднее отношения усложняются: исчезает непосредственность в общении, появляются смутные чувства влюбленности со страхом насмешек и поддразниваний со стороны сверстников. У старших подростков общение между мальчиками и девочками становится более открытым, а привязанности к сверстнику противоположного пола становятся интенсивнее и могут быть причиной сильных негативных эмоций при отсутствии взаимности.

Пубертатный кризис. Традиционно главные трудности подросткового возраста принято было связывать с "кризисом 13 лет", когда ломка старых психологических структур приводит к взрыву непослушания и трудновоспитуемости подростка.

Одни исследователи причину этого кризиса ассоциировали только с биологическими влияниями полового созревания, считая кризисные явления мало

связанным с особенностями воспитания. Однако большинство психологов основную причину столь бурных поведенческих проявлений усматривают в особенностях социально-психологической ситуации развития подростка: взрослые не перестраивают своего поведения, сохраняя "детские" формы своих взаимоотношений с подростком, в ответ на формирующееся "чувство взрослости" подростка. Подросток стремиться быть взрослым и совершать "взрослые поступки", хотя в социально-психологическом плане он к этому еще не готов.

Интересно отметить, что субъективно сложности воспитания и родители и учителя связывают не с кризисом как таковым, когда начинается и идет распад, ломка прежних психологических образований, а с *посткризисным* периодом, падающим на возраст 14-15 лет (7-8 классы). Трудным для окружающих подростка становится *период созидания, формирования новых психологических образований*. Перенос на этот возраст прежних воспитательных мер оказывается чрезвычайно неэффективным (Масгутова С.К., 1988).

Особенности юности. Юность — период жизни после отрочества до взрослости и главной проблемой здесь будет являться проблема *выбора жизненных ценностей.*

Центральное новообразование ранней юности — *самоопределение старших школьников*. Психологами подчеркивается многоаспектность этого новообразования, включающего потребность занять внутреннюю позицию взрослого человека, осознать себя в качестве члена общества, понять свое назначение.

В зарубежной психологии в качестве аналога понятия "самоопределение" выступает категория "психосоциальная идентичность", разработанная американским психологом Э. Эриксоном (1968). В его понимании взросление рассматривается как *"нормативный кризис идентичности"*, поворотная точка развития личности. В период такого кризиса в равной мере обостряется как личностная уязвимость, так и возможности для нового витка личностного роста. Личность как бы оказывается перед выбором между двумя альтернативными возможностями: одна ведет к позитивному, а другая — к негативному его направлениями. Симптомы кризиса в норме полностью исчезают, но в случае преобладания негативных явлений они закрепляются, став характерологическими особенностями личности.

Выделяют несколько типовых вариантов формирования идентичности (Д. Марше):

- "диффузная" идентичность — еще не сложившаяся и не определенная, так как человек не вступил в пору кризиса и не прошел испытания с определением себя;
- "предрешенный" вариант развития — индивид ранее положенного срока включился во "взрослую" систему отношений, сделав это не самостоятельно, а под чужим влиянием (неблагоприятный фактор для становления личностной зрелости);
- "проба ролей" в попытках выработать самоидентичность — выражается в интенсивном "поиске самого себя";
- "зрелая идентичность" — кризис завершен и чувство собственной определенности обретено, начинается самореализация.

В ряд наиболее объективно и субъективно важных для юношей проблем может быть поставлена *проблема смысла жизни*. Размышления о себе и своем жизненном предназначении у юношей в явной форме встречаются довольно редко. Бытует даже мнение среди них, что "если человек задается подобными вопросами, то значит пора умирать" (Снегирева Т.В., 1991). Однако потребность в смысле

жизни характеризует взрослые формы поведения и в процессе взросления она образует именно тот “узел”, который позволяет человеку строить свою жизнь не как последовательность разрозненных случайностей, а как целостный процесс, имеющий цели и преемственность. Кроме того она помогает человеку интегрировать все свои способности, максимально их использовать, следуя выработанной концепции жизни.

В юности совершается открытие своего внутреннего мира, которое сопровождается переживанием его исключительной ценности. С одной стороны это создает условия для того, чтобы задуматься о смысле своего существования, но с другой стороны проблема смысла жизни не только мировоззренческая, а вполне практическая. Ответ на нее содержится не во внутреннем мире, а в не его — в мире реальном, в мире, где будут раскрываться способности молодого человека, в его деятельности и чувстве социальной ответственности. Именно этого еще не имеется у юноши в начале жизненного пути. Таким образом, замыкаясь на самом себе, поиск смысла жизни как бы обречен на то, чтобы оставаться лишь упражнением юношеского мышления. Юноше важно знать, что смысл жизни надо искать в окружающем его мире, а не только внутри себя.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ВЗРОСЛЕНИЕ

Главными опорными признаками физического созревания являются: скелетная зрелость, появление вторичных половых признаков и период скачка в росте.

Показатели соматического созревания
(Личко А.Е., 1985)

Название периода	***Возраст (годы)***	***Развитие вторичных половых признаков***	***Рост (см)***	***Масса тела (кг)***
		Мужской пол		
Предподростковый (препубертатная фаза)	10-11	Начало увеличения полового члена и яичек. Начало бурного роста тела (в среднем 5 см в год)	141±6	34±7
Младший подростковый (1-я пубертатная фаза)	12-13	Единичные пушковые волосы у корня полового члена. Начало частых эрекций. В конце — набухание грудных желез, ломка (мутация) голоса.	152±7	43±7
Средний подростковый (2-я пубертатная фаза)	14-15	Густые длинные курчавые волосы на лобке в виде треугольника. Единичные волосы в подмышечной впадине. Пушок на верней губе. Набухание грудных желез. Первые эякуляции (поллюции, онанизм). Интенсивный рост скелета (на 7 см в год), начинает выступать кадык).	165±8	52±8
Старший подростковый возраст (3-я пубертатная фаза)	16-17	Оволосение лобка в виде ромба (рост волос к пупку). Обильный рост волос в подмышечной впадине. Рост усов, пушок на щеках и подбородке. Замедление роста (2-3 см в год). Стойкий мужской тембр голоса.	174±7	62±9
Послеподростковый (постпубертатная фаза)	18-19	Рост бороды, появление волос на груди. Резкое замедление роста скелета (1 см в год).	175±7	64±8

		Женский пол		
Предподростковый	10-11	Рост костей таза. Единичные волосы на лобке. Начало роста молочных желез.	141±6	34±7
Младший подростковый (1-я пубертатная фаза)	12-13	Первые месячные (обычно без овуляции), интенсивный рост волос на лобке. Единичные волосы в подмышечной впадине. Пигментация сосков. Интенсивный рост скелета (7 см в год)	154±7	44±8
Средний подростковый (2-я пубертатная фаза)	14-15	Волосы с лобка переходят на внутреннюю поверхность бедер. Рост волос в подмышечной впадине. Возможность нормальной беременности. Замедление роста скелета (2-3 см в год).	160±6	53±8
Старший подростковый возраст (3-я пубертатная фаза)	16-17	Регулярные месячные. Остановка роста скелета.	162±6	55±8
Послеподростковый (постпубертатная фаза)	18-19	Без изменений в сравнении с предыдущим периодом.	—	—

На вопрос о влиянии соматического развития (темпа созревания, соматической конституции) на психические процессы и свойства личности ответить нелегко. Дело не в том, что генетические факторы не имеют самостоятельного значения. Вероятно, что определенные гены несут программы развертывания как физических, так и ряда психических свойств. Но, имея дело с поведением и сложными психическими свойствами человека, довольно трудно однозначно разделить их генетические и социальные детерминанты.

Если непосредственное влияние телосложения на психику проблематично, то опосредованное его влияние бесспорно. Известны три главных соматотипа: эндоморфный (рыхлый, с избытком жира), мезоморфный (стройный, мускулистый) и эктоморфный (худой, костлявый). Во всех возрастах наиболее привлекателен мезоморфный, а наименее — эндоморфный тип. Со стройным, мускулистым типом подростки ассоциируют качества вожака, спортивность, энергичность и тому подобное. Напротив, толстяк, “жирный” часто является предметом насмешек. Много трудностей в отношениях со сверстниками и у ретардантов, особенно на фоне всеобщей акселерации. Одни подростки, осознав свою физическую слабость, пассивно смиряются с ней или начинают испытывать чувство неполноценности. Другие компенсируют недостаток в других сферах — учебе или усиленно занимаются спортом. Выбор этих вариантов во многом зависит от позиции взрослых — родителей, учителей. У девочек телосложение и оценка со стороны сверстниц также взаимосвязаны, но менее тесно, чем у мальчиков. Влияние телосложения на личность не однозначно и не фатально. Одни и те же качества имеют не одинаковое значение на разных этапах развития. Если вначале подростку для самоутверждения среди сверстников достаточно роста и физической силы, то позже на первый план выступают интеллектуальные и волевые качества и тот, кто шел по линии наименьшего сопротивления, может оказаться в трудном положении.

Как уже отмечалось все процессы созревания в период взросления протекают крайне не равномерно и не одновременно, причем это проявляется как на межиндивидуальном уровне (один мальчик может быть послепубертатным, другой — пубертатным, третий — допубертатным), так и на уровне внутрииндивидуальном (разные биологические системы того же человека

созревают не одновременно). В этой связи актуальными для врачей, психологов и педагогов становятся вопросы связанные с феноменами ускорения (акселерация), замедления (ретардация) и искажения (дизонтогенез) процессов развития и созревания.

Акселерация развития как массовое явление проявилась во второй половине 20 столетия. В прошлых поколениях половое созревание у мальчиков начиналось в 13-14 лет, у девочек в 12-14 лет и завершалось у юношей в 20-23 года, у девушек в 18-20 лет.

Причины акселерации не известны. Есть предположения влияния на эти процессы солнечной активности, урбанизации, смешанных браков. В конце 70-х — начале 80-х годов появились признаки спада акселерации.

Наиболее неблагоприятной считается *акселерация по типу интенсификации физического развития*. Первые фазы пубертата при этом наступают своевременно, но затем (в 13-15 лет) подросток скачком, за 1-2 года, проходит 2 и 3-ю фазы и в 14-16 лет выглядит как взрослый. В период такого интенсивного роста у таких подростков наблюдаются сердцебиения, колебания артериального давления, обмороки, ознобы, потливость, колебания настроения, конфликтность и другие.

Ретардация развития — термин используется как противоположность акселерации, т.е. задержка, запаздывание физического, сексуального и интеллектуально-личностного созревания. Для психологов, педагогов и психиатров наибольшее значение имеет задержка психического развития ребенка (ЗПР). Конечно ЗПР может быть следствием раннего воздействия вредности на мозг ребенка (родовые травмы, тяжелые соматические болезни младенца) — “преимущественно энцефалопатическая” форма ЗПР, но гораздо чаще встречаются “преимущественно дизонтогенетическая” форма ЗПР как истинная аномалия самого процесса созревания мозга и психики. Ретардация психического развития теснейшим образом связана с проблемой школьной неуспеваемости в младшей школе. Таких детей нужно направлять в “классы выравнивания”, где несколько увеличены сроки прохождения школьной программы, щадящий режим, проводится и специальная общеукрепляющая терапия. Как правило, в дальнейшем большая часть детей в развитии “догоняет” своих сверстников и может обучаться в обычных классах. ЗПР следует отличать от олигофрении, где психическое развитие останавливается, такие дети в массовой школе обучаться не могут.

Ретардацию психического развития следует также отличать от психического инфантилизма. *Психический инфантилизм* проявляется в незрелости эмоционально-волевой сферы и вызван нарушением синхронности созревания эмоциональных, волевых и интеллектуальных процессов. Инфантилизм может быть гармоническим, дисгармоническим, органическим, осложненным или неосложненным, однако всегда сохраняется термин “инфантилизм”, поскольку инфантилизм — и есть основная сущность этого состояния.

При ретардации подразумевается, что со временем отставание может быть наверстано, а при инфантилизме большинство его признаков не исчезает и сохраняется у взрослых. Кроме того, ретардация может также включать и задержку интеллектуального развития, чего обычно не бывает при инфантилизме. При инфантилизме на первый план выступает задержка развития в эмоционально-волевой сфере. Таким образом инфантилизм представляет собой различные варианты более стойкой, чем ретардация, задержки физического, сексуального и личностного развития.

Дети с инфантилизмом также нередко оказываются в числе неуспевающих в школе, но эта неуспеваемость обусловлена не нарушениями в познавательной сфере ребенка, а

связана с детскостью и наивностью поведения, желаниями игры, поздним формирование школьных интересов, чувства долга. Такие дети отвлекаемы, им трудно сосредоточиться, они не удерживают инструкции педагога. В двигательной сфере много лишних движений, порывистости, задержка моторики проявляется особенно в рисовании, письме, ручном труде. Синдром двигательного излишества и есть проявление моторного инфантилизма, что отражает задержку в созревании корковых механизмов движений. В моторике отражается преобладание экстрапирамидной системы над пирамидной вследствие еще недостаточной зрелости последней.

Полагают, что гармонический психический инфантилизм связан с задержкой формирования лобных систем мозга. Именно это приводит к недоразвитию личности в целом. При осложненных формах инфантилизма он сочетается с задержками развития других систем, например речи.

1. Гармонический (психофизический) инфантилизм — выявляется с первых классов школы. Грацильное телосложение, детские манеры сохраняются и в пубертате, характерна наивность при достаточном запасе знаний, предпочитают компании детей более младших по возрасту;

2. Психический инфантилизм на фоне нормального или акселерированного физического развития — касается прежде всего интересов и поведения. Морально-этические принципы формируются медленно, они долго остаются "детскими", хотя интеллектуальное развитие чаще всего достаточное. Детскость психики проявляется и выражении лица: внешний вид по типу "лицо ребенка на туловище взрослого".

Отдельные черты психической инфантилизации могут наступить вследствие неправильного воспитания — гиперпротекции, воспитания по типу "кумира семьи" и других;

3. Дисгармонический инфантилизм связан с недостаточностью функций гипофиза и половых желез (*эндокринопатический инфантилизм*) или возникает в силу общего соматического заболевания — туберкулеза, бронхиальной астмы, ревматизма и других (*соматогенный инфантилизм*). При этом могут быть как признаки физической, так и психической незрелости.

Дизонтогенез — включает как ретардацию, акселерацию, так и асинхронию развития. При этом различные морфо—функциональные системы организма развиваются крайне неравномерно.

При *психическом дизонтогенезе* (Ковалев В.В., 1976) имеет место. неравномерное психическое развитие с выраженным опережением одних психических функций и свойств с отставанием других Выделяют два основных типа психического дизонтогенеза.

Первый тип асинхронии психического развития — характерен для олигофрении и задержек психического развития, включая состояния общего и частичного (парциального) психического инфантилизма.

Главным признаком здесь является запаздывание перехода от природно-психических (влечения, возбудимость–инертность и др.) к социально–психическим (интересы, склонности и др.) свойствам личности. Однако общая закономерность единства биологического и социального, при ведущей роли последнего, сохраняется. Это не распространяется на глубокие степени слабоумия (идиотия, выраженная имбецильность), хотя во всех других случаях именно социально-психическое играет решающую роль в приспособлении, хотя и на низком уровне, к жизни в обществе.

Второй тип асинхронии психического развития свойственен психопатиям в периоде их становления и в какой-то степени детской шизофрении. Здесь также происходит неравномерное развитие компонентов и свойств психики — недостаточность или усиление ее природно-психических свойств (влечения, возбудимость-инертность нервной системы и другие) заметно диссоциируют с социально-психическими компонентами личности, причем последние часто акселерируют.

Следует обратить внимание на наличие достаточно выраженных личностных реакций на нарушения природно-психических компонентов — это различные реакции гиперкомпенсации, но они все-таки вторичные психические образования и не являются процессуальными в собственном смысле слова.

Знание проблем психического дизонтогенеза приобретает большое значение в детской психиатрии. Как известно, в психиатрии *негативными симптомами* принято называть симптомы стойкого или временного *выпадения психических функций* (например, ослабление памяти, симптомы слабоумия и др.), в то время как *позитивные (продуктивные) симптомы* являются качественно новыми психическими образованиями и связанны они с *возбуждением сохранных механизмов мозга* (галлюцинаторно–бредовые, аффективные и другие симптомы).

Детскому возрасту свойственно продолжающееся развитие, поэтому при психических заболеваниях у детей, наряду с негативными и продуктивными симптомами, которые идут от уже сформированных мозговых структур, большое место в оформлении клиники болезни принадлежит так называемым негативным и продуктивным дизонтогенетическим симптомам.

Негативные дизонтогенетические симптомы связаны не с болезненным выпадением некоторых психических функций, а приостановкой, задержкой их онтогенетического созревания. Здесь могут быть задержки развития мышления, речи или психомоторики, а также различные варианты проявлений диспропорций развития темперамента, влечений и эмоционально–волевой сферы.

Продуктивные дизонтогенетические симптомы имеют в своей основе также не болезненный процесс, а явление дисфункции созревания, возрастной незрелости функциональной системы. Это часто сопровождается возбуждением с фиксацией и автоматизацией способов реагирования, свойственных незрелым механизмам мозга того или иного периода онтогенеза. Так возникают симптомы типа эхолалии, эхопраксии, различные стереотипные движения, стереотипные страхи, ипохондрические переживания, сверхценные увлечения, метафизическая “интоксикация” и другие.

В детской психиатрии выделяют большую группу синдромов психических нарушений, которые в другие возрастные периоды обычно не встречаются. Эти синдромы отражают не столько природу заболевания, а сколько тип нервно-психического реагирования, свойственный данному возрасту.

1. Синдром невропатии — “врожденная” (конституциональная) нервность. Характеризуется повышенной возбудимостью с неустойчивостью вегетативных функций (срыгивания, рвоты, запоры, нарушения аппетита, избирательность питания, субфебрилитет, вегетативные кризы и обмороки), быстрой истощаемостью с пугливостью и страхом всего нового. Встречается в возрасте до 3-х лет. Синдром нозологически неспецифичен, хотя чаще встречается в структуре резидуально-органической недостаточности ЦНС. Скорее он связан с “дисфункцией созревания”, т.к. возникает не сразу после рождения, а спустя 3-4 месяца. В видоизмененном виде элементы его сохраняются вплоть до подросткового возраста. Характеризует соматовегетативный уровень реагирования.

2. Ранний детский аутизм — почти полное отсутствие потребности в контакте с окружающими, безразличие к близким, эмоциональная холодность, страх новизны, приверженность к порядку и стереотипии. Встречается относительно редко — у 2-х детей на 10 тысяч школьников.

Еще в 3 месяца жизни у них наблюдается отсутствие “комплекса оживления”, замедлено формирование навыков самообслуживания, но отчетливо аутизм проявляется в возрастном диапазоне от 2 до 5 лет. Такие дети одиноки и молчаливы — редко сами задают вопросы и говорят. В их поведении замечаются своеобразные потряхивания кистей и подпрыгивания, которые, возможно, являются эквивалентом положительных эмоций.

Прогноз зависит от нозологической принадлежности синдрома. В отличии от шизофрении он не является процессом и характеризует аномалию развития с преимущественным соматовегетативным и психомоторным уровнем реагирования.

3. Двигательная расторможенность (гиперкинетический или гипердинамический синдром) — характеризует психомоторный уровень реагирования. Встречается у 5–10 % школьников начальных классов, чаще у мальчиков. Его проявления замечаются в возрастном диапазоне от 1,5 до 15 лет с максимумом в 6-10 лет.

Ребенок в постоянном движении, неусидчив, все трогает, хватает, бегает, внимание привлекается с трудом, задает массу вопросов, а ответы не слушает (синдром *дефицита внимания*). В анамнезе у таких детей часто встречается патология внутриутробного периода развития — недоношенность, трудные роды и тому подобное. При обследовании иногда обнаруживаются нарушения гнозиса, праксиса и сочетание синдрома с эпилепсией и олигофренией.

4. Синдром уходов и бродяжничества (аффективный уровень реагирования) — характерен для возрастного диапазона от 7 до 17 лет, чаще — 10-11 лет (до 0,5 % школьников).

У детей обидчивых, сенситивных с чертами эмоционально-волевой неустойчивости и инфантильности первый уход из дома чаще фиксируется после родительского наказания. У гипертимно–неустойчивых подростков уходы из дома чаще являются проявлениями реакции эмансипации или жажды впечатлений. Безмотивные уходы и бродяжничество должны настораживать в плане возможности наличия дисфорий или расстройств влечений (эпилепсия, шизофрения).

5. Синдром страхов (аффективный уровень реагирования) — наиболее характерен для конца дошкольного периода—начала школьного возраста.

Вариантов синдрома много, но чаще бывают беспричинные страхи или причина их неадекватна, иногда заметна наклонность к генерализации страхов. Различают страхи навязчивые (фобии), сверхценные, бредовые и бессодержательные (витальные, с вегетативным сопровождением). Особое место занимают ночные страхи, которые чаще встречаются в более младших возрастных группах.

6. Дисморфобия–дисморфомания — болезненная (навязчивая, сверхценная или бредовая) убежденность в неправильном анатомическом сложении или функционировании тела или отдельных его частей, часто с требованиями косметологических операций. Встречается обычно в подростково–юношеском возрасте и представляет значительные трудности отграничения от пика естественного возрастного повышенного интереса к своей внешности у подростка (здоровое недовольство своей внешностью — “синдром гадкого утенка”).

6. Нервная (психическая) анорексия — заключается в сознательном ограничении в еде с целью похудания. Чаще встречается у девочек-подростков и в юношеском возрасте (примерно 1 случай на 200 школьниц). Очень часто сочетается с убежденностью в собственной “излишней полноте”.

К быстрому похуданию с появлением нейроэндокринных расстройств (прекращение менструаций и другие) часто приводит вызывание искусственной рвоты после каждого приема пищи. Самоограничения в пищевом режиме и сами мотивы такого поведения тщательно скрываются от окружающих, особенно от родителей.

Нервная анорексия в некоторых случаях переходит в ***нервную булимию*** (волчий голод). Последнюю иногда рассматривают как самостоятельное нарушение.

7. Метафизическая (философическая) “интоксикация” и странные увлечения — встречаются обычно в интервале от 11 до 17 лет при шизофрении и шизоидной психопатии. Подростки, в ущерб всем другим делам, сосредоточены на бесплодных размышлениях философского, религиозного или другого теоретического плана. Это стремление быстро приобретает сверхценный характер и сопровождается необычными увлечениями — изучением редкого иностранного языка, коллекционированием гвоздей или помета птиц и так далее. Важно отметить, что вся эта деятельность не соответствует реальным знаниям и возможностям подростка, не корригируется, поглощает все его время и носит болезненный характер.

Сексуальное развитие и взросление

Формирование половой зрелости в период взросления включает в себя два взаимосвязанных процесса: биологический процесс сексуального развития и психосоциальный процесс усвоения индивидом своей половой роли, признания ее обществом. Оба эти процесса не идут синхронно, хотя бы потому, что даже достигнув биологической половой зрелости, взрослеющий человек еще не в состоянии выполнять полноценно отцовские или материнские обязанности, содержать семью.

В сексуальном развитии подростка и формировании его половой роли наряду с генетико-биологическим факторами (половая дифференцировка мозга во внутриутробном периоде) большое значение имеет воспитание, полоролевое поведение родителей и собственный опыт первых сексуальных контактов.

Биосоциальная половая роль подростка может развиваться в сторону адекватной и гармоничной гетеросексуальности или отклонений от нее: бисексуальности, гомосексуальности, транссексуальности, нарушений сексуального поведения, включая преступное. Необходимо отметить, что особенности полоролевого поведения ребенка, подростка, юноши находятся в тесной взаимной связи со становлением его характера и личности.

Хотя только в период полового созревания сексуальность и сексуальные поведение становятся доминирующим, их элементы прослеживаются с раннего возраста. З. Фрейд правильно определил главные ступени детского сексуального развития и его отдельные черты, однако предложенное им деление в своей исходной форме не подтвердилось эмпирически.

В современной сексологии выделяют несколько периодов формирования и проявления сексуальности человека: парапубертатный, препубертатный, пубертатный, переходный, зрелой сексуальности и инволюционный (Маслов В.М., Ботнева Г.В., Васильченко Г.С., 1983).

1) Парапубертатный период (1-7 лет) — характеризуется формированием полового самосознания (гендерная, или половая идентичность). Правильное представление о своей половой принадлежности формируется у ребенка уже к 1,5-2 годам, а к 3-4 годам возникает и понимание ее необратимости. Даже иронические попытки взрослых исказить половую принадлежность ребенка вызывают у него бурный протест и негодование. С этого времени также появляется своеобразное любопытство и исследовательские манипуляции с половыми органами. Характерны вопросы о деторождении, строении тела, а также игры с обнажением, демонстрацией и созерцанием половых органов.

> Встречающаяся в этом возрасте *ранняя допубертатная мастурбация* выходит за рамки возрастной сексуальной любознательности и чаще всего является реакцией на эмоциональную депривацию, заброшенность или деспотичное обращение взрослых. Наказания и осуждение за сексуальные игры, сцены насилия и развратные действия старших могут отрицательно влиять на становление сексуальности в будущем. При этом конкретное содержание подобных ситуаций обычно амнезируется, но их аффективная насыщенность может создавать условия для парциальных психических задержек, препятствующих в последствии становлению гармонии в браке.

2) Препубертатный период (7-13 лет) — характеризуется становлением стереотипа полоролевого поведения в континууме маскулинности — феминности. Усвоение ребенком стандартов мужского или женского поведения (*полоролевой стереотип*) зависит от групповых ценностей ближайшего окружения и влияния

целенаправленного формирования взрослыми ожидаемых качеств мужественности или женственности. Родители могут побуждать своего ребенка, в зависимости от его пола, быть или “настоящим мальчиком” — сдержанным, волевым, уверенным в себе, жестким, практичным и напористым, или “настоящей девочкой” — нежной, зависимой, чувствительной, разговорчивой и кокетливой.

Гендерные (ролеполовые) понятия формируются у детей на основании того, чему их учат, а также за счет подражания тем моделям, которые их окружают, в том числе и героям литературных произведений, кино и телевидения. В последнее время в психологической литературе появилась точка зрения, что однозначный упор на маскулинность и феминность в моделях поведения ограничивает эмоциональное и интеллектуальное развитие как мужчин, так и женщин (Bem, 1985). При этом имеется в виду, что в одном и том же человеке могут успешно сосуществовать позитивные традиционно мужские и традиционно женские качества — *концепция андрогинной личности*. Андрогинная личность формируется под воздействием специфического воспитания и благодаря особой позиции родителей, поощряющих ребенка усваивать нужные модели поведения, характерные для обоих полов.

В начальной школе однородный коллектив детсадовской группы обычно распадается на “враждующие” группировки девочек и мальчиков. Игровая межгрупповая агрессия (“все мальчишки драчуны...” или “все девчонки плаксы и ябеды...”) является типичным проявлением начала дифференциации половых ролей. Во второй половине препубертатного периода происходит всплеск привязанности к родителю своего пола. Межполовые контакты в этот период носят конкретно–иммитатационный характер, часто утрированно пародируя мужской или женский стереотип в кругу сверстников. Мнение последних выступает здесь в качестве важного социализирующего фактора, разрушающего феминные стереотипы у мальчиков и маскулинные — у девочек.

Встречающаяся в этом возрастном диапазоне мастурбация у мальчиков чаще идет по механизмам подражания более старшим подросткам, а у девочек чаще связана с общим ускорением полового развития или ускорением парциальным — с повышением сексуальной возбудимости, чаще в результате резидуального органического поражения нервной системы.

3) Пубертатный период (12-18 лет) — характеризуется пробуждением полового влечения (либидо), первыми менструациями у девочек и первыми эякуляциями у мальчиков. Для многих мальчиков (70-75%) и девочек (до 50%) это служит толчком к началу мастурбации. Завершается пубертатный период у большинства началом половой жизни около 19 лет.

Первое семяизвержение у мальчиков может произойти как очень рано (например, в 11 лет), так и поздно (например, в 16 лет). Первая эякуляция обычно происходит у мальчиков в период бурного роста и может наступить во время мастурбации или во сне (ночные поллюции, так называемые “мокрые сны”). Обычно при первых семяизвержениях количество семени недостаточно для того, чтобы произошло оплодотворение.

Возраст менархе у девочек колеблется от 10 до 14 лет. Во многих случаях первые циклы в течение 6–18 месяцев бывают нерегулярными и часто не сопровождаются выходом яйцеклетки из яичника. Примерно у половины девочек–подростков месячные сопровождаются болевыми ощущениями (менструальные “колики”). В ряде случаев источником проблем также может быть *предменструальный синдром*, симптомами которого являются раздражительность, подавленность, плаксивость, тяжесть внизу живота и болезненность молочных желез.

Отсутствие молочных желез у девушек 13–14 лет и отсутствие менструаций в 15–16 лет чаще расценивается как задержка полового созревания. Появление вторичных

половых признаков и менструальноподобных выделений до 8 лет относят к преждевременному половому созреванию.

Для пубертатного периода характерны вначале платонические мечты и фантазии, ухаживание со стремлением к духовному общению (формирование ***платонического либидо***), а затем и эротические фантазии, ухаживание со стремлением к физическому общению — эротические ласки и игры (формирование ***эротического либидо***).

В пубертатном периоде идет окончательное формирование психосексуальных ориентацией, т.е. выбора объекта полового влечения с его индивидуальными особенностями — половой принадлежностью, типом внешности, "рисунком" поведения.

4) Переходный период (16-26 лет) — фантазии приобретают сексуальный характер, имеет место мастурбация, начало половой жизни и наблюдаются первые сексуальные эксцессы (происходит формирование ***сексуального либидо***).

5) Период зрелой сексуальности (22-55 лет) — характеризуется регулярной половой жизнью, вхождением в полосу условно-физиологического ритма (УФР).

6) Инволюционный период (51-70 лет) — характеризуется снижением половой активности, регрессом либидо до уровня эротического и платонического.

Каждому из первых трех периодов становления сексуальности свойственна фазность: сначала идет выработка установки к соответствующему ролеполовому поведению, а в дальнейшем — ее реализация (научение) с закреплением на практике.

Фаза выработки установки (первая фаза) включает накопление информации о взаимоотношениях полов и своей половой роли.

Научение и закрепление (вторая фаза) характеризуется приобретением навыков в игровых ситуациях (парапубертатный и препубертатный периоды) или реализацией полового влечения в реальных ситуациях — общение, петтинг, половой акт (пубертатный и переходный периоды).

Для подростков–юношей характерно интенсивное половое влечение, обеспечивающее реализацию возникающих психосексуальных установок.

Для подростков–девушек физиологические проявления пубертатного периода (менструации) и последствия сексуальной активности (дефлорация, беременность, роды, аборт) нередко ассоциируются с негативными переживаниями и тормозят переход эротической стадии либидо в сексуальную. Кроме того, меньший либидиозный эффект женских половых гормонов и более строгое отношение общества к ранней сексуальной активности девушки также способствуют задержке женской сексуальности на эротической стадии.

Формирование психосексуальных ориентаций и построение эталонного образца партнера свойственны как юношам, так и девушкам. Хотя образ идеального партнера ориентирован первоначально на внешние признаки и является сплавом эротически значимых, но разнородных качеств, его формирование завершается появлением влюбленности в объект, похожий по нескольким признакам на образец идеала (Васильченко Г.С., 1990). Одновременно происходит упрочение установки в эротических гетеросексуальных контактах (танцы, объятия, поцелуи, телесные ласки).

Наряду с яркой чувственностью, юношеская влюбленность, по мнению И.С. Кона (1980), не лишена игрового характера и собственные переживания юноше порой важнее, чем объект привязанности. В выборе объекта влюбленности у них значительное место принадлежит мнению сверстников, поэтому объекты увлечения нередко имеют групповой характер, так как популярность избранницы

существенно повышает собственный престиж подростка. Сексуальная активность подростка-юноши часто диссоциирована, т.е. наряду с выраженным обожанием избранницы не исключаются эротические контакты с менее привлекательной, но доступной девушкой.

Подростковая мастурбация служит средством разрядки полового напряжения, вызываемого физиологическими причинами. Одновременно она стимулируется и психическими факторами, так как сопровождается яркими эротическими фантазиями, где подросток может выбирать себе любых партнеров и ситуации.

Известный сексолог И.С. Кон применительно к подросткам и юношам отмечал, что тревожить должен не сам факт мастурбации, так как она массовая в этом возрасте, и даже не ее количественная интенсивность, так как индивидуальная "норма" связана с половой конституцией, а только те случаи, когда мастурбация становится навязчивой, вредно влияя на самочувствие, настроение и поведение.

Сексуальная ориентация. Более сложен вопрос в подростковой сексуальности — формирование сексуальной ориентации. Лиц ведущих исключительно гомосексуальный образ жизни в среднем составляет 2-5% мужского и 1-2% женского населения. Однократное или временное влечение к лицам своего пола и сексуальные контакты с ними значительно чаще встречаются в предподростковом (10-12 лет) и подростковом (до 15 лет) возрасте. В подростковом возрасте эпизодические гомоэротические контакты имеют до 30 % мальчиков. Согласно опросам Кинси в 1947 г. 20% женщин и 40% мужчин хотя бы 1 раз имели гомосексуальные контакты. Вопреки распространенному мнению, что подростков совращают взрослые, большинство подобных контактов происходит между самими сверстниками.

З. Фрейд связывал гомосексуальность с изначальной бисексуальностью человека. Окончательный баланс гетеро– и гомоэротических влечений складывается по Фрейду только после полового созревания. У подростка, по его мнению, этот процесс не завершен, поэтому скрытая гомосексуальность находит свое выражение в играх, однополой дружбе (гомофилия) и прямых гомосексуальных контактах. Сейчас такая точка зрения кажется упрощенной. Взаимоотношения подростка с лицами своего и противоположного пола нужно рассматривать в общей системе межличностных отношений, которые не сводятся только к сексуально–эротическим. Многие подростки, замеченные в гомосексуальных контактах, в дальнейшем имеют нормальную гетеросексуальную ориентацию. С другой стороны, взрослые гомосексуалисты часто могут отметить, что в школьные годы они не участвовали в гомоэротических играх своих одноклассников.

Сексолог И.С. Кон (1980) отмечает, что воспитатели и родители должны отдавать себе отчет в том, что интимные эротические переживания подростков и юношей находятся практически вне сферы педагогического контроля, а повышенный интерес к ним со стороны взрослых большей частью имеет отрицательные последствия. Отличить статистически нормальное возрастное сексуальное экспериментирование от признаков зарождающейся взрослой девиантной сексуальности трудно даже специалисту, все проявляется лишь с течением времени. Сексуальная ориентация в большинстве случаев не является делом свободного выбора, изменить ее чрезвычайно трудно, а то и вовсе невозможно.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ВЗРОСЛЕНИЕ

Главным психическим новообразованием в интеллектуальной сфере подростков является переход к *абстрактному* мышлению, т.е. мышлению в понятиях. Ж. Пиаже определяет абстрактное мышление подростков как мышление на уровне формальных операций. Хотя специалисты до сих пор не пришли к согласию о том, появляется ли абстрактное мышление внезапно и сразу, или это составная часть постепенного, непрерывного процесса когнитивного развития, но только у подростков оно становится преобладающим над наглядно-действенным и наглядно-образным мышлением.

Развитию абстрактного мышления способствует изучение подростком точных наук, усвоение понятий. Связь между овладением знаниями и развитием мышления двухсторонняя: накопление знаний стимулирует развитие мышления, а развитие мышления способствует систематизации знаний, к умению пользоваться ими на практике. Развитие теоретического мышления обуславливается переходом от усвоения сравнительно конкретных научных знаний к изучению все более общих закономерностей.

Личностный характер мышления проявляется у подростка в стремлении иметь во всем собственную точку зрения. Важно отметить, что эти свои новые умственные качества подростки и юноши часто еще применяют выборочно, т.е. к тем сферам деятельности, которые для них значимы и интересны. Поэтому, чтобы выявить реальный умственный потенциал личности, надо сначала выделить сферу ее преимущественных интересов. Это важно не только для психодиагностики, но и для работы с трудными подростками. При стандартных измерениях у последних интеллектуальный тест (равно как и школьная отметка) часто оказываются заниженными, в то время как в своей среде, при решении своих жизненных задач они нередко проявляют незаурядную смекалку и находчивость.

Развитие способности к гипотико–дедуктивному мышлению знаменует появление не только нового интеллектуального качества в юности, но и соответствующей потребности. Например, подростки готовы часами спорить об отвлеченных предметах, о которых они еще мало знают. Это отвлеченное от реальности “пустопорожнее философствование” также необходимо и полезно как и бесконечные “почему” дошкольника. Оно свидетельствуют о новой стадии развития интеллекта, когда абстрактная возможность кажется интереснее и важнее действительности, так как она не знает никаких ограничений, кроме логических. Изобретение, а затем разрушение “универсальных законов и теорий” становится своего рода любимой умственной игрой в этом возрасте (Кон И.С., 1989).

> Переходный возраст стимулирует творческие способности личности, важнейшим интеллектуальным компонентом которых является *дивергентное мышление*. Последнее предполагает, что на один и тот же вопрос может быть множество равноправильных и равноправных ответов (в отличие от конвергентного мышления, ориентирующегося на однозначное решение и снимающее проблему как таковую).

Предметом анализа у подростка становятся и его собственные интеллектуальные операции, т.е. мышление становится *рефлексивным*. Развитие и углубление рефлексивных процессов приводят в подростковом и юношеском возрасте к формированию нового уровня самосознания — *открытию своего внутреннего мира*. Это открытие не только радостное и волнующее, оно приносит и много тревожных, а порой и драматических переживаний, т.к. внутреннее “Я” может не совпадать с внешним, реальным поведением.

Юношеское “Я” вначале еще неопределенно, расплывчато и нередко переживается как смутное беспокойство или ощущение внутренней пустоты. Отсюда растет потребность в общении и одновременно повышается его избирательность, а также потребность в уединении. Вместе с осознанием своей уникальности, неповторимости и непохожести на других часто приходит и чувство одиночества. Осознание своей непохожести на других хронологически и логически предшествует пониманию своей внутренней связи и единства с окружающими людьми.

Подростки стремятся постичь не только себя, но и других. Способность учитывать мысли других людей, в сочетании с повышенным вниманием подростков к собственным внутренним изменениям, ведет к особого рода эгоцентризму. Они становятся склонными полагать, что их поведение и мысли столь же интересны другим людям, как и им самим. Для подростков становится характерным предположение, что другие люди постоянно обращают на них критическое внимание. Являясь продуктом фантазии увлеченного собой подростка, эта *воображаемая аудитория* становится своеобразной сценой, позволяющей ему проигрывать различные ситуации.

Не менее сложным процессом является осознание своей преемственности, устойчивости своей личности во времени. Для ребенка из всех измерений времени самым важным является настоящее — “сейчас”. У подростков положение меняется и обостренно начинает восприниматься чувство необратимости времени, что часто соседствует с размышлениями на темы смерти.

Ребенок рано начинает интересоваться природой смерти, но его первоначальный интерес носит познавательный характер. Расставаться с идеей личного бессмертия трудно и мучительно. Такая драматическая постановка вопроса пугает и взрослых. Между тем именно отказ от веры в личное бессмертие и принятие неизбежности смерти побуждает подростка всерьез задуматься о смысле жизни и о том как лучше прожить ее. Бессмертному некуда спешить, незачем думать о самореализации, бесконечная жизнь не имеет конкретной цели. В подростковом самосознании тема смерти звучит остро, но также неоднозначно. У одних это возрождение иррациональных, безотчетных детских страхов, а у других — новая интеллектуальная проблема. Невозможность личного бессмертия часто “заменяется” идеей бессмертной славы, вечной жизни в героических поступках (Кон И.С., 1980).

Социальное развитие и взросление

Социальное развитие подростка и юноши столь же многопланово и разнообразно, как и физическое или сексуальное. Большинство авторов при формулировке единого объективного критерия социальной зрелости выбирают в качестве рубежа *начало самостоятельной трудовой деятельности.* Данный критерий не только социально и психологически значим, но и объективизирован в народнохозяйственной статистике (завершение образования, приобретение профессии, политическое и гражданское совершеннолетие, вступление в брак, рождение первого ребенка). Однако и в этой сфере наблюдается гетерохронность. Юноша может быть достаточно зрелым в трудовой деятельности, оставаясь на подростковом уровне в отношениях с девушками или в плане культурных запросов, и наоборот.

Следует отметить, что современное общество характеризуется нарастающей сложностью и представление о задачах и функциях взрослых людей может быть

получено в полном объеме только после очень длительного периода обучения. Это приводит к постепенному удлинению “фазы ожидания” между детством и взрослым состоянием, удлинению периода обучения, хотя биологические процессы в целом остаются такими же, как и прежде.

Таким образом, молодые люди, обладая биологическими предпосылками, позволяющими им рассматривать себя как взрослых, остаются в психологическом и психосоциальном планах в “состоянии ожидания”, которое не дает им возможности с полной ответственностью участвовать в общественных процессах. Эта ситуация способствует как самоустранению от общественных отношений, так и радикальным позициям и столкновениям на идеологической почве.

> Быстрые социальные изменения приводят к расхождениям между системами ценностей родителей и детей (“конфликт поколений”), а многообразие и размытость общественных представлений и норм создают у молодых людей неуверенность в выборе объектов идентификации.

В подростковом возрасте нередко сохраняется склонность к поведенческим реакциям, которые обычно характерны для более младшего возраста: реакция отказа, оппозиции и протеста, имитации, компенсации и гиперкомпенсации. Однако именно для подросткового возраста более типичными являются следующие психологические реакции:

1. Реакция эмансипации — отражает стремление подростка к самостоятельности, освобождению из-под опеки взрослых. При неблагоприятных средовых условиях она может лежать в основе побегов из дома и уходов из школы, аффективных вспышек, направленных на родителей и учителей, а также в основе отдельных асоциальных поступков. При различных асинхрониях созревания, в основном на почве церебральной недостаточности, такие проявления могут быть либо чрезмерными, либо, наоборот, отсутствовать.

2. Реакция группирования — объясняется стремлением к образованию спонтанных подростковых групп с определенным стилем поведения, системой внутригрупповых взаимоотношений и своим лидером. В неблагоприятных средовых условиях и при различных неполноценностях нервной системы склонность к этой реакции может в значительной мере определять поведение и быть причиной асоциальных поступков.

3. Реакция увлечения (хобби–реакция) — отражает особенности внутренней структуры личности подростка. Увлечение спортом, стремление к лидерству, азартные игры, страсть к коллекционированию более характерны для мальчиков. Занятия, мотивом которых является стремление привлечь к себе внимание (участие в самодеятельности, увлечение экстравагантной одеждой и т.п.), более типичны для девочек. Интеллектуально-эстетические увлечения могут наблюдаться у подростков обоих полов.

4. Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, многообразны в своих проявлениях. Половое влечение вначале отличается малой дифференцированностью и развивается с нарастающей силой, что в старшем подростковом возрасте обуславливает “юношескую гиперсексуальность”. В силу этого легко возникают у подростков различные преходящие отклонения: онанизм, ранняя половая жизнь, петтинг, транзиторный подростковый гомосексуализм и другие.

Все указанные выше детско-подростковые реакции могут быть представлены как в вариантах *нормальных* для данного возрастного периода, так и в вариантах

патологических, т.е. отклоняющихся от нормальных для этого возраста (девиантное поведение).

Девиантное поведение подразделяется на две большие группы: психопатологическое и антисоциальное.

> Формально под девиантным поведением понимают поступки или действия индивида (группы людей), которые не соответствуют ожиданиям и нормам, которые фактически сложились или официально установлены в данном обществе. Хотя теоретически девиантное поведение разделяют на позитивное (служит прогрессу общества) и негативное (нарушает устои общества и тормозит его развитие), обычно термин используется в негативном смысле.

Психопатологическое девиантное поведение отклоняется от нормы психического здоровья и связано с наличием явной или скрытой психической патологии. Как правило мотивы поведения психически больного остаются непонятными до тех пор, пока не будут обнаружены основные признаки заболевания (галлюцинации, иллюзии, нарушения мышления или эмоционально-волевые расстройства).

> Под *патохарактерологическом типом девиантного поведения* понимают поведение, обусловленное не психическим заболеванием, а патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания (расстройства личности — психопатии, выраженные акцентуации характера).
>
> *Аддиктивное поведение* (от англ. addiction — пристрастие, пагубная привычка, порочная склонность) — одна из форм девиантного поведения с формированием стремления к “уходу от реальности” путем искусственного вызывания у себя изменения психического состояния приемом некоторых веществ или фиксацией внимания на определенных видах деятельности. Основное психическое состояние у таких личностей описывается ими как “скучное”, “серое”, “безразличное”, “однообразное”. Аддиктивная активность направлена на получение каких-либо “острых ощущений”, которые, пусть временно, но вырывают его из мира эмоциональной бесчувственности (стагнации эмоциональности). Такое поведение обычно выходит за пределы несоответствия социокультурным нормам и ожиданиям в область противоправных действий.

Антисоциальное поведение определяют в случае нарушения каких-то социальных и культурных норм, особенно правовых. В последнем случае, когда такие поступки сравнительно незначительны, их называют *правонарушениями*, а когда серьезны и наказываются в уголовном порядке — *преступлениями*. В соответствии с этим и говорят о *делинквентном* (противоправном) и *криминальном* (преступном) поведении. Понятно, что и психопатологическое поведение может быть антисоциальным.

Английские психологи Хевитт и Дженекинс проявления асоциальности подразделяют на *несоциализированные и социализированные формы*. Все они проявляются внешне одинаково — в виде негативизма, непослушания, конфликтности, агрессивности, вспышек ярости, нарушений норм сексуальных отношений. Однако при несоциализированной форме проявления асоциальности не избирательны и направлены против множества людей, а при социализированных формах подросток сохраняет лояльность и не проявляет асоциального поведения к определенной группе лиц или к отдельным людям. Например, в подростковой асоциальной группе, совершающей кражи, не допускаются такого рода действия внутри группы. Следует отметить, что подростки второй группы (социализированная асоциальность) более нуждаются в психолого-педагогической коррекции, в то время как подростки первой группы (несоциализированная

асоциальность) более нуждаются и более восприимчивы к психолого-медицинской коррекции.

Все девиантные формы поведения у подростков обнаруживают связь с различными видами неполноценности центральной нервной системы, психопатиями и акцентуациями характера. В их формировании большую роль играют и социальные факторы: неблагоприятные условия воспитания и обучения — социальная и педагогическая запущенность.

Наиболее частыми источниками школьной дезадаптации являются непатологические формы поведения, которые носят преходящий характер. По мнению ряда психологов психическое созревание подростка включает две следующие друг за другом фазы психических изменений: негативную (12-15 лет) и позитивную (16-18 лет). В негативной фазе подросток противопоставляет себя другим, всюду противоречит, особенно старшим. В позитивной фазе выступает постепенно противоположная тенденция к социализации, приобщения к духовным ценностям, выработке жизненных правил. Конечно, такое разделение весьма условно и обе тенденции проходят через весь подростковый период. Возраст лишь меняет формы их проявления, но их следует учитывать в при выборе мер педагогической и социальной коррекции непатологических форм отклоняющегося поведения. Патологические формы отклоняющегося поведения уже требуют совместных усилий педагога и врача, медикаментозной терапии.

Дифференциальная диагностика патологических и непатологических форм поведения очень сложна, но и чрезвычайно важна. Для общей оценки степени “патологичности” поведенческих реакций можно использовать критерии, предложенные А.Е. Личко (1983):

1. Выраженная интенсивность расстройств со склонностью их к генерализации (их повторение в самых разнообразных ситуациях, даже под влиянием неадекватных стимулов);
2. Стойкость реакции со склонностью приобретения характера патологического стереотипа (“клише”);
3. Склонность реакции к превышению социально и психологически приемлемого “потолка” отклонений в поведении;
4. Поведенческие проблемы подростка влекут все углубляющуюся социальную дезадаптацию подростка.

Патологические формы поведенческих реакций особенно часто возникают на фоне акцентуаций характера. Последние являются крайними вариантами нормального характера, при котором отдельные черты его чрезмерно усилены. Вследствие этого обнаруживается избирательная уязвимость (“слабое место”) в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. В соответствии с этим Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкий (1983) в проведении психокоррекционной работы (лучше — групповая психотерапия) с такими подростками выделяют три основные цели:

1. Необходимо научить подростка распознаванию трудных именно для него ситуаций. Например, при гипертимной акцентуации такими являются ситуации, требующие от подростка сдерживать проявления его энергии, при лабильной — ситуации эмоционального отвержения со стороны значимых лиц, истероидной — недостаток внимания к нему как к личности и т.п.
2. Формирование у подростка способности объективизировать эти трудности, увидеть их как бы со стороны и проанализировать.

3. Расширение у подростка диапазона возможных способов его поведения в этих трудных ситуациях, поскольку стандартность и стереотипность поведения такого подростка в соответствующих ситуациях очевидна.

Для изучения и определения степени трудновоспитуемости Д. Стоттом была предложена специальная “Карта наблюдений” (русско–язычный вариант адаптирован в институте психоневрологии им. В.М. Бехтерева, 1976).

Исследователю предлагаются типичные готовые образцы-фрагменты поведения детей (198 фрагментов), которые сгруппированы в 16 синдромов: недоверие к новым людям, вещам и ситуациям, депрессия, уход в себя, тревожность по отношению к взрослым, враждебность по отношению к взрослым, тревога по отношению к детям, недостаток социальной нормативности (асоциальность), враждебность к детям, неугомонность, эмоциональное напряжение, невротические синдромы, неблагоприятные условия среды, сексуальное развитие, умственная отсталость, болезни и органические нарушения, физические дефекты. На регистрационном бланке отмечаются те фрагменты поведения, которые характерны для данного ребенка.

В отечественной выборке школьников (Мурзенко В.А., 1979) “коэффициент дезадаптации” более 25 баллов (на грани клинических нарушений) по первым 11 синдромам отмечен у 20,8% обследованных. Чаще всего встречались: “враждебность по отношению к взрослому” (34,4%), “недостаток социальной нормативности” (22,2%), “уход в себя” (12,5%), “депрессия” (11,1%), “конфликтность в отношениях со сверстниками” (11,1%), “недостаток доверия к новым людям, вещам и ситуациям” (8,3%).

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Отрочество и юность образуют переходный период между детством и взрослостью. При этом происходят существенные морфо-функциональные изменения, кульминацией которых является физическая и половая зрелость. Существующая вариативность процессов созревания еще более усиливается из-за акселерации, в результате которой большинство современных детей достигают физической и сексуальной зрелости на 1,5–2 года раньше, чем предыдущие поколения.

Психологическое развитие при взрослении также отличается вариативностью, но общей тенденцией является нарастающее самоопределение подростка и юноши, обретение ими психосоциальной идентичности. Всплеск непослушания и трудновоспитуемости в этом возрасте часто обозначают как кризис 14 лет. В его основе лежит формирование чувства взрослости и нарастающаяя самостоятельность подростков, вступающая в противоречие с его реальной неготовностью к “взрослой” жизни.

Соматическое созревание характеризуется периодом скачка в росте, появлением вторичных половых признаков. Поскольку образ тела зависит от внешнего вида индивидуума и его реакций на этот внешний вид, то серьезные изменения с телом влекут за собой и изменения Я-образа. При акселерации, ретардации и асинхронии развития морфо-функциональные системы развиваются несвоевременно или неравномерно, что часто сопровождается и неравномерным психическим развитием, явлениями так называемого психического дизонтогенеза.

Сексуальное созревание включает появление биологической сексуальной зрелости и психосоциальный процесс обретения половой роли. Пробуждающееся у подростков платоническое сексуальное влечение совершает закономерный переход, через период эротического, к сексуальному либидо. Начавшееся в недрах предыдущих возрастных этапов становление полового самосознания и стереотипов полоролевого поведения также завершается в юношеском возрасте. Существуют определенные половые различия в становлении сексуальности, но формирование

психосексуальных ориентаций и построение эталонного образца партнера свойственны как юношам, так и девушкам.

Интеллектуальное созревание характеризуется дальнейшим развитием мышления на уровне формальных операций. Последние необходимы для окончательного формирования абстрактного мышления, которое не привязано к существующий в данный момент конкретным условиям внешней среды. Предметом анализа постепенно становятся и собственные интеллектуальные операции, т.е. мышление становится рефлексивным. Самоанализ и самокритика приводит к открытию своего внутреннего мира, всплеска новой формы эгоцентризма.

Социальное созревание также является многоплановым и завершается обретением эго–идентичности. Семья подростка–юноши должна приспосабливаться к растущей независимости детей по мере тог, как они готовят себя к самостоятельной жизни — получению образования, приобретению профессии, самостоятельной трудовой деятельности. Большинство семей успешно справляются с этим переходным периодом, когда для подростка референтная роль его внесемейного окружения усиливается. В ряде случаев родители сталкиваются с некоторыми типичными для подростков реакциями эмансипации, группирования со сверстниками и другими. Однако следует помнить, что эти нормо-возрастные поведенческие реакции могут протекать и в патологических вариантах, требующих специальных психокоррекционных мероприятий.

Вопросы для самопроверки

1) В чем заключаются особенности периодизации периода взросления в медицине по сравнению с психологическими классификациями?
2) Какие основные морфо-функциональные изменения происходят у мальчиков и девочек в пубертатном периоде?
3) Что собой представляет центральное и специфическое новообразование развития личности подростка? Какое отношение оно имеет к проявлениям всплеска непослушания и трудновоспитуемости подростка?
4) Что понимается под “нормативным кризисом идентичности” Эриксона? Какие описаны типовые варианты формирования идентичности в юношеском возрасте?
5) Что такое образ тела, и каким образом телосложение может влиять на его формирование?
6) Каковы причины ретардации развития? Чем отличается ретардация развития от инфантилизма?
7) Что собой представляют негативные и позитивные дизонтогенетические симптомы?
8) Что такое психосексуальная идентичность и как она формируется?
9) Что такое подростковый эгоцентризм и как он связан с когнитивным развитием в подростково-юношеском возрасте?
10) Каковы критерии отграничения патологических поведенческих реакций от нормовозрастных в подростковом периоде?

ГЛАВА 24

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ЗРЕЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Психология периода взрослости

В социальной психологии утверждается, что социализация продолжается непрерывно — всю человеческую жизнь. В определенном смысле можно даже говорить о *первичной* и *вторичной* социализации (Петровская Л.А., 1999). Первая соответствует периоду становления ребенка. Вторая связана с саморазвитием взрослого. Естественно, жизнь взрослого является продолжением детской жизни и вырастает из нее, однако продуктивность жизни взрослого во многом может зависеть от необходимости пересмотра, обновления каких-то ценностей, установок, поведенческого репертуара (при вступлении в брак, рождении ребенка, разводе, болезни и других проблематизирующих жизнь обстоятельств).

Анализируя собственную жизненную дистанцию, каждый зрелый человек выделяет свои, особые возрастные этапы взрослого состояния. Например, молодой человек после службы в армии чувствует намного взрослее своих сверстников, которые в армии не служили. Существуют и так называемые профессиональные границы у летчиков, операторов определенных производств и т.п. По внутренним ощущениям физически здоровые, волевые люди не чувствуют в себе и каких-то особых перемен на границе и 60-летнего возраста. Поэтому очень трудно создать психологическую периодизацию взрослого человека в силу того, что сложно однозначно хронологически выделить, скажем, этапы максимального расцвета личности — акме. Расцвет личности бывает в 40, в 60 и даже 80 лет. У некоторых людей таких “взрывов–подъемов” может быть даже несколько.

> Акмеология — наука о периоде максимального расцвета личностного роста, высшего момента проявления духовных сил и творчества. Акме (древнегреческое – “цветущая сила”, “вершина возможностей человека”) — базовая категория данной науки, вбирающая в себя наряду с физическими также социальные, нравственные, профессиональные, ментальные и многие иные высшие достижения в развитии человека.

Большая часть исследователей относит начало периода взрослости к моменту окончания юности — к 18-19 годам, а конец — к возрасту 55-60 лет (Бодалев А.А., 1999). В этом диапазоне выделяют ряд стадий: 1) ранней взрослости (18-30 лет); 2) средней взрослости (30-45 лет); 3) поздней взрослости (45-55 лет); 4) предпенсионного возраста (50-55 лет для женщин, 55-60 лет для мужчин). При этом для каждой стадии отмечаются характерные для нее особенности.

Для стадии *ранней взрослости* характерно овладение ролью взрослого человека, получение избирательного права, полная юридическая и экономическая ответственность. У большинства складывается собственная семья, рождается первый ребенок. Завершается получение высшего образования. На работе осваиваются профессиональные роли, образуется круг общения, в основе которого избранная профессия.

Средняя взрослость — это период совершенства в выполнении профессиональной роли и старшинства, а иногда и лидерства среди товарищей по работе, относительная материальная самостоятельность и сравнительно широкий

круг социальных связей, а также наличие и удовлетворение интересов вне рамок профессиональной деятельности.

Поздняя взрослость характеризуется высококвалифицированным выполнением избранных в молодости профессиональных и социальных ролей и, как правило, достижением пика в должностном статусе, а также некоторым снижением социальной активности. Во многих случаях в это время происходит уход из семьи выросших детей.

Предпенсионный возраст — происходит заметное снижение физических и умственных функций, но вместе с тем — это годы, благоприятные для занятия наиболее видного положения в своем социальном кругу. В основной области труда наблюдается спад профессиональных притязаний, и происходят существенные изменения во всей мотивационной сфере в связи с подготовкой к предстоящему пенсионному образу жизни.

Одной из наиболее интересных зарубежных концепций, вошедших в научный "арсенал" современной возрастной психологии, является теория американского психолога Эрика Эриксона (Erikson E.H.,1964) о восьми стадиях развития личности. В психологии взрослых людей он выделил три основные стадии: ранней (25-35 лет), средней (35-45 лет) и поздней (45-60 лет) зрелости.

Ранняя зрелость (25-35 лет) — главным психологическим моментом этого возраста является установление интимности и близких личных связей с другим человеком. Если человек терпит неудачу в интимном общении, то у него может сформироваться и нарастать чувство изоляции от людей с ощущением, что он может во всем полагаться только на себя самого.

Двадцатилетние обычно имеют дело с выбором супруга и карьеры, намечают жизненные цели и начинают их осуществление. Позже, около тридцати лет, многие приходят к переоценке своих прежних выборов супруга, карьеры, жизненных целей; иногда дело доходит до развода и смены профессии. Наконец первые годы после тридцати, как правило, время сживания с новыми или вновь подтверждаемыми выборами.

Средняя зрелость (35-45 лет) — этот период является периодом своеобразной переоценки личностных целей и притязаний и часто сопровождается внезапным ощущением и осознанием того, что уже прожито полжизни — "кризис середины жизни" (Джекс, 1965). Кризис середины жизни — это нормативное, связанное с возрастным развитием событие; это то время, когда люди критически анализируют и оценивают свою жизнь. Одни могут быть удовлетворены ею, считая, что они достигли пика возможностей. Для других анализ прожитых лет может стать болезненным процессом.

Кризис середины жизни обычно определяется расхождением между мечтами, целями молодости и действительными, достигнутыми результатами. Поскольку мечты молодости чаще являются не очень реальными, то и оценка достигнутого также часто оказывается негативной и окрашенной отрицательными эмоциями. Человек начинает пессимистично оценивать и свое будущее — "уже не успеть, а менять что-либо уже поздно...". Заполняя опросники, люди в возрасте 35-40 лет начинают не соглашаться с такими фразами, как "есть еще уйма времени, чтобы сделать большую часть того, что я хочу". Вместо этого они констатируют: "Слишком поздно что-либо изменить в моей карьере" (Гоулд, 1975; цит. по Массен П., Конгер Дж. И др., 1982).

Убывание физических сил и привлекательности — одна из многих проблем, с которыми сталкивается человек в годы кризиса среднего возраста и в последующем. Для тех кто полагался ранее на свои физические качества и

привлекательность, средний возраст может стать периодом тяжелой депрессии. Многие люди просто начинают жаловаться на то, что они начинают больше уставать — не могут, например, как в студенческие годы проводить несколько дней без сна, если этого требовало важное дело. Хотя хорошо продуманная программа ежедневных упражнений и соответствующая диета оказывают свое положительное действие. Большинство людей в среднем возрасте начинают полагаться не на "мышцы", а на "мозги". Они находят новые преимущества в знании, накопленном жизненном опыте; они приобретают мудрость.

Другим важным вопросом среднего возраста является сексуальность. У среднего человека в среднем возрасте могут наблюдаться некоторые отклонения в сексуальных интересах, способностях и возможностях, особенно по мере того как подрастают дети. Он может удивиться тому, сколь большую роль сексуальность играла для него ранее в отношениях с людьми. С другой стороны есть люди, которые и в среднем возрасте продолжают рассматривать каждого человека противоположного пола лишь в рамках сексуального притяжения или отталкивания, а одноименного пола — как потенциального соперника. По мнению психолога Пека (1968) в более удачных случаях достижения зрелости сексуальная эгоцентрическая установка до известной степени блокируется, а партнеры по общению воспринимаются более как потенциальные друзья и взаимопонимающие личности, т.е. "социализация" в отношениях с людьми замещает прежнюю "сексуализацию".

Успешное разрешение кризиса среднего возраста включает обычно переформулировку целей на более реалистичные с осознанием ограниченности жизни всякого человека. Супруг, друзья и дети приобретают все большее значение, тогда как собственное Я все более лишается своего исключительного положения (Гоулд, 1972). Главным в средней зрелости становится желание повлиять на следующее поколение через собственных детей или путем личного вклада в успехи общества. Эта центральная тема "генеративности" и определяет желание человека быть продуктивным, нужным окружающим людям, что, в свою очередь, и делает его счастливым. Жизненная неудача на этой стадии может также способствовать изоляции и поглощенности только самим собой.

Поздняя зрелость (45-60 лет) — протекает неодинаково у людей ярко переживших кризис середины жизни и у людей, которым удалось его избежать. Последние не производили осознанно ревизии своих планов и достижений и гораздо легче теряют энергичность и живость, так необходимую для продолжения своего личностного роста в последующие годы.

Если переоценка ценностей в середине жизни все же состоялась, то ее следствием является глубинное обновление личности с ростом удовлетворения собой в последующие годы. Активность личности не снижается и даже наблюдается ее рост. Например, имеются наблюдения, что кроме первого оптимального интервала для выдающихся открытий (40 лет) существует и второй пик творческой активности — в 50-55 лет (Leman H.C., 1953; Пельц Л., Эндрюс Ф., 1973).

СТАРЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЯ СТАРОСТИ

Человек, как и все живые существа, рождается, растет и развивается, достигает зрелости, а затем постепенно начинает увядать, стареет и умирает. Старение и старость — нормальное, естественное, физиологическое явление, это определенный отрезок онтогенеза.

В литературе существуют большие расхождения в определении понятия “поздний возраст” и той возрастной границы, которая знаменует начало старости. В 1970 году на совещании научной группы ВОЗ была достигнута договоренность считать 65 лет началом позднего возраста (old age), хотя убедительного научного и клинического обоснования для его выделения нет. Соответственно возраст в 50-64 года считается в геронтологии средним, в 65-74 года — предстарческим (пожилым), в 75-90 лет — старческим.

Большинство клиницистов, и в первую очередь психиатры, рассматривают возраст в 45-50 лет как начало *инволюции* у человека. Весь инволюционный отрезок онтогенеза ими подразделяется на три периода: 45-60 лет — климактерический, пострепродуктивный период; 60-70 лет — пресенильный период (пожилой, предстарческий возраст); 70 и более лет — сениум (старость).

Физиологический и патологический климакс. Климакс (от греч. klimax — лестница), или климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области (повышение порога чувствительности к регулирующему влиянию половых гормонов), приводящей к нарушению цикличности менструаций и полному прекращению репродуктивной способности. Еще до конца невыясненные механизмы ведут также и к дисрегуляции вегетативных центров в головном мозге, повышению возбудимости симпатергических структур и лабильности сердечно-сосудистой системы. Все это порождает симптомокомплекс климактерического периода: повышенная потливость, приливы жара с покраснением кожи, лабильность пульса и артериального давления, а также изменения эмоционального состояния (повышение возбудимости, тревожность, ипохондричность и т.д.).

Большинство авторов физиологическим считают климакс, протекающий без выраженных патологических симптомов с постепенным угасанием менструальной функции. Патологический климакс проявляется дисфункциональными маточными кровотечениями, а собственно климактерический синдром, кроме вегетативных и эндокринных проявлений, уже включает комплекс более выраженных психопатологических нарушений. Происходит своеобразная перестройка системы отношений личности. М.Э. Телешевская (1969) подчеркивает, что даже бывшие ранее активными и энергичными женщины становятся в этом возрасте мнительными, тревожными, у них снижается самооценка. Условно-патогенными невротизирующими факторами становятся такие проявления как изменение внешности (седые волосы, снижение тургора кожи, появление морщин). Иногда на первый план выступает нарастающая вялость, пассивность, равнодушие к тем сторонам жизни, которые ранее представляли интерес. Обычно климактерический синдром по преобладающим симптомам представлен четырьмя клиническими вариантами: астеническим, сенесто–ипохондрическим, тревожно-депрессивным и истерическим. Способность женщины адаптироваться к всевозможным жизненным ситуациям в период климакса снижается.

Явления климакса свойственны и мужчинам, однако инволюционное снижение и дезинтеграция половой активности у них находятся в большей степени зависимости от половой конституции. У лиц с задержками и дисгармониями пубертатного становления сексуального развития климакс протекает ярче и наступает раньше. В мужском организме отсутствует процесс, абсолютно эквивалентный климаксу женского организма. В частности нет выраженной возрастной инволюции сперматогенеза. Хотя репродуктивная функция у большинства мужчин с возрастом снижается, но и после 70 лет у половины мужчин сперматогенез качественно не снижен.

Мужской климакс диагностируется специалистами в возрастном диапазоне от 36 до 72 лет (в среднем около 50 лет) и также принято говорить о физиологическом и патологическом климаксе. Граница между ними весьма условна и определяется в основном степенью выраженности симптомов, сопровождающих гормональные сдвиги в системе гипоталамус–гипофиз–гонады. Одним из ранних признаков мужского климакса ряд авторов отмечают возникающую диссоциацию между “желанием”, т.е. психической составляющей полового влечения, и физической возможностью его реализации (“есть желание — нет эрекции”, “есть эрекция — нет желания”). Возможны варианты как “спокойного угасания” всех сексуальных функций (половая потребность утрачивает свою прежнюю “настоятельность”), так и случаи с преимущественно сексуально-генитальными

расстройствами (ускоренная или замедленная эякуляция, колебания эрекции), вегетативными дисфункциями (чувство жара, покраснение кожи, неустойчивость артериального давления, сердцебиения, потливость и др.), а также эмоционально–невротическими реакциями, которые возникают на самые незначительные отклонения привычного стереотипа сексуальности (Васильченко Г.С.,1983).

Для периода инволюции и собственно старости, как и для каждого другого периода жизни человека — детства, юности, зрелости — характерны возрастные особенности, своя возрастная норма. Если в молодости преобладают явления прогрессивного развития с нарастанием возможностей приспособления к окружающей среде, то в периоде увядания и обратного развития (инволюция), напротив, преобладают *регрессивные явления*, ухудшающие приспособительные возможности человека. Важно отметить, что хотя процесс старения и сопровождается ослаблением гомеостатических процессов, но одновременно происходит и приспособление всех систем организма к новому уровню жизнедеятельности. И.В. Давыдовский (1966) это процесс называет особой *инволютивной адаптацией*, "отвечающей физиологическим ресурсам старого человека"

Биологические аспекты старения. В рамках биологических подходов к старению основной проблемой геронтологии, которая была сформулирована еще А.А. Богомольцем (1938), является изучение старения организма с целью профилактики его преждевременного старческого увядания. Не все клетки, ткани, органы и системы организма старятся одновременно и в одинаковой степени, но при всем этом процесс физиологического старения закономерно гармоничный. Старение, в отличие от болезни, является универсальным процессом, ему подвержены все без исключения члены популяции. Хотя между календарным (возрастным) и фактическим (телесным и психическим) старением не всегда отмечается совпадение (может быть как запоздалое, так и преждевременное старение), все же, в основном, поздний возраст определяет старческие изменения в организме.

Возрастные дегенератирующие изменения, которые неуклонно прогрессируют, сами по себе не являются патологией, но при всем этом происходят сложные изменения в строении и функционировании всех систем организма, в том числе сердечно–сосудистой, эндокринной и нервной. Падает "запас прочности", снижаются реактивные способности человека. Эти возрастные изменения затрудняют существование старого человека, он страдает от своих "старческих недугов", чувствует себя дискомфортно.

История изучения причин старения показывает, что со времени зарождения медицины вплоть до начала XX столетия наблюдалось две тенденции.

Первая — объяснять наступление старости постепенной потерей ("расходованием") каких-то веществ или свойств, которые присущи организму в молодости и приводящих, с их окончательным затуханием, к смерти.

Вторая — приобретение, накопление вредных воздействий, которые приводят к необратимым нарушениям гомеостаза, самоотравлению организма и угасанию жизни.

По мере развития науки менялись исходные теоретические позиции и способы доказательства, но эти две тенденции все равно прослеживались. Например, известная концепция И.И. Мечникова связывала старение с накоплением и воздействием на организм кишечных токсинов. В последующем эти идеи получили развитие в аутоиммунной теории старения, где главное значение придается аутоинтоксикации и снижению иммунитета по отношению к накапливающимся продуктам нарушенного обмена (*теории "непрограммированного" старения*).

Начиная с 60-х годов внимание исследователей все больше привлекает изучение нарушений генетической информации клетки как возможной причины преждевременного

старения и смерти. Существуют даже мнение, что старение является закономерным, генетически запрограммированным процессом, логическим следствием роста и созревания клеток (*теория генетически "запрограммированного" старения*, или биологических "часов"). В соответствии с так называемым "феноменом Хайфлика" (возможности числа делений клетки ограничены) предполагается, что именно гены "отключают" механизмы, которые ответственны за точность при воспроизведении клетки. Считается, что средняя продолжительность жизни человека определяется примерно 200 генами (Schneider, 1992). Полагают, что в популяциях с относительно большим числом долгожителей, ранее наблюдалась высокая смертность младенцев, что и способствовало генетическому закреплению в поколениях перспектив долголетия (Бенджамин Б., 1968; Алпатов В., 1962 и другие).

Психологические аспекты старения. Психологические подходы к старости описывают психологические особенности человека при старении. Собственно психические изменения, наблюдающиеся в процессе старения, связаны с процессами инволюции в центральной нервной системе. На скорость их возникновения и особенности проявлений существенное влияние оказывает вся биологическая и психосоциальная история предшествующих периодов жизни — врожденные особенности, приобретенные личностные качества, психические и социальные характеристики, составляющие жизненный опыт данного человека, перенесенные заболевания, травмы и т.д. Поэтому, наряду со свойственными старению общими, *облигатными* изменениями психических функций, психическое старение у каждого человека имеет и свои индивидуальные проявления — каждый старится по своему. Не случайно говорят, что на протекание процесса старения существенное влияние оказывают и представления самого человека о том, что есть старость и как она должна протекать.

Снижение активности и замедление всех психических процессов — наиболее характерная черта старения психики. Замедленность касается как простых сенсорных функций (зрение, слух, вкус, осязание), так и более сложных — психомоторики, восприятия нового, запоминания, мыслительных операций. Замедляются и все поведенческие реакции, включая способность к адаптации в меняющихся условиях.

В процессах замедления главную роль играют возрастные морфо–функциональные изменения в нервной системе, которые характеризуются повышением порога возбуждения в нервных клетках и волокнах. Кроме этого, в процессах замедления определенную роль имеют и психологические факторы — настроение пожилого человека, личностная установка на выполнение задания, неожиданность или ожидаемость решаемой задачи, ее сложность.

Если перед людьми разного возраста поставить одну и ту же задачу, требующую сосредоточения внимания, напряжения памяти, то по времени ее выполнения можно сделать вывод: чем старше возраст, тем продолжительнее процесс ее решения, реализация запрограммированного объема деятельности замедляется.

При выполнении умственной работы также периодически возникают паузы–перерывы (более 5,5 секунд). Их количество также с возрастом увеличивается, составляя в среднем в 20–24 года 8 сек; в 50–54 года — 13 сек; в 60–64 года — 19,9 сек; в 70–74 года — 23,3 сек. Это свидетельствует о снижении энергетических возможностей нервных клеток, что приводит к тормозным состояниям (паузы–перерывы), которые имеют приспособительное или охранительное значение.

Умственно–познавательная деятельность стареющих и старых людей претерпевает характерные изменения. С возрастом постепенно снижается острота и скорость восприятия, ослабевают параметры внимания, ухудшается память.

Снижение функции памяти, ассоциируемое со старением, как одним из наиболее частых его признаков, наблюдается далеко не у всех старых людей. Память у них ухудшается первоочередно на материал, который не организован по смыслу, т.е. большей степени страдает механическая память. Одновременно, пожилые хуже запоминают материал сложных и редко употребляемых логико-смысловых структур, т.е. эти нарушения мнестической деятельности уже касаются логико-смысловой памяти.

В любом случае процессы восприятия, внимания и памяти являются только “предпосылками” собственно интеллектуальных способностей, а в улучшении функционирования этих процессов заключаются скрытые резервы повышения познавательной активности пожилых людей. Это особенно важно учитывать специалистам при работе с пожилыми людьми, так как собственно умственная деятельность, т.е. способность к анализу и синтезу, процессу образования понятий, суждений и умозаключений, долго у них является не нарушенной. Эта сохранность наиболее стабильна в сфере профессиональных интересов пожилого человека, т.е. если она основана на использовании прошлого опыта и накопленной в течение жизни информации. Что касается способностей к усвоению нового опыта, то здесь наблюдается с увеличением возраста снижение интеллектуальных возможностей стареющего человека. Мотивация познавательной активности также претерпевает изменения в сторону занижения интереса к новому и оживления, преувеличенного интереса к прошлому. Этим может объясняться негативная установка к познанию нового, актуального и одновременно — возрастание консерватизма мышления и взглядов.

Долгая сохранность привычной профессиональной деятельности у многих пожилых людей находит объяснение в том, что несмотря на то, что у старых людей снижается способность к усвоению нового и способность к адаптации, но длительное время не нарушены функции оперирования накопленными в процессе жизни знаниями. Лишь с предъявлением новых и повышенной трудности задач, с нарушением привычных стереотипов умственной деятельности, может наступить ее упадок и психическая декомпенсация. Творческие мышление и творческие способности с возрастом у большинства людей также снижаются, хотя в истории известно много случаев их полной сохранности до глубокой старости.

Эмоционально–волевая сфера стареющих и старых людей также претерпевает характерные изменения. Относительно старения эмоциональной сферы существует мнение, что выявляемые биохимические сдвиги у пожилых людей (снижение активности норадреналин– и серотонинергических систем с ростом уровня адреналина в тканях) предрасполагают по мере старения к более частому появлению депрессивного и тревожного настроения. С другой стороны на состояние эмоциональной сферы большое значение оказывает социальная сторона жизни пожилого человека. В этом отношении ущербными для личности являются переживания утраты прежних социальных ролей, уменьшение доходов, ограничение социальных контактов. Все это способствует развитию мнительности, неуверенности, сосредоточению интересов на здоровье и сугубо личных жизненных проблемах. Отсюда повышенное внимание к своему здоровью, стремление к самоанализу и лечению, опасения бедности и повышенное чувство бережливости старых людей. Неуверенность в совокупности со снижением физического потенциала и психосоциальными факторами старения способствует развитию мнительности, неуверенности в своих силах, тревожности и склонности к грустному настроению у многих старых людей.

В литературе описывается также своеобразное эмоциональное состояние пожилых людей, обозначенное как *возрастно–ситуативная депрессия* при отсутствии жалоб на это состояние (Шахматов Н.Ф., 1996 и др.). Она характеризуется ослаблением аффективного тонуса, замедленностью и отставленностью аффективных реакций; при этом лицо старого человека ограничено в возможностях передать душевные эмоциональные движения. Пожилые люди могут сообщить о чувстве пустоты окружающей жизни, ее суетности и ненужности. Интересна и полна смысла была только жизнь в прошлом, но она никогда не вернется. Все эти переживания воспринимаются пожилыми людьми как обычные и не носящие болезненного характера. Они являются как бы результатом переосмысления жизни и имеют адаптивную ценность, поскольку предохраняют человека от стремлений, борьбы и от сопряженного с ним волнения, которое крайне опасно для стариков. Исследования американских психологов показали, что тенденция к необоснованному, не подкрепленному серьезными интересами и основаниями оптимизму, имеет негативное влияние на продолжительность жизни в старости (Kalish R., 1979).

Характерологические изменения, свойственные нормальному старению, можно рассматривать как происходящие за счет продолжения усиления присущих людям в более молодом возрасте черт в совокупности с изменениями, привносимыми самим процессом старения. Так, некоторые люди с тревожно-мнительными чертами становятся еще более мнительными, тревожными и подозрительными, у расчетливых развиваются мелочность и скупость, доходящие при акцентуации до постоянного страха быть обворованным, оказаться нищим. Принципиальность и твердость установок часто преобразуется в непримиримость к взглядам окружающих, порождают “войну поколений”, конфликты с окружающими. Эмоциональная несдержанность заостряется до степени взрывчатости, а иногда до полной утраты контроля над эмоциональными реакциями. Сенситивность может перерастать в стойкое чувство пониженной самооценки, а при заострении проявляется в депрессивном фоне настроения, в переживаниях ущерба, отношения и преследования по типу сверхценных идей.

В силу соматических недугов и болезней, присущих старению, а также условий, способствующих “уходу в себя”, старые люди больше сосредоточены на состоянии здоровья, становятся ипохондричными, много времени уделяют медицинским обследованиям, визитам к врачам, в их интересах все это приобретает доминирующее значение. В связи с этим “отношения” стариков с медициной становятся особой этико–деонтологической проблемой. В силу ухудшающегося здоровья, мнительности, тревожности, неуверенности в будущем и снижения жизненной и социальной перспективы старые люди больше подвержены паническим настроениям, труднее приспосабливаются к переменам личной и общественной ситуации, часто при этом наступает временная декомпенсация психической деятельности (например, депрессии при перемене привычных условий, в частности квартирных, при появлении в семье новых членов, при уходе на пенсию и т.д.).

Наряду с указанными ущербными сдвигами характера, у многих людей в старости наблюдаются и положительные изменения. Можно нередко наблюдать умиротворенность, отход от мелочных интересов жизни к осмыслению главных ценностей, адекватную переоценку своих желаний и возможностей, сглаживание противоречивых черт характера. Рассматривая изменения характера в старости, нельзя, по-видимому, строго разграничить указанные тенденции, ибо у одного и того же человека могут наблюдаться как негативные, так и положительные изменения.

Известный психолог Эриксон для периода жизни в 60-70 лет выделяет главную психологическую тему — ***тему единства***, т.е. способности взглянуть на прошлую жизнь с удовлетворением. Если жизнь приносила удовлетворение и

человек достиг чувства единства с собой и другими людьми, то старость будет счастливой порой. По мере того как укорачивается будущее, человек чаще обращается к прошлому, пересматривая свою жизнь, нередко с мудростью, позволяющей придать другое, большее значение эпизодам и ситуациям его жизни. Цель развития в старости — достижение ощущения, что прожита значительная и полная удовлетворения жизнь, а также то, что и в настоящий момент она максимально активна.

Социологические аспекты старения. Социологические подходы к изучению старости и старения концентрируют внимание на положении стареющего человека в обществе, места его в социуме. Физическое, психическое, социальное и экономическое благополучие и здоровье у пожилых людей взаимосвязаны теснее, чем в более молодых возрастных группах, что обуславливает необходимость их комбинированной оценки. Особое значение при этом придается взаимоотношениям старого человека с его ближайшим окружением. При существующей замедленности и психосоциальной интровертированности, трудностях адаптации к переменам у пожилых создаются условия для развития ригидности и консерватизма суждений, недооценки опыта новых поколений и идеализация собственного опыта. Это приводит к непониманию и конфликтам с молодыми, нарушению взаимоотношений в семье. Непонимание психологических особенностей старых людей более молодыми членами семьи усугубляет разрыв и приводит нередко к социальной изоляции стариков в семье, что представляет опасность их психической декомпенсации. Напротив, доброжелательная микросоциальная атмосфера способствует сохранению психического здоровья, самооценки, достоинства и положительных социальных установок и взглядов старых людей.

Медицинские аспекты старения. Медико–психологические подходы к проблемам старости разнообразны и они не ограничиваются отклонениями от “нормативной” линии психологического старения, обусловленными физиолого–биологическими факторами. Важное значение при этом придается и субъективной оценке, личностного отношения человека происходящих с ним изменений. По наблюдениям психиатра–геронтолога А.У. Тибиловой (1991), существуют три типа нормовозрастных изменений личности в позднем возрасте. В основе их различий лежит фактор субъективной оценки убывающих с возрастом психофизиологических возможностей и социальных утрат.

Первый тип — тип адекватного самовосприятия с пониманием ущербных изменений: повышенной тревожности, неудовлетворенности своими возможностями, пониманием неотвратимости усиления недугов и стремлением “себя обезопасить”, консерватизма взглядов и ригидности суждений, интересов.

Второй тип — гипертрофированное восприятие изменений, претерпеваемых с возрастом, в психической, физической и социальной сферах, что проявляется в грустным настроением, чувством невозвратимости жизненных потерь, “замыканием” интересов на вопросах здоровья, социального и материального благополучия, развитием ипохондричности, тревожности и в целом — интровертированности.

Третий тип — полярный предыдущему, характеризуется субъективной недооценкой возрастных изменений, несколько преувеличенным представлением о своих способностях наряду с недооценкой сниженных возможностей.

Второй и третий типы при нарастающем заострении черт характера представляется граничащими с акцентуацией личности соответственно по типу депрессии и гипомании.

При *патологической старости* эти и все другие особенности изменений психики в позднем возрасте приобретают утрированно заостренный характер. У старых людей чаще, чем у молодых стирается грань между нормой и патологией. Вследствие повышения чувствительности, снижения реактивности и падения выносливости к различным раздражителям и стресс–факторам, даже незначительные, обычно непатогенные физические и психические раздражители могут вести у людей в позднем возрасте к дезорганизации гомеостаза, к декомпенсации и заболеваниям.

В происхождении и структуре психических расстройств у стариков в значительно большей степени, чем у молодых, нечетки границы между психогенным и соматогенным, функциональным и органическим, локальным и общецеребральным.

Различные неприятные переживания, даже не очень тяжелые, могут вести не только к невротическим и реактивно–психотическим состояниям, но и к расстройствам ясности сознания, "спутанности". Если у пожилого человека вдруг появляются симптомы когнитивного дефицита, то не следует спешить и с постановкой диагноза деменции, так симптомы когнитивной несостоятельности у пожилых людей, особенно страдающих церебральным атеросклерозом, часто могут маскировать *психологические реакции утраты* (реактивную депрессию), например, после смерти супруга.

Нарушения психики у старых людей легко возникают и при относительно не очень тяжелых соматических заболеваниях. Врачам, работающим с пожилыми людьми, также следует помнить, что симптомы психических расстройств могут быть первыми признаками появления какого-либо соматического недуга, например пневмонии. Низкая соматическая реактивность старого человека приводит к слабой выраженности собственно соматических признаков заболевания, но одновременно акцентируются патологические реакции психики на соматические вредности.

Деменция. Пожилой и старческий возраст является безусловно установленным прогностическим фактором риска возникновения деменции. Учитывая, что большинство лиц старшего возраста не демонстрируют признаков органического мозгового синдрома, этот диагноз не может рассматриваться как проявление возрастной нормы.

Клинические проявления деменции зависят от этиологии, течения, интенсивности расстройства и преморбидных черт личности. Клиника во многом определяется топографией пораженных мозговых структур (обычно это атрофические процессы, сосудистые и другие заболевания мозга) и, в частности, их отношением к доминантному полушарию. Преимущественное вовлечение лобных долей характеризуется нарушением абстрактного мышления, концентрации внимания, контроля влечений, а также определенными нарушениями моторики. При преимущественном поражении верхних отделов лобных долей доминируют апато–депрессивные проявления, при большей вовлеченности орбитальных отделов на первый план выступают импульсивность, расторможенность, психопатоподобное поведение. Поражения височных долей связаны с нарушениями памяти, аффективными расстройствами и изменениями личности. При поражении теменных долей наблюдаются агнозии, апраксии и парестезии.

Согласно эпидемиологическим данным у 5% лиц старше 65 лет наблюдается крайний упадок интеллекта, включающий дефектность познания, прогрессирующую амнезию и изменения личности — сенильная деменция (старческое слабоумие). Еще у 10% наблюдаются более мягкие проявления деменции. Среди лиц старше 80 лет выраженные признаки деменции отмечаются уже у 20%. Человек, страдающий сенильной деменцией, может ясно помнить события своего детства, но быть не в состоянии припомнить то, что произошло час назад. Из–за симптомов умственного распада больной не в состоянии следить за собой и справляться с элементарными гигиеническими процедурами, нуждается в постоянном уходе. Зарубежные авторы (Крэйг Г., 2000 и др.) считают, что приблизительно 50% людей с диагнозом старческое слабоумие страдают

болезнью Альцгеймера. Еще примерно 30% перенесли серию микроинсультов, повредивших мозговые ткани.

При *болезни Альцгеймера* и других, сходных с ней атрофических заболеваний мозга (болезнь Пика, Гентингтона, Паркинсона), происходит прогрессирующее разрушение мозговых клеток, особенно клеток коры головного мозга. Точный диагноз этой болезни можно поставить только при аутопсии (вскрытии). При гистологическом исследовании обнаруживают в мозговой ткани наличие сенильных бляшек и характерные изменения нейрофибрилл, которые скручиваются в утолщенные жгуты и клубки. Причины болезни Альцгеймера не известны, хотя можно предположить влияние генетического фактора в ее развитии. Полагают, что болезнь связана с геном, распложенном в 21 хромосоме и кодирующим аполипопротеин Е — ApoE (Miller, 1993). Из других возможных причин развития болезни иногда называют нарушения обмена алюминия, высокая концентрация которого часто наблюдается в клетках мозга у больных (Doll, 1993 и др.). Первым симптомом болезни обычно становится прогрессирующая забывчивость, сочетающаяся с утратой привычных навыков (например, одеваться или есть). Больной не узнает знакомых, даже любящий супруг может внезапно показаться незнакомцем. Смерть обычно наступает от присоединившейся инфекции на фоне полной адинамии через 2–8 лет от начала заболевания.

Когда симптомы деменции развиваются внезапно или скачками, то более вероятной причиной является инсульт или серия микроинсультов. Эту форму интеллектуального снижения называют *мультиинфарктной деменцией*. Больные здесь обычно осознают свой когнитивный дефицит, обеспокоены им. Микроинсульты чаще всего возникают из-за церебрального атеросклероза, когда происходит накопление холестериновых бляшек на внутренних стенках артерий мозга. Особенно велик риск инсульта для лиц, страдающих общим атеросклерозом, гипертонической болезнью или сахарным диабетом.

Очень редко (один первично заболевший на миллион населения) встречается дегенеративное заболевание мозга, вызываемое специфическим вирусом — болезнь Крейцфельда–Якоба. При этом, наряду с нарастающими признаками деменции, развиваются и выраженные неврологические признаки: хореоатетоз, спастический паралич конечностей, экстрапирамидные симптомы, дизартрия. Больные умирают через 1–2 года от начала болезни; методы лечения неизвестны.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

В период взрослости развитие человека приобретает новый характер, так как оно уже больше не связано с заметным физическим ростом и быстрым приобретением когнитивных навыков. Развитие в этом возрасте определяется, преимущественно, по социальным и культурным ориентирам (вторичная социализация). Хронологический возраст взрослого ни для самого человека, ни для окружающих не имеет большого смысла. Значение имеют его биологический, социальный и психологический возрасты, а также навыки совладающего поведения, т.е. то, как взрослый человек сознательно использует все свои ресурсы, чтобы реагировать на жизненно важные события.

Развитие взрослого человека можно рассматривать в контексте трех направлений развития его Я: Я как индивидуума, Я как члена семьи и Я как работника. В центре этих трех направлений стоит развитие того, что Эриксоном названо близостью и генеративностью, но и то и другое связано с формированием идентичности. В периоде ранней зрелости происходит выбор жизненных целей, супруга и карьеры. В периоде средней зрелости происходит реалистическая переоценка притязаний и достигнутого (кризис середины жизни), усиливающая тему генеративности. В периоде поздней зрелости глубинное обновление личности сопровождается удовлетворенностью сделанным. Хотя в периоде поздней зрелости уже появляются первые признаки старения, но все зависит от того, как люди реагируют на ее наступление.

Хотя для пожилого возраста и старости характерны определенные соматические, интеллектуальные и психологические проблемы, но физическое состояние и умственные способности отдельных людей в этом возрасте крайне различаются. Общей закономерностью этого этапа жизни, в отличие от предыдущих, является то, что окружающий мир, как физический, так и социальный, не расширяется, а сужается. Регрессивные явления в организме ухудшают адаптивные возможности пожилого человека как в биологическом, так психолого-социальных планах его существования.

Самооценка своего состояния и положения часто является надежным показателем психологического благополучия стареющего человека. По мнению Эриксона цель развития в старости — достижение ощущения, что прожита значительная и полная удовлетворения жизнь, а также то, что и в настоящий момент она максимально активна.

Возраст 45-50 лет рассматривают в медицине как начало инволюции человека. Инволюция начинается с климактерического периода, который связан с возрастной перестройкой гипоталамической области, угасанием репродуктивной способности. Иногда этот период сопровождается болезненными проявлениями, составляющими структуру климактерического синдрома.

Следующие за климактерием пресенильный и сенильный периоды сопровождаются процессами инволюции в центральной нервной системе и организме в целом. Снижение активности и замедление всех психических процессов — наиболее характерная черта старения психики.

При патологической старости особенности изменений психики, свойственные позднему возрасту, приобретают утрированно заостренный характер. В генезе и структуре психических расстройств у стариков в значительно большей степени, чем у молодых, нечетки границы между психогенным и соматогенным, функциональным и органическим, локальным и общецеребральным.

Вопросы для самопроверки

1. На какие этапы подразделяют период взрослости? Какие основания служат для выделения этих этапов?
2. Какие задачи, по мнению Эриксона, должны выполнить люди в период взрослости, чтобы почувствовать удовлетворение от своей жизни?
3. Чем дружеские отношения в периоде средней зрелости похожи и чем отличаются от таковых на более ранних этапах развития?
4. Какие периоды выделяются в инволюционном отрезке онтогенеза человека в клинико-психиатрической возрастной классификации?
5. Как взаимодействуют в процессе старения наследственность и среда? Какие существуют теории относительно причин и механизмов старения?
6. Каковы кратковременные и долговременные физические и психоэмоциональные изменения, связанные с менопаузой?
7. Как характеризуются основные изменения, происходящие в сенсорной и моторной сферах в пресенильном и сенильном периодах?
8. Какое влияние оказывает опыт на когнитивные способности и познавательную деятельность у пожилых людей?
9. Как старение эмоциональной сферы влияет на личность пожилого человека?
10. Что понимается под социологическими подходами к изучению старости? Как влияют взаимоотношения в семье на самочувствие пожилого человека?
11. Какие три типа нормовозрастных изменений личности описано геронтологом Тибиловой?
12. Что собой представляет патологическая старость? Каковы особенности реагирования на психотравмы и соматические болезни у пожилых людей?

Раздел 6
ЛИЧНОСТЬ И ОБЩЕСТВО: ПСИХОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

ГЛАВА 25

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ПСИХОЛОГИИ БОЛЬШИХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП

Социальная психология как наука

Вся сознательная жизнь человека проходит среди других людей. Еще на самых ранних этапах развития человечества люди собирались в группы, которые способствовали выживанию и развитию. Ученые считают, что многие особенности людей, такие как речь или рефлексивное мышление, являются результатом групповой, общественной жизни человека. Изучением закономерностей поведения, общения и деятельности людей, обусловленные включенностью их в социальные (человеческие, общественные) группы, а также психологические характеристики самих социальных групп изучает специальная отрасль психологии — ***социальная психология***. Ее главная задача состоит в том, чтобы исследовать и объяснять как устанавливаются и функционируют межличностные отношения в группе, а также связи между группами и обществом в целом.

Знание основ социальной психологии особенно необходимо современному врачу, т.к. медицина нашего времени все больше насыщается различными техническими средствами диагностики и лечения, идет закономерный процесс специализации, дифференциации и технизации лечебного процесса. Особенно важным в этих условиях является сохранение и углубление непосредственного, “лицом к лицу” общения врача с больным человеком, использование положительного терапевтического потенциала их взаимоотношений, взаимоотношений больного со своим социальным окружением. Для выполнения этого требования врач должен хорошо разбираться в тех межличностных отношениях, которые складываются у него как пациентами и их родственниками, так и с коллегами по лечебному процессу.

Уже давно замечено, что микросоциальные группы (семья, производственный коллектив), в которых протекает наша повседневная жизнь, существенно влияют на наше психическое самочувствие и здоровье в целом. Постепенно накапливались примеры оказания группой положительного влияния на психическое и соматическое здоровье человека. В частности получили известность гипнотические опыты массового лечения больных с различными заболеваниями австрийским психиатром Францем Антоном Месмером (1734-1815). Его теория излечивающего влияния “животного магнетизма”, распространяющегося среди людей во время гипнотического сеанса, в конце концов была забыта и заменена другими гипотезами. Сейчас мы уже знаем, что люди в группах ведут себя по предсказуемым психологическим законам и что группа сама может оказывать целебное воздействие. Развитие и использование групп в терапевтических целях было в большей степени делом времени и возрастания значения всех проблем, связанных с человеком (Рудестам К., 1993).

Понятие “группа” является основным, исходным понятием в социальной психологии. В обыденном языке это слово используется для обозначения довольно устойчивой и имеющей нечто общее совокупности индивидов. Социальные группы обычно подразделяют на условные (или статистические) и реальные.

Условные группы людей выделяются исследователем по определенному признаку — пол, возраст, профессия, материальное положение, наличие определенного заболевания и т.д. Хотя реальные личности в таких группах и не имеют прямых межличностных отношений, но их общие поведенческо–психологические характеристики все-таки можно выделить.

Реальные группы — это группы людей, которые реально существуют как общности в определенном пространстве и времени, они связанны между собой определенными объективными взаимоотношениями и межличностными отношениями. Наибольшей реальной группой является все человечество (класс или нация), а наименьшей — группа, состоящая из двух человек (начальник и подчиненный, муж и жена, врач и больной). Все остальные группы по своим размерам расположены в интервале между наибольшими и наименьшими группами.

По степени контактности между лицами, входящими в группу можно выделить группы контактные и неконтактные. *Контактная группа* — это обычно группа небольших размеров, объединенная общением (“лицом к лицу”) на одной территории — бригада, учебная группа, спортивная команда и т.п.

Другим важным критерием оценки всего многообразия групп является их функциональное назначение, которое и определяет количественный состав и структуру группы.

Когда в основе создания группы лежат официальные документы, говорят об *официальной группе* — это штат учреждения, больницы или отделения. Деловые (официальные) связи между ее членами образуют внешнюю структуру группы. Внутренняя структура группы отражает процесс неофициальной ее организации, который происходит вследствие психологического, а не правового взаимоотношения людей. Высшей формой организованной группы является *коллектив,* т.е. группа людей, являющаяся частью общества, объединенная общими целями совместной деятельности, подчиненной целям этого общества.

Неофициальные группы возникают на основе единой направленности психологической мотивации ее членов — симпатии, близости взглядов, убеждений, общности увлечений и т.п. Если исчезают мотивации, которые цементируют такую группу, то она непременно распадается.

Социология и социальная психология. Закономерности становления, функционирования и развития социальных общностей и социальных отношений в них, а также общества в целом являются предметом социологии (от лат. societas — общество и logos — учение). В настоящее время социология является чрезвычайно разветвленной наукой. Например, одной из ее областей является социология медицины, возникшая на стыке социологии и медицинских наук (организация здравоохранения, социальная гигиена, эпидемиология и др.) и изучающая социальную обусловленность здоровья населения. Социальная психология возникла на стыке психологии с социологией. До сих пор дискутируется вопрос о допустимости ее одновременного существования в рамках каждой из двух “родительских” дисциплин.

Как в социологии, так и в социальной психологии группой обычно принято называть довольно устойчивую совокупность людей, выделяемую на основе определенного объективного признака — этнических, политических, религиозных или иных реальных различий между людьми. Однако, в социальной психологии главное значение придается факту осознания человеком своей принадлежности к тем или иным общностям. В сущности его формирование и осознание себя как личности является

результатом пересечения различных групповых влияний. Для индивида, входящего в группу, осознание принадлежности к ней осуществляется прежде всего через осознание факта некоторой психической общности с другими членами данной группы. В социально-психологической литературе этот феномен иногда называют “Мы — чувством”, в отличии от другого образования — “Они” (Поршнев Б.Ф., 1966; Андреева Г.М., 1994). Таким образом, социальная психология, в отличие от социологии, прежде всего изучает психические явления, возникающие в процессе взаимодействия людей в различных общественных группах.

Социальная психология и идеология. Как две формы общественного сознания социальная психология и идеология имеют и общее и особенное. Общее состоит в том, что эти формы являются отражением общественного бытия. Здесь мы находим общие психологические и идеологические мотивы, свойственные эпохе и классу. Идеология (гр. idea — понятие, идея и logos — учение) — система политических, правовых, философских, нравственных, религиозных, художественных взглядов, отражающих интересы определенного класса. Нередко идеологию противопоставляют общественной психологии как рациональное к иррациональному. В действительности социальная психология шире идеологии. Она включает не только рациональное, но и эмоциональное и волевое начало. По сути она вплетена в саму жизнь и формируется ею, а не создается идеологами, преследующими при этом определенные цели — объяснить общественно-исторический процесс и указать пути его дальнейшего развития. Взаимодействие между общественной психологией и идеологией также имеет место и при изучении массовидных явлений психики — нельзя не учитывать господствующей в обществе идеологии и ее влияния на ум, чувство и волю масс.

Большие в количественном отношении образования людей разделяются на два вида: устойчивые социальные группы, которые сложились в ходе исторического развития (нации, классы, профессиональные группы) и стихийные группы, которые возникают случайно и существуют кратковременно (толпа, публика, аудитория и другие).

УСТОЙЧИВЫЕ БОЛЬШИЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ГРУППЫ

Большие группы — это социальные общности с большим числом членов, действующих совместно в значимых социальных ситуациях. В таких группах существуют специфические регуляторы социального поведения, отсутствующие в малых группах. Это нравы, обычаи и традиции, которые создают основу такой важной групповой характеристики как *образ жизни* членов группы. Определенную роль в консолидации больших социальных групп, особенно этнических, занимает наличие специфического языка. Влияние сходных социально-экономических условий жизни группы на сознание ее представителей осуществляется через личный жизненный опыт каждого члена группы и через общение.

Психологические характеристики группы представляют собой то типическое, что характерно всем индивидам, а не сумму черт, свойственных каждой отдельно взятой личности. Ясно, что это типичное не есть одинаковое для всех, но именно общее. В психологической структуре больших социальных групп наибольшее внимание уделяется двум параметрам:

1) *психическому складу* как образованию более устойчивому, включающему социальный или национальный характер, а также нравы, обычаи, традиции и другие уникальные вкусы и ценности;

2) *эмоциональной сфере* как более подвижному образованию, включающему потребности, интересы и настроения.

Фиксация типичных черт психологии представителей больших социальных групп в нравах, традициях и в обычаях требует использования при их изучении методов этнографии. Одним из современных форм применения таких методов

являются так называемые “межкультурные” (транскультуральные) сравнительные исследования, причем сравниваются не обязательно различные культуры, но и вообще различные социальные группы. При изучении психологии больших социальных групп применяются также методы, традиционные для социологии и языкознания, включая различные приемы статистического анализа данных.

Существенный вклад в исследование психологии больших социальных групп внесли разработка французской психологической школой концепции “социальных представлений” (Московиси С.). Под социальным представлением здесь понимается обыденное представление какой–либо группы о тех или иных социальных явлениях, т.е. это способ интерпретации и осмысления повседневной реальности. Социальное представление используется в выработке отношения к нему и способствует своеобразной интеграции группы, как бы “воспитывая” сознание ее членов и формируя у них групповую идентичность. Социальные представления, порожденные группой, достаточно долговременны, они могут передаваться из поколения в поколение, хотя при определенных обстоятельствах могут, конечно, и меняться со временем. Концепция социальных представлений по существу предлагает и метод исследования больших групп — через их анализ познается психологический облик группы.

Концепция социальных представлений помогает более точно определить и такое понятие как *менталитет*. Обычно под менталитетом понимают интегральную характеристику некоторой культуры, в которой отражено своеобразие видения и понимания мира ее представителями, их типичных “ответов” на картину мира. Типичный набор социальных представлений и определяет менталитет той или иной социальной группы, ее психологию и соответствующее поведение.

Психология социальных классов. Термин “класс” имеет разное содержание в американской и европейской социально-психологической литературе. В рамках европейской культуры понятие “класс” прежде всего сопряжено с определением политической принадлежности (“рабочий класс”, “буржуазия”), а для американской гораздо привычнее термины “средний класс”, “низший класс” и т.п. Это связано с тем, что в их социологических теориях социальная структура общества описывается с помощью такого понятия как “социоэкономический статус”, а не “социальный класс”.

При любом пути анализа структуры психологии классов значимым элементом их эмоциональной сферы являются классовые потребности и интересы. Проблема *классовых потребностей* в социальной психологии, в отличие от общей психологии, является менее разработанной. Считается, что классовое положение людей в значительной мере определяет их потребности. Но тогда не совсем ясен вопрос почему для какой-то части класса, называемой ее авангардом, свойственно пренебрежение личными материальными потребностями в пользу общественных. Другой элемент эмоциональной сферы классовой психологии — *классовые интересы*, также является более изученным в социологии, чем социальной психологии. Но для психологии важно выяснение вопроса о том, как классовый интерес, формируемый на уровне большой группы, определяет поведение и деятельность каждого отдельного человека. В ряде случаев в структуру эмоциональной сферы классовой психологии включают и так называемые *социальные чувства*, хотя это понятие общепризнанным в социально-психологической литературе не является. Наиболее активно социальные “чувства и эмоции” исследуются в рамках гуманистической психологии.

Психический склад, как наиболее устойчивый компонент в классовой психологии, обычно описывается как психический облик класса, который проявляется в определенном социальном характере. Понятие *“социальный характер”* более широко представлено в работах неофрейдисткого направления. В

частности Э. Фромм (1993) соотносит социальный характер с различными историческими типами самоотчуждения человека — "накопительский" тип эпохи раннего капитализма, "рыночный" тип эпохи 20-х годов и т.п. Чаще социальный характер определяется описательно не в терминах научной теории, а в художественных образах (произведения Бальзака, Драйзера, Горького). Кроме социального характера, психический склад также раскрывается в привычках, обрядах и традициях класса или социальной группы. Все они формируют комплексный признак класса — *образ его жизни*. Методы исследования образа жизни уже более близки к общепринятым психологическим методам, поскольку здесь возможно использование методик наблюдения или анализ продуктов деятельности.

Психология этнических групп. В отличие от психологии классов психологические особенности этнических групп изучены более обстоятельно. Выделилась даже специальная отрасль знаний на стыке социальной психологии и этнографии — этнопсихология. Хотя ее провозглашение относится к 1860 году (Лацарус М., Штейнталь Х.), но традиции исследования психологии этнических групп восходят в социальной психологии к работам В. Вундта по "психологии народов", где им предлагалось исследовать этнические группы методом анализа мифов, обычаев и языка.

> В 19 в. широкое распространение имели идеалистические теории "народного духа", согласно которым каждый народ обладает изначальными духовными качествами, которые предопределяют и лимитируют его возможности. Им на смену пришла биологическая интерпретация национального характера, рассматривающая его как нечто обусловленное генетически, передающегося по наследству. В начале 20 в. в этнопсихологии получила распространение развиваемая в русле неофрейдисткой ориентации концепция базовой, или модальной личности, которая в свою очередь ассоциировалась с типичными для данной культуры методами воспитания детей.

В современной этнопсихологии можно выделить ряд самостоятельных разделов: сравнительные исследования психофизиологических и психических качеств, культурологические исследования символического мира и народной культуры, исследования этнического сознания и самосознания, а также исследования особенностей социализации детей.

Наиболее изученным в структуре психологии этнических общностей является психический склад, как наиболее устойчивое образование больших социальных групп. Сюда включается национальный (этнический) характер, темперамент, традиции и обычаи, а иногда отдельно выделяют способности. Национальный характер понятие описательное. Его впервые использовали путешественники для обозначения особенностей поведения и образа жизни народов разных стран. Что касается национального характера, то он рассматривается как фиксация каких-то типических черт, но не отдельных людей, а многочисленной группы — нации или народности. Когда говорят о национальном темпераменте, то речь обычно идет лишь о специфических сочетаниях преобладающих типов темперамента в популяции, а не о жестком "привязывании" определенного темперамента к определенной этнической группе. Более сложен вопрос о способностях. Возможность занижения результатов тестовых испытаний способностей небезосновательно часто считается результатом неадаптированности теста к специфическим условиям определенной культуры.

> Многими исследователями подчеркивается, что игнорирование этнического контекста в научных исследованиях может давать тенденциозный материал, который

легко используется в различных политических доктринах. Обычно на уровне обыденного сознания людям свойственны тенденции к *стереотипизации* при восприятии социальных объектов. Возникновение этнических стереотипов исходит из осознания у людей "мы–чувства" и отличий от других групп ("они" — другие). Образ других групп при этом часто упрощается и исходит из прошлого, иногда негативного, опыта общения с ними. Складывающиеся, таким образом, стереотипы в дальнейшем влияют на возникновение этнических симпатий и антипатий. Конечно, сам факт осознания особенностей своей этнической группы не содержит в себе предубеждения против других групп. Но так дело обстоит до тех пор, пока осуществляется констатация этнических различий. Очень легко от такой констатации перейти к оценке другой группы, и тогда-то возможны искажения ее образа. Психологически при этом возникает явление этноцентризма — склонности воспринимать все жизненные явления с позиции "своей" группы.

Стихийные группы

Стихийные группы — это кратковременные объединения большого числа людей, собравшиеся вместе по какому-либо поводу и демонстрирующие какие-то совместные действия. Такая "группа" может быть в определенной степени кем-то организована, но чаще возникает стихийно, не обязательно четко осознает свои цели, но тем не менее может быть весьма активной. В современных обществах от действий таких групп часто зависят принимаемые политические и социальные решения. Важным фактором формирования стихийных групп является общественное мнение. Общественное мнение возникает по поводу определенных, отдельных событий и часто достаточно мобильно. Оценки могут быстро измениться под влиянием каких-то новых временных обстоятельств. Исследование общественного мнения — важный ключ к пониманию состояния общества.

В западной социальной психологии характеристики стихийных групп часто описываются как формы коллективного поведения. Учитывая, что термин "коллектив" в русском языке имеет весьма специфическое значение, целесообразнее определять этот тип поведения как массовое поведение (Андреева Г.М., 1994).

Толпа — образуется на улице по поводу самых различных событий: дорожно-транспортного происшествия, поимки правонарушителя и т.п. Длительность ее существования определяется лишь значимостью инцидента. В случаях выражения недовольства каким-либо социальным явлением толпа может возбуждаться и переходить к каким-либо действиям, иногда агрессивным. В толпе могут возникать элементы организации, если находится человек, который сумеет ее возглавить. В любом случае элементы организации очень нестабильны и стихия остается основным фоном поведения толпы.

Масса — описывается как более стабильное образование, но с нечеткими границами. Это манифестации, демонстрации и митинги. Здесь более высока роль организаторов, которые известны как лидеры тех организованных групп, которые приняли участие в данном массовом действии. Вместе с тем масса, как и толпа, достаточно разнородна, поэтому ее существование может быть неустойчивым.

Публика — кратковременное собрание людей для совместного времяпровождения на стадионе, в большом зрительном зале или на площади перед динамиком при прослушивании важного сообщения. В более замкнутых помещениях публику часто именуют аудиторией. Публика и аудитория собирается ради общей определенной цели и они более управляемы, но в случае каких-либо инцидентов возможны случаи выхода ситуации из под контроля организаторов.

Особенности общения и взаимодействия в стихийных группах. Общие черты различных типов стихийных групп позволяют говорить о сходных средствах процессов коммуникации и взаимодействия в них. Общественное мнение здесь дополняется из других и не только официальных источников информации. Определенную роль играют слухи и сплетни. У последних свои законы распространения и циркулирования, что также является предметом специальных исследований в социальной психологии. Образовавшийся таким образом сплав суждений начинает функционировать в массе или толпе, играя роль побудителя к действиям. При этом возникает особый эффект доверия именно к той информации, которая получена "здесь и теперь" без всякой потребности проверки ее достоверности. Именно это и порождает специфические формы общения и взаимодействия.

Психическое заражение — в самом общем виде определяется как бессознательная невольная подверженность индивида определенным психическим состоянием. Поскольку это эмоциональное состояние возникает в массе людей, то действует механизм многократного взаимного усиления эмоциональных воздействий. Особой ситуацией, где усиливается воздействие через психическое заражение, является ситуация паники. Своевременному прекращению паники способствуют силы, способные внести элемент рациональности в ситуацию и определенным образом захватить "руководство" в ней.

Внушение — представляет собой особый вид воздействия, связанный с целенаправленным, но не аргументированным воздействием одного человека на другого или на группу. Кроме внушения к способам сообщения относятся информация и убеждение. Только при внушении передача информации основана на некритическом ее восприятии. Многочисленные исследования показывают, что внушение в бодрствующем состоянии не менее эффективно, чем в гипнотическом сне. Человек, осуществляющий внушение, называется суггестор, а объект внушения — суггеренд. Явление сопротивления внушающему воздействию называют контрсуггестией. Решающим условием эффективности внушения является авторитет суггестора, создающий особый, дополнительный фактор воздействия — доверие к источнику информации.

В прикладном плане исследования внушения имеют большое значение для таких сфер, как пропаганда, реклама. Хотя основная черта пропаганды — апелляция к логике и сознанию, однако это не исключает присутствия элементов суггестии. Метод внушения выступает здесь как метод своеобразного психопрограммирования, т.е. относится к методам манипулятивного воздействия.

> В области рекламы разработана и особая концепция "имиджа", когда создается специфический "образ" воспринимаемого объекта, когда ракурс восприятия умышленно смещен и акцентуируются лишь определенные стороны объекта. Поэтому достигается иллюзорное отображение: между имиджем и реальным объектом существует так называемый "разрыв в достоверности". Имидж таким образом выполняет суггестивную роль и строиться на включении эмоциональных апелляций. Практика создания имиджа используется не только в рекламе, но и в политике, например, в период избирательных компаний.

Подражание — заключается не просто в принятии внешних черт поведения и психических состояний других людей, а в их воспроизведении. Подражание является наиболее характерным способом познания действительности ребенком, а подражательность — основным свойством его развивающейся личности. На различных этапах жизни ребенка подражанию играет различную роль: от слепого копирования в младшем возрасте к избирательному и сознательному принятию

определенных черт поведения других людей к периоду взрослости. Именно в детской психологии проводится в настоящее время основная масса экспериментальных исследований подражания, научения через наблюдение. Так исследования подражания стали предметом специальной теории, разработанной в рамках необихевиористкой ориентации Н. Миллером, Д. Доллардом и А. Бандурой. Описанные ими способы подражания могут проявляться и в ситуации массового поведения. В данных случаях механизм подражания выступает в тесной связи с механизмами психического заражения и внушения.

В *"теории подражания"* Г. Тарда (1892) подражание абсолютизируется и признается фундаментальным принципом развития и существования общества. Если в животном мире "закон повторения" реализуется через наследственность, то в человеческом обществе через подражание. Оно выступает источником прогресса: периодически в обществе совершаются изобретения, которым подражают массы. Эти изобретения впоследствии входят в структуру общества и вновь осваиваются путем подражания, которое непроизвольно и может быть рассмотрено как род "гипнотизма", когда осуществляется "воспроизведение одного мозгового клише чувствительной пластинкой другого мозга". Социальные конфликты теорией объясняются противоречиями между возможными направлениями подражания. Поэтому природа их подобна природе конфликтов в индивидуальном сознании при выборе новых образцов поведения.

Подражание можно подразделять на логическое и внелогическое, внутреннее и внешнее, подражание–мода и подражание–обычай, подражание внутри одного социального класса и подражание одного класса другому. Обычно подражание закономерно осуществляется от внутреннего к внешнему (внутренним образцам начинают подражать раньше: духу религии подражают раньше, чем обрядам) и низшие подражают высшим (провинция — центру, дворянство — королевскому двору и т.п.).

МАССОВЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ

Массовые социальные движения — особый класс социальных явлений, обладающий различными уровнями. Это могут быть широкие движения с глобальными целями (борьба за мир, против ядерных испытаний и охрану окружающей среды), локальные движения, ограниченные определенной территорией или определенной социальной группой (против использования ядерного полигона в конкретной местности или движение за равноправие женщин) и движения с сугубо прагматическими целями в очень ограниченном регионе (за смещение кого-либо из членов администрации муниципалитета).

Любое социальное движение всегда базируется на определенном общественном мнении, хотя в последствии оно само укрепляется и формируется по мере развития движения. Всякое социальное движение имеет в качестве цели изменение ситуации и формирует программу. Движение обычно отдает себе отчет в тех средствах, которые могут использоваться для достижения целей, в частности, в том, допустимо ли насилие как одно из средств. Всякое социальное движение также реализуется в той или иной степени на различных проявлениях массового поведения — демонстрации, митинги, съезды и пр.

В социальной психологии важными являются три вопроса: механизмы присоединения к движению, соотношение мнений большинства и меньшинства и характеристика лидеров.

Механизмы присоединения к движению могут быть объяснены через анализ мотивов участников движения. Они подразделяются на фундаментальные (определяются условиями существования, статусом конкретной социальной группы и ее отношением к политическому решению или акту законодательства) и сиюминутные (порождены

проблемной ситуацией и основаны чисто эмоциональными реакциями). Их соотношение определяет основательность и прочность движения.

В современной литературе предложены две теории, объясняющие причины присоединения индивида к социальному движению: теория относительной депривации и теория мобилизации ресурсов. В первой утверждается, что человек испытывает потребность достижения цели не в том случае, когда он абсолютно лишен какого-то блага (права, ценности), а только тогда, когда он этого лишен частично и может сравнить свое положение с положением других. Вторая теория делает акцент на более "психологические" основания присоединения к движению, утверждая, что человек испытывает потребности идентифицироваться с группой, ощутить себя ее частью и тем самым почувствовать свою силу, мобилизовать ресурсы. Обе теории страдают односторонностью, переоценивая значение лишь одного фактора и, по-видимому, вопрос о рекрутации сторонников социальных движений еще ждет своих исследователей.

Проблема соотношения большинства и меньшинства в любом массовом движении является одной из центральных в концепции французского социального психолога С. Московиси (1984). В любом социальном движении, поскольку оно объединяет разнородные группы людей, легко обозначается меньшинство, которое не соглашается с мнением большинства о способах достижения цели или иными вопросами. Это может ослабить движение и, следовательно, необходим диалог, обеспечивающий права меньшинства, перспективы для торжества и его точки зрения. Автором предлагаются характеристики условий, при которых меньшинство может рассчитывать на влияние в движении: они должны действовать синхронно, т.е. демонстрировать единодушие участников в каждый данный момент, а их позиции и поведение должно быть стабильным и во времени. Только при соблюдении этих условий переговоры меньшинства с большинством могут быть успешными. Необходима проработка и самого стиля переговоров: умение достигать компромисс, снимать излишнюю категоричность и др.

Лидер массового движения должен обладать особыми чертами: кроме умения наиболее полно выражать и отстаивать цели движения, он должен и чисто внешне импонировать большинству членов движения. Имидж лидера социального движения должен быть предметом его повседневного внимания. Прочность позиции и авторитета лидера в значительной мере обеспечивает успех движения. Эти же качества лидера способствуют удержанию движения в принятых рамках поведения, не допускающих легкости изменения избранной тактики и стратегии действий.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Социальная психология изучает закономерности поведения, общения и деятельности людей в группах, а также психологические характеристики самих групп. Группа это общность людей, выделяемая из социального целого на основе определенных признаков. Группы классифицируют по признаку взаимодействия — условные и реальные; по размеру — большие и малые (контактные); по общественному статусу — формальные (официальные) и неформальные (неофициальные).

Большие группы это социальные общности с большим числом членов, действующих совместно в значимых социальных ситуациях. Степень внутренней сплоченности и организованности этих групп различна и определяется образом жизни, наличием специфического языка. Большие социальные группы подразделяются на устойчивые (социальные классы и этнические группы) и стихийные (толпа, масса, публика). Кроме того, выделяется особый класс в больших социальных группах — массовые социальные движения.

В психологической структуре устойчивых больших социальных групп наибольшее внимание уделяется относительно устойчивому психическому складу (социальный, национальный характер, образ жизни и др.) и динамической эмоциональной сфере (потребности, интересы и др.). Образ жизни большой

социальной группы зафиксирован в нравах, традициях и обычаях, что требует при их изучении этнографических методов исследования.

При изучении психологических закономерностей возникновения и функционирования стихийных групп, наряду с исследованием общественного мнения, в социальной психологии большое внимание уделяется таким феноменам как психическое заражение, внушение и подражание. Паника, как особое эмоциональное состояние в массе людей, возникает и поддерживается по механизмам психического заражения. Исследования внушения имеют прикладное значение в таких областях как реклама, пропаганда. Исследования подражания стали предметом специальной теории в необихевиоризме

Массовые социальные движения могут быть глобальными и локальными. Они всегда базируются на общественном мнении, и сами влияют на его формирование. Всякое социальное движение имеет целевые установки и вырабатывает программу для их достижения. Реализуется движение в различных проявлениях массового поведения — демонстрациях, митингах, съездах. Важное прикладное значение в социальной психологии имеет изучение психологических механизмов присоединения людей к движению, вопросов урегулирования конфликтов внутри движения и роли лидера массового движения.

Вопросы для самопроверки

1. Как дать определение социальной психологии? Почему знания социальной психологии необходимы в деятельности врача?
2. Что собой представляют реальные группы? Какова психологическая структура официальной группы?
3. Какова психологическая структура больших устойчивых социальных групп? Какую роль в их исследовании играет концепция “социальных представлений” Московиси?
4. Какова психологическая структура этнических групп? Что собой представляет явление этноцентризма?
5. Что собой представляет состояние паники в группе людей? Каковы механизмы ее возникновения?
6. Каковы основные факторы, способствующие эффективности внушения? Как называют человека, который осуществляет внушение?
7. Что собой представляет массовое поведение? Какова роль подражания в его оформлении?
8. Что собой представляет массовое социальное движение? Почему люди присоединяются к тому или иному движению?
9. Каковы характеристики условий, при которых к мнению меньшинства в массовом социальном движении начинают прислушиваться?
10. Что собой представляет имидж лидера массового социального движения?

ГЛАВА 26

ПСИХОЛОГИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ

Малая группа — это немногочисленное по составу объединение людей, члены которого имеют общую цель и находятся друг с другом в непосредственных личных контактах. Впрочем, как отмечает известный социальный психолог М. Шоу (Shaw M.E., 1964), определение малой группы может быть дано и с точки зрения:

1) восприятия членами группы отдельных партнеров и группы в целом; 2) мотивации членов группы; 3) групповых целей; 4) организационных (структурных) характеристик группы; 5) взаимозависимости и 6) взаимодействия членов группы.

Сам М.Шоу основывался в трактовке группы на последнем из выделенных моментов, определяя группу как "двое или более лиц, которые взаимодействуют друг с другом таким образом, что каждое лицо влияет и подвергается влиянию каждого другого лица". Вместе с тем он считает, что, хотя взаимодействие есть существенный признак, который отличает группу от простого скопления людей, тем не менее важен и ряд других характеристик, а именно: продолжительность существования, наличие общих целей, развитие групповой структуры и т.п. К этим характеристикам необходимо добавить и такое отличительное свойство группы, как осознание ее участниками себя как "мы", т.е. своего членства в группе.

Если исходить из понимания группы, трактуя ее прежде как социальную группу, т.е. как элементарное звено структуры социальных отношений, как своеобразную функциональную единицу в системе общественного разделения труда, то наиболее емкое определение предложено Г.М. Андреевой (1987): "малая группа, это группа, в которой общественные отношения выступают в форме непосредственных личных контактов". Позднее (1994) она дает более универсальное определение: "Под малой группой понимается немногочисленная по составу группа, члены которой объединены общей социальной деятельности и находятся в непосредственном личном общении, что является основой для возникновения эмоциональных отношений, групповых норм и групповых процессов".

Это определение носит скорее описательный характер и допускает самые различные толкования в зависимости от того, какое содержание придать включенным в него понятиям. Например, в системе интеракционистской ориентации, где исходным понятием является понятие "взаимодействия", фокус может усматриваться именно в том, что малая группа — это определенная система взаимодействия, ибо слова "общая социальная деятельность" толкуется здесь в интеракционистском смысле. Для когнитивистской ориентации в том же определении отыскивается другой опорный пункт: не важно, на основе общей деятельности или простого взаимодействия, но в группе возникают определенные элементы групповой когнитивной структуры — нормы и ценности, т.е. самое существенное для группы в когнитивной социальной психологии.

В отечественной социальной психологии важное значение придается в определении установлению факта "общей социальной деятельности", что сразу задает группу как элемент социальной структуры общества, как элементарную ячейку в более широкой системе разделения труда. Наличие в малой группе общей социальной деятельности позволяет интерпретировать группу как субъекта этой деятельности и тем самым задать определенную теоретическую схему для всего последующего исследования. Малая группа — это не просто "контактная группа", не просто любые случайные контакты между

людьми, а контакты, в которых реализуются определенные общественные связи опосредованные совместной деятельностью.

Выбор определения малой группы связан с вопросом и о ее размерах. Малые группы могут быть разными по количественному составу: от 2-3 до 20-30 человек. Принято говорить о нижнем и верхнем количественных пределах группы. Мнение большинства исследователей сходятся на том, что группа начинается с "диады". Существует много исследований в рамках "теории диадического взаимодействия". Применение аппарата математической теории игр позволяет на диадах проигрывать многочисленные ситуации взаимодействия. Ограниченность теории диадического взаимодействия связывают с сильным упрощением реальных процессов, происходящих в группе. Присутствие третьего лица в группе создает новую позицию — наблюдателя. Этот новый "третий" элемент может добавить нечто к одной из позиций в конфликте, сам при этом, будучи в конфликт не включен. Таким образом, с теорией диады соперничает теория, признающая нижним пределом малой группы не два, а три человека. Спор о том, диада или триада есть наименьший вариант малой группы, может быть бесконечным. Впрочем, диаду можно рассматривать как лишь одну из разновидностей малой группы и как показывают исследования весьма интересным объектом социально-психологического анализа.

Что же касается верхнего количественного предела малой группы, то мнения специалистов на этот счет значительно расходятся, о чем свидетельствуют и различные предлагаемые величины. Причем многим авторам присуща произвольность определения их предела. Например, упоминавшийся ранее М. Шоу называет верхним пределом группы 20 человек, Дж. Морено, автор социометрической методики, говорит о группах и по 30-40 человек. Есть мнение, что верхний предел группы связан с "магическим числом" оперативной памяти (7±2), открытым Дж. Миллером. Одновременно многие полагают, что акцент при определении верхнего предела малой группы надо делать исходя из функциональной целесообразности величины группы в различных сферах реальной социальной практики.

Классификация малых групп

Существует огромное разнообразие существующих в обществе малых групп. Неоднозначность определения малой группы породила и множество их классификаций. Наиболее распространенными являются три классификации:

1) Деление малых групп на "первичные" (семья, друзья, соседи и т.п.) и "вторичные" (группы, которые непосредственных личных контактов не имеют, а для общения используются "посредники", например, радио). В настоящее время эта классификация практического значения не имеет.

2) Деление малых групп на "формальные" и "неформальные". В формальной группе заранее четко заданы все позиции ее членов, они предписаны групповыми нормами. Неформальная группа может создаваться внутри формальной, и она складывается стихийно на основе личных симпатий и интересов. Практически во многих случаях трудно провести грань между строго формальными и строго неформальными группами. Поэтому в социальной психологии появились попытки снять эту строгую дихотомию, введением понятия формальная и неформальная структуры группы (структура формальных и неформальных отношений). С другой стороны есть попытки разграничения понятий "группа" и "организация". Всякая формальная группа, в отличие от неформальной, обладает чертами организации.

3) Деление малых групп на “группы членства” и “референтные группы”. Группа членства рассматривается просто как местопребывания индивида в социуме, далекое от его установок и ценностных ориентаций. В референтной группе человек стремиться сохранить свое членство в группе. Открытие феномена “референтной группы” в 1942 году принадлежит американцу Г. Хаймену. Суть этого феномена заключается в высокой степени значимости группы для индивида с точки зрения его ориентаций на групповые нормы и ценности, влияния группы на систему его установок. Приведенное понимание термина “референтной группы” отличается от первоначальной трактовки Г. Хаймена, полагавшим, что референтная группа должна обязательно находиться где-то за пределами группы членства. Из большого числа групп лишь немногие выступают для человека в качестве референтных.

Чаще всего историю научных исследований малой группы датируют 1897 годом. В этом году американский психолог Н. Триплет опубликовал результаты экспериментального исследования, в котором показал меньшую эффективность индивидуального действия, выполняемого в одиночку, чем в условиях группы. Однако прошло несколько десятилетий, прежде чем эксперимент и строгое эмпирическое исследование стали основой социально-психологического исследования.

В 20-е годы 20 столетия неудовлетворенность умозрительными схемами направила исследователей на поиски объективных фактов по функционированию групп. Не утратили своего значения до настоящего времени в социальной психологии некоторые положения психолога США Г. Олпорта (1924), хотя, как ни парадоксально, но сам Оллпорт не считал, что имеет дело с реально существующими группами. По его мнению, реально существуют лишь отдельные индивидуумы; что же касается групп, то они трактовались им как “совокупность идеалов, представлений и привычек, повторяющихся в каждом индивидуальном сознании и существующих только в этих сознаниях”.

К концу 30-х — началу 40-х годов исследуются групповые нормы (Шериф М., 1936; Ньюкомб Т., 1943), складывается печально известная “теория черт” лидерства (правда делаются и первые попытки отойти от упрощенного понимания этого феномена), оформляется социометрическое направление исследования групп. Особый вклад в развитие психологии малых групп в эти годы внес эмигрировавший в США из фашисткой Германии К. Левин. Он явился основоположником крупного научного направления, широко известного под названием “групповая динамика”. Широко известны его представления о группе как “динамическим целом, обладающем свойствами, отличными от свойств составляющих его частей или суммы последних”.

Основные направления в зарубежной групповой психологии. К началу 70-х годов в зарубежной социальной психологии сложилось девять крупных подходов, определявших развитие групповой психологии: теория поля, интеракционисткая концепция, теория систем, социометрическое направление, психоаналитическая ориентация, общепсихологический подход, эмпирико-статистическое направление, формально-модельный подход и теория подкрепления.

Теория поля. Это направление берет начало в работах К. Левина, утверждавшего, что поведение личности есть продукт поля или иначе жизненного, социального пространства личности. Структурные свойства этого поля представлены понятиями, заимствованными из топологии и теории множеств, а динамические свойства — понятиями психологических и социальных сил. Важнейшим методом анализа сил психологического поля явилось создание в лабораторных условиях групп с заданными характеристиками и последующее изучение функционирования этих групп. Позднее вся совокупность исследований в этом плане получила название “групповой динамики”, а весь теоретический контекст — конструкции теории поля — были почти полностью отвергнуты.

Интеракционисткая концепция. Согласно этому подходу, группа есть система взаимодействующих индивидуумов и функционирование последних описывается тремя основными понятиями: индивидуальной активностью, взаимодействием и отношениями между членами группы. Выполненные в рамках этого направления работы посвящены в основном исследованию структурных аспектов группы.

Теория систем — данный подход близок к предыдущему и развивает представление о группе как системе. Главное различие между ними заключается в используемых элементах анализа. Теория систем описывает группу как открытую систему взаимозависимых позиций и ролей.

Социометрическое направление — связано с именем Дж. Морено (1958), который исходил из идеи о том, что в обществе можно выделить две структуры отношений: макроструктуру и микроструктуру. Макроструктура по Морено есть своеобразное "пространственное" размещение индивидов в различных формах их жизнедеятельности, а микроструктура означает структуру психологических отношений индивида с окружающими его людьми. Все напряжения и конфликты, в том числе и социальные, обусловлены несовпадением микро— и макроструктур. Для него это несовпадение означает, что система симпатий и антипатий не вписывается в рамки заданной индивиду макроструктуры: ближайшим окружением оказываются не обязательно приемлемые в психологическом отношении люди. Задача состоит в перестраивании макроструктуры таким образом, чтобы привести ее в соответствие с микроструктурой. Хотя наивность схемы очевидна, сама социометрическая методика, выявляющая симпатии и антипатии, получила широкую популярность. На ее основе возникло целое направление исследований, хотя и не обязательно в рамках теоретической концепции Морено. Правда возможности социометрической методики не следует переоценивать и ее нельзя рассматривать как общий универсальный метод изучения малых групп.

Психоаналитическая ориентация — базируется на идеях З. Фрейда и его последователей, фокусируя внимание главным образом на мотивационных и защитных механизмах личности. З. Фрейд первым включил идеи психоанализа в групповой контекст в своей работе "Психология масс и анализ человеческого "Я"" (1925). Он интересовался группами с позиций изучения психологии масс, подчеркивая тенденции участников группы следовать за сильными лидерами, идентифицироваться с ними. Сам Фрейд не особенно симпатизировал групповой психотерапии, однако его последователи попытались перенести методы индивидуального анализа на групповую психотерапевтическую практику. Основным критерием, с помощью которого психоанализ может быть в принципе отдифференцирован от других видов психотерапии, есть перенос, который означает чувства и поведение больного к аналитику и которые основаны на инфантильных желаниях больного по отношению к родителям. Существует и противоположный процесс — контрперенос, который относится к широкому спектру реакций аналитика на больного. Реальная связь между аналитиком и больным является основой терапевтического союза. Эти и другие идеи психоанализа легли в основу ряда теорий групповой динамики.

Общепсихологический подход — состоит в предположении, что многие представления о человеческом поведении, накопленные в общей психологии, применимы к анализу группового поведения. Это касается таких процессов как научение, мотивация, явления когнитивной сферы и др.

Эмпирико-статистическое направление — подчеркивает необходимость выведения основных понятий групповой теории из результатов эмпирического наблюдения и статистических процедур, например факторного анализа. Подобное понимание обусловило широкое применение процедур, разработанных в области тестирования личности. Например, Р. Кеттел известен исследованиями не только в области психологии личности, но и разработками социально-психологического характера.

Формально-модельный подход — использует приемы математического моделирования групповых процессов, но как отмечают некоторые зарубежные исследователи представители этого направления больше интересуются проблемами внутренней согласованности своих моделей, нежели степенью их соответствия естественным ситуациям. Вероятно, поэтому это направление мало что внесло в понимание группового процесса.

Теория подкрепления — базируется на идеях скиннеровской концепции оперантного обуславливания. Поведение в группе здесь рассматривается как функция двух переменных: вознаграждений и наказаний. Идеи теории подкрепления легли в основу двух крупных теорий малых групп, авторы которых Д. Хоманс, Д. Тибо и Дж. Келли.

Исследования групп в отечественной социальной психологии. Решающую роль в их становлении сыграли труды В.М. Бехтерева, который в 1910 году впервые в России сформулировал предмет и задачи "общественной" психологии. И сегодня представляют интерес его мысли о функциях коллективных целей, согласования индивидуальных и

выработки коллективных действий и др. В период 20-30-х годов в исследованиях коллектива обнаруживалось сильное влияние рефлексологических концепций В.М. Бехтерева, с формулированных им в книге “Коллективная рефлексология” (1921). Разработка многих теоретических положений о природе коллектива также связана с именами Д.Б. Эльконина и А.С. Макаренко.

В современной отечественной социальной психологии выделяют как минимум четыре крупных исследовательских подхода: деятельностный подход (Петровский А.В., 1979; Ярошевский М.Г., 1978, Андреева Г.М., 1980), социометрическое направление (Коломинский Я.Л., 1976 и др.), параметрическую концепцию (Уманский Л.И., 1975 и др.) и организационно-управленческий подход (Кузьмин Е.С., 1967 и др.).

СТРУКТУРА И ФЕНОМЕНОЛОГИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ

Основными элементами групповой структуры являются: социальный статус, социальная роль, групповая норма. Кроме того, важными составляющими любой малой группы являются феномены “группового давления” и “групповой сплоченности”.

Социальный статус (от лат. Status — положение, состояние) — это положение субъекта в системе межличностных отношений, определяющее его права, обязанности и привилегии. Один и тот же человек в различных группах (на работе, в семье, среди друзей) может иметь разный статус. Некоторые статусы предписаны человеку с рождения (пол, национальность, фамилия семьи), другие определяются тем, что человек осуществил в своей жизни (получение специальности, вступление в брак). Наивысшим статусом в малой группе характеризуется ее лидер и руководитель.

Социальной ролью называют ожидаемое поведение человека, обусловленное его статусом. Роль — это круг функций и видов поведения, которые считаются подходящими для данного члена группы и реализуются в определенном социальном контексте.

Поскольку человек исполняет одновременно несколько ролей (в семье, среди друзей и др.), то между ролями могут существовать конфликты. Они связаны с ситуациями, когда нужно одновременно удовлетворять противоречащим требованиям двух или более ролей — ролевой конфликт.

Можно выделить *формальные роли*, которые определяются в организации и *роли неформальные*, которые возникают в процессе взаимодействия людей. Примерами последних являются роли типа: “душа компании”, “козел отпущения”, “домашний клоун”, “добродетельный моралист” и др. Появление неформальных ролей предполагает длительные взаимосвязи, что характерно первоочередно для малых групп. С развитием группы возникают различные групповые роли.

Как внешние, так и внутренние факторы побуждают человека к освоению той или иной социальной роли. Внешние побудители это своеобразное психологическое давление значимых для человека людей, но большее значение имеют внутренние мотивы (выполнение каких-то желаний возможно через овладение человеком определенной роли, дающей ему определенные права и льготы; овладение ролью позволяет ему приобрести социально-психологическую защищенность, получить признание и др.).

Аутентичность — одна из важнейших интегративных характеристик личности, которая отражает способность человека в общении отказаться от различных социальных ролей, позволяя проявляться подлинным, свойственным только данной личности, особенностям поведения.

Групповая норма понимается как некоторое правило, регулятор развертывающихся в группе отношений. Нормы, как принятые правила поведения, руководят действиями участников и позволяют применять санкции к неприемлемым для данной общности формам поведения. В настоящее время собран большой экспериментальный материал по: а) влиянию и значению норм, разделяемых большинством группы, б) влиянию и значению норм, разделяемым меньшинством группы, в) изучению последствий отклонений индивидов от групповых норм.

Феномен группового давления. Его часто в социальной психологии именуют феноменом конформизма. Само слово конформизм в обычном языке означает "приспособленчество" и на уровне обыденного сознания приобретает некоторый негативный оттенок. В социально-психологической литературе больше говорят о конформности или "социальном влиянии", имея в виду чисто психологическую характеристику позиции индивида относительно позиции группы, принятие или отвержение им определенного стандарта, мнения, свойственного группе, меру подчинения индивида групповому давлению.

Функционирование групп зависит во многом от согласия их членов относительно каких-то фундаментальных жизненных ценностей. Различают внешнюю конформность ("подчинение"), когда мнение группы принимается индивидом лишь внешне, и внутреннюю (подлинный конформизм, "идентификация"), когда индивид действительно усваивает мнение большинства. Внутренняя конформность и есть результат преодоления конфликта с группой в ее пользу. При "интернализации" мнение других просто совпадает с системой ценностей данной конкретной личности.

Противоположным конформности являются понятия "независимость" или "самостоятельность позиции". Ее нельзя смешивать с позицией негативизма. Лишь на первый взгляд негативизм выглядит как крайняя форма отрицания конформности. Негативизм не есть подлинная независимость, а напротив — это специфический случай конформности, когда индивид ставит своей целью любой ценой противостоять мнению группы. Здесь он фактически зависит от группы, т.е. "привязан" к групповому мнению, но лишь с обратным знаком. Истиной позицией, противостоящей конформности является именно самостоятельность.

Дальнейшие исследования феномена конформности привели к выводу о том, что давление на индивида может оказывать не только большинство группы, но и меньшинство. В соответствии с этим стали выделять два вида группового влияния: нормативное (давление оказывает большинство, и его мнение воспринимается членом группы как норма) и информационное (давление оказывает меньшинство, и член группы рассматривает его лишь как информацию, на основе которой он должен сам осуществить свой выбор).

Отклонение членов группы от установленных в ней стандартов и норм поведения сопровождается применением к отклоняющимся определенных санкций в виде насмешек, угроз и пр. "Групповое давление" в группе выполняет следующие функции: а) помогают группе достичь ее цели, б) помогает группе сохранить себя как целое, в) помогает членам группы выработать "реальность" для соотнесения с ней своих личных мнений, г) помочь членам группы определить свое отношение к социальному окружению, что обеспечивает адаптацию в социуме.

Феномен групповой сплоченности. Курт Левин (1947) определяет групповую сплоченность как "тотальное поле сил, формирующее у участников чувство принадлежности к группе и желание в ней остаться". Большинство исследователей придерживаются мнения, что основой групповой сплоченности

является эмоциональная сторона системы межличностных отношений в группе. Социометрия симпатий и антипатий позволила даже предложить специальный “индекс групповой сплоченности”, как формальную характеристику малой группы. Иногда сплоченность анализируется на основе частоты и прочности коммуникативных связей, обнаруживаемых в группе. Существует ряд работ, которые в изучении феномена сплоченности придают особое значение характеру групповых целей.

В отечественной социальной психологии исследования сплоченности группы опираются на изучение влияния на ее совместной деятельности членов группы. Все большее сплачивание группы здесь основано не на основе увеличения эмоциональной привлекательности, а все большего включения индивидов в процесс совместной деятельности. В данном случае речь идет не о совместимости людей в группе, а именно о сплоченности. Совместимость и сплоченность между собой тесно связаны, хотя и означают разные аспекты характеристики группы.

Этапы и модели развития малой группы

По мнению отечественного социального психолога Г.М. Андреевой “причины возникновения малой группы лежат вне ее и вне индивидов, ее образующих, а в более широкой социальной системе”, т.е. они задаются внешними по отношению к группе факторами, например, условиями развития какого-либо социального института или организации, в рамках которых возникает малая группа. Что же касается преимущественно психологических детерминант вхождения в определенную социальную группу, то можно говорить о престижности профессии, стремлении индивидов к удовлетворению потребностей в общении и т.п.

Возникшей социальной группе предстоит дальнейшая жизнь и главной задачей социально-психологического анализа является изучение тех процессов, которые происходят в жизни группы. Здесь уместно использование термина “групповая динамика” в отличие от статики группы, например ее количественного состава. *Совокупность динамических процессов (“групповая динамика”), которые происходят в группе в какую-то единицу времени знаменуют собой движение группы от стадии к стадии, т.е. ее развитие.*

Реальные группы в определенном смысле “проживают” свою собственную жизнь, длительность которой, естественно, не может быть сравнима с существованием больших групп, включенных в ход исторического развития. Идея развития группы впервые была обозначена в психоаналитической концепции на базе психотерапевтической практики (в так называемых Т-группах или группах тренинга). Там выделено 2 фазы развития группы, на каждой из которых группа решает определенный набор проблем. Каждая конкретная группа может по-разному реализовывать общую модель развития или же просто распадаться, если поставленная цель не достигается. В последние годы для описания процесса группового развития введено особое понятие “социализация группы” по аналогии с процессом социализации индивида. Также выделены определенные критерии, на основе которых можно сравнивать различные стадии в развитии группы.

Двухмерные модели развития группы. Обобщив ряд исследований, посвященных изучению стадий развития различных терапевтических, тренировочных, естественных профессиональных и лабораторных групп, Б. Такменом была предложена двухмерная модель развития группы. Жизнедеятельность группы рассматривается в двух измерениях: а) деловая или

инструментальная активность и б) эмоциональная или экспрессивная активность. В каждой из этих сфер выделяется четыре последовательных этапа.

В сфере *межличностной активности* это: 1) стадия "проверки и зависимости", предполагающая ориентировку в характере действий друг друга и поиска взаимоприемлемого поведения в группе; 2) стадия "внутреннего конфликта", когда нарушается взаимодействие и отсутствует единство между членами группы; 3) стадия "развития групповой сплоченности", когда достигается гармонизация отношений в группе, исчезают межличностные конфликты; 4) стадия "функционально-ролевой соотнесенности", когда образуется ролевая структура группы, являющаяся своеобразным "резонатором", посредством которого "проигрывается" групповая задача.

В сфере *деловой активности* это: 1) стадия "ориентировки в задаче", связанная с поиском группой оптимального способа решения задачи; 2) стадия "эмоционального ответа на требования задачи", связанная с противодействием группы требованиям задачи в силу несовпадения личных намерений каждого члена группы с общей задачей; 3) стадия "открытого обмена ревалентными интерпретациями", когда происходит максимальный и адекватный обмен информацией, позволяющий партнерам глубже понять в намерения друг друга, предлагаются альтернативные трактовки информации; 4) стадия "принятия решений", когда возникают конструктивные попытки успешного решения задачи.

Эти две сферы активности взаимосвязаны, изменения в одной сфере сопровождаются изменениями в другой. Однако в ***экстремальных условиях*** часто четко не удается дифференцировать инструментальные и экспрессивные компоненты групповой активности. Отличительными признаками экстремальности являются следующие: ограниченность индивидуальных и групповых перемещений, стресс, изоляция от внешнего мира. В этих условиях группа проходит *три основных стадии*: ознакомления, дискуссий и ролевых ориентаций. Ознакомительная стадия обычно непродолжительная и связана с ориентировочными и исследовательскими реакциями членов группы. Стадия дискуссий достаточно продолжительна и при ее завершении возникают структурные контуры группы с первыми признаками разделения на роли и элементами коалиционирования. На стадии ролевых ориентаций группа складывается в некую целостную систему.

Одномерные подходы к развитию группы — делают акцент на описание динамики группы при решении задач инструментального типа (модель Марби Е.) или эмоциональной динамики группообразования (Волков И.П.).

При решении задач инструментального типа выделены: латентная фаза (ознакомление с задачей), адаптационная фаза (соотнесение возможностей группы с требованиями задачи), интегративная фаза (объединение общих усилий, координация индивидуальной и групповой стратегии действий) и фаза достижения требуемого решения.

В модели эмоциональной динамики группообразования также выделены фазы: первичного восприятия и ознакомления (формируется первое впечатление о партнере), фаза сближения (формирование оценки и самооценки, актуализация установки на совместное действие), фаза совместного действия (принятие межличностных ролей и определение статуса в общении) и фаза "сцепления" (укрепление чувства общности "мы", формирование норм общения).

В отечественной социальной психологии проблема развития группы получила свое специфическое решение в ***психологической теории коллектива***. Особенности этого подхода обусловлены определенной традицией исследования коллектива в отечественной науке. Эти традиции связаны не только с идеологической подоплекой (в работах К. Маркса впервые была высказана мысль о

том, что коллектив есть форма организации людей социалистического общества), но и с активными исследованиями многочисленных коллективов, которые возникали в 20-30 годы в новом обществе (Андреева Г.М., 1997).

В настоящее время подчеркивается, что термином "коллектив" обозначается особое качество группы, высший уровень ее развития. Однако важнейший признак коллектива это не любая совместная деятельность, а только социально-позитивная деятельность, отвечающая потребностям общества. Поэтому, по мнению А.С. Макаренко, первым признаком коллектива как группы особого рода является именно его направленность. Такой подход предполагал и неизбежность ряда стадий, которые проходит группа на пути к коллективу. В отечественной социальной психологии существует несколько "моделей" развития группы как коллектива.

Стратометрическая концепция группы (Петровский А.В., 1979) — типология групп строится по двум главным критериям: а) степень опосредованности межличностных отношений в группе содержанием совместной деятельности, б) общественная значимость совместной деятельности.

Развитие группы описывается как движение в континууме: коллектив (высокие позитивные показатели по обоим критериям) — корпорация (высокий позитивный показатель по первому и высокий негативный показатель по второму критериям). В центральной точке располагается диффузная группа — общность, в которой практически отсутствует совместная деятельность.

Модель группы состоит из трех страт (слоев), каждый из которых характеризуется определенным принципом, по которому в нем строятся отношения между членами группы. В первом слое реализуются, прежде всего, непосредственные контакты между людьми, основанные на эмоциональной приемлемости или неприемлемости; во втором слое эти отношения опосредуются характером совместной деятельности; в третьем слое, названном ядром группы, развиваются отношения, основанные на принятии всеми членами группы единых целей групповой деятельности. Этот слой соответствует высшему уровню группы и его наличие позволяет констатировать, что перед нами коллектив.

Параметрический подход (Уманский Л.И., 1971) главными социально-психологическими параметрами группы, которые характеризуют признаки ее развития являются следующие: а) содержание нравственной направленности группы, б) организационное единство группы, в) групповая подготовленность в сфере той или иной деятельности, г) психологическое единство. В зависимости от выраженности каждого из этих параметров группа располагается по уровню своего развития в континууме: коллектив — антиколлектив (группа замкнутая, с внутригрупповой антипатией, конфликтностью и агрессивностью). Средняя точка — группа-конгломерат, состоящая из незнакомых людей. Продвижение группы к позитивному полюсу предполагает прохождение ею стадий кооперации и автономизации. Движение в направлении отрицательного полюса классифицируется по двум уровням: дезинтеграции и "интраэгоизма". В качестве обязательных параметров коллектива называются: направленность коллектива, организованность, подготовленность и психологическая коммуникативность.

Механизмы групповой динамики

Исследователи групповой динамики выделяют несколько *механизмов* этого процесса:

1) Внутригрупповые противоречия и их разрешение как механизм перехода группы с одного уровня на другой.

Существует несколько типов противоречий внутри группы. Это противоречия: а) между возрастанием потенциальных возможностей группы и ее актуальной деятельностью, б) между растущим стремлением каждого члена группы к самореализации и самоутверждению и одновременной усиливающейся тенденции включения личности в групповую структуру и интеграция ее с группой, в) между поведением лидера и ожиданиями в отношении его поведения членов группы. Периодически возникающее рассогласование этих противоречивых тенденций приводит к дестабилизации группы и конфликту. Конструктивное разрешение конфликтов приводит к развитию группы.

2) "Идиосинкразический кредит" — представляет собой своеобразное разрешение группы на отклоняющее от групповых норм (девиантное) поведение. Такое поведение по E. Hollander (1958) характеризуется как идиосинкразическое, т.е. с "повышением чувствительности" группы к внедрению и принятию в их жизнедеятельность элементов нового (инноваций). Инновации, в свою очередь, являются условием перехода группы на другой уровень.

3) Психологический обмен — состоит в обоюдном удовлетворении участниками взаимодействия в группе определенных социальных потребностей друг друга. Психологический обмен, как и общение, является необходимым условием построения и развития системы межличностных отношений в группе.

Лидерство и руководство в малых группах

В социальной психологии принято различать понятия лидер и руководитель группы. Их различия можно обозначить по следующим параметрам:

1) Лидер призван осуществлять регуляцию межличностных отношений, в то время как руководитель осуществляет регуляцию официальных отношений.

2) Лидерство возникает стихийно, а руководитель назначается или избирается.

3) Явление лидерства нестабильно и зависит от настроения группы, в то время как руководство — явление более стабильное.

4) Руководство подчиненными в отличие от лидерства обладает гораздо более определенной системой различных санкций, которых в руках лидера нет.

5) Процесс принятия решения руководителем более сложен и опосредован множеством обстоятельств, не обязательно коренящихся в данной группе, в то время как лидер принимает более непосредственные решения.

6) Сфера деятельности лидера — в основном группа, а сфера действия руководителя шире, поскольку она представляет группу в более широкой социальной среде.

7) Лидерство констатируется в условиях микросреды (группа), руководство — элемент макросреды, т.е. оно связано со всей системой общественных отношений.

Лидер немыслим в одиночку, он выдвигается в конкретной ситуации, принимая на себя определенные функции. Остальные члены группы принимают лидерство, т.е. строят с лидером такие отношения, которые предполагают, что он будет вести, а они будут ведомыми.

Хотя по происхождению лидер и руководитель различаются, в психологических характеристиках их деятельности существуют общие черты. Строго говоря, лидерство есть чисто психологическая характеристика поведения определенных членов группы, руководство в большей степени есть социальная характеристика отношений в группе, прежде всего с точки зрения распределения

ролей управления и подчинения. В отличие от лидерства руководство выступает как регламентированный обществом процесс.

Теории происхождения лидерства. Существует три основных теоретических подхода в понимании происхождения лидерства.

"Теория черт" ("харизматическая теория" от слова "харизма", т.е. "благодать", которая в религии трактуется как нечто снизошедшее на человека) акцентирует внимание на врожденных качествах лидера, т.е. обладанием им определенным набором личностных черт. Многие авторы пытались выделить такие черты лидера, создавались системы тестов. В 1940 г. К. Берд составил список из 79 черт, таких как инициативность, общительность, чувство юмора, уверенность и др. Однако, в целом эта задача оказалась неразрешимой. Разнобой был даже относительно таких черт как "сила воли" и "ум". Разочарование в теории черт было настолько велико, что в противовес была даже выдвинута теория "лидера без черт".

"Ситуационная теория лидерства" пришла на смену теории черт. В новой концептуальной схеме теория черт не отбрасывается полностью, но утверждается, что в основном лидерство — продукт ситуации. В конкретной ситуации лидером становится человек, превосходящий других в определенных качествах, необходимых в данной ситуации. Таким образом, черты, качества лидера оказываются относительными. Ж. Пиаже подверг критике эту теорию, т.к. при таком подходе снимается вопрос об активности личности лидера, он превращается в какого-то "флюгера". Тем не менее, ситуационная теория приобрела популярность, на ее основе проведено много экспериментов.

"Системная теория лидерства" рассматривает лидерство как процесс организации межличностных отношений в группе, а лидера как субъекта управления этим процессом. При таком подходе лидерство интерпретируется как функция группы, и изучать его нужно с точки зрения целей и задач группы, хотя структура личности лидера также не должна сбрасываться со счетов. Системная теория имеет преимущества перед другими, т.к. учитывает обе крайние точки зрения предыдущих концепций. Ее можно применять и при изучении не только лидерства, но и руководства. Большинство отечественных исследований лидерства осуществлено в рамках близких к данной модели.

Стиль лидерства. Традиционно выделяют "авторитарный", "демократический" и "попустительский" стили лидерства, предложенные К. Левиным. Имеется в виду психологический рисунок типа принятия решения и речь не идет о каком-либо политическом контексте

Основные стили лидерства

Стиль лидерства	Формальная сторона	Содержательная сторона
Авторитарный	Деловые, краткие распоряжения. Запреты без снисхождения, с угрозой. Четкий язык, неприветливый тон. Похвала и порицания субъективны. Эмоции не принимаются в расчет. Показ приемов — не система. Позиция лидера — вне группы.	Дела в группе планируются заранее во всем их объеме. Определяются лишь непосредственные цели, дальние — неизвестны. Голос руководителя — решающий.
Демократический	Инструкции в форме предложений. Не сухая речь, а товарищеский тон. Похвала и порицание — с советами. Распоряжения и запреты — с дискуссиями. Позиция лидера — внутри группы.	Мероприятия планируются не заранее, а в группе. За реализацию предложений отвечают все. Все разделы работы не только предлагаются, но и обсуждаются.
Попустительский	Тон — конвенциональный (соглашательский). Отсутствие похвалы, порицаний. Никакого сотрудничества. Позиция лидера — незаметно в стороне от группы.	Дела в группе идут сами собой. Лидер не дает указаний. Разделы работы складываются из отдельных интересов или исходят от нового лидера.

В стиле лидерства выделяют как минимум две стороны: содержание решений, предлагаемых лидером группе, и техника (приемы, способы) осуществления этих решений. При исследовании проблемы лидерства большим упрощением считается деление лидерства на “официальное” и “неофициальное” с представлением о том, что хороший руководитель должен быть и лидером. При обнаружении несоответствия дается рекомендация заменить руководителя и назначить на его место лидера. Такая рекомендация зачастую приводит к дезорганизации деятельности группы, поскольку лидер не всегда способен выполнять функции руководителя.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГРУППЫ

Процесс принятия группового решения тесно связан с проблемой лидерства и руководства, потому что принятие решения одна из важных функций руководителя, а организация группы на принятие такого решения — особенно сложная задача. Тот факт, что групповые решения во многих случаях являются более эффективными, чем индивидуальные, давно известен в социальной психологии. Не только в социальной психологии, но и в повседневной практике разработаны различные методики принятия групповых решений.

При исследовании этой проблемы социальная психология должна ответить на следующие принципиальные вопросы: что такое групповое решение или, иными словами, как объединяются индивидуальные мнения членов группы в единое решение? Какую роль играет предшествующая дискуссия? Действительно ли всегда групповое решение лучше, чем индивидуальное? Каковы для группы последствия принятия такого решения? Все эти вопросы изучены в социальной психологии неравномерно. Так наиболее исследована на экспериментальном уровне роль групповой дискуссии К. Левиным. Эксперимент был осуществлен в США в рамках прикладного исследования в годы второй мировой войны. В условиях экономических затруднений снизилось количество пищевых продуктов и вместо мяса населению предлагались многочисленные субпродукты, но домохозяйки игнорировали новшество. Цель исследования состояла в сравнении эффективности на мнение домохозяек традиционной формы рекламы (лекция) и новой — групповая дискуссия. Оказалось, что через неделю изменение мнения зарегистрировано у всего лишь у 3% домохозяек, в то время как в тех группах, где прошли групповые дискуссии — 32%.

В последующем проведено много подобных экспериментов и в результате их выявлены две важных закономерности:

1) групповая дискуссия позволяет столкнуть противоположные позиции и тем самым помочь участникам увидеть разные стороны проблемы, уменьшить сопротивление новой информации;

2) если решение инициировано группой, то оно является логическим выводом из дискуссии, поддержано всеми присутствующими, его значение возрастает, так как оно превращается в групповую норму.

В социальной психологии изучаются различные формы групповых дискуссий: совещание, “мозговая атака” (“брейнсторминг”), метод синектики и другие.

Брейнсторминг (“мозговая атака”) предложен А. Осборном (США) и предназначен для продуцирования идей и решений в группе из 7-10 человек, различных профессий. В группе есть лишь несколько человек, сведущих в рассматриваемой проблеме. Группа разбивается руководителем на две части: “генераторов идей” и “критиков”. Вначале нужно как можно больше предложить вариантов решения проблемы без критического их осмысления, даже нереальных, фантастических. Чужую идею нельзя критиковать, можно

только хвалить и развивать, все фиксируется на магнитофон. Затем все собранные идеи передают группе экспертов (“критиков”), которые начинают сортировать предложения. Вначале отсеивают непригодные решения, откладывают спорные, безусловно принимают очевидные. При повторном анализе обсуждают спорные предложения. Как правило, ценных идей оказывается примерно 10%, часть из которых может быть реализована. Возможности метода вначале сильно переоценивались; сейчас полагают, что абсолютизация брейнсторминга при принятии решения нецелесообразна.

Метод синектики (буквально — соединения разнородного) предложен У. Гордон (США) и внешне похож на “брейнсторминг”, т.к. на первом этапе требуется выработать также как можно больше разнообразных, а в данном случае прямо противоположных, предложений решения проблемы. Для этого в группе выделяются “синекторы” — своеобразные затравщики дискуссии. Дискуссию ведут именно они, хотя и в присутствии группы. Оптимальное их число 5-7 человек. Они начинают дискуссию, впоследствии в нее включаются и другие члены группы, но задача синекторов наиболее четко формулировать противоположные мнения: группа должна “видеть” две возникшие крайности в решении проблемы, с тем, чтобы всесторонне оценить их. При “синектическом штурме” предусмотрено обязательное выполнение четырех приемов аналогии: прямой (как решаются сходные задачи), лично—эмпатийной (войти в образ объекта и рассуждать с его “точки зрения”; допускается даже такая аналогия, когда один из синекторов отождествляет себя с каким-либо техническим процессом — током воды, вращением вала и т.п.), символической (придумать краткий наглядный образ задачи), фантастический (как эту задачу решит волшебник).

Морфологический анализ заключается в выделении главных характеристик объекта — оси, на которые “нанизывают” всевозможные варианты-элементы решения. В поле зрения при этом могут попасть и неожиданные сочетания, которые едва ли бы пришли в голову.

Метод контрольных вопросов предусматривает применение списка наводящих вопросов типа: “А если все сделать наоборот?”, “А если изменить форму объекта?”, “А если увеличить (уменьшить) объект?” и так далее.

В теоретическом плане при сравнении ценности принятия индивидуальных и групповых решений обнаружен чрезвычайно интересный феномен, получивший название *“сдвиг риска”*. До обнаружения этого феномена психологи придерживались мнения, что группа приводит к усреднению, “нормализации” индивидуальных мнений, в том числе и при принятии групповых решений. Однако это предположение не подтвердилось, если в задаче содержался элемент риска.

В эксперименте испытуемым (группы по 5-7 человек) предлагали задачи, где в решениях был выбор привлекательного, но трудно выполнимого решения, т.е. с высоким риском неуспеха (“журавль в небе”) или можно было бы принять менее привлекательное решение, но высокой вероятностью его исполнения (“синица в руках”). Оказалось, что при индивидуальном принятии таких решений чаще выбирался безопасный вариант, но при принятии решения группой предпочтителен был вариант с более высоким риском.

До сих пор идут споры относительно объяснения этого феномена, т.к. они затрагивают важные и более общие вопросы о том, может ли группа быть рассмотрена как нечто, стоящее над индивидами, можно ли вообще прогнозировать какой–либо продукт групповой деятельности на основе знания индивидуальных вкладов в него.

Что касается качества принимаемых групповых решений, то установлено, что его преимущество перед индивидуальным решением зависит от стадии принятия решения: на фазе нахождения решения индивидуальное решение более продуктивно, на фазе разработки (доказательства правильности) выигрывают групповые решения. Возможность совершенствования процесса принятия группового решения пытаются развивать при помощи социально-психологического тренинга. Из трех основных форм тренинга (открытое общение, ролевая игра,

групповая дискуссия) только групповая дискуссия является одной из наиболее развитых форм.

На качество решения влияет еще один фактор, получивший название "групповой дух" (или *"групповое мнение"*). Этим термином обозначается такая высокая степень включенности в систему групповых ценностей и представлений, что она может мешать принятию правильного решения. Очевидность этого правильного решения приносится в жертву единодушию группы. Наиболее значимыми факторами формирования "группового духа" являются: очень высокая сплоченность группы, ярко выраженное наличие "мы–чувства", изоляция группы от альтернативного источника информации и высокий уровень неопределенности одобрения индивидуальных мнений членами группы.

Групповая дискуссия приводит к своеобразному явлению поляризации группы: противоположные мнения усиливаются, а "средние" исчезают. Групповая поляризация также противоречит идее об усреднении в групповом решении индивидуальных решений. Это дало основание предположить, что "сдвиг риска", открытый Стонером, можно трактовать более широко — как "сдвиг выбора", осуществляемый в ходе принятия группового решения.

Эффективность деятельности группы обычно оценивается по производительности труда. Другой не менее важный показатель — удовлетворенность членов группы трудом в группе. Следует помнить, что различают две стороны удовлетворенностью деятельностью в группе: удовлетворенность системой межличностных отношений и удовлетворенность собственно трудом. Существует и еще один трудно выявляемый в лабораторных условиях критерий успешности деятельности группы — это критерий общественной значимости задачи.

Групповая терапия

Существует много определений групповой терапии. Еще в 1932 году Якоб Морено определял групповую терапию как лечение людей в группе. В современной литературе это понятие используется в трех значениях:

1) Групповая терапия рассматривается как совместная деятельность пациентов в лечебных целях, направленная на активацию больных, отвлечение от фиксации на болезненных проявлениях, расширение круга интересов, развитие навыков общения и т.п. (трудотерапия, двигательная и спортивная терапия, музыкотерапия, терапия искусством — арттерапия, различные виды терапии занятостью, "клубы бывших пациентов" и др.).

2) Групповая терапия как психотерапия, использующая отдельные психотерапевтические приемы (гипноз, аутотренинг, убеждение и др.) в группе больных. В ряде случаев этот вид терапии называют еще коллективной психотерапией. При коллективной психотерапии взаимодействия и взаимовлияния между участниками терапевтического сеанса не используются. Практически единственными групповыми феноменами, которые учитывает здесь врач, являются групповая (взаимная) индукция и подражание. Существует мнение, что данный вид терапии правильнее называть массовой психотерапией, учитывая специфическое значение термина коллектив, как высшей формы социального объединения людей, в отечественной литературе.

3) Групповая терапия как вид групповой психотерапии, где ставится цель использования влияния в лечебных целях на больного самой группы, ее внутренних динамических процессов — *"групповой динамики"*. Принципиально важно

отметить, что групповая психотерапия не является самостоятельным направлением в психотерапии, а представляет собой лишь специфический метод, где основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает вся группа пациентов. Теории, на которых базируются методы групповой терапии, так же разнообразны, как и теории методик индивидуальной психотерапии. Групповая психотерапия особенно показана больным с невротическими состояниями. Обычная продолжительность терапии составляет 1,5–2 месяца при 1,5–часовых занятиях 5 раз в неделю. Частота сеансов в неделю может и реже указанной, но в этих случаях общая продолжительность терапии обычно увеличивается. Для ускорения динамики группы иногда практикуют увеличение продолжительности одного сеанса терапии от 5 часов до нескольких дней подряд (“марафон”). Типичным примером является “марафон в выходные дни”, продолжительностью 24–48 часов.

При групповой психотерапии психотерапевтическая группа проходит определенные фазы, или стадии своего развития. Фазы могут иметь различную продолжительность, однако первые две обычно занимают от 20 до 30% времени работы психотерапевтической группы.

Первая фаза (зависимость и ориентировка) представляет собой период образования группы, совпадает с поступлением пациентов в клинику и их адаптацией к новым условиям. Она характеризуется в целом пассивным, зависимым от врача поведением, ожиданиями и высоким уровня напряжения. Характерны вопросы типа: “Что будем делать?”, “Что это за лечение?”, “Как это мне поможет?”. В литературе эту фазу также часто называют “фазой неуверенности”, “псевдоинтеграции”, “поиска смысла”, “регрессивности” и др.

Вторая фаза (конфликты и протест психотерапевту) также характеризуется высоким уровнем напряжения, но поведение пациентов из пассивного становится активным, аффективно заряженным скрытой или явной агрессией по отношению к психотерапевту. Происходит борьба за лидерство, распределяются роли, обостряются внутригрупповые конфликты и растет сопротивление. Психотерапевту следует помнить, что в сущности здесь речь идет не столько конфронтации группы с психотерапевтом, сколько о конфронтации пациентов со своими собственными ожиданиями. Конечно, напряжение в группе должно контролироваться врачом, но опыт показывает, что попытки психотерапевта избежать эту фазу или снизить “накал чувств” в ней снижает психотерапевтический потенциал группы, искажает групповой процесс, превращая его в индивидуальную психотерапию в группе или ведет к директивной позиции психотерапевта. В литературе эту фазу также часто называют “фазой растормаживания агрессивности”, “фазой бунта”.

Третья фаза (развитие и сотрудничество) характеризуется процессом структурирования группы, упрочением групповых норм, целей и ценностей, формируется групповая сплоченность. Эмоциональная напряженность в группе снижается, борьба за лидерство отступает на второй план, диалоги становятся более откровенными и доверительными. У членов группы появляется чувство безопасности и уверенности в том, что группа их защитит. Отношения с психотерапевтом нормализуются.

Четвертая фаза (целенаправленная деятельность) представляет собой фазу активно работающей группы. Группа может активно решать собственно психотерапевтические задачи, становится зрелой социальной системой (“рабочим коллективом”). Ее члены размышляют, советуются, принимают решения. Налаживается положительная обратная связь, которая не нарушается даже в тех случаях, когда к обсуждению сознательно допускаются отрицательные эмоции и

конфликты. Для этого периода характерно использование приобретенного опыта и во внеклинических ситуациях.

Существуют группы, в которых акцент делается на поддержание и совершенствование социальных навыков, на облегчение определенных симптомов или разрешение нереализованных внутрипсихических конфликтов. В центре внимания могут быть пациент в группе, взаимодействие между людьми в группе или группа как единое целое. Использования методов групповой психотерапии может помочь решить как индивидуальные, так и межличностные проблемы. Терапевтические факторы групповой терапии включают в себя идентификацию, универсализацию, принятие, альтруизм, перенесение, оценку реальности и обсуждение. Группы представляют собой формы, внутри которых воображаемые страхи к переносимые искажения могут быть непосредственно подвергнуты исследованию и коррекции.

Группа может быть гомогенной или гетерогенной в зависимости от проблем пациентов. Гомогенные группы включают в себя участников, стремящихся уменьшить вес тела или бросить курить или имеющих одни и те же проблемы, связанные с соматическим или психическим состоянием, например с постравматическим стрессовым расстройством или с расстройствами, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами. Специальные группы предназначены для пациентов с различными симптомами. Для пациентов с психотической симптоматикой, которым необходимо структурирование и прямое направление их мыслей, будет неэффективным пребывание в группах, ориентированных на достижение инсайта. Состояние пациентов с параноидными симптомами, антисоциальными расстройствами и злоупотреблением психоактивными веществами может улучшиться после групповой терапии, но пребывание в гетерогенных группах, ориентированных на достижение инсайта, для них также неэффективно. Как правило, включение в группы пациентов с тяжёлой психотической симптоматикой и суицидальными идеями не дает эффекта.

Анонимные алкоголики — пример высокоструктурированной, управляемой на равноправных условиях группы, которая организована для людей со схожей главной проблемой. В группах акцент делается на обмене опытом, на ролевых моделях, обсуждении ощущений и сильном чувстве единения и взаимной поддержки. Также существуют аналогичные группы анонимных наркоманов и анонимных пациентов с сексуальной патологией.

Семейная терапия. Семейная терапия основана на теории, в соответствии с которой семья является системой стремящейся сохранить состояние равновесия вне зависимости от степени дезадаптации. Эта теория называется ориентацией на семейные системы, а используемые в ее рамках методы сосредоточены прежде всего на семье, а не на отдельном пациенте. Таким образом семья становятся пациентом в отличие от члена семьи, который может быть идентифицирован как больной. Одной из главных целей семейного психотерапевта является определение гомеостатической роли, иногда патологической, которую отдельный пациент играет в конкретной семейной системе. Одним из примеров является ребёнок, который идентифицируется семьей как пациент, а в действительности обеспечивает поддержание семейной системы, будучи включённым в супружеский конфликт как “козёл отпущения”, судья или даже суррогатный супруг(а). Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь семье понять сложность сути происходящего в этом треугольнике процесса и обратиться к глубинному конфликту, который лежит в основе неправильного, разрушительного отношения к ребенку. Методы, используемые при этом, включают переструктурирование и позитивное представление (позитивное осознание всех негативно выражаемых чувств или поведенческих реакций), например “этот ребёнок невыносим” превращается в “этот ребёнок отчаянно пытается оградить или защитить вас от последствий того, что он или она считают несчастным браком”

К другим целям семейной терапии относятся изменение дезадаптивных правил, которые действуют в семье, формирование более глубокого осознания динамики взаимоотношений между поколениями, установление равновесия между личными и семейными факторами, установление взаимного прямого контакта и общения, искоренение взаимных обвинений и представления кого-то из членов семьи в качестве "козла отпущения".

Терапия пар, или брачная терапия. Примерно 50% пациентов участвуют в психотерапии главным образом из-за проблем, связанных с браком. Терапия пар, или брачная терапия, представляет собой эффективный способ помочь каждому из пациентов достичь самопознания при решении беспокоящих вопросов. Эта терапия охватывает широкий диапазон методов лечения, направленных на укрепление чувства удовлетворенности от супружеской жизни или коррекцию нарушений, возникающих в браке. Как и в случае с семейной терапией, в качестве пациента выступают супружеские пары, а не каждый из них в отдельности.

Лечение средой. Многодисциплинарный терапевтический подход, используемый в стационарных условиях. Термин "лечение средой" отражает идею, согласно которой любая деятельность, происходящая в палате, ориентирована на усиление способности пациента выживать в обществе. Терапия средой, как правило, групповая. Одновременно может использоваться терапия творчеством и трудотерапия. Используются управляемая деятельность терапевтических групп, встречи в рамках общины, групповые выезды и социальные мероприятия.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Малая группа — относительно небольшое число непосредственно контактирующих индивидов, объединенных общими целями или задачами. В теории диадического взаимодействия полагают, что группа начинается с диады, но с ней соперничает теория, которая признает нижним пределом группы три члена. Верхний предел группы устанавливается исходя из его функциональной целесообразности, но многие полагают, что он не должен превышать 20–40 человек. Практическое значение разделение малых групп на формальные и неформальные, а также выделение групп членства и референтных.

Особенностью малых групп является их относительная простота. Это означает, что в малой группе есть авторитарный лидер (если группа неофициальная), или авторитарный руководитель (если официальная), вокруг которого объединены остальные члены, различающиеся социальным статусом и социальной ролью. Важными регуляторами отношений в группе являются вырабатываемые в ней групповые нормы, а также возникающие в группе феномены группового давления и групповой сплоченности.

Психологические процессы, развертывающиеся во времени цикла жизнедеятельности малой группы, обычно обозначается как групповая динамика. Ее движущими силами, кроме внешних обстоятельств, являются групповые противоречия и их разрешение, удовлетворение участниками группового процесса определенных социальных потребностей друг друга. Если группа занята социально ценной и значимой для всех ее членов деятельностью она может стать группой высокого уровня — коллективом. Эффективность деятельности группы обычно оценивается по производительности труда, но важным здесь является и удовлетворенность членов группы трудом.

В медицине широко используется лечение людей в группе и существует много разновидностей групповой терапии. Но только в групповой психотерапии основным инструментом терапевтического воздействия выступает вся группа пациентов и те динамические процессы, которые происходят в процессе функционирования группы. Групповая психотерапия особенно показана больным с

невротическими состояниями. Она может помочь пациенту разрешить свои как индивидуальные, так и межличностные проблемы.

Вопросы для самопроверки

1. Какие существуют точки зрения на определение понятия малой группы? Как классифицируются малые группы?
2. Что собой представляет групповая психология? Каковы основные ее теоретические направления?
3. Почему негативизм члена группы часто обозначают как специфический случай конформности?
4. Какую роль в группе играют феномены группового давления и групповой сплоченности? Что собой представляет индекс групповой сплоченности?
5. Как дать определение понятия групповой динамики? Какие этапы развития проходит группа согласно двумерным моделям ее развития?
6. Какие концепции развития группы выработаны в отечественной социальной психологии?
7. Противоречия в группе и их разрешение являются важным механизмом групповой динамики. Какие типы противоречий наиболее часто наблюдаются в функционирующей группе?
8. Что собой представляет стиль лидерства в группе? Чем различаются различные стили лидерства?
9. Какую роль групповая дискуссия играет в принятии группового решения? Каковы основные формы групповых дискуссий?
10. Что собой представляют феномены сдвига риска и группового мнения при принятии группового решения?
11. Как следует понимать групповую терапию? Чем отличается групповая психотерапия от психотерапии в группе?
12. Какие стадии развития проходит группа при групповой психотерапии? Кому из больных и почему противопоказана групповая психотерапия?

ГЛАВА 27

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ОБЩЕНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЮДЕЙ

Психологические и общественные отношения

Взаимодействие человека с окружающим миром осуществляется в системе объективно существующих отношений, которые складываются между ним, живой и неживой природой, другими людьми. Проблема отношений имеет в психологии большое практическое значение и в нашей стране она активно разрабатывалась В.Н. Мясищевым (1949).

Связь с внешним миром существует и у животных, но только для человека эта связь выступает как отношение к окружающему. Важнейшей составной частью всей системы отношений являются *межличностные (интерперсональные) отношения*. Отношения зависимости, подчинения, сотрудничества, взаимопомощи и другие отношения неизбежно и закономерно возникают в любой реальной группе людей. Следует к этому добавить, что не только каждый индивид вступает в отношения, но и целые группы людей также вступают в отношения между собой. Последние чаще всего определяют как *социальные (общественные) отношения*. Таким образом, человек оказывается субъектом многочисленных и разнообразных отношений и во всем этом многообразии отношений различают межгрупповые (социальные, общественные) и межличностные (психологические) отношения.

Общественные отношения исследуются социологией, где выделяют экономические, политические, идеологические и другие виды отношений. Такие отношения строятся не на основе симпатий или антипатий, а обусловлены объективно и носят безличный характер. Если здесь и осуществляется между индивидами какое-то взаимодействие, то сущность его сводится к взаимодействию их как носителей определенных “социальных ролей”, которые они выполняют в своей социальной группе.

Социальная роль всегда несет на себе печать общественной оценки: общество может одобрять или не одобрять некоторые социальные роли (например, не одобряется такая социальная роль, как “преступник”). Важно подчеркнуть, что это одобрение или неодобрение относится не к конкретному лицу, а лишь к конкретному виду социальной деятельности. Указывая на роль, мы “относим” человека к определенной социальной группе, идентифицируем его с группой.

Сама по себе социальная роль не определяет все поведение человека в деталях. Усвоение ее зависит от многих обстоятельств — индивидуальных особенностей человека, его воспитания и обучения. Поэтому общественные отношения, хотя и являются безличностно–ролевыми, в своем конкретном проявлении все равно имеют личностную окраску. В социологии и политической экономии можно абстрагироваться от нее, однако в социальной и политической психологии этот личностный аспект роли является предметом специального анализа. Любая социальная роль всегда оставляет некоторый “диапазон возможностей” для своего исполнителя, что часто называют “стилем исполнения роли”. Именно этот диапазон и является основой для построения внутри системы безличных общественных отношений — отношений второго рода, т.е. психологических, межличностных.

Межличностные отношения, в отличие от общественных отношений, складываются на эмоциональной основе, т.е. определенных чувств, возникающих у людей друг к другу. Поэтому их можно рассматривать как фактор “психологического климата” группы. В социальной психологии чувства чаще всего сводят в две большие группы: конъюнктивные, т.е. сближающие, объединяющие людей, и дизъюнктивные, т.е. разъединяющие, антипатийные чувства. Главным методом исследования межличностных отношений является метод социометрии, предложенный американским исследователем Дж. Морено (1958). Сущность методики заключается в выявлении системы симпатий и антипатий путем определенных “выборов” из состава группы своих членов по заданному критерию. Результаты заносятся в таблицу — социометрическую матрицу, что позволяет рассчитывать различного рода социометрические индексы — как индивидуальные, так и групповые.

ОБЩЕНИЕ И ЕГО СТРУКТУРА

Как общественные, так и межличностные отношения раскрываются и реализуются в общении. Вне общения просто немыслимо человеческое общество. Корни общения лежат в материальной жизнедеятельности индивидов. Идея единства общения и деятельности особо подчеркивается в отечественной психологии, хотя и иногда общение интерпретируют даже как особый вид деятельности. Но в любом случае все признают недопустимость их отрыва друг от друга при анализе.

Общение — это многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями в совместной деятельности. Он включает в себя обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятие и понимание другого человека. Другими словами в структуре общения можно выделить три его взаимосвязанных стороны: коммуникационную, интеракционную и перцептивную.

Имеется другие классификации структуры и функций общения. Например, Панферовым В.К. (1987) предложено различать шесть функций:

1) коммуникативная функция — осуществление взаимосвязи людей на уровне индивидуального, группового и общественного взаимодействия;

2) информационная функция состоит в обмене информацией между коммуникантами;

3) когнитивная функция состоит в осмыслении значений на основе представлений, воображения и фантазии;

4) эмотивная функция общения проявляется в эмоциональной связи индивида с действительностью;

5) конативная функция состоит в управлении и коррекции взаимных позиций коммуникантов — уточняются цели, мотивы и программы поведения, взаимная стимуляция и взаимный контроль поведения;

6) креативная функция общения состоит в развитии людей и формирования новых отношений между ними через механизмы взаимовлияния — подражание, эмоциональное заражение, внушение и убеждение.

Общение страдает, если нарушена хотя бы одна из функций. При анализе реального общения полезно провести диагностику представленности этих функций, а затем принять меры для их коррекции.

Коммуникативная сторона общения

Коммуникативная сторона общения включает в себя обмен информацией между участниками совместной деятельности. Основными средствами коммуникации является различные знаковые системы. Обычно различают вербальную коммуникацию, где в качестве знаковой системы используется речь, и невербальную коммуникацию, где используются неречевые знаковые системы.

Вербальная коммуникация. В ходе совместной деятельности люди обмениваются между собой различными идеями, представлениями, настроениями, чувствами, интересами и установками. Все это можно расценивать как информацию, а сам процесс общения отсюда может быть понят как обмен информацией и описан в терминах теории информации. Однако, здесь фиксируется лишь формальная сторона дела — человеческая коммуникация не сводится только к информационному обмену.

При человеческом общении происходит не просто обмен информацией, но и ее формирование, уточнение и развитие. Особую роль здесь играет *значимость* информации для собеседников, возможность через нее психологически воздействовать, влиять друг на друга. Кроме того, даже зная значение слов разные люди часто могут понимать их неодинаково в силу своих социальных, политических или возрастных различий, а также конкретной ситуации общения. Только у людей возможно возникновение этих специфических коммуникативных барьеров социального характера, а также барьеров психологических, таких как, например, застенчивость или неприязнь и недоверие к собеседнику. Ничего подобного не бывает в информационных процессах кибернетических устройств.

Тем не менее в психологических концепциях общения широко используются термины из теории информации, такие как *"аксиальный коммуникативный процесс"* (от лат. axis — ось), когда сигналы направлены единичным приемникам информации, т.е. отдельным людям; и *"ретинальный коммуникативный процесс"* (от лат. rete — сеть), когда сигналы направлены множеству вероятных адресатов.

Научное исследование последнего процесса, в связи с гигантским развитием средств информации, приобретает особо важное значение. В этих случаях отправление сигналов группе не просто их информирует о чем-то, но и создает феномен социальной ориентации. При этом следует учитывать, что информация людьми принимается через своеобразный *фильтр "доверия и недоверия"*. Этот фильтр действует так, что абсолютно истинная информация может оказаться не принятой, а ложная — принятой. Способы, которые ослабляют действие этих фильтров и помогают принятию информации, называют *фасцинацией*. Примерами фасцинации являются музыкальное или цветовое сопровождение передаваемого речевого сообщения.

Сама по себе информация, исходящая от источника информации (коммуникатора) к слушателям (реципиентам), может быть двух типов: побудительная и констатирующая. Побудительная информация, в свою очередь, подразделяется на активизирующую, т.е. побуждающую к действию в заданном направлении, интердикционную, т.е. запрещающую нежелательную активность, и дестабилизирующая, т.е. приводящую к рассогласованию и нарушению некоторых форм поведения и деятельности.

Невербальная коммуникация. На сегодняшний день описано довольно много невербальных знаковых систем: кинесика, паралингвистика, проксемика, визуальное общение, такесика. Все они призваны дополнить, заместить речь или

отражают эмоциональное состояние партнеров. По оценке Мерабяна (1972) содержание сообщений только на 7% передается смыслом слов, 38% информации определяется тем, как эти слова произносятся и 55% — выражением лица. Согласно другим подсчетам, в среднем человек говорит лишь 10–11 мин в день. Среднее предложение звучит около 2,5 сек. При этом вербальный компонент разговора занимает около 35%, а невербальный — 65% времени при общении.

Кинесика включает в себя жестикуляцию, мимику и пантомимику. Эта общая моторика различных частей тела отображает эмоциональные реакции человека. Выразительные движения уточняют, дополняют, поясняют речевые сообщения. Исследования показали, что флегматик делает минимальное, а холерик максимальное количество жестов в одинаковых ситуациях. Кинесика почти всегда выдает состояние человека, даже если он пытается скрыть его.

Некоторые нюансы включения моторных знаков в общение могут иногда приводить к недоразумениям. Например, русский движение головы сверху вниз воспринимает как “да”, согласие, в то время как болгарин этот знак интерпретирует противоположным образом. Включение в разговор моторных знаков различно в разных культурах. Например, в одном из исследований показано, что в течение часа финны жестикулировали 1 раз, итальянцы — 80, французы 120, а мексиканцы 180 раз.

Пара– и экстралингвистика — системы знаков, представляющие собой “добавки” к речи. Паралингвистическими знаками называют различные системы вокализации — тембр голоса, его тональность и другие. К экстралингвистическим знакам относят паузы, включение в речь смеха, плача, покашливания и сам темп речи. Таким образом, все эти дополнения усиливают семантическую значимость информации посредством “околоречевых” приемов.

Проксемика или “пространственная психология” (по Э. Холлу) — специальная область, занимающаяся нормами организации общения в пространстве и времени.

Окружающая среда имеет для человека не только физический, но и психологический смысл. Индивидуальное пространство по-разному понимается и ощущается жителями разных стран. Например, служебные помещения в США строят часто из стекла и они просматриваются насквозь. Американцы привыкли быть на виду у коллег, прохожих. Они “говорят” таким образом, что им нечего скрывать, они занимаются делом. Европейцы, особенно немцы, в такой обстановке работать не могут. Подобные здания они называют “фабриками неврозов”.

Определенные правила существуют и при сохранении личного пространства. Э. Холл экспериментально зафиксировал нормы приближения к партнеру при различных ситуациях общения. Так для американцев интимное расстояние составляет 45 см, т.е. ближе могут подходить друг к другу только близкие люди. Дружеская дистанция (персональное расстояние) от 45 до 120 см характерна для общения знакомых людей. Официальная (социальная) дистанция между незнакомыми людьми и при отношениях субординации составляет от 120 до 400 см. И, наконец, публичная дистанция, расстояние, например, между лектором и аудиторией от 400 до 750 см. При проведении дискуссии оптимальным размещением участников считается размещение их за круглым столом: лидеры двух команд сидят напротив друг друга, а участники команд справа от своего лидера.

В некоторых субкультурах и ряде специальных сфер деятельности (например, в дипломатии) детально разработаны пространственно-временные характеристики для организации определенных видов общения. Своевременный приход к началу переговоров в дипломатии свидетельствует об уважении к партнеру, а опоздание истолковывается как проявление неуважения. В дипломатических отношениях существует множество различных “допусков” опозданий с соответствующими их значениями.

Визуальное общение (“контакт глаз”) — первоначально связывалось только с ситуациями интимного общения. Однако, позже было установлено, что знаки, представленные взглядом и движениями глаз включены в более широкий диапазон ситуаций общения. Разговаривая с аудиторией, целесообразно переводить взгляд с одного слушателя на другого, стремясь создать впечатление у каждого, что именно он избран объектом внимания. В одном из экспериментов отмечено, что те на кого в классе учитель не смотрел, оценили его как личность на 25% ниже и на эти же 25% хуже усвоили учебный материал. Как и все невербальные средства, контакт глаз имеет значение дополнения к вербальной коммуникации.

Такесика — прикосновение. Этнографы делят человеческие культуры на “контактные” и “неконтактные”. Представители контактных культур (итальянцы, арабы, латиноамериканцы) в разговоре стоят близко друг к другу и часто теребят одежду друг друга, кладут ему руку на плечо, вертят пуговицу на пиджаке. Члены неконтактных культур (скандинавы, японцы, англичане, индийцы), разговаривая, не подходят близко друг к другу и не прикасаются к собеседнику. Например, сидя в ресторане, английские юноша и девушка касаются друг друга 1-2 раза в час, а мексиканские — 100–120 раз. В отечественной культуре эти требования не столь жесткие. Однако у нас в разговоре не принято касаться собеседника. Следует отметить, что в ряде случаев прикосновение полезно при утешении, может подбодрить человека, успокоить. Не следует забывать, что высокомерно-фамильярные прикосновения вызывают у человека только возмущение, воспринимаются им как покушение на независимость.

Каждая из этих систем невербальной коммуникации использует свою знаковую систему, которую можно рассмотреть как определенный код. В случае невербальной коммуникации выделение единиц “семантически значимой информации” затруднено, однако различные попытки решения этой задачи предпринимались. В частности, шведский ученый К. Бирдвистл предложил выделить единицу телодвижений человека — *кин*, или кинему (по аналогии с фонемой в лингвистике). Из кинем образуются кинеморфы (нечто подобное фразам), которые и воспринимаются в ситуации общения. Для классификации выражений лица, а литературе их описано более 20 000, была предложена FAST-методика, где лицо делится на три зоны горизонтальными линиями — глаза и лоб, нос, рот и подбородок. Затем выделяются шесть основных эмоций: радость, гнев, удивление, отвращение, страх и грусть. Фиксация эмоций по зоне позволяет регистрировать и соответствующие мимические движения.

В настоящее время активно изучаются ***парадоксальные коммуникации***, которые ставят в трудное положение одного из собеседников. Этот вид общения чаще всего принимает форму приказа, который надо выполнить без проявлений неповиновения. Примером такой парадоксальной материнской коммуникации является описание Гринсберга (цит. по Творогова Н.Д., 1998). Подарите сыну две рубашки и как он наденет одну из них, печально на него посмотрите и произнесите проникновенным голосом: “А другая, — она тебе не нравиться?”. Парадоксальная коммуникация содержит два взаимоисключающих принуждения, причем одно может быть сформулировано вербально, а другое невербально. Существуют и другие разновидности подобных метакоммуникаций.

Человек не способный к метакоммуникациям, столкнувшись с абсурдностью в его понимании таких ситуаций, может обнаружить одну из следующих реакций:

1) у него складывается впечатление, что что-то существенное от него ускользает, поэтому даже самые безобидные факты, которые к ситуации не относятся, он начинает принимать как относящиеся к сути беседы (аналогия с параноидностью);

2) он начинает понимать буквально ту “логику” ситуации, которая его озадачивает, он начинает подчиняться всем ее требованиям (аналогия с гебефренностью);

3) он может полностью “выйти из игры”, отрезав все пути коммуникации, демонстрируя свою скрытность и неприступность (аналогия с кататоническим негативизмом).

Когда человек не в состоянии расшифровывать сообщения других людей, то он похож на саморегулирующуюся систему, которая лишилась своего регулятивного устройства. Такой человек обречен на систематические искажения (Бейтсон и др., 1956).

Интерактивная сторона общения

Интерактивная сторона общения заключается во взаимодействии общающихся, т.е. обменом в процессе общения не только словами, но и действиями, поступками. Это уже не просто общение, а совместная деятельность, направленная на реализацию общих для группы целей, это и взаимное влияние друг на друга контактирующих людей.

В социальной психологии было несколько попыток описать структуру интерактивного общения. В частности, в теории Т. Парсона для описания структуры взаимодействия вводится понятие единичного действия, которые складываются в системы действий. Деятель мотивируется реализацией собственных установок и потребностей, а в отношении “другого” он развивает систему ориентаций и ожиданий, которые определены как стремлениями к достижению цели, так и с учетом вероятных реакций другого. Однако предложенная им классификация возможных видов взаимодействия распространения не получила.

В другой классификации польского исследователя Я. Щепаньского (1969) структура взаимодействия связана с расчленением взаимодействия не на элементарные акты, а на стадии, которые оно проходит. Центральным понятием у него является понятие “социальной связи”. Социальная связь может быть типа пространственного контакта, психического контакта (взаимная заинтересованность), социального контакта (совместная деятельность), взаимодействия (действия с целью вызвать соответствующую реакцию у партнера) и социального отношения (взаимно сопряженных систем действий).

Существует два вида взаимодействия: кооперация и конкуренция. В последнее время из кооперации стали выделять “помогающее поведение”, характеризующее стремление оказать помощь другому человеку.

Кооперация — основной вид взаимодействия, при котором происходит объединение, суммирование усилий участников. В целом для нее характерно взаимопонимание людей. А для взаимопонимания необходимо, чтобы основные характеристики мировоззрения участников взаимодействия имели точки соприкосновения. Устойчивая кооперация существенно затруднена если в группе есть индивидуалисты и коллективисты или непримиримые атеисты и фанатично верующие и тому подобное.

Взаимопонимание зависит от знания самого себя и партнеров по общению, адекватной самооценки и оценки окружающих, умения регулировать свое внутреннее психическое состояние, способствующее налаживанию отношений с другими людьми. Следует помнить, что не существует каких-либо специфических качеств, способствующих возникновению симпатии к человеку. Одна и та же черта зачастую оценивается и положительно и отрицательно в зависимости от отношения к человеку и ситуации взаимодействия. Например, смелость может быть расценена как нахальство, бережливость — как жадность, а скромность и стеснительность — как скрытность и хитрость.

Важно подчеркнуть и то, что для подлинно дружеских отношений необходимо, чтобы партнеры находились примерно на одном уровне развития с относительно равным набором достоинств и недостатков, это и подсознательная

потребность человека. Но поскольку не всегда удается выбор приблизительно равного себе по интеллекту и внешнему виду партнера, существуют три вида вхождения в контактное взаимодействие (Ершов П.М., 1972): “пристройка сверху”, “пристройка на равных” и “пристройка снизу”.

Пристройка сверху — это “техника” доминирования над партнером. В ее классическом варианте происходит навязывание определенной дистанции в общении с ним, характерна выпрямленная поза, жесткий немигающий взгляд или полное отсутствие визуального общения, медленная речь с паузами.

Пристройка на равных — характеризуется мышечной и психической раскованностью. При этом громкость и темп их речи уравновешены, на лице улыбка, внимание переходит в мягкий обмен взглядами, партнеры располагаются на комфортной дистанции.

Пристройка снизу — отличается приниженной позой, согнутым туловищем, движениями глаз вверх–вниз или слева–направо (бегающий взгляд), быстрым темпом речи, предоставлением инициативы партнеру.

Взаимоотношения улучшаются, когда люди делают друг другу добро. Причем замечено, что как это ни парадоксально, лучше относится к партнеру не тот кто добро получает, а тот, кто его делает. Этот вывод вытекает не только из житейских наблюдений, но и подтвержден лабораторным экспериментом. Таким образом, для укрепления сплоченности группы, усиления взаимной симпатии необходимо ставить ее членов в такие условия, чтобы они чаще оказывали друг другу различные услуги, проявляя при этом внимание и доброту.

Особую роль в интерактивном общении играют личности, которые могут выступить организаторами различной деятельности, обладают притягательностью и обаянием. Их называют лидерами группы и от них во многом зависит психологический климат в коллективе. Вопрос о лидерах и лидерстве в социальной психологи рассматривается особо, а здесь только отметим, что подлинный лидер готов действовать даже в ущерб себе, подчиняя свои желания интересам коллектива.

Конкуренция — соперничество, соревнование между участниками интерактивной группы, которое может при определенных условиях привести к атмосфере недоверия, подозрительности, отчуждения и даже социальному конфликту.

Конкурентные отношения возникают и внутри любой кооперации — наивно полагать, что в коллективе никто ни с кем не вступает в спор и не возникают противоречия. Бесконфликтная жизнь — иллюзия. В любом коллективе, организации что-то новое, передовое отстаивает право на существование в борьбе со старым, консервативным. Поэтому различные конфликты и противоречия в группах не всегда следует считать дефектами общения. Они во многих случаях являются своего рода страховкой, гарантией против застоя. Стремление добиться внешнего благополучия, нежелание и даже боязнь вступить в конфликт порождают нравственную аморфность и пассивность личности.

Структуру социального конфликта, как наиболее яркую форму выражения конкуренции, разные авторы описывают по-разному, но основные элементы его практически принимаются всеми. Это конфликтная ситуация, позиции участников (оппонентов), объект конфликта, “инцидент” (пусковой механизм), развитие и разрешение конфликта. Все эти элементы ведут себя различно в зависимости от типа конфликта, но важно подчеркнуть, что конфликт не всегда только деструктивен.

Продуктивный конфликт способствует формированию более всестороннего понимания проблемы, а мотивации партнеров, защищающих противоположную точку зрения становятся более “законными” (легитимными) с точки зрения групповых норм. Сам факт признания легитимности противоположной точки зрения способствует развитию кооперации внутри конфликта и возможности его разрешения и нахождения оптимального решения.

Деструктивный конфликт приводит к разрушению всех либо отдельных элементов сложившихся социальных систем, изоляции или подавлению субъектов конфликта, деформации отношений между членами группы. Все это сказывается на работе, на их настроении и самочувствии, затрудняются или делаются невозможными совместные координированные действия. Практически важно уметь не допускать перехода конфликтных ситуаций в деструктивное русло, предупреждать такое развитие событий. В настоящее время теория и практика разрешения конфликтных ситуаций выделилась в отдельную дисциплину, названную *конфликтологией.*

Конфликты часто возникают стихийно, непредвиденно, ситуативно. Чаще они провоцируются неумелой критикой друг друга. Американский психолог Дейл Карнеги считает, что критика это и есть та “опасная искра, которая может вызвать взрыв в пороховом погребе гордости”. В условиях конфликтной ситуации, связанной с критикой, главное — не потерять самообладание. Овладеть ситуацией помогает умение выслушать собеседника. Между тем, по данным исследования, лишь 10% людей умеют выслушать другого в случае возникновения разногласий.

Межличностные конфликты — рассматриваются как столкновение личностей в процессе их взаимоотношений Причины таких столкновений разнообразны и они могут происходить в различных сферах и областях (экономической, политической, производственной, социокультурной, бытовой и т.д.). Индивиды могут сталкиваются в межличностных конфликтах, защищая не только свои личностные интересы. Они могут также представлять интересы отдельных групп и организаций.

Все конфликты, возникающие из–за столкновения целей и интересов можно разделить на три вида. *Первый* — предполагает принципиальное столкновение, в котором реализация целей и интересов одних, может быть достигнута только за счет ущемления интересов другого. *Второй* — затрагивает лишь форму отношений между людьми, но при этом не ущемляет их духовных, моральных или материальных интересов и потребностей. *Третий* — представляет мнимые противоречия, которые могут быть спровоцированы либо ложной (искаженной) информацией, либо неверной интерпретацией событий и фактов.

В зависимости от причин конфликта и от способов поведения его участников, межличностный конфликт может иметь следующие виды исхода:

1) уход от разрешения конфликта, когда одна из сторон как бы не замечает возникших противоречий;

2) сглаживание противоречий, когда одна из сторон либо соглашается с претензиями другой (но только в данный момент), либо стремится оправдать себя;

3) компромисс — взаимные уступки обоих сторон;

4) эскалация напряженности и перерастание конфликта во всеобъемлющее противостояние;

5) силовой вариант подавления конфликта, когда одну или обе стороны принуждают силой (угрозой ее применения) принять тот или иной вариант решения.

Если возникла конфликтная ситуация, то прежде чем “ввязываться в драку”, необходимо задуматься о том, что действительно ли существуют противоречия, из-за которых стоит конфликтовать. А если и есть противоречия, то какова будет цена победы или поражения. Возможно, существуют и другие способы решения данной проблемы, не прибегая к конфликту.

Конфликты нужно решать конструктивно, а конфликты, связанные с погрешностями навыков общения явно нецелесообразны. В последнем случае наиболее часто к конфликту приводит фрустрация партнером потребности в равенстве. Можно

удовлетвориться положением равного, но не положением “ниже”. У людей недостаточно впитавших идею равенства прорывается установка на превосходство. Именно в этих случаях особую важность приобретает обучение навыкам бесконфликтного общения, где подчеркивается недопустимость при общении демонстрации превосходства над партнером. Причиной демонстрирования превосходства часто является собственная низкая самооценка. Она порождает тревогу, которая снимается за счет “девальвации” партнера и уверенности в своем превосходстве над ним. При высокой самооценке человек не нуждается в постоянных самоуговорах “я лучше”. Знаки превосходства могут подаваться грубо и с оскорбительно–пренебрежительным оттенком. Однако чаще имеет место наличие смягченных и скрытых знаков превосходства. Они перестают грубо противоречить этикету и становятся “допустимыми” в общении: “Вы не понимаете, что …”, “Вы умный человек, а говорите …”. К этой же категории относятся снисходительное похлопывание по плечу, доверительное обнимание и т.п. Скрытым знаком превосходства можно считать и чрезмерно большую уверенность в своей правоте, знаки превосходства часто маскируются обвинениями и выражение обиды, нужно также быть осторожным и в юморе. Мы должны требовать от партнера по общению только то, на что имеем право, и сами должны исполнять обязанности по отношению к нему.

Если межличностный конфликт предотвратить не удалось, то возникает вопрос о его урегулировании. Одним из первых шагов в этом направлении является факт признания существующих противоречий. Когда этот факт осознают обе стороны, то откровенный разговор помогает четче определить предмет спора, очертить границы взаимных претензий, выявить позиции сторон. Все это открывает следующую стадию в развитии конфликта — стадию совместного поиска вариантов его разрешения.

Если в межличностном конфликте преобладают негативные тенденции типа обиды, подозрения или недоверия, то в качестве первого этапа урегулирования конфликта рекомендуют так называемые косвенные методы урегулирования. Среди них часто называют:

1) Метод “выхода” чувств — оппоненту дают возможность высказать все, что у него наболело (после этого человек становится более расположенным к поиску конструктивных вариантов урегулирования);

2) Метод “положительного отношения к личности” — высказать сочувствие, дать положительную характеристику личностным качествам оппонента (конфликтующий вне зависимости от того, прав он или виноват, — всегда страдалец);

3) Метод вмешательства “авторитетного третьего” — часто человек в конфликтной ситуации положительных слов в свой адрес от оппонента не воспринимает и только посторонний, пользующийся доверием, может дать ему знать, что противная сторона не такого уж плохого мнения о нем;

4) Прием “обнаженная агрессия” — в присутствии третьего лица оппонентам дают “выговориться о наболевшем”, обычно ссора в таких условиях не достигает своих крайних форм, а напряжение в отношениях снижается;

5) Прием “принудительного слушания оппонента” — ставят условие конфликтующим внимательно слушать друг друга, повторяя последнюю фразу оппонента прежде, чем самому говорить (это сделать трудно, так как конфликтующие слышать только себя);

6) Обмен позиций — предлагают конфликтующим высказать претензии с позиции своего оппонента, что позволяет им “выйти” за пределы своих личных обид и интересов, лучше понять другого;

7) Расширение духовного горизонта спорящих — это попытка вывести конфликтующих за рамки субъективного восприятия конфликта и помочь увидеть ситуацию в целом, со всеми возможными последствиями.

Теория трансакций (“трансактный анализ”) — концепция структурного описания взаимодействия, получившая большую популярность и признание в практике работы с группами и при психологическом консультировании. Она предложена Эриком Берном (1902-1970), который развивал представления об общении, опираясь на теорию психоанализа. С его точки зрения, вступая в контакт, люди находятся в одном из базовых состояний: Ребенок, Взрослый или Родитель. Позиция Ребенка кратко может быть определена как позиция “хочу”, позиция Родителя — “надо”, а позиция Взрослого — объединение “хочу и надо”.

Инстанции Я: типичные способы поведения и высказываний

Инстанция Я		*Типичные способы поведения, высказывания*
Родитель	Заботливый родитель	Утешает, исправляет, помогает "Это мы сделаем" "Не бойся" "Мы все тебе поможем"
	Критический родитель	Грозит, критикует, приказывает “Опять ты опоздал на работу?” “У каждого на столе должен быть график!”
Взрослый		Собирает и дает информацию, оценивает вероятность, принимает решения "Который час?" "У кого же может быть это письмо?" "Эту проблему мы решим в группе"
Ребенок	Спонтанный ребенок	Естественное, импульсивное, хитрое, эгоцентричное поведение “Это дурацкое письмо у меня уже третий раз на столе” "Вы это сделали просто замечательно!"
	Приспосабливающийся ребенок	Беспомощное, боязливое, приспосабливающееся к нормам, уступчивое поведение "Я бы с радостью, но у нас будут неприятности"
	Бунтующий ребенок	Протестующее, бросающее вызов поведение “Я это делать не буду!” “Вы этого сделать не сможете”

В личности каждого человека гармонично представлены все три базовые состояния, однако под влиянием неправильного воспитания личность может деформироваться так, что одна из составляющих начинает “подавлять” другие, что обусловливает нарушение общения и переживается человеком, как внутреннее напряжение. Личностные дисгармонии и нарушения общения связаны либо с подавлением одного из базовых состояний, либо с его проявлениями в тех ситуациях, которые оно не должно контролировать. Психотерапия, по Э.Берну, должна осуществляться в направлении «оживления» подавленного Я–состояния или обучения умению актуализировать определенное Я–состояние в тех случаях, когда это необходимо.

Анкета для оценки выраженности базовых Я–состояний (трансактный анализ общения)

№	*Высказывание*	*Оценка*
1	Мне порой не хватает выдержки	
2	Если мои желания мешают мне, то я умею их подавлять	
3	Родители, как более зрелые люди, должны устраивать семейную жизнь своих детей	
4	Я иногда преувеличиваю свою роль в каких-то событиях	
5	Меня провести нелегко	
6	Мне бы понравилось быть воспитателем	
7	Бывает, мне хочется подурачиться, как маленькому	
8	Думаю, что я правильно понимаю все происходящие события	
9	Каждый должен выполнять свой долг	
10	Нередко я поступаю не как надо, а как хочется	
11	Принимая решение, я стараюсь продумать его последствия	
12	Младшее поколение должно учиться у старших, как ему следует жить	

13	Я, как и многие люди, бываю обидчив	
14	Мне удается видеть в людях больше, чем они говорят о себе	
15	Дети должны безусловно следовать указаниям родителей	
16	Я – увлекающийся человек	
17	Мой основной критерий оценки человека — объективность	
18	Мои взгляды непоколебимы	
19	Бывает, что я не уступаю в споре лишь потому, что не хочу уступать	
20	Правила оправданы лишь до тех пор, пока они полезны	
21	Люди должны соблюдать все правила независимо от обстоятельств	

Примечание: приведенные высказывания оцените по отношению к себе в баллах от 0 до 10 и подсчитайте сумму баллов:

"Дитя" — 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19
"Взрослый" — 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20
"Родитель" — 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21

Успех общения во многом зависит от того, соответствуют ли друг другу Ego–состояния коммуникантов. Эффективность взаимодействия выше, если транзакции носят “дополнительный” характер, т.е. совпадают. Так, благоприятными для общения являются такие пары Ego–состояний как “Ребенок–Ребенок”, “Взрослый–Взрослый”, “Родитель–Родитель”.

Взаимодействие нарушается, если транзакции “пересекаются”. Типичным житейским примером последних является ситуация, когда, например, жена обращается к мужу с информацией: “Я порезала палец” (апелляция к Взрослому с позиции Взрослого), а в ответ слышит “Вечно у тебя что-то случается!” (ответ с позиции Родитель) или “Что же теперь я должен делать?” (ответ с позиции Ребенок). Как можно заметить эффективность взаимодействия в этих случаях невелика, чем если бы ответ шел с позиции Взрослого: “Сейчас перевяжем”.

Таким образом, для успеха общения все транзакции должны приводится в соответствие с базисными, т.е. совпадающими. В этом состоит задача психолога при консультировании клиента. Другая его задача состоит в том, чтобы освободить клиента от так называемых “игр” в общении, осваиваемых еще в детстве и выражающих лицемерие и неискренность. Кроме игр, Э. Берн особое внимание при описании взаимодействия уделяет различным ритуалам и полуритуалам. Каждая ситуация диктует свой стиль поведения и действий: в каждой из них человек по-разному “подает” себя, а если эта самоподача не адекватна, то возникают затруднения в взаимодействии.

Ритуальный стиль поведения часто задается некоторой культурой. Так для американцев традиционно на вопрос: “Как дела?” отвечать “Прекрасно!”, как бы это не было на самом деле. Для нашей культуры свойственно отвечать “по существу”, причем не стесняться негативных характеристик собственного бытия (“Ой, жизни нет, цены растут, транспорт не работает...”). Человек, привыкший к другому ритуалу, получив такой ответ, будет озадачен, как взаимодействовать дальше (Андреева Г.М., 1977).

Перцептивная сторона общения

Перцептивная сторона общения означает процесс взаимовосприятия и познания партнеров по общению и установление на этой основе взаимопонимания.

Человек вступает в общение как личность и воспринимается партнером по общению также как личность. В ходе познания одновременно осуществляется несколько процессов: эмоциональная оценка другого, попытка понять его поступки, построение стратегии изменения его поведения, построение стратегии своего

собственного поведения. Таким образом, от меры точности “расшифровки” и понимания внешнего рисунка поведения другого человека зависит и успех организации с ним согласованных действий. Многим требуется время, чтобы понять, что впечатление, вызываемое ими у других людей, может значительно отличаться от ожидаемого ими.

Очень часто восприятие человека человеком обозначают термином “социальная перцепция”, введенным Дж. Брунером в 1947 году в ходе разработки так называемого “нового взгляда” (New Look) на восприятие. Позднее за этим термином закрепилось понимание процесса восприятия всех “социальных объектов” (другие люди, социальные группы и большие социальные общности), т.е. более широко, чем просто восприятие человеком человека. При рассмотрении общения целесообразно говорить не вообще о социальной перцепции, а о межличностной перцепции, или межличностном восприятии. Более того, само употребление термина восприятие также не совсем является точным, так как речь идет о познании человека человеком в целом, включая и когнитивные процессы.

Идентификация — уподобление себя партнеру по общению, является одним из самых простых способов понимания другого человека. Здесь предположение о внутреннем состоянии собеседника строится на основе попытки поставить себя на его место. Психоаналитики в этих процессах усматривают влияние переноса.

Эмпатия — другое, близкое по содержанию к идентификации, явление, понимаемое как “вчувствование”, умение распознавать эмоции окружающих, откликаться на них. Здесь имеется в виду не рациональное осмысление проблем другого человека, а стремление эмоционально его понять и эмоционально откликнуться на его переживания. Это вовсе не означает, что человек тем самым полностью и одобряет линию поведения партнера и ее поддерживает. Он ее понимает и принимает, но свое поведение может строить иначе. Полагают, что и вчувствование, и высшие личностные формы эмоционального отклика осуществляются через механизм *децентрации*, который формируется в процессе возрастного развития личности.

Рефлексия — определяется в процессах общения как знание и понимание того, как другой человек знает и понимает меня самого. В общении это выглядит как своеобразный удвоенный процесс зеркальных отражений друг друга, последовательное взаимоотражение. Именно от этого зависит подлинное взаимопонимание, личностное развитие. Личность становится для себя тем, что она есть, через то, что она представляет собой для других.

Эффекты межличностного восприятия — зависят от характеристик как субъекта, так и объекта восприятия. Каждый из участников, оценивая другого, стремиться построить определенную систему интерпретации поведения, причин его. В обыденной жизни люди обычно мало знают о действительных причинах поведения другого. Тогда, в условиях дефицита информации, они начинают приписывать друг другу причины и образцы поведения, которых в действительности нет. Приписывание осуществляется либо на основе сходства поведения с каким-то имевшим место в прошлом опыте образце, либо на основе анализа собственных мотивов, предполагаемых в аналогичной ситуации. Так или иначе возникает целая система способов такого приписывания — *каузальная атрибуция*. Значительна при этом роль “первого впечатления”, предубеждений и установок. Наиболее изученными механизмами “приписывания” являются эффекты “ореола” (“галоэффект”), “первичности и новизны”, а также “стереотипизации”.

Эффект ореола — происходит приписывание воспринимаемому человеку качеств на основе образа, который сложился ранее о нем из различных источников информации. Этот образ, ранее существовавший, выполняет роль “ореола”,

мешающий видеть действительные черты и проявления объекта восприятия. Эффект ореола проявляется и при формировании первого впечатления о человеке, когда первое благоприятное впечатление приводит к позитивной оценке и еще неизвестных качеств человека и, наоборот, общее неблагоприятное впечатление способствует преобладанию негативных оценок.

Эффекты "первичности" и "новизны" — зависят от порядка предъявления информации о человеке для составления представления о нем. При восприятии незнакомых людей преобладающей является самая первая известная информация о нем. Напротив, в ситуациях восприятия знакомого человека, действует эффект новизны, который заключается в том, что последняя, т.е. более новая, информация о нем оказывается наиболее значимой.

Стереотипизация — это сложившийся некоторый устойчивый образ события, явления или человека, которым мы пользуемся как своеобразным "сокращением" при взаимодействии. В более широком плане и все описанные выше эффекты можно рассмотреть как проявления стереотипизации. Впервые термин "социальный стереотип" был введен У. Липпманом в 1922 году и содержал негативный оттенок, связанный с ложностью или неточностью восприятия. В житейском плане это всевозможные предубеждения и предвзятости.

> Область исследований, связанных с выявлением механизмов образования различных эмоциональных отношений к воспринимаемому человеку, получила название "***аттракция***". Буквально аттракция — привлечение, но здесь не просто привлечение, а процесс формирования привлекательности какого-то человека и продукт этого процесса, т.е. некоторое качество отношения к нему. Аттракцию можно рассматривать как особый вид социальной установки на другого человека, в которой преобладает эмоциональный компонент.

Половые различия в общении. Общение между мужчинами больше подчинено статусной иерархии, чем общение между женщинами. При этом люди с меньшими статусом выигрывают больше от использования социально приемлемых видов поведения, чем люди с высоким статусом (Carli L.G.,1989). Общаясь между собой мужчины и женщины демонстрируют в большей степени мужское, чем женское поведение: больше говорят по делу, чаще не соглашаются друг с другом. Различия в стереотипном поведении больше при общении с коммуникантом своего пола. Мужчины выражают больше несогласия при общении с мужчинами. Женщины общаются с женщинами в более драматическом ключе, чем с мужчинами. Коммуниканты обоего пола более убедительны в общении с женщинами, чем мужчинами.

Краткое содержание и выводы

Как межгрупповые (общественные), так и межличностные (психологические) отношения реализуются в общении. Общение порождается потребностями в совместной деятельности и включает в себя обмен информацией между партнерами с выработкой единой стратегии взаимодействия, а также правильного взаимовосприятия и взаимопонимания.

Социальный смысл общения состоит в том, что оно выступает средством передачи форм культуры и общественного опыта. Специфика общения определяется тем, что субъективный мир одного человека может раскрываться для другого. В общении человек самоопределяется и самопредъявляется, обнаруживая свои индивидуальные особенности.

Коммуникативная сторона общения связана с выявлением специфики информационного процесса между людьми как активными субъектами с их установками, целями и намерениями. Все это приводит не просто к движению информации, но и уточнению и обогащению знаний, сведений и мнений, которыми обмениваются люди. Вербальная коммуникация осуществляется с помощью речи, а невербальная — с помощью различных невербальных знаковых систем. Среди последних отдельно выделяют оптико-кинестетическую (жесты, мимика, пантомимика), пара– и экстралингвистическую системы (интонация и неречевые вкрапления в речь), а также системы "контакта глазами", проксемику (система организации пространства и времени общения) и такесику (система физических контактов, прикосновений).

Интерактивная сторона общения представляет собой построение общей стратегии взаимодействия. Различается ряд типов взаимодействия между людьми, прежде всего кооперация и конкуренция. Оценка этих типов взаимодействия как просто согласия или конфликта не должна приводить к простому формальному описанию взаимодействий. Важным представляется содержательная сторона взаимодействия, поскольку даже конфликт может быть продуктивен, способствуя всестороннему пониманию проблемы. В теории трансакций Берна всесторонне рассматриваются различные типы взаимодействия между людьми. Трансактный анализ получил распространение как психотерапевтическая методика при групповой психотерапии.

Перцептивная сторона общения включает в себя процесс формирования образа другого человека, что достигается "прочтением" за физическими характеристиками партнера его психологических свойств и особенностей поведения. Основные механизмы познания другого человека — идентификация (уподобление), эмпатия и рефлексия. В ходе межличностного восприятия и познания возникает ряд эффектов — ореола, первичности, недавности (новизны) и стереотипизации. Знание этих механизмов позволяет выявить психологическое содержание взаимопонимания и явлений аттракции (привлекательности для других).

Вопросы для самопроверки

1. Что собой представляют психологические отношения в отличие от социальных отношений? Как исследуются межличностные отношения?
2. Как дать определение общения? Какова его структура и функции?
3. Чем отличается человеческая коммуникация от информационных процессов в теориях информации?
4. Какую роль в общении играют невербальные знаковые системы? Какие существуют их основные типы?
5. Какие два основных вида взаимодействия выделяют в интерактивной стороне общения?
6. Каковы основные элементы структуры социального конфликта? Что собой представляют продуктивный и деструктивный конфликты?
7. Как понимается конфликт в теории трансакций Берна? Что собой представляет ритуальный стиль общения?
8. Какие психологические механизмы помогают человеку познавать и понимать поведение других людей?
9. Какую роль в межличностном восприятии играют эффекты ореола, первичности и новизны?

Раздел 7
ЛИЧНОСТЬ И БОЛЕЗНЬ

ГЛАВА 28

ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Роль личности и психической травматизации при заболеваниях человека

Всякая болезнь оказывает влияние на человека в целом, его личность. Каждый по своему опыту знает, что даже банальное простудное заболевание или удаление зуба могут серьезно влиять на нас — вызывают опасения и тревогу, приводят к плохому настроению, заставляют уделять себе больше внимания. Часто эти реакции обобщают терминами *переживание и поведение человека во время болезни*.

Переживания и поведение больного во время болезни могут носить самый различный характер. Неадекватность переживаний и поведения пациента могут существенно затруднять диагностику болезни и сам лечебный процесс. Именно поэтому так важно узнать и понять, что происходит в душе страдающего человека, так как это может способствовать организации соответствующих реабилитационных мероприятий, лучшему приспособлению больного к новой ситуации болезни, более успешному лечению и влиять на сроки выздоровления.

При рассмотрении влияния личности на болезнь могут быть выделены две основные патогенетические цепи причинно-следственных связей (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1988). Одна из них отражает влияние тех личностных особенностей, которые через особенности *поведения* (например, курение) формируют условия внешней жизнедеятельности. Эти условия в свою очередь самыми разнообразными путями сказываются на соматическое, биологическое благополучие организма и, в конечном итоге, на возникновение и течение заболевания. Вторая линия влияния личности на болезнь отражает уже роль личностных особенностей человека, которые определяют спектр доминирующих у него во времени э*моций* (например, у тревожного пессимиста), изменяющих физиологический гомеостаз организма, на фоне которого и развертываются механизмы заболевания. Определенные доминирующие эмоциональные психофизиологические состояния повышают степень риска возникновения заболевания или ухудшают его течение.

Другой аспект этой большой проблемы связан с рассмотрением причинной роли психологических аспектов существования человека в его заболевании (этиология), механизмах его развития (патогенез), оформления внешних, клинических проявлений болезни (симптомов и синдромов), а также их влияния на успешность лечебных мероприятий. Если ориентироваться на роль психической травматизации (психологического стресса) и личностно-психологических факторов в этиопатогенезе болезни, то в огромном разнообразии заболеваний человека можно выделить *три* основные и относительно самостоятельные группы: психогенные, психосоматические и соматические заболевания.

1) Психогенные заболевания (неврозы и реактивные психозы) — причины и механизмы развития болезни носят здесь преимущественно психологический характер (психическая травма в ее взаимодействии с личностью), а со стороны внутренних органов наблюдаются только функциональные изменения за счет центральных эмоциогенных нарушений их нервно-вегетативной регуляции.

2) Психосоматические заболевания (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, бронхиальная астма и ряд других заболеваний) — на начальных этапах болезни этиопатогенез в общих чертах сходен с таковым предыдущей группы болезней, или, по крайней мере, роль личностно-психологических факторов в возникновении болезни велика. Однако на более поздних этапах функциональные сдвиги со стороны внутренних органов переходят в органические, т.е. болезнь, приобретает все черты соматического заболевания с деструкцией органов.

3) Соматические заболевания (травмы, инфекции, интоксикации, нарушения обмена веществ и другие) — роль психологических факторов в этиопатогенезе этой группы заболеваний отсутствует или минимальна. Однако и здесь сам факт заболевания и тот психологический дискомфорт, который приносит болезнь, может выступать для больного в качестве своеобразной психической травмы, что приводит к многочисленным вариантам психологической личностной реакции на болезнь. Эта личностная реакция на заболевание лежит в основе так называемой *"внутренней картины болезни"*, т.е. совокупности представлений, чувствований и соответственных поведенческих реакций больного в период болезни.

Внутренняя картина болезни оказывает существенное влияние на самочувствие больного и течение заболевания, его взаимоотношения с родственниками, лечащим врачом и на ход самого лечебно-диагностического процесса. Впрочем, формирование внутренней картины болезни типично не только при соматических болезнях, она характерна для любого заболевания человека

Указанные выше классификационные подходы применимы и группе психических заболеваний. В частности, подразделение психических заболеваний на группу психогений (неврозы и реактивные психозы) и соматически обусловленных психических расстройств (мозговые инфекции, травмы головного мозга и другие) возражений у специалистов не вызывает. Однако здесь особое место занимает группа эндогенных психозов. Именно в трактовке таких загадочных психических заболеваний как маниакально–депрессивный психоз и шизофрения больше всего и проявляется односторонность взглядов на их этиопатогенез как "психиков", так и "соматиков". Так называемая диатез–стрессовая модель эндогенных заболеваний, разрабатываемая в русле психосоматических подходов, находит сейчас все больше сторонников, так как позволяет во многом снять эти противоречия, показывая, что эндогенные психические заболевания могут быть примером сложного переплетения психосоматических и соматопсихических связей.

В настоящее время в психиатрии по вопросу о классификации психических расстройств имеют место два главных течения — нозологическое и синдромологическое.

В *нозологическом* направлении считается, что каждой болезни присущ свой особый этиопатогенез, характерная клиника и течение, а также наиболее вероятный прогноз. В частности, немецкий психиатр Э. Крепелин (1856–1926) все психические болезни делил на две большие группы: экзогенные и эндогенные. *Экзогенные* психические болезни возникают под влиянием внешних воздействий: травмы (механической, химико-физической или нравственно–психической), инфекции, интоксикации или деструктивного органического мозгового процесса. *Эндогенные* психические заболевания возникают вследствие нарушения каких-либо более сложных и внешне трудно фиксируемых внутренних соматических свойств, т.е. нейроэндокринных или метаболических процессов в организме. К их числу он отнес шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсию и ряд других психических заболеваний.

Сторонники *синдромологического* направления, напротив, отрицают нозологическую самостоятельность психических заболеваний. Диагнозами здесь служат

названия ведущих синдромов (депрессия, хронический бред, делирий, кататония и т.п.) вне зависимости от вызвавших их причин. Немалую роль в поддержке этой точки зрения сыграло открытие в 50-х годах 20 столетия психотропных средств, каждое из которых эффективно только при определенном синдроме.

Современная международная классификация психических расстройств (МКБ–10) занимает компромиссную позицию по отношению к этим главным классификационным направлениям в психиатрии. В тех случаях, когда этиопатогенез психического расстройства хорошо известен (например, ряд органических заболеваний мозга), то применяются нозологические принципы классификации, в противном случае — синдромологические или, особенно при психогенных и личностных нарушениях, психологические (психоаналитические) классификационные принципы.

ПСИХОГЕНИИ И УЧЕНИЕ О ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Термин "психогенные заболевания" (психогении) был впервые предложен в 1894 году немецким психиатром и психологом Куртом Зоммером (1865-1947) при описании психической эпидемии судорог, возникшей среди школьников. Позднее психогениями (от греч. psyche — душа и gemao — порождаю) стали обозначать все те психические расстройства, которые возникали под влиянием психической травмы. В результате психической травматизации у человека могут возникать нервно-психические расстройства *непсихотического* (неврозы) и *психотического* (реактивные психозы) типов.

Непсихотические психогенные расстройства часто относят к клиническим формам так называемой *малой психиатрии.* Все болезненные нервно-психические нарушения здесь часто объединяют общим термином — *"пограничные состояния"*. Этим названием подчеркивают, что они стоят на границе между нормой и патологией, между психическими и соматическими болезнями, между психотическими и непсихотическими формами психических болезней. В широком плане это все проблемы переживаний человека в связи с интимно-личностными, межличностными и социальными конфликтами и различные психогенные психические и психосоматические реакции, как в рамках нормы, так и патологии. Все они по сути выражения чисто человеческих проблем, проявления человеческой сущности в трудной жизненной ситуации.

Психическая травма — это жизненное событие или ситуация, затрагивающие значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Под влиянием психической травмы у человека может возникнуть психогенное нервно-психическое расстройство — психогения.

На первом этапе учения о психогениях ведущая роль в возникновении заболевания у человека отводилась психической травме. По мнению немецкого психиатра Карла Ясперса (1883-1969), создателя экзистенциально–феноменологического направления в психиатрии, патологические реакции психики в ответ на психическую травму характеризуются единством причины и клинической динамики болезни. Это значит, что чисто психологическая травма вызывает и целиком психологическую реакцию и обе они оказывается объединены психологически понятной связью. Эти диагностические принципы сформулированы K. Jaspers (1923) в виде следующих трех основных положений ("реактивная триада"): 1) реактивное состояние возникают вслед за психической травмой; 2) содержание психической травмы находит отражение в симптоматике болезни и между ними существуют психологически понятные связи; 3) при устранении психической травматизации наступает улучшение и выздоровление больного.

Позднее было обнаружено, что второй и третий критерии из “реактивной триады” Ясперса не всегда находят свое подтверждение в клинической практике, особенно при затяжных неврозах и патологических (психогенных и невротических) развитиях личности. При затяжных неврозах часто бывает трудно доказать, что содержание клинической картины прямо вытекает из характера психической травмы, а при патологических развитиях личности пусковая психическая травма со временем теряет актуальность, тогда как болезнь все равно продолжает развиваться. Более того, не всегда приемлемым бывает и первый критерий знаменитой триады, т.к. нередко бывает и так, что реактивное состояние возникает не непосредственно вслед за психической травмой, а может быть отставленным. И тем не менее, сформулированные К. Ясперсом критерии реактивных состояний являются хорошим ориентиром в обосновании и постановке диагноза реактивных невротических состояний и психозов, почему и получили широкое распространение.

Второй этап учения о психогениях связан с именем немецкого психиатра и психолога Эрнеста Кречмера (1888–1964), который отметил, что психогенное заболевание возникает в ответ не на любую психическую травму, как полагал Ясперс, а только на ту, которая затрагивает особо *значимые стороны отношений* больного, зависимые от особенностей его характера. Психическая травма должна “подходить” к характеру как “ключ к замку” и только тогда “состоится” триада Ясперса. Таким образом, на втором этапе изучения психогенных заболеваний значение психотравмы и конституционно-личностных особенностей в этиопатогенезе заболевания стало уравновешиваться. Одинаково важно наличие психической травмы и предрасположенности к ней человека.

> В процессе изучения преморбидных особенностей личности в патогенезе психогений было положено начало исследованиям реагирующей почвы в более широком плане. При этом выяснилась роль не только конституционных личностно–характерологических особенностей, но и роль комплекса экзогенных и прежде всего соматогенных (соматическая ослабленность, резидуальная мозговая недостаточность и т.п.) и социальных (социальные конфликты, беженцы и т.п.) факторов в течение реактивных состояний (Осипов В.П.,1941; Жислин С.Г., 1940, 1950; Бунеев А.Н., 1944, 1946; Гиляровский В.А., 1944, 1946). Представление о реактивном состоянии как болезненном состоянии, при котором этиологический фактор — психическая травма — опосредуется функционально–динамическими церебральными механизмами, определило последующее развитие этой проблемы (Фелинская Н.И., 1968; Морозов Г.В., 1971).

На третьем этапе изучения психогений появляются доказательства, что психическая травма не играет главной роли в возникновении заболевания, а определяющее значение имеет *отношение личности* к психотравмирующей ситуации как патогенной (Мясищев В.Н., 1960) и особенности функционирования механизмов личностной психологической защиты, позволяющие это отношение менять.

Действительно, обнаружено, что во многих странах в послевоенные годы, т.е. когда нет никаких массовых бедствий, резко возрастает среди населения число непсихотических форм психических нарушений — невротических реакций, неврозов, а также самоубийств. Чрезвычайно часто обнаруживают случаи, когда человек совершал суицид без каких-либо видимых предшествующих психотравм. Объяснение этим явлениям стали искать в особенностях личности человека, потере способностей его противостоять жизненным трудностям, преодолевать препятствия, ставить перед собой реальные планы, видеть свои жизненные перспективы.

Поиски ответа на вопрос о том, как происходит нейтрализация переживаний при эмоционально-личностных воздействиях привели к формированию таких понятий “фрустрация”, “механизмы психологической защиты”, “внутриличностный конфликт”. Устойчивость к патогенному влиянию жизненных ситуаций и способность к нейтрализации неблагоприятных социально-эмоциональных факторов личностного бытия даются человеку в процессе его индивидуального развития, его социализации с формированием направленности интересов, жизненных перспектив и идеалов, т.е. формирования всей его структуры личностных ценностей.

Отсюда ***психогении*** уже можно рассматривать *как опосредованное всей личностью (как на сознательном, так и бессознательном уровнях) формирование переживания при развитии патологических форм психологической защиты или их срыве.*

Отечественный психиатр и психолог В.Н. Мясищев (1960) полагает, что патогенна психологическая ситуация только тогда, когда она не может человеком *рационально переделана* (например, при неврастении имеется своеобразная блокада механизма рационализации), *преодолена* (например, при истерическом неврозе отмечаются низкие возможности трансформации бессознательного установочного механизма, блокирована сублимация) или *невозможен отказ от неосуществимых влечений* (как это имеет место при неврозе навязчивых состояний).

Фрустрация

Фрустрацией (от лат. frustratio — обман, разрушение планов) называют критическую ситуацию и состояние человека при невозможности реализации им тех или иных потребностей, т.е. когда имеются объективные или субъективные трудности на пути к достижению цели или решения задачи.

> Термин “фрустрация” иногда понимается неоднозначно — это или сама ситуация, в которой оказывается невозможным удовлетворение актуальной потребности, изменяется или блокируется ожидаемый результат (Brown, Farber, 1951; Lawson, 1965), или это характерное психическое состояние, возникающее в подобной ситуации (Hilgard, 1962; Левитов, 1967).

Фрустрация внешне выражается различными формами отрицательных эмоций, иначе фрустрация — это переживание неудачи. В простейшем случае фрустрация возникает, когда отсутствует объект потребности (первичная фрустрация) или, что более характерно, внешние обстоятельства препятствуют осуществлению желаемого. Однако гораздо чаще фрустрация возникает не в силу внешних препятствий, а как следствие противоречия *личных желаний человека и ограничений на них, налагаемых обществом.* Осознание необходимости ограничений и нужный баланс между личными потребностями индивида и нуждами социальной группы формируются в процессе воспитания. По мере взросления человека социальные стандарты и запреты интериоризируются, становятся по сути его морально-этическими нормами, и это противоречие (конфликт), если оно имеет место, по своей сути становится внутренним, т.е. интрапсихическим (внутриличностным).

> Потребностей у человека множество, но среди них особо выделяются базовые потребности (безопасности, любви, уважении и др.). Блокада (фрустрация) базовых потребностей считается более патогенной и, как правило, приводит к болезненным расстройствам. Соответственно имеется и классификация барьеров, с помощью которых может быть блокирована та или иная потребность. В частности можно выделить барьеры

физического порядка (например, стены тюрьмы), биологические (болезнь, старение), психологические (страх, интеллектуальная недостаточность и др.) и социокультуральные (законы, правила, запреты и др.) барьеры. Разновидностью социокультуральных барьеров являются морально-этические и идеологические барьеры, их осознает сам человек. Таким образом, препятствия на пути к достижению цели могут быть внешними (объективными) и внутренними (субъективными).

Конструктивные эффекты фрустрации. Фрустрация обычно приводит к напряжению и интенсификации усилий человека на преодоление препятствия и достижение цели деятельности. Вызванное фрустрацией или конфликтом напряжение способствует концентрации внимания человека на конкретном мотиве, действующем в данный момент. При этом все несущественное отходит на второй план, а в результате усиливается привлекательность еще не достигнутой цели и происходит большая *мобилизация сил* для ее достижения. В тех случаях, когда препятствия слишком велики и интенсификация усилий к успеху не приводит, усилившееся напряжение может помочь человеку обрести новый взгляд на ситуацию в целом (*переоценка ситуации*), пересмотреть свои предыдущие действия и увидеть новые и ранее не замечаемые обходные пути ее достижения (*замена средств достижения цели*) или может обнаружится альтернативная цель, вполне удовлетворяющая потребность или желание (*замена цели*).

При конструктивной фрустрации не только восстанавливается временно утраченное психологическое равновесие, но и *идет развитие личности*. Человек обучается ставить реальные цели, учится умению манипулировать “точкой цели”, отказываясь от неосуществимого. Позитивно разрешенные конфликтные переживания закаляют характер, формируют решительность в поведении личности, способствуют адаптации и самореализации личности в сложных условиях и повышают стрессоустойчивость организма.

Деструктивные эффекты фрустрации. Увеличение напряжения и эмоциональное возбуждение при фрустрации может оказаться так велико, что они превысят уровень необходимый для конструктивных действий: человек волнуется, впадает в панику, теряет контроль над ситуацией. У него может нарушается тонкая координация движений и возникает когнитивная ограниченность — становится невозможными рациональные процессы размышления и адекватности принятия решений.

Толерантность к фрустрации. Существует определенная пороговая величина уровня напряжения, превышение которой приводит к деструктивным эффектам фрустрации. Эту величину часто определяют как устойчивость, или толерантность, к фрустрации. Таким образом, под *фрустрационной толерантностью понимается способность человека противостоять разного рода жизненным трудностям без утраты психологического равновесия*.

Толерантность к фрустрации является переменной величиной и зависит от величины напряжения, типа ситуации, особенностей личности. Один и тот же человек в различных обстоятельствах оказывается способным выдержать разную степень напряжения. Высокий уровень развития личности предполагает сознательный отказ от фрустрирующих целей и выдвижение новых, более приемлемых и достижимых.

Многие авторы используют понятие фрустрации и психологического стресса как синонимы. Первоначальное понимание стресса было связано с воздействием на организм экстремальных факторов. Человек реагирует на них увеличением психического напряжения в форме психобиологической защиты. Различают три уровня такой защиты:

1 уровень — клеточно-иммунологический, защита от различных физических воздействий;

2 уровень — автономный, уровень “немедленной необходимости” с реакциями типа стресса физиологического (комплекс стереотипных вегетативных и биохимических сдвигов) и стресса психологического (психологические состояния типа страха, страдания, ярости);

3 уровень — кортикальный, защита личности от психологической угрозы, защита “Я”.

Последний уровень и относится к собственно фрустрации, но в широком плане фрустрация проникает во все три уровня психобиологической защиты (например, страдание относится ко всем уровням, страх — к 2 и 3 уровням, а тревога — достояние только 3 уровня).

Агрессия. Естественным путем разрешения фрустрации считается агрессивное поведение, т.к. в своей простейшей форме агрессия может рассматриваться как прямая атака на препятствие или барьер, и в этом смысле она является проявлением *адаптивного поведения*.

Однако агрессия может быть и вредна: препятствие иногда требует более тонких методов преодоления, чем атака в лоб, вызванная гневом. Агрессия может генерализироваться и обращаться на многие объекты, в том числе и те, которые никакого отношения к фрустрации не имеют. Кроме того, могут существовать причины, которые препятствуют прямому направлению агрессии непосредственно на источник фрустрации. В этих случаях агрессия находит выход в замещении истинного объекта фрустрации другим (“козлы отпущения”). Отсюда наиболее часто агрессию подразделяют по направленности на внешние объекты — *экстрапунитивный* тип, и на самого себя, самообвинение — *интрапунитивный* тип. Исследователи подчеркивают, что для нормального развития человека нужно формировать навык преодоления фрустрации. Для ребенка, например, более оптимален и является естественным экстрапунитивный тип реакции. Однако важно строгое запрещение проявления агрессии к конкретному лицу и лучше если ребенок проявит свой гнев на не одушевленный предмет — игрушку и пр.

Кроме агрессии при фрустрации также можно наблюдать другие реакции — типа “бегства от ситуации”, возникновения ко всему апатии и безразличия, двигательного возбуждения со стереотипиями и даже поведения типа регресса на более детские формы реагирования. Все эти типы поведения являются негативными, поскольку они не направлены на цель деятельности, не обеспечивают возможности ее достижения.

Таким образом, мы наблюдаем многообразие реакций на фрустрацию. Большинство из них связаны с продолжением потребности тем или иным способом. Если поведение направлено на продолжение потребности вопреки препятствиям, то такое поведение адаптивно. Неадаптивное поведение не ведет к достижению цели. Неадаптивными считаются и случаи, когда у человека преобладает тип реакций, направленных на защиту “Я”. Все они проявляются в виде попыток уклонится от упреков (импунитивный тип реакций), внешнего обвинения (экстрапунитивные реакции) или в виде раскаяния, самообвинения и угрызений совести (интрапунитивные реакции). Фрустрационная толерантность формируется в процессе воспитания и в какой-то мере определяет и поведение человека в трудных ситуациях.

Для исследования фрустрации С. Розенцвейгом в 1945 году была предложена проективная методика исследования личности — тест рисуночной фрустрации (PF–Study). Имеются также разработки вариантов теста Розенцвейга для обследования детей в возрасте от 4 до 14 лет.

Стимульный материал методики состоит из 24-х рисунков, на которых изображены люди, находящиеся во временной фрустрационной ситуации. Персонаж слева обычно произносит слова, которыми описана эта ситуация. Над персонажем справа есть пустой квадрат, куда обследуемому нужно вписать первый пришедший на ум ответ. Черты и мимика персонажей в рисунках отсутствуют.



Образцы рисунков теста рисуночной фрустрации Розенцвейга

Оценка полученных ответов осуществляется, в соответствии с теорией Розенцвейга, по направлению фрустрационных реакций и их типам. Помимо количественной и качественной оценок изучения фрустрационной толерантности тест позволяет оценить степень социальной адаптации индивидуума (“показатель групповой конформности”), а также получить дополнительную информацию о поведении испытуемого в ситуации фрустрации путем расчета различных индексов (направленности и трансформации агрессии, степени решения проблем).

Психологические (мотивационные) конфликты

Реакцией организма на мотивационное возбуждение обычно являются действия, направленные на ослабление или устранение возбуждения. Специфические способы действия очень широко варьируют в зависимости от конкретного мотива, конкретного индивида и конкретной ситуации. Несмотря на это разнообразие, можно объединить все такие целенаправленные действия в две общие категории: поведение направленное на сближение и на избегание.

Не всякое сближение и избегание обязательно требуют физических действий. Мы можем чувствовать себя мысленно привлеченным к объекту наших желаний и отталкивать от себя мысли о предметах болезненных или неприятных. Однако на практике ситуации, когда перед нами стоит простая проблема реагировать на однозначно положительный или однозначно отрицательный мотив, являются весьма редкими. Обычно в каждый данный момент в нас действуют разные два или более мотива. Иногда эти множественные мотивы совмещаемы и тогда они могут усиливать друг друга. Однако чаще множественные мотивы в какой-то степени вступают друг с другом в противоречие.

Возможно, простейший случай кратковременного мотивационного конфликта состоит в конфронтации единственного мотива сближения и единственного мотива избегания. Эта ситуация легко моделируется экспериментально на животных. Например, на пути к лакомству помещается электрический контакт, и животное получает болезненный удар током при прикосновении к нему. Для исследования человеческого поведения в ситуации сближения–избегания часто нет

необходимости воздвигать искусственный барьер, поскольку есть множество вещей, которые мы хотели бы получить или сделать, окружены социальными табу, которые мы приручены не нарушать. Эти социальные запреты и выполняют роль барьера.

Не все мотивационные конфликты носят характер сближения–избегания. Противоречие может существовать между альтернативными целями, или это может быть выбор между различными путями достижения цели или избегания нежелательной ситуации. Конфликтные ситуации, согласно К. Левину (1931), следуют трем основным схемам: сближение–сближение, избегание–избегание, сближение–избегание.

Сближение–сближение (желаемое–желаемое, или аппетенция–аппетенция) — это конфликт между двумя равно положительными целями, т.е. имеет место проблема выбора между двумя желанными целями. Решение обычно достигается быстро и безболезненно. Тем не менее, выбор одной из целей означает потерю другой и эта неизбежность делает конфликт иногда весьма чувствительным (фрустрирующим) для человека. Обычно равноценность объектов весьма затрудняет их выбор, но это равновесие неустойчиво и по мере приближения к одному из объектов его привлекательность увеличивается, а привлекательность другого снижается.

Избегание–избегание (нежелаемое–нежелаемое, или аверсия–аверсия) — представляет собой конфликт выбора из двух нежелательных решений. Это случай “выбора меньшего из двух зол” и в этой ситуации человек сколько возможно оттягивает свое решение. Как только он делает шаг в сторону от одной из неприятных альтернатив, ее отталкивающая сила уменьшается. Однако этот же шаг приближает его к другой неприятности и ее отталкивающая сила увеличивается и человек часто возвращается на исходную позицию. Обычно дело решается вмешательством третьей силы, которая подтолкнет к выбору уже окончательного решения.

Сближение–избегание (желаемое–нежелаемое, или аппетенция–аверсия) — конфликт, когда одна и та же цель для человека обладает как выраженными положительными, так и выраженными отрицательными свойствами. Этот тип конфликта вызывает наибольшие переживания, т.к. на человека действуют силы притяжения и отталкивания в одном и том же направлении. Примерами такого рода конфликтов являются съеденное ребенком без разрешения вкусное варенье и наказание, хорошая выпивка и похмелье, запретное удовольствие и потеря самоуважения.

Все рассмотренные выше варианты кратковременных мотивационных конфликтов достаточно упрощены. В жизни, например, может наблюдаются ситуация, при которой одна из возможных линий поведения представляет собой нежелательный путь к желаемому результату, а другая — желаемый путь к нежелательному результату. В этом случае обе линии поведения могут в равной степени привлекать (как при конфликте сближение–сближение), либо в равной мере отвергаться (как при конфликте избегание–избегание). Такая ситуация иногда обозначается термином *“двойной конфликт”*. В реальных ситуациях бывает и так, что выбор одной из целей означает не полный отказ от другой, а лишь отсрочку ее достижения. Однако сущность любого конфликта заключается просто в том, что человек не может идти в двух разных направлениях одновременно.

При психологическом конфликте преграда для тех или иных действий кроется обычно в нас самих. Это самые различные проблемы выбора из двух различных

стремлений: конфликты потребностей, социальных норм; социальной нормы и потребности, между ценностью и потребностью и т.п.

Воздействие фрустрирующей ситуации будет наиболее неблагоприятным в том случае, если препятствие будет носить не пассивный характер (отсутствие необходимых средств для достижения цели), а активный характер, связанный с одновременным существованием у человека разнонаправленных, но сравнимых по силе потребностей. Именно такой тип фрустрации и представляет собой психологический ***интрапсихический*** конфликт, который В.Н. Мясищев (1960) определяет как *несовместимость, столкновение противоречивых отношений личности*. Возможность нарушения психической адаптации в результате интрапсихического конфликта тем больше, чем больше *значимость* для индивидуума конкурирующих потребностей

При оценке характера и выраженности внутриличностных конфликтов должны учитываться многие, в том числе и социокультуральные, факторы. Многочисленные исследования указывают на широкую распространенность внутриличностных конфликтов среди людей и относительно более высокий их суммарный уровень, сравнительно с уровнем межличностных конфликтов.

Внутренние источники жизненных трудностей
Методика Клиник неврозов Психоневрологических институтов
Варшавы и Санкт Петербурга (1992)

Оцените степень соответствия утверждения вашему личному ощущению:
5 – “Совершенно верно”, 4 – “Скорее верно”,
3 – “Частично – да, частично – нет”,
2 – “Скорее неверно”, 1 – “Совершенно неверно”.

№	*Утверждение*	*Оценка*
1	Не люблю просить у кого-либо совета и хотел бы сам справляться со всем, но одновременно чувствую себя действительно хорошо только тогда, когда знаю, что могу рассчитывать на чью-то помощь и опеку.	
2	Часто я противопоставляю себя кому-нибудь, руковожу людьми, кода они в этом нуждаются, но также часто отступаю, подчиняюсь.	
3	Я ненастойчив и несистематичен, хотел бы многого достичь, но постепенно достижение чего-либо, чего я очень хочу, представляет для меня огромную трудность.	
4	Я хотел бы многого достичь, быть “на уровне” в некоторых областях, но часто отступаю и не берусь за то, что может мне не удастся.	
5	Я честолюбив и не могу довольствоваться тем, чего добивался до сих пор, мне всегда кажется, что я должен достигнуть большего.	
6	Я хотел бы всегда делать то, что мне нравиться, следовать своим стремлениям, но часто это затрудняют разные правила и нормы, которыми руководствуются люди вокруг меня.	
7	Что касается моей половой жизни, то мое половое влечение приводит к тому, что я часто нарушаю или имею желание нарушить правила и нормы, которые сам признаю.	
8	Я очень хотел бы быть “хорошим” во всем, что я делаю, но разные ситуации и разные люди предъявляют ко мне столько разных требований, что я не могу справиться с этим.	
9	Часто кто-то раздражает меня или злит, хочется обругать или раскритиковать кого-то, но я от этого воздерживаюсь, так как знаю, что этого не следует делать.	
10	Часто у меня такое впечатление, будто во всем, что я делаю, например как работник, подчиненный, мужчина (женщина), сын (дочь) и т.д., — нет соответствия с общепринятыми правилами и требованиями.	
11	Я не сумел, в общем, избежать избытка обязанностей, которые были на	

	меня возложены, а справиться со всем этим я был не в состоянии.	
12	Я хотел бы слишком многого добиться, имел замыслы, которые не могли осуществиться при моих возможностях и условиях, в которых я живу.	
13	Часто у меня такое впечатление, что люди недооценивают меня и не видят, как я стараюсь сделать как можно лучше все, что от меня требуется.	
14	Мои эмоциональные и сексуальные отношения с женщинами (мужчинами) не складываются так, чтобы я мог (могла) назвать себя “настоящим” мужчиной (“настоящей” женщиной), хотя для меня это очень важно.	

Сумма:

Частотная выраженность личностных конфликтов
у здоровых и больных неврозами
(Назыров Р.К., Кондинский А.Г., 1992; Чехлатый Е.Г., Веселова Н.В., 1992)

№	*Тип личностного конфликта*	*Среднее значение*	
		Здоровые	*Больные неврозом*
1	Конфликт между потребностями зависимости–не-зависимости.	3,41	3,8
2	Конфликт между потребностями доминирования и подчинения.	2,83	3,08
3	Конфликт между потребностью в достижениях и страхом неудач.	2,83	3,08
4	Конфликт между потребностью в быстрых достижениях и отсутствием способности к длительным усилиям и настойчивости.	2,76	2,96
5	Конфликт-расхождение между уровнем притязаний и уровнем достижений.	2,81	3,06
6	Конфликт между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями социального окружения.	3,15	3,20
7	Конфликт между нормами и сексуальными потребностями.	1,80	3,22
8	Конфликт между собственными поступками и внутренними нормами.	2,43	2,26
9	Конфликт между нормами и агрессивными тенденциями.	3,47	3,12
10	Конфликт между стремлением к достижениям во всех областях жизни и невозможностью совместить требования различных ролей.	1,91	3,50
11	Конфликт между уровнем поставленных задач и собственными возможностями.	2,06	2,36
12	Конфликт между уровнем притязаний и возможностями.	2,77	2,60
13	Конфликт между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий.	2,58	3,22
14	Конфликт между высоким уровнем потребности быть полноценным (ой) мужчиной (женщиной) и наличием эмоционально–сексуальных неудач.	2,43	2,84
Суммарная выраженность “личностной конфликтности”		2,66	3,00

Одним из видов внутриличностного конфликта является *неосознанный внутренний конфликт*. В основе его могут лежать любые не полностью разрешенные в прошлом конфликтные ситуации, о которых человек забыл. На бессознательном уровне мы несем груз неразрешенных в прошлом проблем и непроизвольно воспроизводим старые конфликтные ситуации, как бы пытаясь решить их вновь. Поводом для возобновления неосознанного внутреннего

конфликта могут стать обстоятельства, схожие с прошлой неразрешенной ситуацией.

В реальной жизни внешние и внутренние причины внутриличностных конфликтов взаимосвязаны и их непросто разграничить. Внутренние и внешние противоречия личности взаимосвязаны, а человеческая психика обладает способностью переводить внешние противоречия во внутренние и наоборот. При этом такой перевод (трансферт) чаще всего происходит помимо воли самого человека, бессознательно. Человек, уклоняющийся от разрешения внешних проблем, может оказаться во власти своих внутренних противоречий. Люди, склонные к внешне бесконфликтному поведению, часто уходят в свои внутренние проблемы и не могут самореализоваться в обычной социальной среде (Козырев Г.И., 1999).

Одним из основных способов выхода из внутриличностных конфликтов является адекватная оценка ситуации, в которой оказался человек. Она включает самооценку индивида и оценку сложности существующих проблем. Именно рефлексия, позволяя взглянуть на свою ситуацию с позиции внешнего наблюдателя, помогает человеку выявить истинные причины своего внутреннего напряжения, правильно оценить ситуацию и найти разумный выход из конфликта.

Психотерапевты и психологи предлагают много полезных советов, способных помочь человеку решить личностные конфликты: создавать правильный образ своего “Я”; реагировать на факты, а не на свои представления о них; не реагировать слишком эмоционально на внешние раздражители, уметь отсрочить свою реакцию на них (“я буду волноваться только завтра”); уметь прощать себя и других; уметь направлять свою агрессию в нужное русло. Во время конфликта эмоции переполняют человека и мешают действовать ему рационально. Избыток чувств полезно “разряжать” в физических нагрузках, творчестве, “высказаться” в кругу друзей, устроить “истерику” наедине (чтобы не слышали посторонние) и т.п.

Особый подход нужен при разрешении неосознанного внутреннего конфликта, так как его причины не ясны для самого носителя конфликта. Человек может болезненно реагировать на определенные жизненные ситуации, его раздражают какие-то действия окружающих, он может испытывать неприязнь к некоторым людям. Причины таких конфликтов надо искать прежде в себе самом. Для того, чтобы разобраться может быть стоит проанализировать несколько типичных ситуаций и задать себе ряд вопросов: “Что меня в этом раздражает?”, “Почему я реагирую на это?”, “Почему другие реагируют на это иначе?” и т.п. Если человек сумеет осознать реальные источники своих внутренних конфликтов, он освободится от груза старых проблем и будет реагировать на кризисные ситуации адекватно. Если же самому разрешить такие проблемы затруднительно, то имеет смысл обратиться за помощью к психотерапевту или психологу.

Механизмы психологической защиты

Рассмотренные варианты конфликтов хотя и не отражают всей полноты динамики мотивационных процессов, но само существование конфликта, длительная невозможность его разрешения вызывает у человека напряжение и чувство тревоги, которая может иногда стать доминирующей во внутреннем мироощущении. В свою очередь тревога ведет к попыткам личности избежать или хотя бы ослабить ее неприятные воздействия формированием так называемых защитных механизмов. Таким образом, защитные механизмы личности являются реакцией на тревогу, а не изначальную фрустрацию как таковую.

Источники конфликтов, которые могут индуцировать тревогу, рассматриваются по-разному различными теориями личности: противодействующие силы Id, Ego и Superego (Фрейд З.); комплекс неполноценности, противостоящий стремлению к совершенству (Адлер А.);

несовместимые невротические потребности, одновременно побуждающие индивида стремиться к другим людям и проявлять агрессивность по отношению к ним из-за желания быть от них независимым (Хорни К.); конфликтующие требования сложных межличностных связей (Салливан Г.); психосоциальные кризисы, возникающие в процессе формирования идентификации личности (Эриксон Э.) и т.д.

Несмотря на все различия в предполагаемых источниках тревоги, авторы большинства теорий личности согласны в одном — существует множество защитных механизмов, которые до известной степени обеспечивают индивиду избавление от тревоги, правда все это происходит за счет определенного отказа от реалий действительности или ее искажения. Многие из механизмов личностной психологической защиты были описаны ранее и хорошо известны вследствие широкого распространения психоаналититической терминологии в повседневной жизни. Примерами защитных механизмов, существующих неосознанно, поскольку иначе они потеряли бы свою защитную функцию, являются вытеснение, изоляция, рационализация, проекция и другие.

Весьма загадочными являются механизмы ***психологической защиты на уровне перцепции***. При изучении индивидуального стиля личности, т.е. системы познавательных процессов, потребностей и способов адаптации, было установлено, что при восприятии человеком аффектогенных, значимых ситуаций наблюдаются три закономерности:

1) Те сигналы, которые адекватны ожиданиям личности, узнаются человеком быстрее прочих (Принцип релятивности: “вижу то, что хочу”);

2) Те сигналы, которые не отвечают ожиданиям, субъективно узнаются хуже и подвергаются наибольшим искажениям (Принцип защиты: “не вижу то, что не хочу”);

3) Те сигналы, которые содержат потенциальную угрозу и являются для личности разрушающими, узнаются быстрее всех прочих (Принцип сенсибильности).

Таким образом, здесь мы сталкиваемся с парадоксом: органы чувств не воспринимают и не сообщают мозгу именно то, что представляет, например, угрозу для личности. Однако для оценки этой угрозы ее нужно воспринять и обработать. В настоящее время имеются только гипотезы объясняющие эти механизмы. Так по мнению З. Фрейда на уровне сознания действует некая цензура, способная повышать порог восприятия эмоциогенных сигналов (особенно отрицательных). Возможно, что эта цензура осуществляется в правом полушарии, которое эмоционально более глобально реагирует, проникает в смысл раздражителя быстрее, чем рациональное левое полушарие, и не позволяет последнему продолжать декодировать слова. На уровне же рецепторов информация сохраняется недолго (1/4 сек.), пока не будет решено на высшем когнитивном уровне (где может действовать цензура), переводить их из сенсорной в кратковременную память или нет.

Защитные механизмы в теориях личности не только отражают определенные свойства индивида, но и определяют развитие личности. Если защитные механизмы почему-либо не выполняют свои функции, то это может способствовать возникновению психических нарушений. Более того, характер возникшего нарушения часто определяет и особенности самих защитных механизмов индивида. Защитные механизмы служат защите “Я” и самоутверждения, они не осознаются человеком и не выбираются им. Защитные механизмы могут рассматриваться как адаптивный механизм, поскольку они защищают личность от тревоги и неприятных переживаний, но одновременно они играют и дезадаптивную роль, так как по своей природе они искажают правильное восприятие объективной реальности.

Существуют и другие подходы к решению проблемы механизмов личностной психологической защиты. В частности, некоторые психологи придерживаются мнения, что использование защитных механизмов, хотя последние и относятся к области бессознательного, не обязательно остается вне сознания человека, а это

дает возможность их диагностики с помощью опросников. Психоэволюционная теория эмоций Роберта Плутчика и структурная теория личности Генри Келлермана (1979) лежат в основе этих концепций. Они предлагают специфическую сеть взаимосвязей между различными уровнями личности: эмоциональной сферой, психологическими защитными механизмами и характерологическими личностными особенностями.

Механизмы защиты, как полагают авторы, способствуют регуляции восьми основных биполярных фундаментальных эмоций: 1) страх–гнев, 2) веселость–печаль, 3) принятие–отвращение, 4) надежда–удивление. Это и предполагает существование соответствующих им только 4-х пар полярных психологических защит: *1) вытеснение – замещение, 2) реактивные образования – компенсация, 3) отрицание – проекция, 4) регрессия – рационализация*. Все защитные механизмы имеют и черты сходства между собой, так как в своем генезе все имеют механизм подавления (вытеснения), который первоначально возник для того, чтобы победить чувство страха.

Базовое эмоциональное состояние с его механизмом регуляции участвует в формировании определенного характерологического статуса индивидуума, особенно наглядного в патологически заостренной форме и известного в психиатрии как расстройство личности (психопатия). В частности, таким личностно-характерологическим чертам как 1) робость или агрессивность, 2) общительность или унылость, 3) доверчивость или подозрительность, 4) бесконтрольность или самоконтролируемость соответствует восемь типов личностных расстройств — 1) со склонностью к покорной пассивности или агрессивности, 2) маниакальности или депрессивности, 3) истеричности или параноидальности, 4) импульсивной психопатичности или психастеничной обсессивности.

В личности могут сочетаться разные базовые эмоциональные состояния, определяя разные комбинации механизмов защиты и соответственно разный жизненный стиль личности. Возможно этим, по мнению авторов концепции, объясняется существование многочисленных классификаций психологических защит, которые отражают просто разные названия одних и тех же механизмов или их комбинаций. Созданный ими опросник для диагностики механизмов защиты “Я”, так называемый “Индекс жизненного стиля” (LSI), содержит 97 утверждений, где сырые оценки по шкалам переводятся в стандартизированные оценки (процентили). Имеется русскоязычный вариант этой методики и собраны соответствующие нормативные данные к нему (Клубова У.Б., 1991; Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова У.Б. и др., 1999).

Опросник Келлермана–Плутчека
(сокращенный вариант, цит. по Иванов М.В., Кармин А.С., Отюгов А.А. и др., 1996)

Прочитайте приведенные ниже высказывания. Те из них те, которые соответствуют Вашему поведению и состоянию, отметьте во второй (пустой) сроке бланка ответов знаком “+”.

1. Со мной очень легко договориться.
2. Я всегда нахожу человека, на которого хочу походить.
3. Если я чего-нибудь захочу, не могу дождаться, пока не получу.
4. Я часто краснею.
5. Одно из самых больших моих достоинств — сдержанность.
6. Иногда у меня появляется побуждение пробить стену кулаком.
7. Если меня кто-нибудь затянет в толпу людей, я готов его убить.
8. Я редко запоминаю свои сны.

9. Меня злят люди, которые командуют другими.
10. Я — высоконравственный человек, как мало кто другой.
11. Чем больше приобретаю имущества, тем счастливее себя чувствую.
12. Я всегда нахожусь в центре своих мечтаний.
13. Мне делается неловко даже от мысли, что члены моей семьи ходили бы голыми.
14. Люди уже мне говорили, что я часто хвастаюсь.
15. Если меня кто-нибудь отвергает, у меня иногда даже возникает желание покончить с жизнью.
16. Люди мною часто любуются.
17. Я иногда бывал так ожесточен, что даже ломал вещи.
18. Меня очень раздражают люди, сочиняющие всякие сплетни.
19. Я всегда вижу лучшую сторону жизни.
20. Я хочу и все время стараюсь с помощью физзарядки изменить свой внешний облик.
21. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила бы окружающий мир.
22. Я не суеверен.
23. Мне уже говорили, что я бываю слишком импульсивным.
24. Меня раздражают люди, которые рисуются перед другими.
25. Я очень стараюсь никого не обидеть.
26. Я из тех людей, которые не плачут.
27. Мне очень трудно расстаться с тем, что мне принадлежит.
28. Я плохо запоминаю лица.
29. Я с трудом запоминаю фамилии.
30. Если мне кто-то мешает, я ему ничего не говорю, а сразу же жалуюсь кому-нибудь.
31. Люблю выслушивать различные мнения по обсуждаемому вопросу, даже если знаю, как его надо решать.
32. Мне никогда люди не надоедают.
33. Я не могу спокойно усидеть на месте.
34. Я мало что помню из своего детства.
35. Я долго не замечаю отрицательные стороны своих знакомых.
36. Прежде чем сердиться, надо все хорошо обдумать.
37. Обо мне говорят, что я доверчив.
38. Неприятные мысли я стараюсь выбросить из головы.
39. Я никогда не теряю оптимизма.
40. Перед путешествием я обдумываю каждую мелочь.
41. Иногда я сам вижу, что сержусь на кого-то больше, чем следовало бы.
42. Если дела идут не так, как мне хочется, я иногда становлюсь угрюмым.
43. Если мне бросают вызов, у меня появляется сильное желание его принять.
44. Неприятные фильмы меня бесят.
45. Я раздражаюсь, если на меня не обращают внимания.
46. Люди говорят про меня, что я не эмоционален.
47. Приняв какое-то решение, я даже после этого обдумываю его.
48. Если кто-нибудь говорит, что моих способностей недостаточно, чтобы сделать что-либо, то я обязательно стараюсь сделать это.
49. Если я сержусь на своего товарища, то, вероятно, сорву злобу на ком-нибудь другом.
50. Многие люди меня раздражают потому, что они эгоисты.
51. Уезжая в отпуск, я всегда беру с собой какую-то работу.
52. Я брезгую некоторыми пищевыми продуктами.
53. Я иногда грызу ногти.
54. Говорят, что я склонен обходить острые вопросы.
55. Я возмущаюсь, когда слышу вульгарные шутки.
56. Мне иногда снятся вещи, вызывающие неприязнь.
57. Карьеристы меня раздражают.
58. Я много вру.
59. Я брезгую порнографией.
60. Из-за своего характера я имел неприятности по работе.
61. Больше всего я ненавижу несчастных людей.
62. Разочарование в чем-либо приводит меня в плохое настроение.
63. Если я слышу или читаю о какой-нибудь трагедии, это не меняет моего настроения.
64. Прикосновение к чему-то слизистому вызывает у меня отвращение.

65. Когда я в приподнятом настроении, то начинаю вести себя как ребенок.
66. Я все-таки много спорю с людьми.
67. Я никогда не испытываю неприятных ощущений на похоронах от того, что нахожусь в одном помещении с покойником.
68. Не люблю людей, которые стараются быть в центре внимания.
69. Многие люди меня раздражают.
70. Мыться не в своей ванне для меня настоящее мучение.
71. Мне неловко произносить нецензурные слова.
72. Я раздражаюсь, когда чувствую, что нельзя доверять людям.
73. Мне нужно, чтобы обо мне говорили, что я сексуально привлекателен.
74. Я стараюсь одеваться так, чтобы выглядеть более привлекательным.
75. Я придерживаюсь более строгих моральных принципов, чем мои знакомые.
76. В споре мои аргументы, как правило, бывают более логичными, чем у других.
77. Люди безнравственные мне неприятны.
78. Когда кто-то меня толкает, я способен взбеситься.
79. Говорят, что я человек объективный.
80. Вид крови не вызывает у меня никакого волнения.

Бланк для ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2	*5*	*4*	*7*	*8*	*3*	*3*	*7*	*6*	*8*	*5*	*5*	*1*	*5*	*3*	*2*	*3*	*6*	*2*	*5*

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
3	*2*	*4*	*6*	*8*	*7*	*5*	*7*	*7*	*3*	*8*	*2*	*4*	*7*	*2*	*8*	*2*	*2*	*2*	*8*

41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
3	*4*	*5*	*1*	*4*	*7*	*8*	*5*	*3*	*6*	*8*	*1*	*4*	*2*	*1*	*1*	*6*	*4*	*1*	*4*

61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
6	*4*	*7*	*1*	*4*	*3*	*7*	*6*	*6*	*1*	*1*	*6*	*5*	*5*	*1*	*8*	*6*	*3*	*8*	*7*

Подсчитайте количество знаков “+” отдельно по каждой из восьми шкал. В каждой шкале, номер которой указан в третьей строке, по 10 утверждений: 1) *Реактивные образования*, 2) *Отрицание реальности, 3) Замещение*, 4) *Регрессия, 5) Компенсация, 6) Проекция,* 7) *Вытеснение*, 8) *Рационализация.* Профиль защитной личностной структуры строится по числу набранных баллов по каждой шкале.

ПСИХОГЕННЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Психические расстройства, входящие в эту группу, объединяются общим признаком — психогенностью, т.е. главной причиной заболевания считается психический фактор или, как чаще выражаются, психическая травма.

Психическая травма — это аффективное отражение в сознании индивидуально значимых событий в жизни, оказывающих гнетущее, беспокоящее и отрицательное в целом действие. В этом значении психическая травма личностно неповторима у каждого человека. В практике обычно поддерживается подразделение психических травм с учетом их количественных критериев(сила воздействия, его длительность и т.п.), а также имеет значение содержание психической травмы. Исходя из этого, можно выделить следующие разновидности психотравмирующих факторов:

1) шоковые, сверхсильные и внезапные психические травмы;

2) психотравмирующие ситуации относительно кратковременного действия;

3) хронически действующие психотравмирующие ситуации;

4) факторы эмоциональной депривации (лишения любви и внимания).

Учение о психогениях, описывая схему психологических реакций человека на различные события его жизненного пути, требует при этом обязательного учета личностных свойств, четкого анализа всех жизненных обстоятельств и особенностей функционирования психологических защитных механизмов личности.

Обычно психогенные заболевания подразделяют на две группы: неврозы и реактивные психозы. Такое подразделение поддерживается, главным образом, соображениями практического удобства, т.к. при всей относительности и теоретической невыдержанности этого разграничения оно все же дает общую оценку тяжести имеющихся нарушений, а этим определяется характер практических мероприятий.

Реактивные психозы — развиваются чаще всего после шоковых, сверхсильных психических травм. Последние отличаются большой силой и внезапностью действия (обстановка стихийных действий, внезапные нападения с угрозой для жизни и т.п.). Ввиду непосредственного воздействия на инстинктивную и низшую аффективную сферы человека сами эти воздействия не осознаются им в полной мере, а в силу быстроты действия не вызывают сознательной интрапсихической переработки их содержания и значения. Поэтому такие психические травмы обычно приводят к реактивным психозам типа *аффективно–шоковых реакций* (с психомоторным возбуждением или обездвиженностью), а также иным реактивным психозам с более сложными психопатологическими картинами — истерическим, бредовым и депрессивным психозам.

Основными клиническими критериями реактивного психоза являются отсутствие достаточной интрапсихической переработки ситуации, что сопровождается отсутствием переживания психопатологических расстройств как личностно чуждых и болезненных, для клиники болезни характерна “реактивная триада” симптомов К. Ясперса.

В отличие от реактивных психозов, при неврозах имеется личностная переработка психотравмы, она болезненно переживается и проявляется комплексом преимущественно эмоционально–поведенческих и соматовегетативных расстройств. При неврозах происходит “срыв” личности в ее отношениях с окружающими и человек обычно стремится к преодолению и компенсации возникающих расстройств.

Неврозы — психические травмы, лежащие в их основе, обычно не отличаются такой остротой и интенсивностью как при реактивных психозах. Однако явно прослеживается их зависимость по степени патогенности от сложившихся в течение жизни *особенностей личности*, создающих различную степень свободы реагирования человека на возникшую ситуацию. При этом важнейшим элементом неадекватного личностного реагирования (с комплексом расстройств невротического уровня) на патогенные события являются особенности функционирования системы “психологической защиты”.

Невроз можно определить как психогенное, функциональное, личностное расстройство, которое проявляется преимущественно эмоциональными нарушениями, нарушениями поведения и нарушениями нейровегетативной регуляции внутренних органов.

В учении И.П. Павлова сущность невроза сводится к хроническому отклонению высшей нервной деятельности от нормы, которое произошло вследствие перенапряжения нервных процессов и изменения их подвижности. По мнению И.П. Павлова и его

учеников неврозы зависят от исходного типа нервной системы: при преобладании первой сигнальной системы (у людей “художественного” типа) невроз протекает по истерическому типу; у лиц с преобладанием второй сигнальной системы (у “мыслителей”) возникают явления психастении. У людей же с уравновешенными первой и второй сигнальными системами (“средний” тип) обычно отмечаются явления неврастении.

Первое определение понятия “невроз” принадлежит шотландцу Gullen (1776). Согласно его определению, неврозы — суть “расстройства ощущений и движений, которые не сопровождаются лихорадкой и не зависят от местного поражения какого-либо органа, а обусловлены общим страданием, от которого специально зависят движения и мысль”. Данное определение носит крайне общий характер, что вызывало к жизни ряд других, пытавшихся его конкретизировать. Во второй половине 19 столетия наметились два основных для того времени направления в учении о происхождении неврозов — анатомическое и психологическое.

Следует отметить, что поиски патологоанатомического субстрата неврозов до настоящего времени существенных результатов не принесли, хотя сторонники анатомического направления и сейчас полагают, что достижения в области молекулярной биологии и генетики позволяют уверенно отрицать существование функциональных болезней и находить морфологические субстраты, адекватные любому нарушению функций.

Сторонники психологического направления в учении о происхождении неврозов наиболее многочисленны. Уже во второй половине 19 века основой для возникновения у человека неврозов, в частности истерии, считали его повышенную внушаемость и самовнушаемость. Поэтому главным методом лечения невротических состояний предлагался гипноз (Charcot J.).

По мнению З. Фрейда, возглавившего психоаналитическую школу, неврозы объясняются действием “ущемленных” аффектов, вытесненных в бессознательное различных влечений, в первую очередь сексуальных. З. Фрейд делил все психогенные расстройства, имеющие соматические корреляты, на две основные группы: *конверсионные неврозы* (истерия, или современные диссоциативные расстройства) и *актуальные неврозы*. Последние включали *невроз страха* (современные тревожные расстройства), *ипохондрию* (современные *соматоформные расстройства*) и *неврастению*. С позиций различных психологических направлений, связанных с фрейдизмом, сущность конфликта при неврозах — противоречие между инстинктами в сфере бессознательного и социальными нормами.

Как бы не были различными взгляды на сущность неврозов у представителей психологического направления ими всеми признается, что в этиопатогенезе неврозов ведущими являются психологические факторы.

Психическая травма при неврозах обычно порождает неопределенность ситуации для больного на будущее. А.М. Свядощ (1982) отмечает, что даже если заболевание является реакцией на только что происшедшее событие, например потерю близкого человека, то оплакивается порой не столько судьба погибшего, сколько участь самого оставшегося. Сама психотравмирующая ситуация при неврозах оказывает патогенное влияние лишь при наличии определенных особенностей личности, придающих *значимость и гиперактуализацию неблагоприятного воздействия*. В известной мере можно говорить, что сами психотравмирующие факторы нередко формируются характерными особенностями личности самого больного. У многих заболевших неврозами имели место в прошлом, в период становления их личности, “детские психотравмы” — неполная семья, конфликтные отношения в семье, аморальное поведение родителей, наблюдение драматических событий и т.п. Многие больные неврозами имеют отклонения в характере типа усиления отдельных его черт (акцентуация). Соматическое неблагополучие, органическая неполноценность центральной нервной системы, хроническое переутомление также облегчают возникновение невротического состояния.

На фоне взаимодействия психической травмы и особенностей структуры личности формируется ключевое звено патогенеза неврозов — *интрапсихический невротический конфликт*. Невротический конфликт по своей сути конфликт психологический, мотивационный, однако он имеет значительную устойчивость и силу, приводящую в конечном итоге к продуцированию болезненных симптомов — невроза.

По мнению В.Н. Мясищева (1960) в большинстве случаев при неврозах речь идет о конфликтах между потребностью в самоуважении и соответствии сложившихся представлений о себе с одной стороны, а с другой — мотивами, которые противоречат этому представлению о себе и поэтому неприемлемы для субъекта. Потребность в самоуважении, самооценка формируется наиболее поздно в сравнении с другими свойствами личности. Она завершает становление структуры характера и обеспечивает целостность личности. Потребность в самоуважении тесно связана с потребностью в хорошей оценке со стороны других людей, мнение которых значимо для человека (референтные лица; в детстве это родители). Потребность самоуважения формируется в процессе социального общения и в значительной мере определяет основные тенденции осознанного человеком поведения. Выраженность и особенности невротического конфликта зависят прежде всего от противоречивого отношения личности к сложной психотравмирующей ситуации, препятствующего рациональному разрешению конфликта. В.Н. Мясищев (1960) с позиций, созданной им психологии отношений обсуждает три ниже следующих типа конфликтов.

1) *Неврастенический тип невротического конфликта* — определяется прежде всего как противоречие между возможностями личности и ее стремлениями, завышенными требованиями к себе или несоответствие между задачами личности и возможностями их осуществления (характерен для неврастении: “я хочу, но у меня не хватает сил…”).

Особенностям конфликта этого типа способствует определенное воспитание, когда стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета физических и психических возможностей и ресурсов. Субъективное стремление к работе ради достижения личного успеха и престижа облегченно приводит к состояниям утомления и переутомления у таких лиц. В определенной степени возникновению данного типа конфликта способствуют и высокие требования к человеку, предъявляемые все возрастающим темпом современной жизни.

2) *Истерический тип невротического конфликта* — характеризуется чрезмерно завышенными претензиями личности, которые сочетаются с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих (характерен для истерического невроза: “я хочу, хотя и не имею права…”).

В генезе этого типа конфликта также существенную роль оказывают особенности воспитания, когда стимулируется стремление ребенка быть в центре внимания окружающих (воспитание по типу “кумира семьи”). Таких лиц отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе, у них несколько ниже способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам.

3) *Обсессивно–психастенический тип невротического конфликта* характеризуется противоречивыми внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, моральными принципами и личными привязанностями (характерен для невроза навязчивых состояний: “я хочу, но не могу решиться…”). При этом, даже если одна из тенденций получает перевес, но

получает противодействие другой, все равно создаются облегченные возможности для резкого усиления нервно–психического напряжения и возникновения невроза.

Особое значение для формирования этого типа конфликта имеют усиленные личностные черты по типу неуверенности и нерешительности, которые формируются с детства в условиях воспитания, когда имеет место предъявление противоречивых требований к личности.

Формирование, а в дальнейшем и разрешение интрапсихического конфликта связано с состоянием защитных механизмов личности. Этот важный вопрос долго обходился отечественными исследователями, что было связано со слабой разработкой проблемы бессознательного. В последнее время наметился серьезный поворот в этом отношении, чему способствовали работы Ф.В. Бассина (1968), В.Е. Рожнова (1979) в связи с разработками теории системы установок грузинского психолога Д.Н. Узнадзе (1966). Существующие вне сферы сознания установки играют важную роль в выборе того или иного поведения. Наличие подвижных, т.е. быстро приспосабливаемых к меняющимся условиям среды установок, является фактором противодействующим возникновению невроза или способствующим успешному разрешению конфликта. Противоположное влияние оказывают ригидные установки.

> В последние годы получены данные, что во время сна происходит переработка поступившей в мозг в период бодрствования информации и ее адаптация к внутренним потребностям личности. Разрабатывается также вопрос об особой роли сновидений в процессе психологической защиты.

Однако ограничивать психологическую защиту процессами, имеющими место лишь в сфере бессознательного, было бы недостаточным. Большое чувство, дружба, принципиальность, патриотизм и, наконец, широкий круг интересов личности способствуют противоборству воздействиям неблагоприятных факторов. Процессы “совладания”, психологического преодоления вредного воздействия стресса (***копинг–механизмы***), такие как рациональный отказ от недостижимых целей, выбор других целей, уход в активную деятельность, в работу и другие, направлены на *активное сознательное изменение ситуации* и удовлетворение значимых потребностей. Лишь в период манифестации невроза они начинают уступать место таким первичным компенсаторно–защитным механизмам, как гиперкомпенсация с целью повышения самооценки, обесценивание с последующим “вытеснением” из сознания болезненных переживаний и другие. В дальнейшем течении невроза появляются вторичные защитные механизмы (рационализация с целью оправдания болезнью своей несостоятельности, уход в болезнь, освобождающий от ответственности за решение трудных ситуаций), закрепляющие невротическое поведение (Карвасарский Б.Д., 1990).

Процессы компенсации и психологической защиты направлены на смягчение психического дискомфорта, связанного с интрапсихическим конфликтом. Таким образом, ***невроз — это следствие неразрешимого внутриличностного мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты.***

Обсуждая психологические аспекты этиопатогенеза неврозов, следует отметить некоторые особенности их клинических проявлений. Большинство отечественных авторов выделяют три формы неврозов: неврастению истерический невроз и невроз навязчивых состояний. В международной классификации болезней (МКБ-9) содержалось более 8 форм неврозов (невроз страха, истероневроз, фобии невротические, обсессивно–компульсивный невроз, неврастения, депрессивный

невроз, деперсонолизационный невроз, а также “другие” и “неутонченные” неврозы). Б.Д. Карвасарский и Ю.А. Тупицин (1980) подвергают этот вопрос детальному обсуждению. По их мнению, следует сохранить три основные формы невроза, но при этом выделить ряд невротических синдромов (астенический, обсессивный, фобический, ипохондрический, синдром невротической депрессии и др.), т.к. сама Международная классификация неврозов построена не по нозологическому, а по синдромологическому принципу.

В МКБ-10 уже не используется традиционная дифференциация между неврозами и психозами — все расстройства сгруппированы по принципу основных общих характеристик и описательной схожести. Однако термин “невротические расстройства” сохранен в разделе “Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (раздел F40-F48). Все они объединены в одну группу в силу исторической связи этих нарушений с концепцией невроза и связи (хотя точно и не установленной) основной части этих расстройств с психологическими причинами. Также как и в МКБ-9 новая международная классификация невротических нарушений построена по синдромологическому принципу.

Неврастения
(нервная слабость, астенический невроз)

Заболевание впервые было описано в США G.M. Beard в 1869 году. Он считал основной причиной болезни длительное умственное и эмоциональное напряжение, приводящее к истощению нервной системы. Частыми психотравмирующими факторами у больных являются конфликты на работе, семейные неприятности, неустроенность личной жизни. У больных неврастенией чаще выявляются и механизмы психологической защиты по типу “отрицания”, “рационализации”, “вытеснения”. Стремление уйти от психотравмирующих переживаний у этих больных создает тенденцию “бегства в работу”, что сопровождается переутомлением, которое больные обычно и расценивают как причину болезни.

Неврастения характеризуется симптомами слабости психических процессов, которая выражается повышенной раздражительностью и быстрой утомляемостью. У таких больных утрачивается пропорциональность между силой раздражителя (незначительная неприятность) и интенсивностью реакции и аффекта (выраженная «нервная» вспышка). Больные становятся несдержанными, легко дают аффективные реакции, затем сожалеют о своем поведении, тяжело переживают свое болезненное состояние.

Усталость и одновременное возбуждение лишают человека четкости и свежести мысли, что необходимо для продуктивной и целенаправленной деятельности Больные часто жалуются на головные боли, общую слабость, снижение работоспособности, нарушения сна, а также различные неприятные ощущения в области сердца, желудка и со стороны других органов. Появляется неуверенность в своих силах, снижается активное внимание. Нередко снижается фон настроения, появляются сексуальные расстройства. Сон при неврастении обычно не дает полного отдыха, утром больные чувствуют себя вялыми и разбитыми.

С физиологической точки зрения принято считать, что неврастения определяется слабостью процессов внутреннего торможения или же ослаблением раздражительного процесса в центральной нервной системе. Заболевание может возникнуть у людей с различным типом нервной деятельности, чаще при слабом типе, реже при сильном. Протекает болезнь неровно, периодически наступает ремиссия или ухудшение в зависимости от внешних условий или соматических вредностей.

Истерия и истерический невроз
(диссоциативно-конверсионные расстройства)

Термин “истерия” является наследием древнегреческой медицины, где предполагалось наличие связи заболевания с “блужданием” матки (греч. hysteria) в организме. Истерия является второй по частоте формой невроза, значительно чаще она встречается у женщин, чем у мужчин. Научное изучение истерии началось со второй половины 19 века — со времени работ J. Charcot (1889) и P. Briquet (1895). В настоящее

время термин “истерия” используется в двух значениях: для обозначения стабильных личностных особенностей (истероидная психопатия) и для обозначения собственно истерического невроза.

Истерический невроз обычно развивается у личностей с образно-эмоциональным мышлением, которых И.П. Павлов относил к «художественному» типу, что само по себе не является патологией, но у них легко развиваются болезненные черты. Истерические наклонности обычно формируется при неправильном воспитании, когда ребенок находится в центре внимания и ему не создают ограничений в его желаниях, потакают капризам. Истероидные личности всегда излишне эмоционально, бурно реагируют на окружающее, тем самым подчеркивая свои симпатии и антипатии. Они эгоцентричны, капризны, крикливы, резки в своих движениях, если они смеются, то долго, если плачут, то навзрыд.

Симптоматика истерического невроза весьма разнообразна, но в его проявлениях замечается одна особенность, которая названа клиницистами “условной приятности или желательности” болезненного симптома. Характерной чертой при этом является выраженная демонстративность и театральность изложения не только жалоб на свои болезненные ощущения, но и поведения в целом. Больные недостаточно отличают главное от второстепенного, у них страдает способность сдерживать свои отрицательные эмоции, что обуславливает частые конфликты с окружающими их людьми. Податливость первым впечатлениям ведет к повышенной внушаемости, к быстрым сменам настроения, переходам от слез к смеху, от вспышки гнева к раскаянию, от увлеченности к разочарованию.

Проявления истерии многолики. Еще Сиденгам (1680) утверждал, что в истерии “нет ничего постояннее непостоянства”, но, тем не менее, некоторые симптомы могут отличаться устойчивостью, прежде всего, если они связаны с жизненными интересами больного. На высоте волнения у некоторых больных могут возникать истерические припадки, которые обычно возникают днем в присутствии “зрителей”: больные падают, но никогда при этом не получают ушибов. Отличает истерические припадки от проявлений эпилепсии также отсутствие изменений рефлексов, разнообразие, только внешне похожих на эпилептические судороги, движений конечностей. Истерический невроз может имитировать ряд других неврологических расстройств: парезы и параличи, но без изменения тонуса мышц или их атрофии. Нередко отмечаются явления астазии (отсутствие равновесия), абазии (неспособность ходить), афонии (отсутствие голоса) и других нарушений психофизиологических функций.

В рамках истерических нарушений обычно описываются и ряд специфических психических нарушений: диссоциативная амнезия (потеря памяти на недавние аффектогенные события), диссоциативный ступор (обездвиженность с отрешенностью от реальности после психической травмы), диссоциативная фуга (диссоциативная амнезия сочетается с “путешествиями” от нескольких дней до недели при внешне упорядоченном поведении), а иногда возникают трансы и состояния овладения (временная потеря чувства собственной идентичности, часто с убежденностью, что они управляются духом, “силой”, божеством) и другие нарушения.

Истерия может начаться в детстве, но чаще болезнь проявляется в 16–25-летнем возрасте. Протекает она различно в зависимости от индивидуальных особенностей организма. У некоторых больных все симптомы проходят с наступлением периода зрелости, а у других сохраняются на долгие годы. Под влиянием неблагоприятных жизненных ситуаций истерические симптомы обычно усиливаются. Если нет травмирующих нервную систему обстоятельств, а также благодаря лечению болезнь значительно ослабевает и практически не мешает человеку жить и работать.

Психастения, невроз навязчивых состояний и тревожно–фобические расстройства

Психастения — означает в переводе с греческого языка «душевную, психическую слабость» (в отличие от неврастении — «нервной слабости»). Она развивается преимущественно у людей с «мыслительным» типом психической деятельности и как бы противоположна истерии. О механизмах и проявлениях психастении И.П. Павлов (1949) писал, что здесь “берет верх вторая сигнальная система” с торможением первой сигнальной системы, определяющей массу условных рефлексов для разговора, манер и прочих непринужденно–поведенческих реакций. Поэтому таким личностям свойственна

нерешительность, вечные сомнения, неумение свободно держаться, чувство неестественности своего поведения. Эти личностные особенности и определяют клинические проявления психастении, но уже как заболевания. Психастенические черты характера могут проявляться уже в молодом возрасте. Однако отдельные и неярко выраженные проявления еще не дают основания говорить о психастении как о болезни. Если же они под влиянием психогенно–травмирующих обстоятельств нарастают, усложняются, становятся главенствующими в психической деятельности человека, то имеются основания говорить не о своеобразии характера (или даже психастенической психопатии), а о болезненном невротическом состоянии (психастенический невроз), мешающем человеку жить и работать.

Раньше психастению называли «помешательством сомнения». У таких больных постоянная наклонность во всем сомневаться, отсюда и нерешительность, неуверенность, робость и повышенная застенчивость. Вследствие постоянных сомнений в правильности сделанного человек часто стремится переделывать только что законченное дело. Вымышленная неприятность не менее, а может быть, и более страшна, чем существующая. Психастенические расстройства во время болезни носят обычно постоянный характер, но вначале больной справляется с ними сам. Если же травмирующие обстоятельства сохраняются и усиливаются, а систематического лечения нет, проявления заболевания могут нарастать. Нередко при психастении развиваются различные ипохондрические и навязчивые состояния.

Невроз навязчивых состояний — особый вид невроза, для которого характерно появление мыслей, воспоминаний, страхов, желаний, нелепость и нереальность которых, больные понимают, но избавиться, «отвязаться» от них не могут. Навязчивости могут встречаться как при неврастении, так и при психастении, но здесь они являются ведущим и как бы “самостоятельным” симптомокомплексом. В медицинской литературе впервые описание некоторых форм навязчивостей было проведено Plater (1617), Esqurol (1827). В нашей стране И.М. Балинским (1858) для обозначения этой группы расстройств предложен термин “навязчивые состояния”, во Франции аналогично используется термин психастения, предложенный в начале 20 века P. Janet. В англоязычных странах это же состояние более принято называть *обсессивно–компульсивным расстройством*.

Основным симптомом заболевания являются навязчивые состояния. Обычно это мысли и образы, чувства или действия, которые непроизвольно вторгаются в сознание. Их необоснованность больные понимают, пытаются с ними бороться, но преодолеть не могут. Навязчивые мысли или навязчивые представления могут быть различного содержания и часто именно они лежат в основе страхов больных. В свою очередь страхи (фобии) накладывают отпечаток на все поведение, оно нередко вызывает насмешки окружающих, особенно в тех случаях, когда больные совершают защитные от навязчивостей действия — ритуалы. Действительно, странно видеть человека, который, чтобы «нечаянно не выброситься из окна», спит в коридоре, где нет окон. Страх заболеть побуждает больного ходить от врача к врачу, не веря, что он здоровы. Мучительными для больных являются ритуалы таких действий как навязчивое мытье рук, счет каких-либо предметов и т.п. У многих больных навязчивые состояния разрастаются на почве реальных, но значительно преувеличенных опасений. Например, после смерти близкого родственника от рака человек начинает искать и у себя признаки заболевания. При этом его беспокойство по поводу мнимых симптомов тяжелого заболевания может обусловливать формирование сенестопатических и ипохондрических расстройств

Попытки преодолеть навязчивости усилием воли часто безуспешны и обычно сопровождаются вегетативными реакциями: одышкой, обильной потливостью, расширением зрачков, бледностью лица. В происхождении любых невротических навязчивостей большое значение имеют психологические факторы (наличие психогенеза), что имеет важное значение в их дифференциальной диагностике при других заболеваниях. Клиника невроза навязчивостей не исчерпывается лишь одними обсессивно–фобическими проявлениями. В ней всегда представлены и общеневротические симптомы — повышенная раздражительность, утомляемость, трудность концентрации внимания, нарушения сна, снижение настроения.

Тревожно–фобические расстройства — весьма многочисленная группа нарушений, проявления которых сходны с навязчивостями, но первоочередно они характеризуются тревожными состояниями. Тревога лежит и в основе фобий (страхов), но здесь она становится предметной и связана, по мнению больного, с какой-то определенной причиной.

Собственно тревожное расстройство характеризуется безмотивной стойкой тревогой, которая может сохраняться достаточно долго (недели, месяцы). Паническое тревожное расстройство характеризуется приступообразной тревогой в виде внезапно повторяющихся эпизодов-атак (минуты, часы) беспричинной панической тревоги с уже вторичными страхами смерти, сумасшествия, потери контроля над собой. Паническая атака всегда сопровождается и бурными вегетативными реакциями — колебания давления крови, сердцебиение, потливость, чувство нехватки воздуха и т.п. Тревога может лежать в основе и многочисленных изолированных фобий. Среди них особое место, в силу широкой распространенности, занимают агорафобия (страхи толпы, улицы, поездок) и социальные фобии (страх появления стыда и замешательства в присутствии окружающих).

Имеется также классификация неврозов по течению и динамике заболевания. Еще В.Н. Мясищев (1960) отграничивал реактивную форму невроза от невроза развития. При *реактивной форме невроза* ведущее значение в возникновении заболевания имеет острая психическая травма, а в клинической картине достаточно отчетливо прослеживаются элементы характерные для "триады" симптомов Ясперса. При *неврозе развития* определяющее значение в течение заболевания имеют уже особенности личности больного — часто даже бывает так, что психическая травма в последующем не находит своего адекватного отражения в симптомах болезни, происходит своеобразное "самодвижение" симптомов и нарастают черты характера невротиков, свойственные уже психопатическим личностям.

В.В. Королев (1965), Н.Д. Лакосина (1988) и др. авторы выделяют в течение невроза этапность: невротическая реакция → острый невроз → затяжной невроз → невротическое развитие личности. Термин "развитие личности", как известно, было предложено К. Ясперсом (1910) для отграничения нажитых форм патологии характера от изменений личности при шизофрении. В структуру невротического развития личности входят те же синдромы, что и в структуру неврозов. Однако при невротическом развитии личности невротические симптомы постепенно утрачивают свою выраженность и происходит их "самодвижение" в сторону нарастания патохарактерологических расстройств. Полагают, что примерно у 30% больных неврозами возможно такое неблагоприятное течение заболевания с постепенной психопатизацией личности.

По мере углубления невротических расстройств в динамике невроза наблюдается и усугубление сомато–биологических сдвигов, перестройка гомеостаза (психоэндокринных соотношений, вегетативной регуляции и др.), однако грубой органической деструкции органов, как это происходит при психосоматических заболеваниях, не наблюдается. Возможно, что невроз это не только своеобразная личностная адаптация к психотравмирующим воздействиям социальной среды, но и своеобразная "защита" организма от органической деструкции при увеличении психоэмоционального напряжения путем использования особых, невротических механизмов перестройки гомеостаза.

Принципы диагностики неврозов. Касаясь клинических проявлений неврозов, следует отметить, что невротические симптомы по выражению известного польского психоневролога А. Кемпински (1975) "вездесущны", т.е. они встречаются при самых различных заболеваниях: психических (например, при шизофрении), неврологических (например, при травмах мозга), соматических (например, при заболеваниях щитовидной железы). Однако, поскольку причины их возникновения носят не психологический характер, а связаны с основным заболеванием, то их лучше называть *неврозоподобными симптомами.*

Таким образом, неврозы не имеют *патогномоничных*, т.е. характерных только данного заболевания, симптомов. Это существенно затрудняет традиционную их диагностику по клинической картине болезни и требует специального анализа клинических проявлений невроза с точки зрения психологических механизмов их возникновения. При постановке больному диагноза невроза специалисты обычно руководствуются двумя главными принципами — негативной и позитивной диагностики.

Принцип негативной диагностики предусматривает исключение современными методами всех соматических, неврологических или психических болезней, которые могли бы обуславливать появление аналогичных жалоб со стороны больного.

Принцип позитивной (психологической) диагностики заключается в выявлении патогенетической связи невротических симптомов с психологической ситуацией больного: психологическое содержание невротического симптома и связь его с эмоцией озабоченности, выявление цепи причинно–следственных связей психологической ситуации с клиническими проявлениями болезни (наличие психогенеза), наличие невротического конфликта и установление его типа. Симптомы невроза обычно всегда характеризуются большой динамичностью, чем при неврозоподобных заболеваниях, и коррелируют с уровнем напряжения психологического конфликта.

Лечение неврозов. Представление о неврозах как о психогенных расстройствах объясняет адекватность и широкое распространение в их лечении различных форм психотерапии. Однако следует отметить, что содержание психотерапии при неврозах, ее цели и задачи весьма различны и определяются той теоретической концепцией, которой придерживается психотерапевт. В любом случае все методы психотерапевтического воздействия при неврозах можно подразделять на патогенетические, т.е. направленные на ликвидацию невротического конфликта, нормализацию нарушенной болезнью личностной структуры, и симптоматические — смягчение и ликвидация самих проявлений заболевания.

Купирование тревоги, опасений, разрешение сомнений больных, отвлечение от сосредоточенности на болезненных представлениях улучшают настроение больных и положительно отражаются на общем самочувствии. Больным неврозами показана нормализация труда и отдыха, физкультура, физиотерапевтические методы лечения. Применяются также седативные препараты, транквилизаторы, при необходимости небольшие дозы антидепрессантов, общеукрепляющие и стимулирующие средства.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Одной из основополагающих проблем клинической психологии считается проблема реакций личности на психологический стресс, психическую травматизацию. При этом возможно формирование расстройств как на уровне психического (психогенные заболевания), так и соматического (психосоматические заболевания) реагирования. При любом заболевании человека имеет место формирование психологической личностной реакции на болезнь (внутренняя картина болезни), где сам факт заболевания и комплекс болезненных ощущений выступает своеобразной психической травмой.

Психическая травма в самом общем виде понимается как жизненное событие или ситуация, которая затрагивает значимые стороны существования человека и приводит к глубоким психологическим переживаниям. Только личность с ее системой уникальных внутренних ценностей, характерологических особенностей и способностей противостоять трудностям определяет как устойчивость, так и избирательную чувствительность к патогенному влиянию различных социально–психологических факторов. В поисках ответа на вопрос о том, как осуществляется личностью нейтрализация психотравмирующих переживаний, сформировались в психологии такие понятия как фрустрация, копинг–механизмы и механизмы психологической защиты.

Фрустрация, как ситуация невозможности реализации человеком каких–либо потребностей, сопровождается психическим напряжением и тревогой. Нарушения психобиологического равновесия при этом возможны при превышении индивидуального порога фрустрационной толерантности. Среди барьеров на пути реализации тех или иных потребностей особое место у человека составляют внутренние, субъективные барьеры. Здесь наиболее неблагоприятен вариант фрустрации при интрапсихических мотивационных конфликтах. Возможность психической дезадаптации при этом нарастает по мере роста значимости для человека конкурирующих потребностей.

Источники интрапсихического конфликта, продуцирующего напряжение и тревогу, рассматриваются различно в разных теориях личности. Однако общепризнанным считается наличие бессознательных защитных механизмов, позволяющих личности устранять избыточную тревогу. Если эти механизмы защиты неадекватны или не выполняют свои функции, то это может способствовать нарастанию тревоги и личностной дезадаптации. Последнее время активно изучаются и психологические механизмы сознательного совладения с ситуацией, названные копинг–механизмами.

При действии сверхсильных, шоковых психических травм развиваются реактивные психозы типа аффективно-шоковых реакций с психомоторным возбуждением или обездвиженностью. Психотравма здесь непосредственно воздействует на инстинктивную и низшую аффективную сферу, поэтому при них практически отсутствует личностная интрапсихическая проработка ситуации. Более сложные клинические картины возникают у больных с истерическими, бредовыми или депрессивными реактивными психозами, где личностная опосредованость психического рассстройства уже начинает присутствовать.

При неврозах психическая травма всегда опосредовна личностью, которая и формирует ключевое звено патогенеза неврозов — невротический конфликт. В теории личности В.М. Мясищева обсуждается три типа конфликтов, соответствующих трем основным формам неврозов — неврастении, истероневроза и невроза навязчивостей. Невроз здесь рассматривается как следствие внутриличностного мотивационного конфликта при недостаточной эффективности как сознательного совладения с ситуацией, так и бессознательных механизмов защиты.

При реактивном неврозе ведущее значение в возникновении болезни принадлежит психической травме, а при неврозе развития “самодвижение” симптоматики определяется особенностями личности самого больного. Поскольку неврозы не имеют патогномоничных симптомов, то для их дифференциальной диагностики с неврозоподобными состояниями используются критерии негативной (медицинской) и позитивной (психологической) диагностики. Их суть сводится в исключении всех болезней, которые могли бы лежать в основе жалоб больного с

поиском общих личностно-психологических звеньев их происхождения и механизмов динамики.

Вопросы для самопроверки

1. Какие этапы выделяют в учении о психической травме и психогениях? Какие критерии для диагностики психогении выделил Ясперс? Как объясняется избирательность действия психической травмы на человека Кречмером и Мясищевым?
2. Что собой представляют конструктивные и деструктивные эффекты фрустрации? Каковы пути разрешения фрустрации?
3. Какие основные типы мотивационных конфликтов выделил Курт Левин? Что собой представляет “двойной конфликт” и интрапсихический конфликт?
4. Как дать определение механизмов психологической защиты? Как трактуются защитные механизмы в теориях Плутчека и Келлермана?
5. Какие типы невротических конфликтов выделены В.Н. Мясищевым? Как влияют базовые психологические параметры личности в их формировании?
6. Что собой представляет динамика неврозов? Какие этапы в ней выделяются? Как классифицируются неврозы в международной классификации болезней?
7. Что собой представляют патогномоничные симптомы? Каковы принципы диагностики неврозов?
8. Каковы принципы лечения неврозов? Что влияет на определение целей и задач психотерапии при неврозах?

ГЛАВА 29

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Определение и вопросы классификации

Соматическое и психическое, хотя и являются качественно различными явлениями, но реально представляют лишь различные стороны единого живого конкретного человека. Отрывать эти стороны друг от друга в исследованиях проблемы болезни представляется принципиально неверным. Представители, как психиатрии, так и соматической медицины единодушно разделяют мнение о том, что при некоторых расстройствах имеет место сочетание как психоэмоциональных, так и соматических нарушений. Соматические сдвиги, возникновение которых изначально более связано с психоэмоциональными сдвигами, впервые назвал "психосоматическими" в 1818 году немецкий врач R. Heinroth. Позднее Jacobi (1922), напротив, вводит термин "соматопсихические", чтобы подчеркнуть доминирование телесного в возникновении некоторых нервно-психических заболеваний.

В наиболее распространенной трактовке для психосоматических расстройств характерным является признание значимости психологических факторов, как в возникновении, так и обуславливании ими усиления или ослабления соматического (физического) страдания. Таким образом, критерием отнесения имеющегося специфического физического заболевания или страдания к психосоматическим является наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения. Такое понимание психосоматических расстройств считается широким, т.к. к ним относят все нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых тесно связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы или со специфическими особенностями личностно–эмоционального реагирования человека на окружающее.

В этой связи, кроме различных кратковременных ***психосоматических реакций***, появляющихся в напряженных жизненных ситуациях (например, сердцебиение у влюбленного или потеря аппетита при печали), выделяют еще четыре большие группы расстройств иного качества.

1. Конверсионные симптомы — символическое выражение невротического (психологического) конфликта. Их примерами являются истерические параличи, психогенная слепота или глухота, рвота, болевые ощущения. Все они — первичные психические феномены без тканевого участия организма. Тело здесь служит как бы сценой символического выражения противоречивых чувств больного, которые подавлены и вытеснены в бессознательное.

2. Функциональные психосоматические синдромы — возникают чаще также при неврозах. Такие "соматизированные" формы неврозов иногда называют "неврозами органов", системными неврозами или вегетоневрозами. В отличие от психогенной конверсии отдельные симптомы здесь не имеют специфического символического значения, а являются неспецифическим следствием телесного (физиологического) сопровождения эмоций или сравнимых с ними психических

состояний. В частности, некоторые варианты эндогенных депрессий часто имитируют какое-либо соматическое заболевание, “маскируются” под него. Такие депрессии принято называть “маскированными”, ларвированными или соматизированными депрессиями. К группе функциональных психосоматических синдромов часто также относят и некоторые психофизиологические заболевания — мигрень и ряд других подобных болезней.

3. Органические психосоматические болезни (психосоматозы) — в их основе лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми патологическими изменениями в органах. Соответствующая наследственная предрасположенность может влиять на выбор органа. Первые проявления психосоматозов возникают в любом возрасте, но чаще они начинают фиксироваться уже в ранней юности у лиц с отчетливыми и постоянными определенными личностными характеристиками. После манифестации заболевание обычно приобретают хроническое или рецидивирующее течение и решающим провоцирующим фактором возникновения и очередных обострений является для больного психический стресс.

Другими словами, этиопатогенез собственно психосоматических расстройств в значительной мере, особенно на ранних стадиях заболевания, связан с психологически значимыми для личности раздражителями из окружающей среды. Однако параллельно возникающие функциональные сдвиги со стороны внутренних органов на более поздних этапах болезни приводят к их деструкции, т.е. органическим изменениям и заболевание приобретает все черты типично соматического, физического страдания.

Исторически к этой группе относятся семь классических психосоматических заболеваний: эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артририт и гипертиреоидный синдром (“чикагская семерка” по Alexander, 1968).

4. Психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения — склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомании, табакокурение, переедание с ожирением и другие). Эти расстройства обусловлены определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья. Например, наклонность к травмам характерна для личностей со свойствами, которые противоположны точности, тщательности. Повышенное потребление пищи может пониматься как индикатор престижа, социальной позиции или заменой, компенсацией недовольства.

Влияние психики допустимо и возможно при любых заболеваниях человека, поэтому психосоматическая медицина никогда не ограничивалась изучением только психосоматозов. Психосоматический подход как принцип врачебной деятельности, заключается в как можно более тщательном изучении влияния психосоциальных факторов на возникновение и течение любых соматических болезней и психотерапевтическом лечении больных с учетом этих факторов. Однако современное понимание психосоматического направления в медицине состоит в изучении психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней, поиск связей между характером психического стрессового фактора и поражением определенных органов и систем.

Современные классификации болезней (МБК-10) не относят к психосоматическим расстройствам психические нарушения, при которых соматические жалобы являются составной частью заболевания, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни. Такие

психические нарушения обычно обозначают термином соматоформные расстройства. Конверсионные симптомы, при котором соматические жалобы вызваны психологическим конфликтом; ипохондрия, при которой отмечается обостренное внимание к своему здоровью и воображаемое ощущение тяжелой болезни, также не считаются психосоматическими нарушениями. Нет оснований относить к психосоматическим заболеваниям и соматизированные депрессии, при которых этиологическую роль в возникновении жалоб, имитирующих соматическое страдание, отводится не психологическим факторам внешней среды, а нарушениям функционирования эмоциогенных мозговых структур, вызванным основным заболеванием.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ

Отечественная медицина при изучении болезней исходит из признания единства соматического и психического, организма и личности во всей сложности их соотношений. Этой проблеме в прошлом уделяли внимание такие крупнейшие русские врачи как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин и другие, которые подчеркивали необходимость учета личностных особенностей больных, как в диагностике, так и терапии заболеваний. На современном этапе медицина уже не может ограничиваться только эмпирическими данными, относящимися к индивидуализации диагностики и лечения. Требуется не только провозглашение принципа целостного (холистического) подхода к человеку, но и теоретическая разработка этих вопросов. В отечественной медицине на это еще указывал известный профессор–терапевт Р.А. Лурия, столетие со дня рождения которого нами отмечалось в 1974 году. Его книга “Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания” выдержала не одно издание и имеет важное значение для психологического образования врача и в настоящее время. Проблеме психосоматических соотношений много уделяли внимания и такие исследователи как К.М. Быков и И.Т. Курцин (1960), Г.В. Морозов и М.С. Лебединский (1972), Ф.В. Бассин (1970, 1972), Т.И. Царегородцев и Г.Х. Шингаров (1972), Д.Н. Исаев (1996) и многие другие.

Где же и как взаимодействуют душа и тело? Сама эта проблема имеет такую же давнюю историю, как и медицина в целом. Психосоматическая проблема как таковая возникла в древности, когда у истоков научной медицины стояли две школы, отражающие два подхода к трактовке общей концепции болезни: первая — гиппократическая школа Косса; вторая — школа первых анатомов Книдоса. Первая трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью (динамическая, гуморально-духовная и, тем самым, “психосоматическая” концепция); вторая рассматривала болезнь как поражение какой-то материальной структуры (механическая, органная ориентация). Исходные формулы оценки болезни и больного при этом различны. В первом случае — “человек болен”, во втором — “у человека есть болезнь”. Это противопоставление (патология органа или патология отношения) проходит через всю историю медицины.

В связи с открытиями в 19 веке в области анатомии, микробиологии, нейрофизиологии, утверждением принципа целлюлярной патологии Вирхова, в котором модель болезни основывалась на патологии органа, второе направление взяло верх. Нарастающая “технизация” медицины надолго заслонила от врачей психологические стороны заболевания больного и понятие “психосоматическое заболевание”, “психосоматическая медицина” укоренились повсеместно лишь в последние десятилетия.

Психосоматическая медицина возникла (точнее вновь возродилась) как своеобразная реакция на узкий, локалистический подход в медицине (Николаева В.В., 1987). Кроме того, в ходе последних десятилетий становилось все отчетливее понимание, что привычное разделение между “органическими” и “функциональными” заболеваниями основано на спорных предпосылках, а болезни чаще возникают на почве множественных этиологических факторов. Из этого возник особый интерес к роли в болезни психологических и социальных факторов. Это тем более актуально, что по статистическим данным и самым осторожным оценкам примерно 1/3 больных, приходящих на прием к интернисту, страдают функциональными или эмоционально обусловленными расстройствами. Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обуславливают картину органического страдания, его длительность, течение и, возможно, резистентность к терапии (Любан–Плоцца В., Пельдингер В., Крегер Ф., 1996).

В настоящее время психосоматическая медицина решает три важные вопроса:

1) Вопрос о триггерном (пусковом) механизме патологического процесса и начальной стадии его развития;

2) Вопрос о том, почему один и тот же сверхсильный психологический фактор у одних людей вызывает яркую эмоциональную реакцию и соответствующий комплекс вегето–висцеральных сдвигов, а у других людей эти сдвиги вообще отсутствуют;

3) Вопрос о том, почему психическая травма у одних людей вызывает заболевание сердечно-сосудистой системы, у других — пищеварительного аппарата, у третьих — дыхательной системы, у четвертых — эндокринной системы и т.д. (проблема “выбора органа”).

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана жесткая однолинейная модель психосоматического заболевания (*теории “специфического” стресса*). В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели психосоматического заболевания (*теории “неспецифического” стресса*).

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ И “ГИПОТЕЗА СПЕЦИФИЧНОСТИ” ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТОЗОВ

Теория З. Фрейда оказалась привлекательной в связи с тем, что в качестве главного постулата своей теории содержала утверждение связи психического и соматического (гипотетическая “психическая энергия” как разновидность энергии физиологической, необходимой для функционирования органов). Кроме того, психоанализ определил психический патогенный “агент” (аффект, аффективный конфликт) и предложил универсальный механизм, который связывает психическую и телесную реальности — механизм символической конверсии. Последний означает, что существует якобы “логически понятная” связь между содержанием аффективного конфликта и клиническими симптомами. Возникновение многих заболеваний можно понять на основе тенденции вытесненного влечения проявляться через расстройство функции органа. Если эта тенденция — конверсия на орган — обратима, то речь идет о неврозе (истерия), но если же она не поддается обратному развитию и приводит к деструкции органа, то речь идет о психосоматическом заболевании (Jilliffe, 1939).

Позднее поиск содержательной, логически однозначной связи между психологическими феноменами и клиническими симптомами получил название ***“гипотезы психосоматической специфичности” (специфические теории)*** и превратился в основной объяснительный принцип психосоматической медицины. Последнее время этот принцип все больше ассоциируется со специфическим стрессом, который можно определить как бессознательный конфликт, обуславливающий нарушение процесса гомеостатического равновесия и приводящий к заболеванию.

Ортодоксальный психоанализ объяснял возникновение соматических расстройств относительно просто: поражение той или иной системы органов зависит от содержания бессознательного конфликта. Например, артроз сустава пальца, возникает после того, как человек набрал номер телефона, ожидая неприятного разговора, а нервный зуд (экзема) есть ничто иное как эквивалент полового акта, т.к. имеются все его фазы: нарастает напряжение и неудовольствие с потребностью разрядки, затем сами действия (почесывание) и последующий спад напряжения (схема полового акта). В любом случае в бессознательной сфере имеется сексуальный конфликт, но невроз или сублимация не возникали и в результате страдали внутренние органы. Критика ортодоксальной психосоматики была естественной.

Неофрейдисты (Салливан Г., Фромм Э., Хорни К.) рассматривали психосоматическое заболевание более сложно — как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к общеприродной и социальной среде. Например, психосоматическая специфичность усматривается не в сексуальном конфликте, а в неофрейдистком аспекте “выбора свободы и ответственности человека за то, что он выбирает”. Э. Фромм, в частности, утверждает, что симптомы головной боли и болей в плечевом поясе есть своеобразная символизация эмоций озабоченности человека, выражение трудностей несения “бремени свободы”.

В антропологическом направлении к изучению психосоматической патологии подходят с позиций анализа бытия. Представители антропологического направления вслед за V. Weizsacker (1951) свою задачу видят в понимании смысла болезненного симптома в связи с духовной экзистенцией больного, а сама болезнь рассматривается как бедственное экзистенциальное состояние во внутренней истории человека. Также как и психоаналитики, антропологи ведущим в своей работе считают глубинно-психологический анализ истории переживаний больного, его бытия с целью понимания содержательного смысла симптомов у больного, его болезни в целом.

С 50-х годов психосоматическая медицина начинает увязываться с концепцией так называемой “групповой психодинамики”. Групповой конфликт уже ведет здесь к социально нарушенным формам поведения, неврозам. Если нет возможности проявления этого бессознательного нежелания поддерживать с группой контакт в указанных формах, то “протест группе” выражается в соматическом заболевании. Симптомы болезни символизируют конфликты между индивидом и его социальным окружением.

Теория специфических для болезни психодинамических конфликтов Александера. Врач и аналитик Франц Александер (Alexander F.: 1891–1964) предложил обширную и связанную теорию объяснения психосоматических связей. Он был сторонником многофакторного подхода в психосоматической медицине. Им постулировалось, что возникновение и течение болезней управляется тремя группами переменных. Одна из этих групп представляет собой *личностную диспозицию* (“психодинамическую конфигурацию с соответствующими процессами психологической защиты”), которая складывается с детства. Вторая группа переменных включает провоцирующую эмоциогенную *жизненную ситуацию*, когда какие-либо переживания и события могли предшествовать болезни оживляя центральный бессознательный конфликт. И, наконец, в третью группу Александер включает все соматические условия, составляющие определенную *конституцию*, “соматическую подверженность” (Фрейд З.) или “неполноценность органа”

(Адлер А.). Эту “уязвимость” органа иногда именуют “конституциональным фактором X”, определяющим “выбор симптоматики”.

Исследования школы Александера подтвердили, что те формы переживания и поведения, которые можно проследить вплоть до внутрипсихических ядерных конфликтов, проявляются чаще, чем это было бы при простом совпадении, причем частоты для заболеваний знаменитой “чикагской семерки” различны (цит. по Томэ Х., Кэхеле Х., 1996).

Александер большое значение придавал “вегетативному сопровождению” эмоций в возникновении патологии органа. Еще в теории эмоций Джеймса–Ланге эмоция постулировалась как производное от восприятия телесных, соматических изменений. Эмоция рассматривается там как индивидуальное осознание ощущений, вызываемых такими феноменами, как сердцебиение или прерывистое дыхание. Имеется немало фактов, свидетельствующих о врожденности и генетической обусловленности так называемых фундаментальных эмоций. Для каждого эмоционального состояния типичным является и характер их “вегетативного сопровождения”.

Таким образом, Александер направил особое внимание исследователей на соотнесение конфликтных специфических переживаний с определенными физиологическими типами реакций. Психосоматическая специфичность усматривается им в определенном соответствии преобладания у человека тех или иных эмоций и их вегетативного сопровождения. Если эмоция не отреагирована в действиях или в символической форме (конверсия), то это приводит к хроническим вегетативным сдвигам и в конечном итоге к деструкции органа. Чаще всего не могут свободно выражаться и реализовываться враждебные, эротические импульсы, чувство вины и неполноценности. Их бессознательное подавление и приводит к хронической дисфункции органов. Поскольку специфичность ищется Александером в конфликтной ситуации (им выделено семь интрапсихических конфликтов), его модель часто обозначают как “теорию специфических для болезни психодинамических конфликтов” или более кратко — “теория психосоматической специфичности”

Концепция “личностных профилей” Фландерс Данбар. Американский врач F. Dunbar (1943), как и Александер, также подвергла сомнению символическое значение психосоматической дисфункции, считая последнюю сопутствующей эмоции, аффекту. Если эмоция не получила соответствующего выражения, то хроническое напряжение выливается в хронические сопутствующие вегетативные сдвиги. Однако в отличие от Александера, она пыталась найти корреляцию между соматическими типами реакций и определенными постоянными личностными параметрами. Она изучила большое количество больных с различными соматическими заболеваниями и заметила значительное сходство в особенностях личности больных одной нозологии. Данбар описывает 8 личностных констелляций: “язвенную личность”, “коронарную личность”, “артрическую личность”, “личность, склонную к несчастьям” и т.д. Она полагает, что личностные профили (совокупность устойчивых черт) имеют важное диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение. Таким образом, уже не просто содержание аффективного конфликта оказывалось специфичным для определенной болезни, а на первый план выдвигалось взаимодействие определенных особенностей личности с психологическими факторами внешней среды (личными, семейными, производственными). Данбар описывает также и общие особенности, присущие всем больным с психосоматическими расстройствами. Эти особенности, по ее мнению, выражались в инфантильности, сильной способности к

фантазированию, в недостаточной включенности в ситуацию, больные часто были не способны к словесному описанию тонких нюансов своих чувств и переживаний.

Модель десоматизации–ресоматизации Шура — другая психоаналитическая модель для объяснения психосоматических болезней, предложенная личным врачом З. Фрейда психоаналитиком M. Schur (1897-1969) в 1955 году. В ее основе лежит понятие "регрессия", понимаемая как возврат с высшей на низшую стадию личностного роста. Развитие здорового ребенка Шур характеризует как процесс "десоматизации", т.е. возрастающую способность Ego реагировать на происходящее, преимущественно, на психическом уровне. Он исходит из наблюдения, что грудные дети в силу их недоразвитых, недифференцированных психических и соматических структур на внешние воздействия реагируют диффузно, прежде всего, соматически и бессознательно (первичные психические процессы по Фрейду). Психический и соматический элементы в реакциях у них еще нерасторжимо связаны друг с другом. Например, у маленького ребенка при испуге могут возникать не только негативные эмоциональные реакции, но и повшение температуры, рвота, расстройства стула. По мере взросления соматических форм реагирования становится меньше, и дети начинают позволять все более осознанные, когнитивные формы проработки опасностей и ситуаций страха (вторичные психические процессы по Фрейду), т.е. они начинают реагировать преимущественно через состояния психического возбуждения.

Шур рассматривал психосоматическую регрессию (ресоматизация) как шаг назад к первоначальному уровню, на котором душа и тело еще реагировали как единое целое, соматически разряжая напряжение. Ресоматизация возможна при "слабости" и нестабильности Я, когда в отягощающих ситуациях активизируются бессознательные, невротические конфликты, а под давлением неуверенности в себе может наступить регресс на инфантильно–соматические, физиологические формы реагирования. Предполагается, что привычная фиксация таких форм реагирования удовлетворяет постулату специфичности, а "выбор органа" определяется как ранними детскими травмами, так и наследственной предрасположенностью.

Концепция "двухфазного вытеснения" Митшерлича. Основоположник немецкой школы психосоматической медицины A. Mitscherlich (1953, 1956) расширяет модель Шура своей концепцией двухфазной защиты или двухфазного вытеснения, т.е. выдвигает концепцию двух линий обороны или двух уровней защиты организма от разрушительного воздействия психологического конфликта. Он исходит из наблюдения, что при существенных психологических кризах невроз может видоизменяться и даже исчезать. Тяжелые невротические симптомы невротика отступают при развитии у него психосоматического заболевания как в их осознании пациентом, так и в его поведении. Таким образом, по его мнению, невротический конфликт преодолевается двухфазно. Первая фаза — совладание с психологическим конфликтом осуществляется исключительно социально–психологическими средствами, т.е. через социальную поддержку и отреагирование в беседе или же через психологические защитные механизмы типа вытеснения, регрессии, изоляции, отрицания, проекции и др. Если нормальная психологическая защита не срабатывает, то идут невротические защитные механизмы — депрессия, навязчивости, страхи. Если всех этих психических средств для преодоления невротического конфликта все равно недостаточно, то на второй фазе (соматизации) происходит сдвиг в динамике на телесные защитные процессы и развивается деструкция органов. Его модель объясняет наблюдаемую клиницистами частую смену невротических симптомов и телесных заболеваний.

Невротические симптомы отчетливо отступают при формировании соматической болезни и часто возвращаются при выздоровлении от нее. Таким образом, психосоматическое расстройство всегда проходит две фазы — невроза и соматической болезни.

В продолжение концепции Митшерлича ряд немецких исследователей полагают, что включение механизмов соматизации связано с ослаблением иммунной защиты в результате психологического отказа от будущего, потери веры и оптимистического настроя. В соответствии с этим лечение должно быть направлено на воссоздание истории потери и внутреннего отказа от будущего, их психологическую проработку (Engel D.L., Schmale A., 1967).

СТРЕСС И "НЕСПЕЦИФИЧНОСТЬ" РОЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТОЗОВ

Вдохновленные психоанализом психосоматические исследования исходят из гипотезы о специфичности (специфический конфликт, специфические личностные черты). Однако результаты десятилетиями ведущихся работ хотя и свидетельствуют о важной роли психосоциальных факторов в возникновении и течении соматических заболеваний, но существование их специфической причинности представляется маловероятным. Альтернативная гипотеза — предположение, что психические факторы играют неспецифическую роль в многофакторном переплетении причин болезней, — с имеющимися данными согласуется. Однако и здесь не прекращаются попытки найти нечто общее, характерное для всех больных с психосоматическими расстройствами, описать так называемую психосоматическую личность, а позднее и "психосоматическую" семью, объясняющие уязвимось организма к действию разнообразных стрессоров.

> Неспецифические теории возникновения психосоматических расстройств подтверждаются и экспериментальными фактами на животных При хроническом стрессе у животных развиваются психосоматические расстройства (например, пептическая язва), но у животных вряд ли имеется черты специфической личности или бессознательный психологический конфликт, свойственные человеку

Теория условных рефлексов и кортико–висцеральная теория. Русский физиолог И.П. Павлов (1849-1936) в рамках высшей нервной деятельности различал условные и безусловные рефлексы. Безусловные (врожденные, подкорковые) рефлексы соответствуют тому, что понимается под инстинктами и побуждениями и служат удовлетворению элементарных потребностей. Условные рефлексы прижизненны и являются результатом научения. У человека имеется язык, вторая сигнальная система для их формирования. При построении психосоматических теорий модель условных рефлексов оказалась интересной. В частности, экспериментально показано, что приступы бронхиальной астмы на введение антигена удается у животных условно–рефлекторно связать с акустическим сигналом уже через несколько подкреплений. А если выработать два условных рефлекса с противоположными реакциями и далее дать соответствующие раздражители одновременно (моделирование т.н. экспериментального невроза), то подопытные животные демонстрируют поведенческие и вегетативные нарушения вплоть до необратимых органических поражений (гипертония, инфаркт миокарда).

Продолжением этих работ была деятельность К.М. Быкова (1947) и его сотрудников. Им было показано, что в схему условного рефлекса можно включать и

деятельность любого внутреннего органа, функция которого не поддается произвольному волевому управлению. Таким образом, кора больших полушарий мозга может, при определенных условиях, влиять на работу висцеральных систем, на их функции, вплоть до обменных. Позднее К.М. Быковым и И.Т. Курциным (1960) была выдвинута кортико–висцеральная гипотеза происхождения психосоматических заболеваний. Возникновение последних связывалось с первичным нарушением корковых механизмов управления внутренними органами, обусловленными перенапряжением процессов возбуждения и торможения в коре мозга. Были экспериментально созданы на животных модели невроза сердца, сосудов, желудка и кишечника, синдромы коронарной недостаточности, язвы желудка и т.д.

Конечно, данные, полученные таким путем, нельзя механически переносить на человека, пренебрегая его субъективным миром личных переживаний. Определенная экспериментальная ситуация возможно и является конфликтной для животного, но само понятие "конфликт" взято "не из физиологии животного, оно исходит из мира человека" (Schaefer, 1968). В любом случае кортико–висцеральная теория недостаточно учитывает роль личности, личностное функционирование, систему значимых отношений личности (Карвасарский Б.Д., 1982).

Вегетативное сопровождение эмоций. Физиолог Кэннон (Cannon:1871-1945) обнаружил, что экстремальные ситуации готовят организм к борьбе или бегству. Такая подготовка происходит и тогда, когда участие в событиях является исключительно эмоциональным. Например, у запасных игроков футбольной команды и даже у азартных зрителей, обнаруживается сахар в моче, что устанавливалось и у большинства активных игроков. Таким образом, в отличие от представления рефлекторной модели психосоматической болезни, Кэннон соединяет в реакции на экстремальную ситуацию эмоции с их типичным телесным сопровождением.

Хронический неспецифический стресс. Г. Селье расширяет данные Кэннона понятием адаптационного синдрома. Последний относится, главным образом, к участию в стрессе эндокринной системы. Адаптационный синдром протекает различно в зависимости от того, в какой исходной ситуации находится организм. Именно в фазе истощения происходит слом регулирующих механизмов с необратимыми соматическими изменениями. Таким образом, общий адаптационный синдром может быть посредником между психосоциальным стрессом и психосоматическим заболеванием.

Первые исследования проявлений стресса относились к действию определенных острых ситуаций, но и хронический неспецифический стресс с различной степенью тревожности также обнаруживает физиологические корреляты с психосоматическими расстройствами у генетически предрасположенных субъектов. Поэтому постепенно центр тяжести исследования стресса перемещается на *субъективное переживание* человеком внешних стрессоров.

Стресс не является синонимом *дистресса*, т.е. горя, несчастья, недомогания, истощения, нужды. Стресс это давление, нажим и напряжение, хотя многие склонны отождествлять стресс только с нервной перегрузкой или сильным эмоциональным возбуждением. Стрессовые реакции, по мнению Г. Селье, присущи и низшим животным, которые не имеют нервной системы. Кроме того, в повседневной жизни стрессор может быть и приятным, поэтому для возникновения стресса совершенно неважно, каков будет результат воздействия на организм стрессора — приятный или неприятный. Эффекты стрессовой реакции первоочередно зависят от интенсивности требований к приспособительным

способностям организма. Умеренная стрессовая активация является положительной силой, которая не только тренирует адаптационные возможности организма, но и обогащает человека осознанием своих реальных возможностей (“эустресс” — положительный, конструктивный стресс). Только дистресс всегда неприятен. В повседневной жизни, когда люди говорят о стрессе, то они обычно имеют в виду чрезмерный стресс–дистресс, т.е. когда человек переживает горе, недомогание.

Признаки стрессового напряжения
(в свободной интерпретации по Шефферу).

1. Невозможность сосредоточиться на чем-либо.
2. Слишком частые ошибки в работе.
3. Ухудшение памяти.
4. Слишком частое возникновение чувства усталости.
5. Очень быстрая речь.
6. Довольно частые боли (голова, спина, область желудка).
7. Повышенная возбудимость.
8. Работа не доставляет прежней радости.
9. Потеря чувства юмора.
10. Резко возросшее число выкуриваемых сигарет.
11. Пристрастие к алкогольным напиткам.
12. Постоянное ощущение недоедания.
13. Пропадает аппетит, — вообще потерян вкус к еде.
14. Невозможность вовремя закончить работу.

Причины стрессового напряжения
(в свободной интерпретации по Буту).

1. Гораздо чаще вам приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что входит в ваши обязанности.
2. Вам постоянно не хватает времени, — не успеваете ничего сделать.
3. Вас постоянно что-то или кто-то подгоняет, вы постоянно куда-то спешите.
4. Вам начинает казаться, что все окружающие зажаты в тисках какого-то внутреннего напряжения.
5. Вам постоянно хочется спать, — никак не можете выспаться.
6. Вы видите чересчур много снов, особенно когда устали за день.
7. Вы очень много курите.
8. Потребляете алкоголя больше, чем обычно.
9. Вам почти ничего не нравится.
10. Дома, в семье у вас постоянные конфликты.
11. Постоянно ощущаете неудовлетворенность жизнью.
12. Влезаете в долги, даже не зная, как с ними расплатится.
13. У вас появляется комплекс неполноценности.
14. Вам не с кем поговорить о своих проблемах, да и нет особого желания.
15. Вы не чувствуете уважения к себе — ни дома, ни на работе.

Теория жизненных событий Холмса и Рейха. Жизненная стрессовая травматизирующая ситуация — это ситуация, которая ставит перед человеком проблемы, с которыми он не может справиться самостоятельно на должном уровне. При этом имеет значение частота и тяжесть переживаемых событий. T.H. Holmes., R.H. Rahe (1967) создали теорию жизненных событий и разработали специальную шкалу для определения уровня выраженности стресса в повседневной жизни. В шкале содержится ряд житейских событий, выраженность стрессогенного влияния которых оцениваются в баллах. В течение года у человека набирается таких событий в среднем на 150 баллов. Если их число возрастает более чем в 2 раза (300 баллов), то вероятность заболевания у такого человека составляет 80%. Если число событий в сумме составляет от 300 до 200 баллов, то риск болезни составляет 50%,

а при сумме баллов от 200 до 150 — риск физической реакции на стресс составляет 30%.

Жизненные события	Стресс (баллы)
1.Смерть супруги, супруга, ребенка (матери, отца)	100
2.Развод	73
3.Разрыв с партнером, разъединение с партнером	65
4.Смерть близкого члена семьи	63
5.Значительное личное повреждение или болезнь	53
6.Свадьба	50
7.Увольнение с работы, уход с работы, перемещение по службе	47
8.Уход на пенсию	45
9.Примирение с партнером (партнершей), супругом (супругой)	45
10.Значительная перемена в здоровье или поведении членов семьи	44
11.Беременность (для мужчин беременность партнерши)	40
12.Сексуальные затруднения	39
13.Рождение ребенка	39
14.Изменение финансового положения	38
15.Смерть близкого друга	37
16.Смена места работы	36
17.Увеличение числа супружеских (партнерских) ссор	35
18.Растущие долги	30
19.Значительное изменение в обязанностях на работе (повышение, понижение, горизонтальный перевод)	29
20.Отъезд сына или дочери из дому (свадьба, поступление в учебное заведение)	29
21.Раздоры с родителями мужа или жены (раздоры с родителями или другими членами семьи)	29
22.Головокружительный личный успех	28
23.Окончание школы и (или) поступление в институт (училище)	26
24.Уход с работы (мужа, жены)	26
25Изменение жилищных условий	25
26.Пересмотр личных привычек (одежды, манеры, знакомства)	24
27.Конфликты с начальством (с преподавателем)	23
28.Изменение условий работы или рабочего времени	20
29.Перемена места жительства	20
30.Экзамены, зачеты, квалификационная аттестация	20
31.Смена привычного места отдыха	19
32Значительное изменение в виде и количестве развлечений	19
33.Значительные изменения в общественной деятельности	18
34.Изменения в отношениях с окружающими (друзьями, коллегами и т.д.)	18
35.Нарушение сна	16
36.Изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи или близкими родственниками	15
37.Изменение привычного режима питания и количества потребляемой пищи	15
38.Отпуск	13
39.Штраф за нарушение правил уличного движения	12
40.Стрессоры, не внесенные в данную шкалу (смерть любимого животного, аборт, кража, потеря любимой вещи и пр.)	10

Теория жизненных событий не учитывает, что человек в мире не один, что близкие и друзья могут человеку помочь справиться с трудными ситуациями в его жизни. Спорным в этой теории и является рейтинг жизненных событий по силе воздействия. Наиболее оптимальным является комплексный подход, который

учитывает не только силу стрессора, но и индивидуальную личностную реакцию на него. Из-за различий взаимоотношений личности и ее окружения вытекают несоответствия, приводящие к стрессу.

Процессы совладения (копинг–механизмы). Ожидания и действия по-разному переживаются разными людьми в зависимости от веры в собственные возможности, удовольствия от деятельности или честолюбия. Любые ситуации оцениваются личностью в плане определения их типа — угрожающего или благоприятного. Поэтому совладение с ситуацией (*копинг–процессы*) определяются личностными особенностями и значением ситуации для человека. Эти процессы совладения рассматриваются как особые средства личности, как своеобразные механизмы сознательной личностной защиты, которые направлены на уменьшение, устранение или приближение действующего стрессора (Lazarus R.S., 1970). Причем к стрессогенным относятся не только угрожающие, но и положительные, доставляющие удовольствие ситуации. В любом случае процессы совладения являются частью аффективной реакции, и от них зависит сохранение эмоционального гомеостаза.

> Термин “копинг” (англ. coping — совладение, успех, адаптация, приспособление) получил распространение в отечественной психологической литературе сравнительно недавно. Его профессиональное психологическое содержание чаще определяют как совокупность процессов, происходящих в личности и направленных на достижение адаптации к стрессу, контроля над ним, сохранения деятельности на фоне стресса. Отсюда копинг–поведение рассматривается как целенаправленное поведение личности по сознательному овладению ситуацией для устранения или уменьшения вредного действия стресса. При этом происходит выбор определенных стратегий (“копинг–стратегий”) поведения, основанных на определенных ресурсах (“копинг–ресурсы”) как личности (Я–концепция, локус контроля, аффилиация, эмпатия и др.), так и среды (дружеская поддержка, поиск рационального избегания и др.). Главное в процессах, описываемых как “копинг”, именно совладение и адаптация к стрессорной ситуации, а не избегание ее (Лапин И.П., 1999).

Результатом оценки стрессогенной ситуации становится один из трех возможных типов стратегии совладения:

1) прямая активность в поступках для устранения опасности — нападение или бегство, восторг и наслаждение;
2) косвенная, мыслительная активность без прямого воздействия — вытеснение (“это меня не касается”), переоценка (“это не так опасно, как кажется”), изменения направления аффекта, переключение на другие дела и т.п.;
3) совладение без аффекта — возможно тогда, когда непосредственной реальной угрозы для личности нет, и не предполагается, здесь достаточно просто стараться рационально избегать соответствующих ситуаций (транспорта, техники, неприятных контактов с окружением).

Алекситимия (греч. a — отсутствие, lexis — слово, thymos — эмоции***).*** Предполагают, что особенно предрасположены к психосоматическим заболеваниям *алекситимические* субъекты (Sifneos P.E., 1973). Они отличаются бедным жизненным воображением и недостаточной эмоциональной включенностью в объективную ситуацию, ослаблением сопереживания. Лица с выраженным алекситимическим личностным радикалом обычно не способны описать тонкие нюансы своих чувств и часто вообще не находят слов для самовыражения. Они могут говорить только о конкретных фактах или предметах (так называемое “операторское мышление” по Marty P. и de M’Uzan M., 1963). Поэтому они не осознают своих эмоциональных конфликтов и не могут их вербализировать, так что психосоматические расстройства могут быть результатом накопления

эмоционального раздражения (отсутствие психологической проработки эмоций на уровне высших отделов коры и, как следствие, усиление их вегетативного компонента).

Некоторые авторы предлагают различать первичную и вторичную алекситимию:

1) первичная — по тем или иным причинам неразвившаяся способность к осознанию и выражению чувств;

2) вторичная — доминирование в процессе развития защитных механизмов избегания, отрицания и изоляции аффекта (конечно, это может и вести к утрате навыков осознания и выражения чувств, т.е. устойчивой алекситимии).

Другие авторы предпочитают говорить об алекситимии как устойчивой черте и об алекситимии как временном состоянии (в виде реакции на депрессию и тревогу). В последнем случае также остается непонятным, чем эта временная алекситимия отличается от отрицания и вытеснения (Krysstal J.H., 1988). Однако в любом случае первичная или устойчивая алекситимия может рассматриваться как один из нескольких возможных общих факторов риска по соматизации.

Выделяют три модели возможной этиологии феномена алекситимии:

1) биологическая — как генетически запрограммированное свойство организации нервной системы, связанное с выраженной латерализацией левого полушария мозга (известно, что активное фантазирование — функция правого полушария; есть также данные, что больные, подвергнутые комиссуротомии, становятся алексетимными);

2) психодинамическая — как защитный изоляционный механизм от хронического травматического опыта (дети жестоких родителей, в семьях алкоголиков и т.п.);

3) бихевиориальная — как раннее научение от алексетимной матери или влияние “запретного” на эмоции социального окружения, подавляющего навыки эмоциональной жизни и “развивающего” таким образом, преимущественно, левое полушарие.

Хотя алекситимия явление бесспорное и наблюдается постоянно у многих больных с психосоматозами, однако она также обнаруживается у больных неврозами, наркоманов, онкологических больных и здоровых людей. Поэтому обычно говорят о том, что алекситимическое поведение представляет собой фактор риска, который может быть связанным с другими (как специфическими, так и неспецифическими) факторами. В психологической практике созданы специальные опросники (шкалы) для измерения выраженности алекситимического личностного радикала. Например, Торонтская алекситимическая шкала (TAS) включает в себя утверждения выявляющие степень осознания эмоций, их выражение и экстернальное мышление.

ТОРОНТСКАЯ АЛЕКСИТИМИЧЕСКАЯ ШКАЛА

Поставьте отметку в соответствующей графе: 1 — Совершенно не согласен; 2 — Скорее не согласен; 3 — Ни то, ни другое; 4 — Скорее согласен; 5 — Совершенно согласен.

Утверждения	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Когда я плачу, я всегда знаю почему					
2. Мечты — это потеря времени.					
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства я испытываю					
5. Я часто мечтаю о будущем					
6. Мне кажется, я способен также легко заводить новых друзей, как и другие					
7. Знать, как решаются проблемы важнее, чем понимать причины этих решений.					
8. Мне трудно находить правильные слова для выражения моих чувств.					
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам.					

10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже врачам					
11. Мне недостаточно знать, что что–то привело к такому результату, мне надо знать почему и как это происходит					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства					
13. Я предпочитаю анализировать свои проблемы, а не просто их описывать					
14. Когда я расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15. Я часто даю волю воображению					
16. Я провожу много времени в мечтах, когда ничем другим не занят.					
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле.					
18. Я редко мечтаю					
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри.					
26. Я часто не знаю, почему я сержусь					

При обработке баллы по всем ответам суммируются (вопросы 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21 засчитываются в “обратном” порядке). Уровень 62 и ниже свидетельствует об отсутствии алекситимии, 74 и выше — наличие алекситимии (63–73 — пограничный уровень).

“Психосоматическая” семья — понятие, где принципиально новым в рассматриваемом аспекте, является попытка привлечения микросоциальных условий существования человека для объяснения соматических заболеваний, увязывания определенной специфики межличностных отношений в семье с физиологическими процессами в организме. В 70-е годы XX в. набрала силу зародившаяся в 50-е годы системная семейная психотерапия (Minuchin S., 1974), где больного и болезнь рассматривают не изолированно, а в конкретном семейном контексте. Согласно модели С. Минухина для психосоматической семьи является характерным:

1) “сверхвключенность” родителей в жизнь и проблемы ребенка, что мешает развитию его самостоятельности, автономии;

2) сверхчувствительность каждого члена к дистрессу других членов семьи;

3) низкая способность менять правила взаимодействия при меняющихся обстоятельствах (ригидность);

4) избегание выражения несогласия и открытого обсуждения конфликтов;

5) ребенок и его болезнь часто играют роль стабилизатора, своеобразного буфера в скрытом семейном или супружеском конфликте (пошатнувшийся брак родителей скрепляется необходимостью заботы о ребенке).

Особый стиль взаимоотношений в такой семье ведет к дефектам развития ребенка в плане невозможности его автономного функционирования, ему становятся необходимыми внешние “объекты–регуляторы” (селф–объекты) для обеспечения психологического и физиологического равновесия. Таким объектом чаще выступает “психосоматическая мать”, описываемая как авторитарная, открыто тревожная и латентно враждебная. Отец, неспособный противостоять доминантной матери, находится на периферии в такой семье. Сложившиеся неправильные семейные взаимоотношения могут приводить ребенка к типам поведения, где в его психологические реакции включаются и определенные физиологические

компоненты, которые становятся привычными и ведут к заболеванию. В других случаях провоцирует экзацеребрацию заболевания и утрата привычных селф–объектов. Например, ребенок вырос и завел свою семью, но зависимость от матери как привычного регулятора его и психологических и физиологических функций осталась.

Критика концепций психосоматической семьи идет, прежде всего, за простые линейные причинно–следственные связи типа: "стресс → негативные эмоции → болезнь" и отсутствие системного взгляда на взаимоотношения между биологическим, психологическим и социальным. Конечно, нездоровые паттерны семейного взаимоотношения существуют и оказывают негативное влияние на здоровье, но вряд ли возможно говорить о "шизофренической", "психосоматической" или "депрессогенной" семье. В настоящее время возникновение болезни (психосоматической, психической) в условиях неправильных межличностных отношениях описывается более сложными *диатез–стрессовыми моделями*, а не выводятся целиком из психологических факторов. Согласно этим моделям, неблагоприятные психологические и социально-психологические факторы (стресс) выливаются в болезнь только тогда, когда имеет место биологический диатез, или биологическая уязвимость организма.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Психосоматический подход в медицине. Лечение психосоматических расстройств одними психологическими методами не вызывает достаточно хороших результатов, так что не может рекомендовано в качестве единственного метода лечения. Как следствие этого, у врачей возникли сомнения в достоверности концепций психосоматической медицины. Большинство, однако, полагают, что хронические и тяжелые стрессы могут играть значительную этиологическую роль в развитии ряда соматических заболеваний.

Кроме влияния типичных стрессов, таких как развод или смерть супруга, ряд специалистов признают, что разные личности склонны к различным психосоматическим заболеваниям, как и разные конфликты также вызывают разные заболевания. В отечественной психоневрологии В.Н. Мясищев (1960) предлагает при терапии анализ реальных конфликтов, т.к. некоторые люди не могут "позволить дать себе невроз", а психосоматическое заболевание для личности может быть даже "более престижным". Происходит бессознательное "переключение", связанное с социальным фактором. Выбор симптома, пораженного органа обуславливается фактором своеобразной "предуготованности", определенной функциональной недостаточностью (врожденной или приобретенной) тех или иных органов и систем (locus minoris resistentiae).

В настоящее время в психосоматической медицине все больший вес приобретают идеи *многопричинности (мультикаузальности) психосоматических расстройств.* Для объяснения и трактовки нарушений все больше привлекаются физиологические данные, нарастает "депсихологизация" исследований в психосоматической медицине. Однако, несмотря на рост числа медико-биологических работ, психологические проблемы в этой области яснее не становятся. Психологическую и психоаналитическую трактовку многих субъективных феноменов в психосоматической медицине также заменить пока трудно. Отсюда исходят попытки создания интегративных моделей здоровья и болезни. Они провозглашают, что *все болезни имеют многофакторный генез*. Причинные факторы заболевания находятся в сложном взаимодействии и могут

быть генетическими, бактериальными, иммунными, пищевыми, психологическими, обусловленными поведением и социальными воздействиями.

В последние годы наибольшую популярность приобретает мнение о необходимости замены проблемы узкого круга психосоматических расстройств проблемой *психосоматического подхода* к любым заболеваниям. В широком смысле этот подход, как отмечает психиатр Д.Н. Исаев (1996), охватывает проблемы внутренней картины здоровья и болезни, конверсионных, соматогенных, соматоформных и соматизированных психических и ипохондрических расстройств. Сюда входят и реакции личности на болезнь, умирание, смерть, отрыв от семьи, проблемы симуляции болезни и искусственно продуцируемых расстройств, в том числе синдромы Мюнхгаузена (симуляция больным болезней, которые приводят к операции или другим серьезным медицинским воздействиям) и Полле (спровоцированный синдром Мюнхгаузена — искусственное причинение болезни ребенку его собственной матерью или лицом, который опекает его).

Синдром Мюнхгаузена — описан английским хирургом M. Asher (1951) как своеобразная нозофилия ("любовь к болезням"). Для больных характерно чрезмерно драматическое и неправдоподобное изложение жалоб на мнимые соматические болезни. Особенно болезнй брюшной полости и неврологических болезней (обмороки, припадки, параличи). В ряде случаев имет место симуляция кровотечений и кожных болезней. Характерно отсутствие какой-либо практической пользы для больного от демонстрируемого им заболевания. Больные склонны к самоповреждениям для инсценировки болезни, а многие из них многократно перенесли полостные операции. Личностные особенности таких больных с явными психопатическими наклонностями — стремлением путешествовать, частым пребыванием в тюрьмах и психиатрических больницах, склонностью к употреблению наркотиков, злоупотреблению лекарствами.

Синдром Полле — первоначально описан I. Burman (1977) и относился только к детям лиц с синдромом Мюнхгаузена. У них часты наследственные заболевания (психические, сахарный диабет) и высока смертность в очень молодом возрасте. Синдром назван по имени дочери барона Мюнхгаузена, умершей на первом году жизни. В настоящее время синдром Полле рассматривается только как искусственное причинение болезни ребенку его собственной матерью или лицом, который опекает его.

Патогенез психосоматических расстройств складывается из:

1) неспецифической наследственной и врожденной отягощенности соматическими нарушениями и дефектами;

2) наследственного предрасположения (диатез) к психосоматическим расстройствам;

3) нейродинамических сдвигов — нарушения деятельности ЦНС из-за накопления аффективного возбуждения, тревоги, напряжения вегетативной активности и т.п.;

4) личностных особенностей (замкнутость, сдержанность, алекситимия, тревожность, сенситивность, недоверчивость, психическая инфантильность и т.п.);

5) психического и физического состояния во время действия психотравмирующих событий;

6) фона неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

7) особенностей самих психотравмирующих событий.

Варианты развития психосоматического заболевания. Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский (1981) выделяют ряд вариантов развития психосоматических заболеваний, из которых следует особо выделить следующие:

1.Ситуационный (первично–психогенный) вариант — на первом плане среди этиологических факторов находится длительное воздействие психологически неблагоприятных жизненных условий, что даже развитые возможности защитного

резерва (личностного и биологического) не оградят от формирования органических следствий соматических систем;

2.Личностный вариант — главным условием формирования патологии выступает психологически деформированная личность, которая обуславливает затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психологического реагирования, становление хронизированного эмоционального напряжения.

К последнему варианту можно отнести и развитие болезни через определенные патологические привычки (переедание, алкоголизм и другие), имеющие личностную обусловленность.

Таким образом, термин “психогенные” нельзя однозначно применить к психосоматическим заболеваниям. При психосоматических заболеваниях психогенный фактор имеет место, но в сложном переплетении физиологических факторов. Только сочетание личностных особенностей с определенными свойствами соматических систем (конституция, наследственность, возраст, пол, характер предшествующих заболеваний и определенная дефектность регуляторных и исполнительных механизмов организма) делают реальным становление той или иной болезненной структуры, которую мы называем психосоматическим заболеванием.

Д.Н. Исаев для детей в период новорожденности, младенчества и раннего детства относит следующие характерные психосоматические расстройства:

младенческая колика (приступы болей в животе с плачем от нескольких минут до нескольких часов у ребенка 3-4 месяцев);

аэрофагия (заглатывание воздуха во время кормления с последующей отрыжкой его у жадно сосущих детей);

срыгивания (из-за жадного заглатывания пищи ребенком в возрасте 14-16 месяцев);

анорексия (входит в структуру невропатии, значим фактор отрыва от матери и другие психогении);

извращение аппетита (обычно на 2-3 году жизни — потребление угля, глины или бумаги; при психосоматическом генезе расстройства значение придается дефектам воспитания, связанным с отвержением ребенка);

жвачка или мерицизм (повторное жевание пищи после ее отрыгивания; рассматривается как симптом невропатии);

изменения массы тела (недостаточная прибавка в весе или тучность характерны при депривации или иных психогенных факторах);

запор или констипация (как проявление депрессии, навязчивого страха дефекации из-за его болезненности или повышенной стыдливости и застенчивости ребенка);

энкопрез (недержание кала из-за утраты или задержки формирования контроля деятельности анального сфинктера, генез обычно психогенный или обусловлен невропатическими расстройствами).

Принципы терапии психосоматических заболеваний. Удельный вес психогенных и патофизиологических факторов неоднороден на различных этапах заболевания, что обуславливает и особенности терапевтической тактики при психосоматической патологии.

На первом этапе психосоматического заболевания психогенный фактор и личностные нарушения преобладают, имеется бессознательный психологический конфликт, что и обуславливает ведущую роль психотерапевтических методик лечения на этой стадии заболевания. Можно применять патогенетическую психотерапию, которая направлена на перестройку системы отношений и установок больного, оптимизацию функционирования механизмов психологической защиты.

На втором этапе психосоматического заболевания усиливаются функционально-соматические нарушения, формируются “порочные круги” патологического функционирования в страдающих системах, усугубляются

личностные нарушения. Психотерапевтические усилия становятся менее эффективными, требуется более активная медикаментозная коррекция нарушений.

На третьем этапе психосоматического заболевания преобладающими становятся соматические нарушения (“органическая” стадия). В терапии используются преимущественно медикаменты и симптоматическая психотерапия (включая коррекцию “масштаба переживаний”, коррекцию внутренней картины болезни).

На всех этапах психосоматического заболевания, а также в целях профилактики психосоматических реакций у здоровых людей широкую популярность приобрели различные антистрессовые методики релаксации и снятия напряжения. Одним из таких методов релаксации является предложенная в 1932 году Иоганнесом Генрихом Шульцем *аутогенная тренировка*. Сущность этого метода заключается в произвольном вызывании мышечной релаксации и в реализации на этом фоне позитивных утверждений о своем здоровье в виде формул самовнушения. Заслуга Шульца состоит в доказательстве того, что при значительном расслаблении мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные, в том числе исходно непроизвольные функции организма (Лобзин В.С., Решетников М.М., 1986).

Гипертоническая болезнь. Исследования последних десятилетий показали, что повышение кровяного давления является неспецифическим биологическим сигналом, подобным, например, лихорадке. Этот сигнал может иметь много разных причин. При эссенциальной гипертонии имеет место семейная предрасположенность к заболеванию.

С точки зрения теорий специфического стресса для больных с наследственной гипертонической болезнью характерен внутриличностный конфликт между агрессивными импульсами и потребностью в зависимости от значимых лиц, а также достижению высоких социальных целей и высоких стандартов социальной жизни.

Лица с повышенным артериальным давлением обычно держаться внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны. Хотя они открыто гнева не выражают, но у них может потенциально накапливаться ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов.

Таким образом склонность к подавлению (репрессии), свойственных личности больных гипертонией агрессивных тенденций, способствует накоплению и хронификации стрессовых воздействий. Такие личности мало адаптированы к стрессовым ситуациям, особенно типа изменений жизненного стереотипа.

В комплексной терапии гипертонической болезни, наряду с гипотензивными средствами, широко применяется поддерживающая и поведенческая психотерапия. Хороший эффект оказывает аутогенная тренировка и другие релаксационные методики, а также биоподкрепление (БОС). Возможно применение методов психотерапии, которые направлены на изменение неправильных позиций в отношениях больного к разным сферам жизни. Наиболее часто с этими целями используется групповая психотерапия.

Стенокардия и инфаркт миокарда. Изучение людей с ишемической болезнью сердца (ИБС) показало, что они характеризуются торопливостью в ведении дел, нетерпением, чувством постоянной нехватки времени и высокой ответственности за порученное дело. Они обладают неуверенностью в себе, эмоциональной лабильностью, их характеризует “уход в работу”, так как ни на что другое у них просто не хватает времени.

F. Dunbar (1948) описывает коронарную личность как агрессивно–компульсивную со стремлением много времени отводить работе и завоевывать авторитет. Позднее M. Friedman и R. Rosenman (1959) выделили 2 личностных типа: тип А (ориентированы на борьбу, враждебно–соперничающие) и тип Б (более спокойны, с меньшей агрессивностью, менее упорно сражаются за цели). Личностный тип А оказался более сильно подверженным развитию коронарной болезни сердца с развитием инфаркта миокарда. У таких личностей оказались и более высокие показатели содержания в крови холестерина, липопротеидов, триглицеридов, кортикостероидов.

Ю.М. Губачевым (1973) приводится 5 основных типов преморбидных личностных особенностей больных ИБС:

1-ый (24%) — больные с разными аномалиями личности (психопатия или близкие к ним состояния) с постоянной настроенностью на конфликт, с длительными периодами эмоционального напряжения;

2-ой (16%) — больные полярно противоположные первой группе, т.е. с высоким чувством ответственности и управляемостью эмоциями, но с завышенным честолюбием и высоким уровнем притязаний, что может способствовать формированию конфликтов, отягощать переживаниями рабочее напряжение;

3-й (29%) — промежуточная группа между первой и второй, т.е. с сочетанием невропатических особенностей с гипертрофированными претензиями на социальный успех, обязывающих сдерживать себя в выражении эмоций;

4-ый (10%) — больные с длительными переживаниями жизненных неудач и неуспеха, где подавленность, зависть и горечь обид являлись их основным эмоциональным фоном;

5-ый (22%) — больные, где не выявлено сколь либо значимого эмоционального напряжения или личностных аномалий, это удовлетворенные собой и окружающими люди с размеренным ритмом труда и отдыха.

Трудности лечения больных с коронарными заболеваниями обусловлены их особой структурой личности. Со стороны врача проблемой является распознавание ориентированной на успех установки именно как конфликтного поведения. Способность к успеху и ориентировка на него слишком поспешно отождествляется с психическим здоровьем, да и сами больные склонны к отрицанию каких-либо конфликтов в себе. Механизм отрицания затрудняет также и формирование внутренней мотивации к терапии.

В лечении ИБС применяются различные специфические препараты, а для ослабления психологических реакций назначают транквилизаторы. Психотерапия направлена на поддержку веры в выздоровление, ослабление стресса, компульсии и напряжения. Принципы психотерапии в общих чертах сходны с таковыми при гипертонической болезни.

Бронхиальная астма. В ее появлении существенное значение имеют истерические личностные черты, повышенная ипохондричность, осознаваемая тревога. В симптомах бронхиальной астмы усматривают символическое выражение внутриличностного конфликта между потребностью больного человека в нежности и страхом перед ней, а также противоречивость в решении проблемы “брать и давать”. Чаще всего в семьях таких больных родители стремятся к контролированию и подавлению инициативы своих детей, запрещению спонтанных эмоциональных проявлений, так как в такой семье считается неприличным проявлять свои истинные чувства. Приступы бронхиальной астмы, по мнению Alexander, развиваются при фрустрации повышенной у астматиков бессознательной потребности в зависимости, а у детей потребности в защите и ласке со стороны матери (или лица ее заменяющего).

Лечение бронхиальной астмы комплексное — терапевтом, аллергологом и психотерапевтом. В лечении используют самые разнообразные виды психотерапии — индивидуальные, групповые, поведенческие, гипноз. Большое значение в ходе терапии имеет преодоление у больного выраженной зависимости больного астмой от своего врача, обучению возможности самостоятельно облегчать приступ, освоению техник расслабления и различных дыхательных упражнений.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. К язвенной болезни может приводить неспецифический стресс, который обуславливает гиперактивность желудка и гиперсекрецию пепсина, в результате чего формируется язва. Специфические теории выдвигают на первое место формирование характерного бессознательного конфликта при хронической фрустрации значительно выраженной у язвенной личности потребности в зависимости. Потребность в заботе и ласке вызывает хронический бессознательный голод с физиологически устойчивой вагусной активностью с гиперсекрецией желудочного сока, что особенно опасно для лиц генетически предрасположенных к язве.

Созданы и разнообразные типологии (профили) язвенных больных. В частности, в отношении манифестного поведения в литературе различают пассивный и гиперактивный тип язвенного больного. Пассивный язвенный тип склонен к субдепрессивному фону настроения и прямо выражает свои потребности в зависимости. Полагают, что язвенный приступ наступает тогда, когда эти бессознательные или сознательные желания в зависимости встречают отказ. При гиперактивном язвенном типе желания зависимости

очень сильны, однако отвергаются больными. Гиперактивный тип лишен покоя и ориентирован на успех. Сознательная установка его такова: я успешен, деятелен, продуктивен и независим. Одновременно, в бессознательном мы находим в точности противоположную установку чрезмерно сильной потребности в любви, зависимости и помощи.

Психотерапия направлена на конфликт, связанный с зависимостью больного. Если пассивный тип язвенника ищет защиты в общении с врачом, то для гиперактивного типа нужна иная тактика: следует иметь в виду его раздвоенность между стремлением к независимости и одновременной потребностью в пассивной зависимости. Для пассивного типа пригодна, в частности, *суппортивная* форма терапии. Речь здесь идет о психотерапевтической поддержке и осторожном управлении поведением. При этом больной должен иметь возможность выразить свою потребность в зависимости, не боясь негативной оценки врача. Уменьшению внутреннего стресса поможет попытка облечь конфликт в слова с обсуждением проблемы на рациональном уровне. Однако в острой фазе заболевания работа по конфликту считается преждевременной, лучше сначала сосредоточится на обсуждении необходимых изменений в поведении и быту. Полезны биоподкрепление и релаксационные методики. Комплексная терапия включает диету и специальные медикаменты.

Язвенный колит. У лиц с хроническим воспалением и язвами толстого кишечника преобладают компульсивные личностные черты. Эти больные опрятны, любят порядок, пунктуальны, а свой гнев выражают весьма сдержанно. Александер полагает, что у таких личностей ключевым моментом является также фрустрированная потребность своей зависимости. Агрессивные тенденции по отношению к объекту своей зависимости приводят к бессознательному чувству вины и тревоги, которые “облегчаются” кровавым поносом. У 60% больных обострению предшествуют депрессивно окрашенные жизненные ситуации с переживанием действительной или воображаемой потери объекта. Больные чаще происходят из семей, в которых вообще мало говорят о чувствах. У больных низкая самооценка и они весьма чувствительны к собственным неудачам. Потеря отношений с ключевой фигурой переживается бессознательно больными как угроза собственному существованию. Больным явно недостает сознательного переживания агрессии и соответствующего поведения.

Во время обострения показана поддерживающая психотерапия, соответствующее медикаментозное лечение. При хроническом латентном течении показаны более интерпретативные виды психотерапии. Важно умение врача к терпеливому выслушиванию больного и осторожному стимулированию его к активности и автономности.

Гипертиреоз. Заболеванию часто предшествует сильное переживание, характерна семейная предрасположенность к болезни. Двигательное и внутреннее беспокойство, возбуждение и раздражительность являются следствием повышенной секреции гормонов щитовидной железы. В личностном плане мы находим у больных постоянную активность, готовность перевыполнять свои задания. Они производят впечатление личностной зрелости, но она адекватна не всем ситуациям и лишь с трудом скрывает их страх и слабость. Согласно психодинамической теории, в детстве эти больные испытывали сильную привязанность и зависимость от матери, поэтому они не переносят угрозы потери любви. Фрустрация детской жажды к зависимости приводит к преждевременному самоутверждению. В лечении необходима антитириоидная терапия, транквилизаторы и поддерживающая психотерапия.

Сахарный диабет. В отношении этого заболевания есть данные о том, что развитию диабета способствуют внутриличностные конфликты, которые компенсаторно удовлетворяются актом еды. Здесь проявляется как бы символическая психологическая формула: еда равна любви. Это ведет к стабильной гипергликемии, которая ослабляет секреторную деятельность островков Лангерганса поджелудочной железы. Одновременно, как следствие отождествления пищи с любовью, уничтожается эмоция голода. Состояние голода усиливается независимо от принятия пищи. Формируется “голодный” метаболизм, который соответствует метаболизму больного диабетом. Способствуют диабету и неосознаваемые страхи, приводящие к постоянному стрессовому реагированию с гипергликемией, закономерной в реакциях “бегства–борьбы” по Г. Селье. Диабет здесь может развиваться из начальной гипергликемии, поскольку реальная реализация психологического напряжения отсутствует.

Психические проявления гипогликемического состояния разнообразны — расстройства сознания делириозного типа, деперсонализационные и дереализационные феномены, галлюцинаторно-параноидные эпизоды, эйфория. Нередко встречаются разнообразные расстройства восприятия: блеклость или красочность мироощущения (преобладание желтых и синих тонов), метаморфопсии, расстройства схемы тела, изменения чувства времени и др. (синдром Benedek). Гипогликемия негативно влияет и на когнитивные способности больных.

В лечении сахарного диабета большое значение имеет диета и использование сахароснижающих препаратов, прежде всего инсулина. Больным сахарным диабетом показаны антистрессовые и поведенческие психотерапевтические методики, коррекция внутриличностной конфликтности.

Краткое содержание и выводы

В широком смысле под психосоматическими расстройствами понимаются симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально–психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта. Поэтому в круг расстройств, кроме психосоматозов, включаются и самые разнообразные функционально-телесные нарушения (конверсионные симптомы, неврозы органов), а также болезни, возникновение которых связано так называемым с саморазрушающим поведением (употреблением алкоголя и наркотиков, перееданием и т.п.).

Однако основной проблемой психосоматики является изучение собственно психосоматических заболеваний (психосоматозов) — типа эссенциальной гипертонии, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, бронхиальной астмы и других. Полагают, что именно при этих заболеваниях первоначальные психогенно–функциональные нарушения органов постепенно приводят к их деструкции и болезнь приобретает все черты соматического заболевания.

Все предложенные объяснительные модели формирования психосоматозов в настоящее время можно разделить на две основные группы: теории “специфического” и “неспецифического” стресса.

Традиционно “гипотезы специфичности” психологических факторов в генезе психосоматозов отталкивается от описания Фрейдом конверсионных симптомов при истерии, как символического выражения психологического интрапсихического конфликта. Александер же предлагает термин “вегетативный невроз”, симптомы которого уже являются не символическим выражением подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенного хронического эмоционального состояния, начала которого следует искать в специфической конфликтной ситуации больного, которая, по сути, закладывается еще в детстве. Другой психоаналитик Фландерс Данбар пыталась найти взаимосвязи между соматическими реакциями и постоянными личностными характеристиками, выделяя личности “язвенную”, “коронарную” и аналогично другие типы. Другая психоаналитическая модель “десоматизации и ресоматизации” Шура акцентирует внимание в происхождении психосоматических расстройств не на конверсию, а на механизмы “регрессии”. Здесь считается, что психосоматические реакции взрослых являются возвратом на инфантильно-детские телесные формы реагирования при неприятностях. Митшерлич в своей концепции “двухфазного вытеснения” даже считает, что этот сдвиг на соматические формы реагирования возможен и у больных неврозами, если

психических ресурсов для преодоления невротического конфликта у человека недостаточно.

Теории неспецифического стресса в генезе психосоматозов приобретают в последнее время все возрастающую популярность, обосновывая их значительным числом экспериментальных работ (Павлов, Кэннон, Селье). Здесь считается, что психологические факторы играют важную, но неспецифическую роль в многофакторном переплетении причин болезней, которые принято называть психосоматическими. Неспецифическое нервное напряжение, приводящее к стресс-дистрессу, может обуславливаться самыми разными жизненными событиями. Ученые Холмс и Рейх даже разработали специальную шкалу для определения уровня выраженности стресса в повседневной жизни. Последние годы стали активно изучаться и механизмы сознательного совладения (копинг–механизмы) с жизненными трудностями. Процессы осознания своих эмоциональных проблем с умением их отреагировать во вне также становятся предметом изучения в психосоматической медицине. Полагают, что особенно подвержены к психосоматическим заболеваниям алекситимические субъекты, где эти способности слабо развиты. Возможно, что в их формировании определенное влияние оказывают особенности воспитания ребенка в семье. Проблема так называемой “психосоматической семьи” также сейчас активно разрабатывается в психосоматической медицине.

Современным, интегративным моделям здоровья и болезни наиболее отвечает так называемый психосоматический подход ко всем заболеваниям человека, который подчеркивает участие социально–психологических факторов в этиологии, патогенезе и оформлении клинической картины болезни. Он также и способствует внедрению в медицину современных терапевтических подходов, где в лечении любого больного одновременно участвуют врач, психолог и специалист по социальной работе.

Вопросы для самопроверки

1. Почему сейчас принято разграничивать понятие “психосоматика”, выделяя в нем аспекты “широкого” и “узкого” ее понимания, а также выделение понятия “психосоматический подход в медицине”?
2. Какие нозологические формы болезней психоаналитик Александер отнес к психосоматозам?
3. Можно ли отнести алкоголизм и наркомании к психосоматическим расстройствам?
4. Какие две основные группы концепций выдвигаются для объяснения возникновения психосоматических заболеваний?
5. Какую роль психоаналитические понятия “конверсия” и “регрессия” сыграли в оформлении концепций “специфического стресса” в психосоматической медицине?
6. Кто из ученых ввел такие понятия как “язвенная”, “коронарная” или “артрическая” личность? Что этого ученого объединяет в решении проблемы конверсии с Александером, создателем теории специфических для болезни психодинамических конфликтов?
7. Что является общим в концепциях “десоматизации и ресоматизации” Шура и “двухфазного вытеснения” Митшерлича?
8. Какую роль в оформлении концепций “неспецифического стресса” генезе психосоматозов сыграли работы ученых Павлова, Кэннона и Селье?
9. Как расчитывается вероятность возникновения психосоматического расстройства у человека в теории жизненных событий Холмса и Рейха?

10. В чем сходство и различия между механизмами психологической защиты, разработанными в школе психоанализа, и копинг–механизмами, которые активно стали изучаться в последнее время?
11. Как описываются семейные взаимоотношения и стиль воспитания в так называемой “психосоматической семье”?
12. В чем отличие ситуационного (первично-психогенного) и личностного вариантов развития психосоматического заболевания?
13. Каковы главные принципы лечения психосоматических заболеваний?
14. Почему аутогенная тренировка, разработанная немецким психотерапевтом Шульцем, приобрела важное значение в профилактике психосоматических заболеваний?
15. К какому типу личности (А или Б) можно отнести больного со стенокардией, обладающего такими качествами как высокий уровень притязаний, выраженное стремление к достижению цели, стремление к конкурентной борьбе?

ГЛАВА 30

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Влияние соматического состояния на психику человека может быть как патогенным, так и саногенным (оздоравливающим). Что касается последнего аспекта, то врачам хорошо известно как с каждым днем при выздоровлении от тяжелого соматического недуга происходит и улучшение (санация) психического состояния больного: улучшается настроение, появляется бодрость и оптимизм. Вероятно не случайно широко распространено известное выражение: “В здоровом теле — здоровый дух”. Физически здоровые люди всегда легче переносят жизненные неурядицы, чем больные. По-видимому, в ряде случаев даже можно говорить о “внутренней картине здоровья” и ее влиянии на психическую сферу человека (Николаева В.В., 1987).

Внутренняя картина здоровья и психология телесности

Психология здоровья. Широкое признание получило позитивное определение здоровья, данное ВОЗ: “состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов” (Устав ВОЗ, 1946). Таким образом, здоровье складывается из трех компонентов: физического, психического и социального. И в настоящее время здоровье трактуется как способность к адаптации, способность сопротивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию ко все содержательной жизни во все более разнообразной среде обитания (Лищук В.А., 1994). Благодаря позитивному определению здоровья в медицине наряду с патоцентрическим подходом (борьба с болезнями) утверждается и саноцентрический подход (направленность на здоровье и его обеспечение).

Считается, что определить степень физического здоровья человека достаточно просто — здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие методики осмотра, лабораторные исследования. Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и социального благополучия человека. В частности одним из центральных в психологии здоровья является понятие о норме психического развития, которое позволяет говорить о соответствии биологического и психологического возрастов человека. Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста — о возможностей чувствования, действия, самоотношения — является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998).

Как человек относится к своему здоровью, т.е. без понимания его внутренней картины здоровья, невозможно понять внутреннюю картину болезни, которая, как полагают, является лишь частным случаем первой (Каган В.Е., 1986). Переживание чувства здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного физического, психического и нравственного состояния, которое позволяет оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и, прежде всего, трудовую деятельность (Петровский Б.В., 1973). Внутренняя картина здоровья — составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном.

При оценке психологии здоровья важно различать понятия состояние здоровья и самочувствие. *Состояние здоровья* — истинное положение дел в организме по данным врачебного осмотра. *Самочувствие* — субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья. Неполнота и искажения внутренней картины болезни возможны у маленьких детей (Исаев Д.Н., 1996), а также в силу своеобразия структуры личности — нестабильности самооценки, "Я–образа" в целом и физического "Я", зависимостью собственной самооценки от оценок других людей.

Рядом отечественных авторов (Громбах А.М., 1988; Тхостов А.Ш., 1993; Лебединский В.В., 1994; Карвасарский Б.Д., 1982 и др.) представлены показатели психического здоровья, причем поэтому параметру (с учетом жалоб на здоровье самого человека) выделяются четыре группы людей:

1-ая группа — совершенно здоровые, жалоб нет;

2-ая группа — легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено–невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;

3-я группа — лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено–невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности, родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);

4-ая группа — клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

Критерии психического здоровья основываются на понятиях "адаптация", "социализация" и "индивидуализация" (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А.,1998).

Понятие *"адаптация"* включает способность человека осознанно относится к функциям своего организма (пищеварения, выделения и др.), а также способность его регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Пределы индивидуальной адаптации существуют, но адаптированный человек может жить в привычных для него гео–социальных условиях.

Социализация определяется по трем критериям, связанным со здоровьем человека. Первый критерий связан со способностью человека реагировать на другого человека как равного себе ("другой такой же живой как и Я"). Второй критерий определен как реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и как стремление следовать им. Третий критерий — как человек переживает свою относительную зависимость от других людей. Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если человек эту меру переступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества это

своеобразная соотнесенность необходимости в независимости–уединенности от других и своего места среди своего окружения.

Индивидуализация по К.Г. Юнгу позволяет описывать становление отношения человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, он осознает свою собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и других — один из важнейших параметров психического здоровья.

Возможности адаптации, социализации и индивидуализации имеются у каждого человека, степень их реализации зависит от социальной ситуации его развития, идеалов нормативного человека данного общества в данный конкретный момент. Однако, можно заметить и недостаточность этих критериев для полного описания внутренней картины здоровья. Она в частности связана еще и с тем, что любой человек потенциально имеет возможность посмотреть на свою жизнь со стороны и оценить ее (рефлексия).

Существенной особенностью рефлексивных переживаний является то, что они возникают помимо воли и индивидуальных усилий. Они являются предпосылками духовной жизни человека, в которой, в отличие от психической жизни, результатом является переживание жизни как ценности. Духовное здоровье человека, как подчеркивают многие психологи (Маслоу А., Роджерс К. и др), проявляется прежде всего в связи человека со всем миром. Это может проявляться разнообразно — в религиозности, в чувствах красоты и гармонии, восхищения перед самой жизнью, радости от жизни. Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, соответствие конкретному идеалу человека и составляет содержание внутренней картины здоровья как трансцендентального целостного представления о жизни.

Психология телесности. В медицине больше внимания уделяется влиянию разного рода болезней на психику человека, тогда как область отношений между телом и психикой у здоровых людей осталась менее исследованной. Но следует также понимать, что патологические отношения являются частной проблемой более широкой области знаний — психологии телесности.

Первые попытки рассматривать человеческое тело в качестве одного из элементов психологии предпринял психоаналитик, известный также и как создатель “фрейдомарксизма”, Вильгельм Райх (Reich W. 1897–1957). Его уникальный вклад в психологию состоит в том, что он провозгласил идею единства тела и духа, включил тело в сферу интересов психотерапии и создал концепцию личностно–мышечного (характерологического) панциря.

Райх расширил фрейдовскую теорию либидо в той части, где либидо понимается как своеобразная и потенциально измеримая психическая энергия. Райх полагал, что либидо это просто разновидность биологической энергии, а последняя является разновидностью космической энергии, присутствующей во всех вещах. Он придумал новое название для этой всеобщей энергии — оргон (от слов организм и оргазм). Провозгласив единство биологических и психологических процессов, Райх полагал, например, что чувство удовольствия характеризуется движением энергии от центра организма к периферии и далее во внешний мир. Беспокойство, напротив, является процессом втягивания организмом энергии из внешнего мира в тело человека.

Защитные психологические механизмы, описанные Фрейдом, имеют своим выражением и определенные мышечные напряжения, “зажимы”, формируя “мышечный, характерологический панцирь”. Защитный панцирь сдерживает свободное течение энергии и препятствует свободному выражению эмоций. Основная цель терапии Райха состоит в разрушении мышечного панциря (с помощью массажа, гимнастики) в каждом из его семи сегментов. Деятельность Райха возбудила интерес к этим проблемам и проложила путь целому ряду научных систем, которые с целью улучшения психологического функционирования сосредоточили свое внимание на работе тела.

Биоэнергетика (неорайхианская терапия) основана учениками Райха — Александром Лоуэном и Джоном Пьерраксом. В ней используются более приемлемые для науки термины, а также выдвигается понятие базы, локализованной в области таза и ног. Упражнения в положении стоя считаются важными в силу необходимости "заземления" (специфическое понятие в биоэнергетике), усиления его чувств твердо стоять на земле, тесно соприкасаться с реальностью жизни.

Техника Ф. Александера (1969), австралийского актера, предназначена для того, чтобы повысить уровень осознания пациентом собственной манеры двигаться. Здесь подчеркивается значение комплексного движения, которое основано на сбалансированной связи между посадкой головы и позвоночником. Важной предпосылкой более свободного движения является осторожное растягивание позвоночника вверх.

Система Фельденкрейса (Feldenkrais M., 1950) основана на осознании собственных движений, что позволяет телу двигаться с минимумом усилий и максимумом эффективности. Метод предполагает работу с определенными моделями движений, в работу вовлекается все тело и вся личность целиком. В идеале здесь стоит лишь только подумать, и движение происходит как бы само по себе.

Структурная интеграция, или *рольфинг* (по имени Иды Рольф, описавшей эту методику в 1920 году) представляет собой систему перестройки и преобразования осанки с помощью сильной и нередко болезненной растяжки мышечных связок прямым физическим воздействием.

Система сенсорного самосознания Шарлоты Селвер и Чарльза Брукса (1966) включает в себя множество упражнений, связанных с обучением умению лежать, сидеть, стоять, ходить. Все они предполагают и приобретение медиативной внутренней организации этих умений. С отказом от излишней активности, суетливости исчезают напряжения, наблюдается изменение духовного состояния, растет внутренний покой и восприимчивость к внутренним и внешним событиям.

Полагают, что телесность человека содержит в себе выраженную символическую составляющую, которую возможно рассматривать только в культуральном контексте. Хорошо, например, известно как по разному в разные исторические отрезки времени люди относились и понимали женскую красоту, что нашло свое отражение в художественном творчестве, философской и психологической литературе.

Символическая природа тела человека дает возможность исследовать тело человека и в свете тех традиций, которые разрабатываются в отечественной психологии как культурно-историческая теория. Предметом психологии телесности здесь будут являться закономерности развития телесности на разных этапах онтогенеза, структура и психологические закономерности ее функционирования в качестве человеческого, то есть культурно–детерминированного феномена в норме и патологии, условия и факторы, влияющие на формирование телесности (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998).

Феноменология телесности охватывает широкий круг ее проявлений — это осанка человека, особенности походки, внешние формы тела, черты лица и т.п. Уверенность, сила человека или, напротив, состояния внутреннего горя, депрессии и тревоги отражаются на внешности и рисунке поведения человека. Ссутуленная походка, потупившийся взор, стремление свести к минимуму поверхность тела многое скажут о внутреннем мире человека опытному наблюдателю.

В индивидуальной истории человека осуществляется закономерный процесс психосоматического развития, который можно обозначить как *социализацию телесности*. В процессе онтогенеза происходит развитие у ребенка регуляции различных телесных функций (дыхания, пищеварения, выделения и т.д.) и проявление в этой регуляции знаково-символической функции сознания. Осуществляющиеся телесные функции влияют на строение сознания. А последнее в свою очередь может влиять на сами телесные функции. Например, знание о "полезных" и "бесполезных" продуктах, знание о том, когда полезно спать и тому

подобное может существенно изменить потребность в еде, во сне. Создаются и новые психосоматические феномены — образ боли, схема тела, образ тела, самочувствие и т.п. Большую роль в этом процессе изначально играет семья ребенка и особенно его мать. Следует также отметить, что в разных культурах одним и тем же функциям организма придается разное значение, что может обуславливать межкультуральные различия в формировании отношения человека к собственному телу.

Центральной для анализа психосоматического развития является *образ тела*, данный человеку в ощущениях. Он отличается от схемы тела. Образ тела — это представление человека о собственном теле, как своеобразного психологического пространства. Это и тот словесный образ, который человек может представить для других людей: я худой или полный, высокий или низкий, медлительный или подвижный. Это оценочное представление о себе входит в различные динамические структуры, которые определяют активность человека, влияют на принятие решений — возможности вытерпеть жажду или длительное напряжение.

Другим важным аспектом психологии телесности является ее *коммуникативный план*. Так, боль до ее обозначения словом и наделения ее определенным смыслом ребенок не отличает от дискомфорта. Но при наделении матерью этого феномена специфическим психологическим содержанием ребенок получает и соответствующий поведенческий вариант его проявления: просит пожалеть его, подуть на ушибленное место или наказать обидчика или предмет, причинивший боль. Интенсивность телесных контактов с детьми и их форма различны и должны определяться типом детской телесности.

> По наблюдениям И.К. Фридман (1990) помимо общих различий в особенностях тела взрослого (большой, высокий, сильный) и ребенка (маленький и слабый) существуют и индивидуальные особенности тела каждого ребенка. Автор выделяет три типа детской телесности: “лисичка”, “черепашка” и “кузнечик”. Они отличаются способом реагирования на телесный контакт со взрослым.
>
> “Лисичка” пластично подстраивается под силу и форму телесного контакта взрослого, стремиться соответствовать ему. Для ее тела характерна мягкость, плавность движений, легкость походки, любит копировать взрослых. Для поддержания контакта хорошо использовать разные дистанции — то приближаясь, то отклоняясь. Физический контакт через легкое “летучее” поглаживание, прикосновение к кистям рук кончиками пальцев.
>
> “Черепашка” при контакте со взрослым сжимается и стремиться отвергнуть контакт. Для его тела характерно напряжение, голова при малейшем напряжении втягивается в тело, взгляд — исподлобья, кисти рук часто сжимаются в кулачок. Игры, которые предпочитает это тело, преимущественно силовые: бороться, кидать, упираться, бодаться. Для установления контакта хорошо бывает положить руку на плечо ребенка, плотно его сжимая.
>
> “Кузнечик” при контакте со взрослым реагирует повышением своей активности. Для его тела характерна прыгучесть и “бегучесть”. Тело послушное, легко сгибается. Если сидит, любит болтать ногами. При общении с таким ребенком лучше сидеть к нему вполоборота, а прикасаясь гладить не спеша руку от плеча к локтю, положить руку на колено. Насыщение от однообразных игр у него наступает быстро, поэтому надо придумывать новые варианты.

Обычно начальный этап развития телесных символов в реагировании ребенка и взрослого заканчивается с возникновением у ребенка независимости, когда он уже сам может активно воздействовать на свое тело. В ситуации соматической болезни актуальность коммуникативного компонента телесности резко возрастает и может стать источником особого класса психосоматических симптомов, например истерической конверсии.

Следующий этап развития психосоматических феноменов связан с включением их в *гностические действия*. Этот этап характеризуется интересом ребенка к собственному телу. Здесь имеет место переход от формулы “Я есть тело” к формуле “У меня есть тело”. И только после этого следующий этап социализации тесно связан с появление у ребенка *рефлексии*. Возникновение рефлексивного плана происходит уже у младших школьников, но в более совершенных формах мы с этим встречаемся у подростков. В сознании происходит разделение тела и ощущений с ним связанными от сознательного отношения к этим ощущениям. Человек как бы может “поговорить” со своими частями тела, например, обратиться к своему сердцу или почкам. Невозможность такого диалога может лежать в основе алекситимии, приводить к истерическому типу реагирования в трудных ситуациях.

Отклонения в психосоматическом развитии. Наиболее часто встречается вариант отставания в социализации телесной функции. Примерами его являются случаи:

1) Отставания в освоении навыков опрятности, форм удовлетворения потребностей (в еде, питие, сне). Например, ребенок ест неопрятно, руками, или пользуется предметами туалета неадекватно.

2) Регрессивного развития психосоматических функций, которое может быть кратковременным (как реакция на болезнь). Ребенок теряет приобретенные навыки: не может сам заснуть, не хочет умываться. Могут возникать и более сложные симптомы конверсионного и пуэрильного плана.

3) Искаженного психосоматического развития, которое типично для аутизма. Здесь формируются защитные механизмы ухода от травмирующей ситуации по типу ограничения контактов с окружающими, самоизоляция.

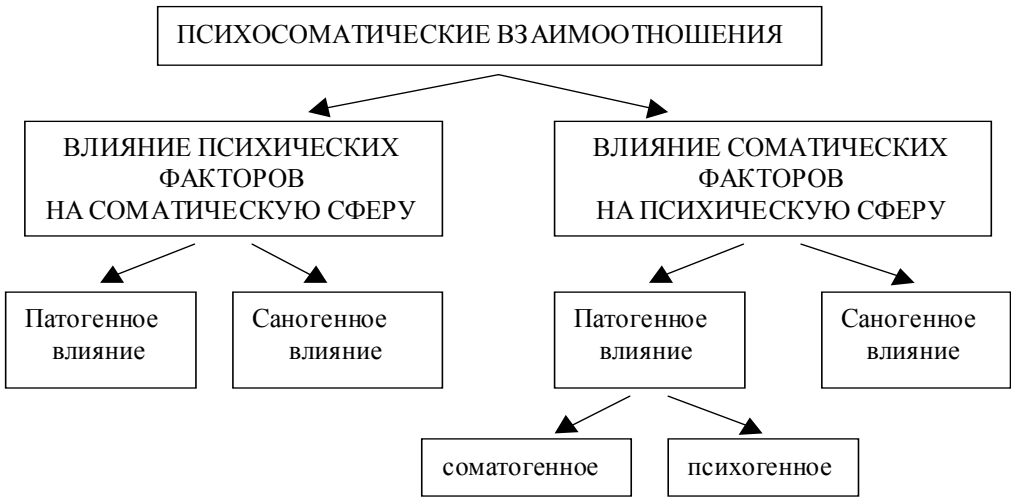
ВЛИЯНИЕ БОЛЕЗНИ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА

Наибольшее значение для практической деятельности врача представляет *патогенное влияние* соматического состояния на психику, под которым подразумевается не что иное, как нарушение психической деятельности человека в условиях соматической болезни.

На сегодняшний день является достаточно установленным, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный и психогенный. Реально оба вида влияний представлены в единстве нарушений психики, однако соматогенный и психогенный компоненты могут выступать в различных соотношениях в зависимости от заболевания.

Соматогенное влияние болезни на психику. Связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей (нарушение гемодинамики или интоксикация) и самих интенсивных болевых ощущений. Особенно большую роль соматогенные влияния на психику играют при врожденных пороках сердца и заболеваниях почек. Мучительная боль бывает при метастазах злокачественных опухолей в позвоночник. Интенсивная боль, накапливающиеся в крови вредные вещества или кислородная недостаточность, непосредственно воздействуя на головной мозг, и вызывают нарушения в нервно-психической сфере. Весь комплекс нарушений в нервно–психической сфере при этом часто именуют термином “**соматогения**”. По своей структуре соматогении характеризуются полиморфизмом проявлений — от неврозоподобных нарушений до психотических (с бредом, галлюцинациями) расстройств.

Схема психосоматических соотношений
(Николаева В.В., 1987)



Психогенное влияние болезни на психику. Следует признать, что интоксикационные воздействия на центральную нервную систему наблюдаются лишь при некоторых соматических заболеваниях, тяжелом их течении и специфическими для клиники внутренних болезней не являются. Основной же формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на *сам факт заболевания и его последствия*, имеющиеся при болезни астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия.

Субъективно–психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием *аутопластическая,* или *"**внутренняя картина болезни**"*. Последняя характеризуется формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей–интернистов как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие. В последующем этот клинико-личностный подход развивался на основе положений нервизма (Сеченов И.М., Павлов И.П.) и кортико—висцеральной теории (Быков К.М., Курцин И.Т.).

Соматопсихическое направление как таковое, в центре внимания которого находится вопрос влияния соматической болезни на личность, в отечественной медицине было заложено в трудах психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина, В.М. Бехтерева.

На необходимость научного понимания единства биологического и социального в человеке для правильной оценки взаимоотношений организма и личности и роли личности в болезни указывали также М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев (1966).

Болезнь, как патологический процесс в организме, двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни:

1) Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни

определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями.

2) Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе.

Эти и некоторые другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют окончательное отношение к своему заболеванию.

Следует отметить, что в механизмах взаимоотношений психики и сомы большую роль играют так называемые механизмы "*замкнутого круга*". Нарушения, первоначально возникающие в соматической (равно и в психической) сфере, вызывают реакции в психике (соме), а последние являются причиной дальнейших соматических (психических) нарушений. Так по "замкнутому кругу" развертывается целостная картина болезни. Особенно велика роль "замкнутого круга" в патогенезе психосоматических болезней и маскированной депрессии.

В научной литературе для описания субъективной стороны заболевания используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом.

Аутопластическая картина болезни (Гольдшейдер А., 1929) — создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием ("сенситивный" уровень болезни базируется на ощущениях, а "интеллектуальный" уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии).

Р. Конечный и М. Боухал (1982) также используют понятие *"аутопластическая картина болезни"*, подчеркивая не только "горизонтальное расчленение" картины болезни, но и "вертикальное" — в частности, рациональные компоненты во многом бессознательно управляется эмоциональными процессами; связь между субъективным и объективным сложна и не является прямолинейной.

Внутренняя картина болезни — в понимании известного терапевта Лурия Р.А. (1944. 1977) не соответствует обычному пониманию субъективных жалоб больного; структура ее в отношении как сенситивной, так и интеллектуальной части аутопластической картины болезни по Гольдштейну находятся в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

Переживание болезни (Шевалев Е.А., Ковалев В.В., 1972) — общий чувственный и эмоциональный тон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. "Переживание болезни" тесно связано с понятием "сознание болезни", хотя и не идентично ему.

Отношение к болезни (Рохлин Л.Л., 1957, Скворцов К.А., 1958) — вытекает из понятия *"сознание болезни",* что и формирует соответствующее реагирование на болезнь. Отношение к болезни складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из такого отношения намерений и действий.

Понятие "сознание болезни" используется также в работах Е.К. Краснушкина (1950), А.С. Познанского (1966). Я.П. Фрумкин и И.А. Мизухин (1970) для описания отношения и реакции больного на болезнь пользуются термином *"позиция личности к болезни"*. Т.Н. Резникова и В.М. Смирнов (1976, 1983) разработали понятие *"психологического информационного поля болезни"*, в центре которого находится измененная болезнью "схема тела". Балинт (Balint M., 1960) предложил понятие *"аутогенное представление о болезни"*, а Хецен–Клеменс (Heszen–Klemens J., 1979) *"образ собственного заболевания"*.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в отечественной теории и практике медицины привело к появлению к настоящему времени множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека. Многообразие терминов, в которых описывается субъективная сторона болезни, характерно и для зарубежных исследователей. Однако, в большинстве современных психологических исследований внутренней картины заболевания при различных нозологических формах болезней в ее структуре выделяется несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

1) **Болевая сторона болезни** (уровень ощущений, чувственный уровень) — локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

2) **Эмоциональная сторона болезни** — связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

3) **Интеллектуальная сторона болезни** (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и его последствиях;

4) **Волевая сторона болезни** (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

На основании этих сторон у больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет **"*масштаб переживаний*"** (Либих С.С., 1979) и поведение в целом.

Между истинным положением дел со здоровьем и "моделью болезни" больного часто нет знака равенства. Значение болезни в восприятии больного может, как преувеличиваться, так и приуменьшаться, вплоть до полного отрицания болезни как таковой.

МАСШТАБ ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛЕЗНИ



При адекватном типе реагирования (*нормонозогнозия*) больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

При *гипернозогнозии* больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при *гипонозогнозии* — склонны их недооценивать.

При *диснозогнозии* у больных наблюдается искажение восприятия и отрицания наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий. *Анизогнозия* — полное отрицание болезни как таковой; типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями.

Внутренняя картина болезни, характеризуя целостное отношение к заболеванию, тесно связана *с осознанием больным своей болезни*. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не

наблюдается (как, например, при анизогнозиях). Даже при психических заболеваниях больной не может не давать естественных, психологически понятных и характерных для его личности реакций на свое заболевание. Причем при этом у некоторых больных имеется иногда смутное и не отчетливое осознание своей болезни, но бывает и так, что отчетливое осознание болезни может сочетаться с безразличным, тупым отношением к ней.

Степень осознанности своей болезни больным может нарушаться при некоторых очаговых поражениях мозга. Например, при поражениях задних отделов левого полушария чаще сопутствует адекватная внутренняя картина болезни, в то время как при поражении задних отделов правого полушария наблюдалось сочетание адекватного когнитивного уровня осознания внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождение между планами на будущее и реальными возможностями. Неадекватная внутренняя картина болезни (неполное представление о своем состоянии) в сочетании с недостаточным ее эмоциональным переживанием характерна для лиц с поражением левой лобной области, а поражение правой лобной доли мозга также сопровождается расхождением между когнитивными и эмоциональными планами внутренней картины болезни (Виноградова Т.В., 1979).

Задача врача — коррекция модели болезни, **коррекция "масштаба переживаний"**. Однако, при коррекции внутренней картины болезни следует учитывать множество факторов. Например, если для успешного лечения алкоголизма анизогнозию требуется ликвидировать, то надо–ли устранять таковую при онкологических заболеваниях однозначного ответа нет.

ТИПЫ РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ

Существует множество классификаций типов личностной реакции больных на свое заболевание. Однако все классификации условно можно разделить на три основные группы: медико-психологические, психолого-психиатрические и социально-психологические.

Медико–психологические классификации

Медико-психологические классификации ориентируются на повседневную практическую медицинскую деятельность и описывают типы отношения к болезни, больше имея в виду характер взаимодействия, складывающийся при этом между врачом и пациентом (Рейнвальд Н.И., 1969; Степанов А.Д., 1975; Лежепекова Л.Н., Якубов П.Я., 1977 и др.).

Типы личностной реакции на заболевание
(Якубов Б.А., 1982)

Содружественная реакция. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся "ассистентами" врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются "солидными" и "степенными", легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь

Неосознаваемая реакция. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

Следовая реакция.. Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизированы, угнетены, даже дегрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

Негативная реакция. Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую "двойную ориентировку".

Паническая реакция.. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными.

Психолого–психиатрические классификации

Психолого-психиатрические классификации описывают личностные реакции на заболевание человека, используя психологические понятия или психиатрическую терминологию.

Многие считают, что именно *преморбидные* (доболезненные) психологические особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на свое заболевание, поскольку в содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и присущие человеку особенности его личности, включая характер и темперамент.

Здесь традиционно выделяют три главных типа реакции больного на болезнь: стеническая, астеническая и рациональная. При активной жизненной позиции больного к лечению и обследованию говорят об *стенической реакции* на заболевание. Есть, однако, и негативная сторона этого типа поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых болезнью. При *астенической реакции* на заболевание у больных имеется наклонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически

приспосабливаются к заболеванию. При *рациональном типе реакции* имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации.

Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) часто описываются исследователями в психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически–анизогнозический и другие варианты. (Шевалев Е.А., 1936; Рохлин Л.Л., 1971; Ковалев В.В., 1972; Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980 и др.). В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980). Типы отношения к болезни данной классификации могут идентифицироваться и с помощью специальной психологической методики (опросник), предложенной авторами.

Тип отношения к болезни
(Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980)

1. Гармонический — правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.
2. Эргопатический — "уход от болезни в работу", желание сохранить работоспособность.
3. Анизогнозический — активное отбрасывание мысли о болезни, "обойдется".
4. Тревожный — беспрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.
5. Ипохондрический — крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.
6. Неврастенический — поведение по типу "раздражительной слабости". Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем — слезы и раскаяние.
7. Меланхолический — неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).
8. Апатический — полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.
9. Сенситивный — чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.
10. Эгоцентрический — "уход в болезнь" с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.
11. Паранояльный — уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.
12. Дисфорический — доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова (1976) в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется та система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью. Другие авторы (Byrne D.G., 1982) полагают, что реакция на болезнь в значительной степени обуславливается прогнозом заболевания.

В любом случае, в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни, личностью вырабатывается комплекс адаптационных

(приспособительных) приемов. Е.А. Шевалев (1936) и О.В. Кербиков (1971) определяют их как **реакции адаптации**, которые могут быть как *компенсаторного* (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т.п.), так и *псевдокомпенсаторного* характера (отрицание и игнорирование болезни).

Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность и в этом отношении самые разные соматические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства для человека.

Р. Баркер (Barker R., 1946) выделяет 5 типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (характерен для пациентов с невысоким интеллектом), замещение с нахождением новых средств достижения жизненных целей (лица с высоким интеллектом), игнорирующее поведение с вытеснением признания дефекта (у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем), компенсаторное поведение (тенденции агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих и др.), невротические реакции.

Социально–психологические классификации

Социально-психологические классификации личностной реакции на болезнь акцентируют внимание на социальные последствия болезни, отношения больного со своим микросоциальным окружением и обществом в целом.

Здесь важно учитывать ***амбивалентность отношения*** больного к своей болезни. Эта двойственность отношения больного к своему заболеванию приобретает и весьма важное значение в практике работы врача любой специальности. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. “Преимущества” болезни ясны в местах заключения. Но и в повседневной жизни болезнь может “снять” с больного необходимость принимать какие-либо решения по службе или в быту, освободиться от тех или иных трудностей, давать определенные преимущества (психологические, социальные) перед другими людьми, может служить компенсации чувства неполноценности.

Задача врача — *искать положительную сторону болезни* и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного. Так называемая “малая психотерапия” повседневной врачебной деятельности по Б.Е. Вотчалу (изветный отечественный терапевт) во многом базируется на этих принципах (1965). Правда подобрать нужые слова ободрения в конкретных ситуациях общения с заболевшим человеком совсем не просто, но искренность и гуманизм врача в медико–психологическом значении был и остается ведущим в общении с больным, в охране его здоровья и лечении.

Учитывая амбивалентность отношения больного к своему заболеванию, чешские психологи Роберт Конечный и Милан Боухал (1983) среди типов реакций больного на болезнь отдельно выделяют *нозофильно–утилитарную личностную реакцию*. Она связана с определенным успокоением и приятными ощущениями при заболевании. Эта реакция может быть более или менее сознательной, и она может встречаться не только у больных, но и у вполне здорового человека. С этой точки зрения авторы рассматривают такие феномены, которые могут встречаться в повседневной деятельности врача, как ***аггравация*** — преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб, ***симуляция*** — притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о наличии болезни, и ***диссимуляция*** — скрывание болезни и ее признаков.

Психосоциальные реакции на болезнь
(Lipowski ,1983)

Существуют классификации типов реакции на болезнь, которые учитывают именно *социальные последствия* заболевания. В частности, по мнению Z.J. Lipowski (1983), *психосоциальные реакции на болезнь* складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций преодоления болезни.

Реакции на информацию о заболевании в первую очередь зависят от "значения болезни" для больного. При этом возможны следующие основные варианты:

1) ***болезнь — угроза или вызов***, а тип реакций — противодействие, тревога, уход или борьба (иногда паранойяльная);

2) ***болезнь — утрата***, а соответствующие типы реакций: депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима;

3) ***болезнь — выигрыш или избавление***, а типы реакций при этом: безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу;

4) ***болезнь — наказание*** и при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (приуменьшение личностной значимости болезни, либо пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого (активное сопротивление, либо капитуляция и попытки "ухода" от болезни).

Переживание болезни во времени

В переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике, особенно при хронических хаболеваниях, можно наблюдать следующие этапы:

1. Предмедицинская фаза — длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа — переход в такую стадию болезни, когда больной становиться изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания и он полон сомнений и тревог.

3. Фаза адаптации к болезни, когда снижается чувство напряженности и безысходности, т.к. острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. Фаза "капитуляции" — больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску "новых" методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его полном излечении. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

Больной и семья. Появление в семье длительно болеющего соматическим или психическим заболеванием человека существенно меняет характер межличностных отношений. В большинстве случаях в семьях сохраняется сознательное, гуманистическое

отношение к болеющему члену семьи. Но психологами замечено, что иногда отношения к больному в семье проходят несколько фаз или этапов (Кискер).

Этап игнорирования болезни родственниками. Первые проявления болезни замечают посторонние, а не близкие. Это объясняется эмоциональным характером восприятия родственниками поведения и жалоб больного, их установкой видеть его здоровым и таким как все.

Этап осознания болезни родственниками и их активные усилия к быстрейшему выздоровлению члена семьи. Наблюдается настойчивая социальная гиперактивность родственников, требования к врачам обследования и лечения, поиск все новых врачей и больниц.

Этап затухания активности родственников, игнорирование больного. Смирение родственников с болезнью. Понимание ограниченности медицины в лечении больного. Стараются подольше держать больного родственника в стационаре, реже его навещают.

Этап перестройки структуры семьи, инкапсуляция больного. Структура семьи приобретает относительное равновесие за счет "исключения" больного из ее структуры — он находится в семье "механически".

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980).

При оценке субъективной стороны заболеваний у детей всегда следует учитывать возраст ребенка, соответствие степени его психической развитости паспортному возрасту. Длительное соматическое заболевание у детей нередко становится источником задержки общего физического и психического развития. Кроме того, при заболеваниях в детском возрасте часто происходит не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат к типам психического реагирования, характерного для более младших возрастных периодов), которая рассматривается как защитный психологический механизм. Защитная активность личности детей способствует тому, что объективное значение понятия "болезнь" часто не усваивается ими, не происходит осознания ее тяжести и последствий для дальнейшей жизни.

У детей до 6-летнего возраста часто можно встретиться с фантастическими представлениями о болезни, навеянными переживаниями страха уколов, других медицинских манипуляций. У подростков наиболее часто формируются защитные явления типа "ухода в прошлое", которое оценивается ими как эталон счастья или "ухода" от болезни в фантазии и своеобразной устремленности в будущее (тогда болезнь воспринимается как временная преграда).

Для относительно внезапного серьезного заболевания, которое не сопровождается многолетней астенией, справедливо мнение Л.С. Выготского (1983) о том, что любой дефект есть всегда источник силы. Одновременно с дефектом даны "психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта; ...именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс, как его движущая сила". Ориентация на компенсаторные возможности, на тенденции к сверхкомпенсации очень важна при реабилитационно-восстановительной работе с детьми, страдающими хроническими тяжелыми заболеваниями.

Заболевания в пожилом возрасте переносятся физически тяжелее и на длительное время ухудшают общее самочувствие больных. С возрастом к человеку приходит целая гамма возрастных психологических феноменов: здесь и

возмущение против старости, и существенная трансформация личностных реакций и жизненного стереотипа. Появляется неуверенность, пессимизм, обидчивость, страх перед одиночеством, беспомощностью, материальными затруднениями. Заметно снижается интерес к новому и вообще к внешнему миру с фиксацией на переживаниях прошлого и их переоценке. По мере старения снижается психическая реактивность человека. Однако и здесь нельзя однозначно говорить только регрессе личности в пожилом возрасте, так как многие люди до глубокой старости сохраняют свои позитивные качества и творческие возможности.

Врачу следует помнить, что в старческом возрасте гораздо более интенсивно выражены соматогенные влияния физического заболевания на психику. Иногда первым признаком соматического заболевания или утяжеления его течения являются признаки ухудшения психического состояния пожилого человека. Особенно частым признаком ухудшившегося соматического состояния у лиц старческого возраста являются *ночные делирии* — беспокойство и галлюцинирование по ночам.

Краткое содержание и выводы

Внутренняя картина здоровья является составной частью самосознания, представлениями человека о своем физическом состоянии и сопровождается определенным чувственным тоном. Следует помнить, что самочувствие человека субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья, устанавливаемое по данным врачебного осмотра. В условиях соматической болезни самочувствие человека ухудшается, могут возникать и нарушения психической деятельности. Следует понимать, что психология соматически больного человека является частной проблемой более широкой области знаний — психологии телесности.

Существуют два основных вида влияния болезни на психику человека — соматогенный и психогенный. Первый связан с влиянием соматических вредностей (боль, интоксикация и др.) на нервно–психическую деятельность больного, что определяется термином “соматогения” (от неврозоподобных до психотических проявлений). Второй связан с формированием субъективной психологической реакции на факт болезни — “внутренней картины болезни”, т.е. определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

Внутренняя картина болезни как субъективная “модель болезни” не всегда адекватна истинной картине болезни. Значение болезни в восприятии больного может как преувеличиваться (гипернозогнозия), так и приуменьшаться (гипонозогнозия). Коррекция “масштаба переживаний” больным своей болезни (ее болевой, эмоциональной, интеллектуальной и волевой сторон) является важной задачей врача в своей повседневной деятельности.

Существует множество типов личностной реакции больных на свое заболевание. Медико-психологические классификации ориентированы на повседневную медицинскую деятельность, имея в виду особенности взаимодействия больного с врачом. Психолого–психиатрические классификации описывают личностные реакции на болезнь используя психологические или психиатрические понятия. Социально–психологические классификации акцентируют внимание на социальные последствия болезни, отношения больного со своим социальным окружением и обществом в целом.

Строя свои взаимоотношения с больным врачу следует учитывать амбивалентность отношения больного к болезни. “Малая психотерапия” повседневной врачебной деятельности по Вотчалу учитывает не только негативные, но и позитивные аспекты болезни. Врачу также следует учитывать, что при длительном, хроническом течении заболевания переживания своей болезни больным (как и его родственниками) проходят определенную динамику. Существенное влияние на субъективную оценку болезни оказывает также возраст больного.

Вопросы для самопроверки

1) Что собой представляет позитивное определение здоровья, данное ВОЗ? Из каких компонентов оно складывается?
2) Что собой представляет понятие “психическое здоровье”? Как соотносятся между собой понятия “психическое здоровье” и “ духовное здоровье”?
3) Какие группы населения по показателям психического здоровья можно выделить с учетом жалоб людей на свое самочувствие?
4) Что является предметом изучения психологии телесности? Чем различаются понятия “образ тела” и “схема тела”?
5) Какие существуют виды патогенного влияния на психику человека соматической болезни? Чем различаются понятия “соматогения” и “психогения”?
6) Как меняется степень осознанности больным своей болезни при некоторых очаговых поражениях мозга?
7) Как классифицируют типы личностной реакции на болезнь? Что собой представляет понятие “амбивалентность отношения к болезни” больного?
8) Какие фазы в переживаниях и отношении человека к своей болезни можно выделить в динамике при хронических заболеваниях?
9) Каковы особенности внутренней картины болезни у детей и в старческом возрасте?

ГЛАВА 31

ПСИХОЛОГИЯ УМИРАНИЯ

Биологическая смерть человека врачами констатируется на основании совокупности признаков — отсутствия сердечной деятельности (нет пульса на крупных артериях, нет сокращений сердца при аускультации, нет биоэлектрической активности сердца по данным ЭКГ), прекращения дыхания и исчезновения функций центральной нервной системы (нет реакции на раздражители, максимальное расширение зрачков с отсутствием реакции на свет, нет роговичных рефлексов, исчезновение биоэлектрической активности мозга по данным ЭЭГ).

В 1959 году впервые было описано в литературе состояние "смерти мозга", которое иногда возникает в ходе реанимации. При этом все основные функции головного мозга больными необратимо утрачиваются, а сохранение дыхания и кровообращения осуществляется с помощью специальной медицинской аппаратуры. С тех пор до настоящего времени ведутся дискуссии о новой концепции смерти, согласно которой смерть человеческого индивида отождествляется со смертью его головного мозга. Особую остроту эта проблема приобрела после первой пересадки сердца К. Бернардом в 1967 году, так как пациенты с погибшим мозгом являются основным источником "запасных частей" в трансплантологии.

Клиническая смерть — своеобразное переходное состояние между жизнью и смертью, которое еще не является смертью, но уже не может названо жизнью. Клиническая смерть начинается с момента прекращения дыхания и кровообращения и продолжатся в течение короткого периода времени (в обычных условиях 4-7 минут) до момента наступления необратимых изменений в головном мозге. Таким образом, клиническая смерть является обратимым этапом умирания. Восстановить деятельность сердца и дыхания можно и более поздние сроки, однако функции клеток коры головного мозга будут полностью и необратимо нарушены (явление "декортикации"), что означает социальную смерть человека.

Поведение и субъективные переживания умирающих

Хотя человек и знает о конечности своего существования, но, как утверждают многочисленные психологические исследования, сам человек в свою собственную смерть по-настоящему не верит и не осознает глубоко этого факта. З. Фрейд даже утверждает, что каждый человек убежден в собственном бессмертии.

И. Харди (1988) в своей известной книге "Врач, сестра, больной" пишет, что обычно говоря о смерти люди используют такие выражения как "ушел", "покинул нас", да и само слово exitus, означающее смерть, происходит от слова "уходить, выходить". Столкнувшись со смертью других людей или сам оказавшись в смертельной ситуации человек испытывает безотчетный страх и тревогу.

Естественно, что труднее всего воспринимается смерть детьми, которые не всегда понимают происходящего. Детское понимание смерти следует за умственным развитием и формируется постепенно. Недостаточное понимание обычно у детей до 5 лет. Только между 5 и 10 годами постепенно развивается понимание, что смерть окончательна и что все жизненные функции прекращаются, когда человек умирает. Потом они начинают понимать, что смерть неизбежна, что все — и они в том числе — когда-то умрут (Дюргеров А., Хордвик Е., 1995).

Смерть близких обычно вызывает у детей и подростков сильные реакции. Это может быть отчаяние, страх, озлобленность, проблемы со сном, чувство беспомощности и

опасности, иногда даже депрессия и сильное ощущение пустоты и одиночества. Ребенок — развивающаяся личность и изучение реакций на смерть окружающих, понимания им смерти возможно только в возрастном аспекте (Исаев Д.Н., 1996).

В течение первых 2-х лет жизни — страх и тревога у ребенка возникают при отделении ребенка от родителя или воспитателя, на большее ребенок этого возраста не способен. Довербальная стадия познавательного развития еще не позволяет формулировать понятия и смерть как идея не может возникнуть у младенца. Если ребенок болен сам, то его переживания во многом более зависят от душевного состояния ухаживающих за ним, чем даже от его собственного физического состояния.

В дошкольном возрасте (2-7 лет) — смерть также воспринимается как отрыв от матери и это отделение от любимого существа оказывается для него ужасающим событием. Понятие смерти как окончательного прекращения жизни и одновременно универсального и неизбежного явления не может быть сформулировано ребенком, пока у него преобладает дооперациональный тип мышления. Например, трехлетний малыш в случае семейного траура может поразить родственников, тем, что покинув опечаленных взрослых, будет радостно играть в свои игры. У маленьких детей понятие смерти все еще плохо очерчено, у них отсутствует представление о времени “навсегда”. У старшего дошкольника возникающая печаль очевидна, однако он не может сохранять эти переживания в течение длительного времени. Часто только в играх эти переживания печали и обнаруживаются.

Для понимания переживаний дошкольника в различных ситуациях, связанных с умиранием и смертью, требуется понимание особенностей возраста — преобладающий детский эгоцентризм и магическое мышление. Очень вероятно, что серьезно больной ребенок в этом возрасте может понимать свою собственную близкую кончину, хотя взрослые хотели бы отрицать это. О наличии тревоги и страха можно догадаться по его поведению, рисункам и предпочтению определенных игр.

Младшие школьники (6-10 лет) — отличаются развитием конкретного мышления, хотя магическое мышление еще частично сохраняется. Многие дети этого возраста персонифицируют смерть как определенное лицо, приписывая ей некую злую силу. Некоторые дети смерть считают наказанием за плохие дела. Младшие школьники, например, демонстрируют такое магическое мышление в суждениях типа: “бабушка умерла из-за того, что я был сердит на нее”. Однако такие высказывания бывают тем реже, чем старше ребенок. Для детей между 7 и 10 годами смерть становится более реальной, универсальной и окончательной, но лишь только в конце этого периода они признают свою собственную бренность, понимая что смерть есть часть общих процессов и принципов, которые управляют миром.

Подростки — характеризуются вступлением мышления в период формальных операций и абстрактного мышления, но и у них еще могут наблюдаться эпизоды возврата к ранним способам поведения и мышления. В частности, понимая, что собственная кончина является очевидным фактом, они отрицают свою смерть фактическим игнорированием ее в гонках на мотоциклах и прочей опасной для жизни активности. Психологическая защита от тревоги, вызываемой мыслью о смерти, у подростков обычно та же, что и у взрослых, но чаще всего встречаются механизмы совладания в форме отвергания возможности умирания.

Умирающий подросток несет двойное бремя. Наряду с эмоциональным стрессом нормального пубертатного периода, он переживает потрясение из-за приближающейся собственной смерти. При этом динамика психологических реакций у умирающего подростка почти ничем не отличаются у таковой у взрослых в этих ситуациях.

Динамика психологических реакций умирающих. Все психологические реакции человека, оказавшегося перед лицом смерти, можно подразделить на ряд этапов. Наиболее известна в этом плане схема Элизабет Клюблер–Росс (Kubbler Ross, 1969). Она описала следующие пять этапов психологических реакций умирающих:

1. Фаза отрицания болезни (анозогнозическая) — больной отказывается принять свою болезнь. “Нет, не я!” — самая обычная реакция вначале на объявление смертельного диагноза. Вероятно, целесообразно молчаливо согласиться с больным. Особенно это касается лиц, осуществляющих уход за

больным и родственников. В зависимости от того, насколько человек может взять события под свой контроль и насколько сильно поддерживают его окружающие, он преодолевает эту стадию тяжелее или легче. По мнению М. Хегарти (Heagarty M.C., 1978) эта начальная стадия отказа признавать реальность, изоляции от нее является нормальной и конструктивной, если она не затягивается и не мешает терапии. Если времени оказывается достаточно, то большинство больных успевают сформировать психологическую защиту.

2. Фаза протеста (дисфорическая) — вытекает из вопроса, который ставит себе больной: "Почему именно Я?". Отсюда возмущение и гнев на окружающих и вообще на всякого здорового человека. Важным для завершения этой стадии является возможность излить эти чувства вовне. Следует понимать, что это состояние враждебности и гнева закономерное, нормальное явление и сдерживать его больному очень трудно. Нельзя осуждать больного за эти его реакции по сути не на окружающих, а на свою судьбу. Здесь больной особенно нуждается в дружеской поддержке и участии, эмоциональном контакте.

3. Фаза "торга" (аутосуггестивная) — происходит резкое сужение жизненного горизонта человека и он начинает выпрашивать, выторговывать себе те или иные поблажки. Это прежде всего просьбы к врачам относительно послабления режима, назначения обезболивания или к родственникам с требованием выполнения различных прихотей. Этот нормальный процесс сделок для узко ограниченных целей помогает пациенту прийти к соглашению с реальностью все укорачивающейся жизни. Желая продлить жизнь больной нередко при этом обращается к богу с обещаниями смирения и послушания. ("Еще немного, мне надо закончить дела"). Хороший эффект в этой фазе дают рассказы о спонтанном выздоровлении.

4. Фаза депрессии — больной с течением времени неизбежно становится печальным. Он уже вопросов не задает, а просто говорит себе, что "на этот раз умереть предстоит именно мне" При этом может появиться сознание вины и самобичевание — "Чем же я это заслужил?". Иногда это основное печальное настроение усугубляется реактивными моментами, связанными с потерей частей тела или функций, важных для целостного образа "Я". Это может произойти вследствие хирургических операций по поводу болезни.

Другой тип депрессии, наблюдаемый у умирающих больных, понимается как преждевременное оплакивание потери семьи, друзей и самой жизни. Это по сути тяжелое переживание потери собственного будущего и признак начальной стадии следующей фазы — принятия смерти. Именно эта группа больных особенно трудна для всех кто соприкасается с ними. У окружающих они вызывают чувство тревоги и беспокойства, душевного дискомфорта. Любые попытки одобрить или поддержать больного шуткой, бодрым тоном голоса воспринимаются им как нелепые в этой ситуации. Больной замыкается в себе, ему хочется плакать при мысли о тех кого он вынужден вскоре оставить.

В этот период, вольно или невольно все те, кто окружает больного, начинает избегать с ним общения. Это касается как родственников, так и медицинского персонала. При этом, особенно у родственников, возникает чувство вины за свое такое поведение и даже, порой, невольные мысли желания умирающему более быстрой и легкой смерти. Даже родители больных детей не являются исключением в этой закономерности. Такое отчуждение может показаться окружающим бессердечным родительским безразличием к ребенку. Но родственники и медицинский персонал должны понимать, что эти чувства нормальны и представляют действие естественных механизмов психологической защиты.

Врачу и психологу следует помочь преодолеть у ухаживающих за больным эти свои негативные чувства и попросить продолжить эмоциональную поддержку умирающего. Именно в этот период больной больше всего нуждается в душевном комфорте и теплоте. Даже чье-то молчаливое присутствие в палате у постели умирающего может оказаться полезнее, чем какие-то слова. Краткое объятие, похлопывание по плечу, пожатие рук скажет ему о том, что о нем заботятся и понимают. Здесь всегда необходимо участие родственников и выполнение, по возможности, любых желаний больного, хоть как-то направленных к жизни и деятельности.

5. Фаза принятия смерти (апатическая) — это примирение с судьбой и больной смиренно ждет своего конца. Измученный болезнью, он желает лишь отдохнуть и уснуть. Это уже прощание, конец жизненного пути. Бывает правда и так, что больной, приняв факт своей неизбежной кончины и смирившись с судьбой, вдруг вновь все отрицает на какое то время, строя при этом радужные планы на будущее. Эта амбивалентность поведения и отношения к смерти понятна, так как агония это одновременно и борьба за жизнь, и отмирание. В этой фазе надо создавать уверенность у больного в том, что он не останется один наедине со своей смертью (контекст — "Я Вас не оставлю"). В зависимости от своего духовного потенциала, врач на этой стадии может привлечь на помощь религию.

Поскольку все эти фазы прослеживаются и в течение заболеваний не имеющих смертельного исхода, некоторые авторы добавляют к схеме Элизабет Кюблер–Росс, еще 6 этап — ***фазу возвращения человеческого достоинства, возвращения к жизни*** (Свенсон, цит. по Харди И., 1988).

Деление психологических реакций умирающих на этапы иногда критикуют за чрезмерную обобщенность и механистичность. При этом критики опасаются, что это может привести к шаблонности ухода за больными, пренебрежению их индивидуальными особенностями. Однако эта критика может быть отнесена к любым положениям науки, стремящейся к максимальной обобщенности представления эмпирических фактов. Именно знание основных закономерностей и помогает тщательнее индивидуализировать соответствующие мероприятия в конкретной ситуации.

СОСТОЯНИЕ СОЗНАНИЯ В МОМЕНТ СМЕРТИ

Сознание умирающего человека, особенно в случае хронических заболеваний, постепенно сужается, часто даже отключается от внешнего мира. Поэтому очень трудно получить точные знания о переживаниях человека в последние минуты его жизни. Правда в религиозной литературе человечеством накоплены многочисленные описания того, что происходит с "душой" человека после смерти. В их основе лежит фундаментальная идея человека о продолжении жизни или сознания после физической кончины тела. Исследователи концепций потусторонней жизни и загробного пути души выявляют поразительные совпадения в описаниях между культурами и этническими группами, географически и исторически разделенными. Например, идея существования рая, куда направляется душа после смерти встречается наиболее часто.

Особо подробное описание процесса умирания в истории человечества дано двумя культурами — египетской и тибетской. Их священнослужители исполняли непростые ритуалы для облегчения перехода человека в загробный мир и разработали сложнейшие карты и инструкции для посмертного путешествия в нем. В письменном виде эти руководства стали известны на Западе под названием "Книга мертвых" (египетская и тибетская). Есть литературные аналоги их и в европейской культуре — к концу средневековья все они обозначались общим названием "Искусство Смерти" (Ars

Moriendi). В целом все эти литературные источники описывают вопросы значения смерти в нашей жизни и дают описания переживаний человека во время умирания с рекомендациями по уходу за ним. Следует отметить, что на современном этапе знаний исследователи неожиданным образом находят экспериментальные подтверждения некоторым постулированным в древних книгах описаниям, в частности тех особых состояний сознания, которые возникают у умирающих.

Первое научно-эмпирическое исследование состояний сознания человека в смертельно опасных ситуациях проведено швейцарским профессором геологии Альбертом Хеймом (Heim, 1892). Сам пережив несколько несчастных случаев в горах, он заинтересовался субъективными переживаниями умирания. Несколько десятилетий А. Хейм, собирал наблюдения и отчеты людей, которые пережили ситуации, угрожавшие их жизни — катастрофы, утопления, но преимущественно падения с высоты. Главный вывод из его исследования — поразительное сходство у 95% жертв их ментальных состояний. Все они не испытывали боли, отчаяния или тревоги, которая характерна для людей и в менее серьезных ситуациях. Активность сознания при этом резко усиливалась, а интенсивность и скорость мышления ускорялись в сотни раз. Затем приходило ощущение спокойствия и принятия ситуации на глубинном уровне. Не наблюдалось ни дезориентации, ни замешательства. Течение времени резко замедлялось, а люди действовали с поразительной быстротой и в соответствии реалистичной оценкой ситуации. Все это сопровождалось неожиданным мысленным проигрыванием всей прошлой жизни. Наконец, человек часто слышал музыку божественной красоты. Согласно Хейму, смертельные падения выглядят гораздо более “ужасными и жестокими” для наблюдателей, чем для самих жертв.

В 1961 году Карлисом Осисом (Osis K.) и его сотрудниками было опубликовано исследование наблюдений лечащих врачей и медицинских сестер, ухаживающих за умирающими. Исследователь располагал 35540 наблюдениями за процессом кончины, причем 10% больных в момент смерти были в сознании. Большинство из тех, кто умирал в сознании, испытывали ощущение дискомфорта, боли и даже безразличия к происходящему, но только не страха. Примерно у одного из 20 имели место признаки душевного подъема. Нередкими были и странные яркие видения с нечеловеческим содержанием. Некоторые из них более или менее соответствовали традиционным религиозным концепциям — небеса, рай, а другие носили мирской характер — красивый пейзаж, экзотические птицы. Реже больные говорили об ужасающих чертях, аде или иных пугающих видениях. Все эти галлюцинаторные эпизоды носили характер призраков, так как наблюдались при ясном сознании, а работа мозга не была изменена седативными препаратами или болезнью (психоз, травма, интоксикация).

Профессор психиатрии Руссел Нойес (Noyels., 1972) обсуждая отчеты о переживаниях, написанные людьми, соприкоснувшимися со смертью, выделил в этом процессе три последовательные стадии: сопротивление, обзор жизни и трансцендентальность.

Сопротивление — начальная стадия и включает в себя сознание опасности и страха неизбежной кончины. При этом резко возрастает количество энергии необходимой для совладения с ситуацией, происходит резкая активизация мышления. Воля к жизни как бы придает человеку новые силы.

Обзор жизни — стадия своеобразного пассивного ухода после активной попытки спастись. Этот процесс сопровождается отщеплением сознания от телесной формы, что служит источником переживаний существования вне тела. Обзор жизни обычно направлен с детства к несчастному случаю или наоборот.

Изредка обзор жизни принимает голографическую, а не векторную форму. При этом важные воспоминания разных периодов жизни возникают в сознании одновременно как части единого континуума.

Трансцендентность — последняя стадия, которая естественным образом вытекает из обзора жизни. Человек обозревает свое прошлое с позиций содержания в нем добра и зла, воспринимает все окружающее с возрастающим отдалением. Все видится ему как единое целое и одновременно четко различима каждая деталь. Постепенно возникает то состояние сознания, которое обозначают как космическое, мистическое, трансцендентальное, то которое А. Маслоу назвал "пик–переживанием". Оно характеризуется чувством единства или связи с другими людьми, природой и всем миром, превосходством над пространством и временем, связью с духовностью и "высшим знанием". Эти измененные состояния сознания трудно выразить словами, но для перенесших их нет никаких сомнений в их объективности и реальности. Трансцендентальные состояния сознания сопровождаются чувством необыкновенного спокойствия или экстаза.

Врач Раймонд Моуди (Moody, 1976) проанализировал рассказы 150 человек, которые перенесли клиническую смерть в отделении реанимации. Многие из них сообщали, что им казалось, что они находились "вне собственного тела". При этом они наблюдали как бы со стороны за тем, что делали врачи с их телами. Они сообщали о реальных действиях врачей, словах близких и их жестах. Некоторые говорили о каком-то длинном туннеле, в который их как бы всасывало, а пройдя его они оказывались в чудной местности с удивительно яркими красками, где многие встречали там умерших друзей и родственников. У многих возникали калейдоскопические образы прохождения всех важных событий в их жизни, которые заканчивались ощущением ослепительно белого света в конце длинного туннеля. Порой они сожалеют, что врачи насильственно вернули их из состояния блаженства к реальности.

Работа Моуди нашла широкий отклик у публики, но в научных кругах она была встречена скептически. В последующем данные Моуди нашли некоторое подтверждение у разных исследователей, особенно при сравнении людей разных культур и вероисповеданий. В частности Ринг (Ring, 1982) сообщает, что из 200 человек, опрошенных после клинической смерти, у 50% обнаруживаются переживания, сходные с описаниями Моуди. Более трети из них сообщали о "пребывании вне тела", 25% говорили, что перед ними "прошла" вся жизнь и более половины — "видели" в дали свет, в который многие "вошли".

Полагают, что все наблюдения измененных состояний сознания у умирающих объясняются возможным врожденным предрасположением, свойственным всему человеческому роду. Даже некоторые высшие млекопитающие "чувствуют" приближение собственной смерти или смерти одного из их близких. Все это наводит на мысль, что речь здесь идет, возможно, о каких-то общих закономерностях адаптации.

Считается также, что стресс и гипоксия мозга при умирании человека является основным "возбудителем" определенных структур мозга, хранящих память об этих, хотя и индивидуально разнообразных, но в общих тенденциях однотипных перинатальных и трансперсональных переживаниях. Возможно, что именно эти "матрицы памяти" могут возбуждаться психоделиками (ЛСД), сенсорной стимуляцией или, напротив, сенсорной депривацией, а также гипнозом, лишением сна, техниками медитации или духовной практики и рядом патологических состояний мозга при психозах, травмах и стрессе.

Кроме того, открытие эндорфинов — собственных “наркотиков” мозга, выделяющихся во все критические моменты жизни, позволяет объяснить состояние блаженства, в котором находятся многие люди в момент смерти. Возможность получения измененных состояний сознания с помощью психоделиков, вдыхания “смеси Медуны” (кислород — 70% и углекислота — 30%), управляемого дыхания, ритмичной музыки и других техник широко используется для их научного изучения (картографии бессознательного), а также нашло применение в терапии, в том числе и психотерапии терминальных больных.

Психоаналитические концепции умирания. Фрейд в работе “По ту сторону принципа удовольствия” выдвинул идею о том, что организм был бы уничтожен полным энергии внешним миром, если бы не был снабжен специальным защитным механизмом, действующим как барьер для раздражителей. Оскар Пифстер (Pifster O., 1930) счел это предположение полезным для понимания механики переживаний, возникающих в момент сближения человека со смертью. Согласно его концепции шоковые фантазии спасают человека от избыточной эмоциональной травмы и действуют как защитный механизм, оберегающий индивида от потери бодрствующего сознания и ухода в сон или обморок. Следовательно такой механизм подобен сновидению, охраняющему сон. Когда угроза слаба — человек отреагирует, утратив способность говорить и двигаться. Сильная угроза приводит к высокой степени активности, стимуляции мышления. Когда реально бороться с опасностью больше нет смысла, ориентация на реальность выключается и подавленные фантазии вступают в действие. Бегство в трансперсональное переживание рая, согласно психоаналитическим концепциям, является регрессией в период безопасного перинатального существования. Пифстер, обсуждая природу сознания, высказывается в пользу того, что сознание несет в себе и бессознательные элементы, поскольку содержит знание об опасности, активизирующееся при шоковых переживаниях.

Картография бессознательного С. Грофа (Grof S., 1971). На основании изучения влияния на психику ЛСД и влияния ряда нефармакологических способов воздействия на сознание, в частности управляемого дыхания, С. Грофом разработана оригинальная концепция строения бессознательной психики, а также предложены на ее основе своеобразные психотерапевтические методики, в частности “психоделическая” и “голотропная” психотерапия. При психоделической терапии используется прием психоделиков (ЛСД), а при голотропной терапии применяется методика управляемого дыхания для получения и использования в лечебных целях измененных состояний сознания. Теоретические и практические подходы С. Грофа обнаруживают связь с психоанализом и телесно-ориентированной биоэнергетикой (есть ее различные направления, но в основе их всех лежат идеи о наличии некой всеобщей мистической природной энергии) .

По мнению С. Грофа за областью индивидуального бессознательного лежат более глубокие и труднодоступные — перинатальная и трансперсональные его сферы. В *индивидуальном бессознательном* конденсируются индивидуальные психологические травмы, незавершенные гештальты, биография человека. Характер процессов в этой области весьма схож с явлениями, которые описывает З. Фрейд.

В *перинатальной области* обнаруживаются “системы конденсированного опыта”, содержащие память о процессах рождения и смерти. Например, во время сеансов управляемого волей дыхания (“голотропное дыхание”) на определенном этапе гипервентиляции у человека возникает своеобразные ощущения боли и умирания. Причем подчеркивается, что человек ощущает себя как будто перешедшим свои индивидуальные границы и переживающим боль целой группы людей, всего человечества (параллели с “коллективным бессознательным” по Юнгу). Именно такие переживания встречаются и у человека в состоянии клинической смерти.

С. Грофом подробно описывается картография перинатальной области бессознательного с выделением четырех “базовых перинатальных матриц” (БМП), каждая из которых имеет собственное эмоциональное и психосоматическое содержание.

БМП–1 интегрирует опыт биологического единства с матерью во внутриутробном периоде жизни (переживания единения с природой и космосом, удовлетворения любых потребностей).

БМП–2 отражает процесс начала рождения, когда шейка матки еще закрыта (прежнее равновесие нарушается периодическим “давлением” с пульсирующими переживаниями “поглощения” чем то космическим, бесконечной боли и безысходности).

БМП–3 характеризует уже процесс продвижения плода по родовому каналу (нарастание страданий, но уже с оттенком удовольствия и появлением “вулканического” типа экстаза).

БМП–4 биологически связана с непосредственным выходом ребенка из чрева матери, когда снижается внешнее давление (“иллюминативный” тип экстаза с видениями больших помещений и яркого света, ощущениями счастливого спасения).

В более поздних работах Грофа (1988) им была добавлена еще одна БМП, которая располагается между второй и третьей матрицами.

Трансперсональная сфера размещается глубже перинатальной и является частью психики, в которой наиболее полно проявляются эффекты коллективного бессознательного (Jung C.G.). Их общим знаменателем является ощущение выхода сознания за привычные границы Ego, времени и пространства. Хотя мы встречаемся с трансперсональным опытом уже на перинатальном уровне, здесь же переживания человека в этом плане становятся наиболее яркими — это так называемые “эмбриональные воспоминания”, а также идентификация себя с животными, растениями и даже неживой природой. К этой категории относятся и случаи “видения” абстрактных архетипических паттернов, интуитивное понимание универсальных символов (крест, инь—янь, свастика, пентаграмма, шестиконечная звезда). Случаи телепатии, ясновидения и ряд других парапсихологических феноменов также относятся к этой области.

ТЕРМИНАЛЬНЫЙ БОЛЬНОЙ И КАЧЕСТВО ЕГО ЖИЗНИ

Характер и широта работы с умирающим от неизлечимой болезни или по причине старости зависят от физического состояния и особенностей его личности, а также от эмоциональной настроенности, мировоззрения и прочих обстоятельств.

Главная психологическая мишень на которую нацелены психокоррекционные воздействия, что всегда следует учитывать при общении с терминальным больным, — это *страх пациента* перед установлением врачами “смертельного” диагноза (рак, СПИД), мучительными болями, а также самой смертью.

“Правдивость” у постели больного — есть всеобщая тенденция современности и это касается не только врачей, но и родственников больных и всех тех, кто занимается уходом. Одновременно следует избегать и чрезмерной откровенности в этих ситуациях — врач не должен быть многословен. Отношения его с больным должны строится на взаимном доверии. Следует при этом учитывать динамику психологических реакций у терминальных больных, описанную Кюблер–Росс, особенности конкретной ситуации. Если у больного выраженная реакция отрицания и он не желает знать о смертельных болезнях, то и говорить на эти болезненные темы, “навязывать” больному правду не следует, если это не мешает терапии.

Изменения личности, ее перестройка, возникающая в результате хронического неизлечимого заболевания, измененное состояние сознания больного также часто не позволяет сообщать ему всю правду о состоянии. В беседах с больным важно учитывать то, что больной действительно хочет знать и чего он боится. Именно это является ориентиром в разъяснении больному сущности болезни для оптимального проведения лечебных мероприятий. Не следует и препятствовать возможной личностной трансформации больного в направлении “третьей действительности”, т.е. иррациональности, религии и т.д. Часто именно иррациональность, вера в “жизнь после смерти” помогает больному справиться с печалью и чувством овладевающего одиночества.

Требование правдивости касается и очень ответственного для врача момента — сообщения диагноза больному. В настоящее время преобладающей является

тенденция дозированного и доступного разъяснения тяжелобольному или умирающему причин и особенностей его состояния. Одновременно с открытием диагноза всегда следует давать в приемлемой форме и надежду. По возможности следует сразу сделать и терапевтическое предложение. Тем самым мы обещаем больному, что не оставим его одного. Что касается момента сообщения диагноза, то многие считают лучшим вариантом наиболее раннее информирование больного — уже в связи с первым же подозрением или первой консультацией.

Большое значение имеет привлечение родственников к эмоциональной поддержке больного. Врач должен учитывать индивидуальную систему семьи и семейных отношений. Следует избегать слишком большого информирования семьи о состоянии больного с одновременной недостаточностью представления такой информации самому больному. Желательно чтобы больной и родственники находились на примерно одинаковом уровне владения информацией о болезни — это способствует большей консолидации семьи, мобилизации резервов семейной группы, содействию психологической проработки скорби у больного и членов семьи. Э. Кюблер–Росс считает, что психологические реакции родственников больного в таких ситуациях соответствуют приблизительно таковым у самих больных.

После смерти больного у родственников и близких друзей покойного могут наблюдаться так называемые *эмоционально-психологические реакции утраты* — горевание. Первая фаза (несколько дней, а иногда и больше) часто включают шок, оцепенение, отрицание и неверие в случившееся, особенно в случае внезапной смерти близкого человека. В церемонии погребения они могут участвовать механически, даже не полностью сознавая утрату. Во второй фазе они уже могут более активно переживать горе, т.е. плакать, причитать или прибегать к другим способам выражения скорби. У некоторых из них возникают даже физические симптомы — чувство слабости или опустошенности, а также симптомы депрессии с нарушением сна, отсутствия аппетита. Только с течением времени самочувствие начинает улучшаться — они постепенно приспосабливаются к новым жизненным обстоятельствам. Выраженность и характер проявлений реакции утраты во многом зависят от личности человека, его возраста и состояния здоровья, пола, культурных традиций, а также отношений с покойным.

Когда исчерпаны возможности патогенетического лечения основного заболевания, для облегчения страданий больного прибегают к симптоматическому, а в этих ситуациях так называемому *паллиативному* лечению. Под паллиативным лечением (лат. palliatus — покрытый плащом) понимают применение лекарств, средств и методов, которые приносят временное облегчение, но не излечивают болезнь. Главной его целью является обезболивание с созданием максимально возможного комфорта для больного, т.е. целью паллиативного лечения является улучшение качества жизни больного человека. Особенно это важно для больных обреченных, медленно умирающих (например, от онкологического заболевания). Главным здесь является не только продление жизни, но и создание условий для того, чтобы оставшаяся жизнь для больного была более комфортабельной и значимой.

Эвтаназия. Термин “эвтаназия” предложен еще в 16 веке английским философом Ф. Бэконом для обозначения “легкой”, не сопровождающейся агонией, безболезненной смерти. В настоящее время под этим термином понимается намеренное ускорение наступления смерти неизлечимо больного с целью прекращения его страданий. Активная эвтаназия — когда для ускорения смерти больного применяют какие-либо лекарства или действия. Пассивная эвтаназия — когда врач отказывается от борьбы за жизнь пациента, но и не предпринимает никаких мер для ускорения смерти.

О правах неизлечимо больного человека на “легкую” смерть и правовых возможностях врача на осуществление эвтаназии активно заговорили в зарубежной литературе последних лет, что также связано с бурным развитием реанимационной службы, трансплантологии. Однако во все времена, следуя клятве Гиппократа, большинство врачей относились и относятся к эвтаназии отрицательно. До тех пор пока не будут зафиксированы основные признаки наступившей смерти, врач обязан активно бороться за жизнь человека до исчерпания всех возможностей его организма. В большинстве стран, в том числе и в России, эвтаназия запрещена и даже рассматривается как преступление. Только в Нидерландах, единственной стране мира, в 2001 году официально наделили врачей правом применения эвтаназии по просьбе смертельно больного человека.

Хоспис. Важным нововведением в уходе за смертельно больными стал лечебный эксперимент, проводившийся с 1967 года в приюте Святого Христофора в Лондоне под руководством доктора Сесилии Сандерс. Главным в деятельности этого приюта стало стремление сделать все, чтобы дать возможность пациентам полноценно и комфортабельно жить до самого дня кончины. Основная идея *хосписов* (англ. hospce — монастырская гостиница, “странноприимный дом”, “дом мира”), как мест умирания, не идея ускорения смерти как можно более законными и безболезненными путями, а идея облегчения страданий во время умирания с сохранением сознания. С подобными целями обитателям хосписа назначают специальную микстуру, состоящую из морфия, кокаина и алкоголя, окружают их заботой, друзьями и родственниками. Режим и вся атмосфера здесь гораздо более свободны и неформальны по сравнению с обычной больницей. Подход, практикуемый в приюте, соединяет хорошо организованный уход и медицинское мастерство с состраданием, теплом и дружелюбием. Работа Сандерс имела явно религиозный акцент, но носящий не сектантский характер и не сводимый к канонам какой-то одной избранной религии.

Современными организационными формами для проведения паллиативного лечения являются хосписы, специализированные отделения или центры для лечения больных СПИДом, геронтологические отделения в многопрофильных или психиатрических больницах. Хосписная служба обычно ориентирована на помощь инкурабельным онкологическим больным, их родственникам и близким. Программа действий в хосписе рассчитана, в первую очередь, на паллиативный уход за больными, обезболивание, оказание психологической поддержки им и их семье. Как правило хоспис имеет в своем составе стационар и выездную службу осуществляющую патронаж больных. Работу по уходу на дому проводят специально подготовленные медицинские сестры. Психологическая поддержка больных осуществляется психологом и социальным работником.

Условия работы для персонала хосписа считаются тяжелыми (Гнездилов А.В., 1995), т.к. высок уровень психических нарушений у пациентов (у 60-70%), так и выраженной неврологической патологии (“спинальные” больные с парезами и параличами составляют 30-40%). Особую проблему представляют так называемые “грязные больные” с разлагающими опухолями, выводами прямой кишки, свищами и т.д., а также постоянное соприкосновение персонала со смертью. Эти особенности вызывают текучесть кадров, а у части персонала могут возникать невротические расстройства, депрессия, психосоматические нарушения. Большое значение в работе хосписов придается привлечению к уходу за больными и их психологической поддержке непрофессионалов из числа лиц добровольно соглашающихся на этот тяжкий труд из побуждений гуманизма и человечности — волонтеров, а также создание на базе хосписа различных общественных организаций и общин.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ВЫВОДЫ

Смерть представляет собой необратимое прекращение всех жизненных функций. Она имеет личное и культурное значение и затрагивает не только умирающего, но и живых. Согласно психоаналитическим теориям для людей

нормально бояться смерти, хотя ряд исследований показывают, что гораздо меньше страх смерти испытывают люди дожившие до преклонных лет. Их страшит не сама смерть, а возможность длительного и мучительного умирания.

Отрицание, как естественный бессознательный защитный психологический механизм, помогает процессам сознательного совладения с таким жизненным стрессом, как болезнь и умирание, но может и мешать человеку активно бороться с этими трудностями. Клюбер–Росс выделила пять стадий приспособления к мыслям о смерти: отрицания, гнев, торг, депрессию и принятие смерти. Критики этой общей для всех людей схемы реакций на приближение смерти указывают, что каждый человек уникален и по-своему справляется с мыслью о своей скорой смерти.

Родным и близким умирающего также приходится приспосабливаться к процессу умирания и смерти. Их психологические реакции в таких ситуациях, по мнению Клюбер–Росс, соответствуют приблизительно таковым у самих больных. Есть данные, что психологические реакции утраты, сам характер горевания в случае смерти близкого человека, а также время, необходимое для того, чтобы оправиться от тяжелой утраты, во многом обусловлены и культуральными традициями.

Вопрос о праве человека на смерть и эвтаназию вызывает полемику. Есть мнение о традиционной медицине как сосредоточенной только на продлении жизни смертельно больных с помощью медицинской аппаратуры и лекарств, и якобы игнорирующей при этом потребности человека в автономии, выражении своих чувств в привычном для него окружении. Этому мнению противостоит концепция хосписов заключающаяся в том, что смерть столь же естественна, как и рождение, но иногда она является тяжким трудом и требует облегчения страданий, помощи специалистов. Именно хосписы, обеспечивая уход и паллиативное лечение, дают возможность смертельно больным людям прожить остаток дней как можно более насыщенно, безболезненно и независимо.

Вопросы значения смерти в нашей жизни и описания переживаний человека при умирании ставят и множество проблем как философского, так и научного плана. Чаще в их основе лежит фундаментальная идея человека о продолжении жизни или сознания после физической кончины тела. Для понимания “механики” трансперсональных переживаний и измененных состояний сознания, возникающих у некоторых людей в момент сближения со смертью, особенно внезапной, предлагалось и множество научных концепций. Полагают, что все наблюдения измененных состояний сознания при стрессе сближения со смертью объясняются какими-то общими, генетически заложенными закономерностями адаптации, которые возникают при этом, а затем и при гипоксии мозга у умирающего человека.

Вопросы для самопроверки

1. Как формируется понимание смерти у детей?
2. Какие стадии психологических реакций приспособления к мыслям о смерти у инкурабельных больных выделила Кюблер–Росс?
3. Какое психологическое состояние является главной психотерапевтической “мишенью” при общении с терминальным больным?
4. Каковы особенности психологической поддержки больного с учетом фаз психологических реакций умирающих Кюблер–Росс?
5. В чем суть критики общей схемы психологических реакций умирающих?
6. Какова динамика психологических реакций родственников умирающего больного?
7. Как называется психологическое состояние близких родственников после смерти больного и какими симптомами оно проявляется?

8. Какие биологические объяснения выдвигаются для объяснения особых трансперсональных состояний сознания, которые возникают иногда у человека в момент смерти?
9. В чем сходство состояний сознания в момент смерти с особыми состояниями сознания, которые возникают при приме психоделиков или использовании управляемого дыхания по С. Грофу?
10. Какие наблюдения послужили основой для построения картографии бессознательного в концепции трансперсональной психологии С. Грофа?
11. В чем сходство и каковы различия между симптоматическим и паллиативным лечением?
12. Как в настоящее время рассматривается проблема права неизлечимо больного на легкую смерть, а врачей осуществлять эвтаназию? Как с этой проблемой соотносится хосписное движение?

ГЛАВА 32

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

По определению французского философа и социолога Эмиля Дюркгейма (1858-1917) ***суицид*** (от англ. suicide) — есть намеренное лишение себя жизни. В случаях завершенных суицидов это намерение легко заподозрить, но очень трудно доказать. Одним из способов выяснения намерений суицидентов является так называемая *психологическая аутопсия*, поэтому специалист должен как можно раньше побеседовать со всеми близкими жертве людьми и зафиксировать их реакции и воспоминания об ушедшем, пока они еще свежи. Самоубийство и покушение на самоубийство составляют объект междисциплинарной области знаний — *суицидологии*, которая в последние годы интенсивно развивается во многих странах мира.

Самоубийство находится в ряду первых причин смертности трудоспособного населения, а покушение на самоубийство приводит к утрате трудоспособности и часто влечет за собой необратимые нарушения здоровья, инвалидность. Например, только в США каждый год появляется около 30 тыс. сообщений о совершенных суицидах. По данным за 1988 год в России совершалось 24 самоубийства на 100 тыс. населения. Несомненно, что истинное число самоубийств еще выше, поскольку о реальной причине смерти не всегда сообщается, или эта причина скрывается под таким названием как "смерть от несчастного случая". Изучение статистики самоубийств в России показывает, что число суицидальных попыток примерно в восемь раз превышает число зарегистрированных завершенных самоубийств (Абрумова А.Г., 1984), а некоторые американские исследователи считают, что эта цифра на порядок выше — 80-100 попыток.

Культурологический и этнопсихологический аспект проблемы самоубийств находит отражение в факте не одинаковой распространенности аутоагрессивного суицидального поведения в различных регионах мира. В частности, известно, что наиболее высока распространенность самоубийств в Венгрии, а в России — в Удмуртии и Марий Эл. Роднит представителей данных регионов их фино-угорские корни. Именно данный факт позволяет трактовать выбор суицидального поведения как признак влияния этнокультуральных особенностей (Менделевич В.Д., 1998).

Для большинства людей самоубийство является формой поведения, как бы свидетельствующей о безумии человека. Однако это предубеждение мало обосновано, так как 70-85% всех самоубийств совершают лица, которые психическими заболеваниями не страдают. Еще в начале века известный русский правовед А.Ф. Кони заметил, что самоубийство стало превращаться в болезнь общества, "в недуг, все более надвигающийся на людское общежитие". Проблема суицидов является наиболее серьезной в индустриально развитых странах, причем уровень самоубийств у мужчин примерно в три раза выше, чем у женщин.

Существуют люди, являющиеся суицидальными личностями, но этого не признают ни их друзья, ни родственники. Их поведение может быть направлено на смерть из-за отчаяния и невыносимости жизненных препятствий. Такое поведение Э. Дюркгейм еще в 1897 году назвал "символическим суицидом". Позднее все типы поведения, над которыми у человека есть реальный или потенциальный волевой контроль, но которые способствуют продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти, стали определять как ***саморазрушающее поведение***. Такое поведение, которое сокращает жизнь человека, также еще определяют как "частичное", "полунамеренное", "скрытое"

самоубийство, “бессознательное суицидальное поведение” или “суицидальный эквивалент”. К саморазрушающим типам поведения обычно относят злоупотребление алкоголем или наркотиками, игнорирование серьезных болезней, чрезмерная работа, переедание или курение. Суицидальный эквивалент может быть закамуфлирован увлеченностью “смертельными” играми или “рискованными” видами спорта, случаями фанатической храбрости с желанием отдать свою жизнь за какие-либо религиозные или социальные идеалы.

Главными характеристиками непрямого суицида является отсутствие полного осознания своих поступков в этом направлении, такое поведение рационализируется или вовсе отрицается, открытое обсуждение этих тенденций крайне редкое, вторичная выгода может быть извлечена из сочувствия или проявления враждебности во время саморазрушения, окружающим смерть жертвы почти всегда кажется случайной. Хотя непрямое самоубийство является менее очевидным, результаты его не менее летальны.

Основной детерминантой суицидального поведения является социально-психологическая дезадаптация личности в условиях межличностного или внутриличностного конфликта, когда суицидент не может найти адекватного способа его разрешения. Психологическое состояние, в котором принимается решение о самоубийстве, характеризуется как *кризисное*. В острых кризисных состояниях человек испытывает целую гамму негативно окрашенных эмоций — чувство беспомощности, ущербности, отчаяния, безнадежности, личной катастрофы. Другой формой протекания кризиса является безразличие к жизни и желание уйти из нее.

Этиология суицидального поведения достаточно сложна, в ней обнаруживается целый комплекс разнообразных психологических и социальных факторов. Как уже отмечалось, высокие показатели суицидов коррелируют с мужским полом, а также увеличением возраста, вдовством, отсутствием семьи и детей, высокой плотностью населения, проживанием в крупном городе, высоким общим жизненным стандартом страны, экономическими кризисами, состоянием алкогольного опьянения, некоторыми психическими нарушениями и соматическими заболеваниями. Очень высок риск суицида у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Алкоголизм имеет отношение к 25-30% самоубийств. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду.

Следует заметить, что представители различных научных направлений, последователи различных психологических школ по вопросу о суицидах не имеют полного согласия. Основатель психоанализа З. Фрейд является автором наиболее ранней попытки психологического толкования суицида. Позднее это выразилось в его утверждениях о существовании инстинкта смерти. Работа Фрейда “Печаль и меланхолия” посвящена его теории суицида.

Причинами самоубийств следует заниматься многосторонне, поскольку речь идет о очень сложном явлении. Самоубийство нельзя схематически отождествлять с психическим заболеванием, хотя несомненно то, что обычно речь идет о людях с ранимой психикой, подверженных различным социальным нагрузкам. Наиболее частыми причинами суицида обычно называют депрессию и агрессивность личности, направленную против себя самой. Эти реакции часто приводят первоначально суицидента к врачу. В частности, И. Харди (1988) сообщает, что 60-70% всех самоубийц до этого трагического события посетили врача, получали от него какое-либо лечение. Среди причин посещения врача фигурируют, прежде всего, различные проявления депрессии, часто эти депрессии носят соматизированный характер (“вегетативные, скрытые депрессии”). Трудной задачей

для врача являются и больные с ипохондрическим состоянием, которое нередко “неожиданно” заканчивается самоубийством. В одном из исследований среди пациентов, которые открыто высказывали суицидальные мысли, у 37% диагностирована невротическая депрессия, у 13% — личностные расстройства, у 8% — психотическая депрессия, у 19% — шизофрения, а у остальных каких-либо психических расстройств выявлено не было (Beck A., Steer R. и др., 1985).

О самоубийстве известно с самого начала человеческой истории. Отношение к самоубийству было различным от века к веку и от цивилизации к цивилизации. Значение и смысл суицидального поведения менялся на различных этапах исторического развития общества.

В определенные периоды самоубийства у некоторых народов рассматривалась как социальная норма. В античности, человек принявший решение лишить себя жизни, совершал этот поступок открыто, с сознанием собственного долга и правоты. Но и в эти времена были в Древней Греции несогласные со стоицизмом и эпикурейством, философскими школами, которые приветствовали добровольное желание человека расстаться с жизнью. Платон и Сократ считали, что с моральной точки зрения суицид никогда не может быть оправдан.

С течением времени общество стало в целом реагировать на случаи самоубийства враждебным образом. Религиозная традиция накладывает на самоубийства табу, рассматривая покушение на собственную жизнь как отвержение Бога и обещания вечной жизни. В знак позора возник обычай хоронить самоубийц на распутьях дорог, их тело подвергалось оскорблениям. В этой атмосфере легко возникали суеверия о призраках самоубийц. Считалось, что если беременная женщина наступала ногой на могилу самоубийцы, то ее дитя обязательно разделит его судьбу. В странах, где сильно было влияние иудейской, христианской или мусульманской религий, самоубийство стало совершаться тайно с чувством вины перед близкими и богом. Религиозные запреты находили отражение в уголовном и гражданском кодексе некоторых стран. Желание избежать гласности связано с негативными последствиями суицида — заключением покушавшегося на свою жизнь в тюрьму, лишением прав наследования для родственников самоубийцы.

На протяжении развития человеческого общества вопрос о борьбе с самоубийствами возникал неоднократно. Необходимость превенции (предупреждения) суицида многими отрицалась. В качестве доводов социал-дарвинистами, например, приводились аргументы истолковывающие самоубийство как результат регулирующего воздействия в человеческой популяции естественного отбора, что следует оценивать как положительное явление.

Ненужность и даже аморальность борьбы с самоубийством обосновывались также с точки зрения того, что суицид является частным делом каждого человека, ему следует позволить умереть, если он этого хочет. Строить препятствия в реализации этого акта следует расценивать как покушение на свободу личности. Эти псевдогуманные идеи были доведены до абсурда французским психологом Бине–Сангле, призывавшего к созданию особого медицинского учреждения, помогающего желающим совершенно безболезненно расстаться с жизнью.

В противовес последней точки зрения ряд известных американских суицидологов факт суицида трактуют как своеобразный призыв к окружающим, “крик о помощи”. По словам Джастиса Кордоза этот “крик о помощи является призывом к спасению”. Сегодня, на фоне растущей сложности человеческой жизни, мы должны признать, что суицид является чем-то большим, чем просто частное, личное решение — это болезнь цивилизации.

Психологические особенности личности суицидента

Ряд исследователей находят черты сходства некоторых личностных характеристик во время переживания человеком острого суицидального состояния с личностными особенностями лиц со стойкими суицидальными тенденциями (Абрумова А.Г., 1984; Слуцкий А.С., Замадворов М.С., 1993 и др.). В состоянии

суицидального кризиса обычно всегда “включенными” в суицидальный акт оказываются интегральные общие личностные свойства когнитивного, эмоционального и поведенческого планов. К таким характеристикам наиболее часто относят эгоцентрические особенности самосознания суицидента, сочетающиеся с его негативным отношением к себе с аутоагрессивностью и пессимистическими личностными установками, а также внутреннюю и ситуационную ригидность поведенческих стереотипов.

Самосознание суицидента отличается *эгоцентризмом*, но этот эгоцентризм имеет непривычный для нашего понимания пародоксальный смысл. Об эгоцентризме при суицидальном поведении говорит уже тот факт, что в этом кризисном состоянии человек весь погружен в себя, свои мучительные переживания, свои страдания, а все остальное, например семья и дети, перестает существовать. Так, мать, обычно заботливая и любящая своих детей, в состоянии суицидального кризиса может подготовить и совершить попытку суицида. “О детях даже не вспомнила” — может сказать она, после того как ее спасли.

Аутоагрессия, наряду с пессимистической личностной установкой, также является определяющим свойством поведения суицидента. Аутоагрессия определяется как негативное отношение к себе. Однако негативное отношение к себе имеет место и у невротика, который также считает себя жизненным неудачником, остро переживая свою неполноценность и недееспособность. У суицидента негативное отношение к себе достигает своих крайних форм.

Аутоагрессии обычно всегда предшествует гетероагрессия в отношении близких родственников, которая выражается в подозрительности, необоснованных обвинениях. Клиническая практика показывает, что косвенно гетероагрессия подтверждается и равнодушно-спокойным отношением к случаям самоубийства близких к суициденту людей, к трагической смерти конкретного знакомого человека и вообще к смерти. Положительная или нейтральная оценка подобных действий также может являться критерием для включения этих лиц в группу риска. Отсюда также понятно, что попытки родных воздействовать на суицидента, убедить его в возможности выхода из кризиса, указать на позитивные моменты в его жизни часто вызывают обратный эффект — противодействие и отпор и лишь усиливают аутоагрессию, пессимистическую личностную установку и депрессивные настроения.

Пессимистическая личностная установка распространяется главным образом на перспективы выхода из кризиса. Она является наиболее интегральным психическим образованием при суицидальном поведении. По мнению Д.Н. Узнадзе (1961), установка — это неосознанное состояние психофизиологической готовности к определенному действию и поведению. Установка включает в себя как когнитивный, так и эмоциональный и поведенческий компоненты. Для суицидальной установки это: суицидальные мысли и намерения, эмоции, в которых преобладает депрессия и тревога, чувство вины, а также подготовка к реализации суицидальных действий. Если на ранних стадиях кризиса преобладают суицидальные мысли, а эмоциональный и поведенческий компоненты выражены слабее, то на поздних фазах преобладание получают суицидальные действия — подготовка и исполнение акта суицида.

Пессимистическая личностная установка обычно плохо поддается психотерапевтической коррекции, что также объясняется *параноильностью суицидального состояния*. Параноильная акцентуация характера отличается ригидностью нервно-психических процессов, стереотипностью в форме следования готовым мыслительным стереотипам и поведенческим паттернам, моральным

догматизмом, обидчивостью со склонностью к образованию сверхценных идей. Все это утяжеляет характер суицидального поведения у такой личности. При дезадаптации такие индивиды могут пытаться совершить суицид чаще, чем другие лица.

Конечно, далеко не все суициденты являются параноальными личностями. Однако почти все суициденты обнаруживают параноальность не как свойство характера в преморбиде, но как характеристику суицидального состояния с практически всеми присущими ему признаками. Например, известно, что примерно треть от числа совершивших попытку на самоубийство повторяют ее в течение года, а среди душевно больных суицидентов этот риск возрастает до 60%. Эти данные говорят о ригидных стереотипных реакциях, которые находят отражение в самосознании человека, в данном случае в пессимистической установке, что это обусловлено не ситуациями, а какими-то внутренними механизмами. Высокая резистентность пессимистической личностной установки по отношению к психотерапии также свидетельствует о ригидности.

Структуру ценностного сознания у параноальной личности следует оценивать как дисгармоничную. В ней одна ведущая ценность (семья, ребенок или научное изобретение) приобретает сверхценный характер и девальвирует, оттесняет на задний план все другие ценности. В этом и состоит в данном случае повышенная опасность возникновения суицидального кризиса — если "главная ценность" теряется (например, уход из семьи любимого мужа), то и вся жизнь обесценивается, рушится вся пирамида ценностей.

Нечто подобное можно видеть в системе ценностей суицидента. Но если ценности личности в норме при хорошей адаптации носят жизнеутверждающий характер, связывают человека с жизнью, то в состоянии дезадаптации место ведущей ценности занимают ценности негативного плана. При суицидальном поведении такой "сверхценностью" становятся идеи ухода из жизни как иллюзорного выхода из кризиса, разрушившего всю имевшуюся систему ценностей личности суицидента. Подкрепляясь другими компонентами суицидального поведения, т.е. аутоагрессией, депрессией, суицидальными мыслями и мотивами, она превращается в ценность–цель и ведет к трагической развязке.

Диагностика суицидального поведения

Суицидальное поведение — это проявление суицидальной активности, т.е. наличие суицидальных мыслей и намерений, их высказывание, угрозы осуществления, и попытки на самоубийство. При истинном суицидальном поведении имеет место постоянное и неослабевающее стремление во что бы то ни стало покончить жизнь самоубийством (суицидомания). *Суицидомания* чаще является проявлением психического заболевания (депрессивная фаза маниакально–депрессивного психоза, параноидная и циркулярная шизофрения). Подобные явления у лиц без психотических расстройств также встречаются, но намного реже. В любом случае решение покончить собой здесь не только обдуманно, но нередко долго и постепенно вынашивается. Все поведение строится так, чтобы суицидальная попытка удалась. В оставленных записках звучат идеи самообвинения и самоуничижения. Во всех других случаях истинное суицидальное поведение является следствием более или менее длительной и тяжелой психической травматизации. Психологический симптомокомплекс, свидетельствующий о надвигающемся суицидальном акте, т.е. этап суицидальной динамики, длительность которого может составлять от нескольких минут до дней, недель и

месяцев, часто обозначается как *пресуицидальный синдром*. Его диагностика имеет важное профилактическое значение. Лица находящиеся в пресуицидальном периоде нуждаются в проведении психотерапии, а часто и медикаментозном лечении антидепрессантами и другими препаратами. При проведении психокоррекционной работы с суицидентами особую практическую значимость приобретает анализ факторов способствующих и удерживающих людей от самоубийства.

Суицид и категория цели. По определению Дюркгейма суицид является намеренным и осознанным лишением себя жизни. Однако саму суицидальную попытку следует рассматривать не только как цель, но и как средство для достижения цели. Целью истинных самоубийств является лишение себя жизни, здесь цель и средства совпадают. Однако суицидальная попытка может предприниматься не с целью умереть, а для решения какой–либо другой проблемы. Таким образом, категория цели дает возможность отдифференцировать истинный суицид от *парасуицида*, т.е. внешне сходных вариантов самоповреждений

Демонстративно-шантажное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого настроения. Такая демонстрация подчас оканчивается завершенным суицидом вследствие недоучета реальных обстоятельств. *Самоповреждения и членовредительство* вообще не направляются представлениями о смерти, их цель может ограничиваться только лишь повреждением какого-либо органа. И, наконец, опасные для жизни действия, направляемые иными целями, следует относить к *несчастным случаям.*

Таким образом, одни и те же действия могут квалифицироваться по-разному в зависимости от цели, которую они преследуют. Например, самопорезы в области предплечий могут быть отнесены:

1) к истинным суицидальным попыткам, если конечной целью была смерть от кровопотери;

2) к разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью была демонстрация окружающим желания умереть, при отсутствии такового;

3) к самоповреждению, если цель была испытать физическую боль, как это бывает у психопатических личностей в периоды аффективных разрядов или при наркотическом опьянении;

4) к несчастным случаям — если по бредовым мотивам самопорезы преследовали цель “выпустить из крови бесов”.

Внимательный анализ целей жизнеопасных действий особенно необходим у психических больных. Так в состоянии делирия выпрыгивание больного из окна в одном случае расценено как истинная суицидальная попытка, поскольку целью была смерть как избавление от преследования; в другом — как несчастный случай, т.к. больной, будучи дезориентирован “выбежал” в окно, посчитав, что находится на первом этаже здания. Известны случаи, когда больные ложились на проезжую часть дороги, чтобы доказать свое бессмертие или прыгали с высоты с целью “полетать” над городом. Подобные примеры не могут быть отнесены к истинным суицидам, а являются несчастными случаями, несмотря на их операциональное сходство с самоубийством.

В некоторых случаях суицид совершается одновременно двумя, обычно близкими лицами (двойной суицид). Иногда суициду предшествует убийство наиболее близких лиц с целью избавить их от переносимых ими предстоящих им, по мнению больного страданий (расширенный или альтруистический суицид).

Парасуицидальные попытки могут иметь место и в рамках аддиктивного типа девиантного поведения. Здесь тенденция к боли и самоповреждениям связана с желанием

испытать связанные с нею сильные эмоции с целью вывода себя из состояния бесчувствия, безрадостности и безэмоциональности. В ряде случаев для этих целей используются опасные для жизни действия — самоудушение до появления первых признаков измененного состояния сознания, игры "в судьбу" с холостыми и заряженными боевыми патронами, хождение по перилам моста и т.п.

Суицид и категория личностного смысла. Суицидальное поведение всегда полимотивировано. Такая полимотивация не исключает, а предполагает иерархию мотивов. В.А. Тихоненко (1978) выделяет пять типов суицидального поведения, т.е. пять типов ведущих мотивов: протест, призыв (к состраданию), избегание (душевных или физических страданий), самонаказание и отказ от жизни (капитуляция).

Система мотивов при суицидальном поведении всегда находится в напряженной динамике. В ней происходит борьба витальных и антивитальных, деструктивных мотивов, воплощенных в пессимистической личностной установке. Это борьба с непредсказуемыми последствиями. Если активен витальный мотив (например, чувство долга), тогда процесс развития суицидального поведения приостанавливается. Иногда какое-то событие может сыграть роль детонатора, последнего толчка и подтолкнет суицидента к конечной фазе — суицидальному акту. Один из указанных мотивов суицида обычно выступает в качестве ведущего, другие могут к нему присоединяться или отсутствовать. Тот или иной тип суицидального поведения проявляется в зависимости от возраста, типа личности суицидента, а также ситуации, провоцирующей суицид.

1. Суицидальное поведение по типу "протеста" — предполагает нанесение ущерба, мести обидчику, т.е. тому, кто считается причиной суицидального акта: "Я вам мщу, вам будет хуже от моей смерти". Такая попытка предполагает стеничность, агрессию, работают механизмы переключения с гетероагресси на аутоагрессию. Встречается чаще у мужчин молодого возраста (от 18 до 30 лет), мотивируется интерперсонально, конфликты чаще в жилищно-бытовой сфере и носят острый характер. Пресуицидальный период короткий, попытка совершается в виде самопорезов на глазах окружающих, причем до 80% случаев в состоянии алкогольного опьянения. Психическое состояние определяется как острая психопатическая реакция — истерическая или эксплозивная с аффектом обиды и гнева. Суицид чаще совершают лица, злоупотребляющие алкоголем или страдающие органическими заболеваниями ЦНС.

2. Суицидальное поведение по типу "призыва" — смысл состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. Также встречается чаще у молодых людей от 18 до 30 лет, но преобладают женщины. Суицид обычно совершается в вечерние часы, чаще способом самоотравления. Возникает остро или подостро, психический статус суицидента определяется как реактивная депрессия с переживанием обиды, жалости к себе, отчаянием. Чаще встречается у психопатических личностей астено-депрессивного круга. Как и протестное, призывное суицидальное поведение обычно характерно для лиц с инфантильным личностным складом, которому присущи эгоцентризм, негативизм, эмоциональная неустойчивость.

3. Суицидальное поведение по типу "избегания" — проявляется в ситуациях угрозы наказания, а смысл суицида заключается в попытках избегания угрозы или при ожидании психического или физического страдания. Характерен для более старших возрастных групп, суицид совершают мужчины и женщины старше 30 лет — обычно инвалиды, разведенные и вдовые, чаще в трезвом состоянии в утренние

часы путем самоповешения, самоотравления. Если алкоголь и принимается, то после решения о суициде. Пресуицидальный период более растянут во времени.

4. Суицидальное поведение по типу "самонаказания" — определяется переживаниями вины реальной или это патологическое чувство вины, как это бывает при эндогенной депрессии. Самонаказание можно обозначить как протест во внутреннем плане личности при своеобразном расщеплении "Я", где есть "Я" подсудимый и "Я" судья. Среди суицидентов мало инвалидов, преобладают женщины с достаточно высоким образовательным и общественно-социальным уровнем, состоящие в браке. Суицид совершается чаще в утренние часы и совсем редко в опьянении. Пресуицидальный период длительный, а само самоубийство совершается жестоким способом.

5. Суицидальное поведение по типу "отказа" от жизни — здесь цель и мотивы деятельности полностью совпадают. Мотивом является отказ от существования, а целью является лишение себя жизни: "Я умираю, чтобы умереть". Этот тип суицида связан с потерей личностного смысла своего существования (например, в связи с потерей значимого близкого человека, в связи с тяжелым заболеванием, особенно неизлечимым) и невозможностью исполнять прежние, высоко значимые роли. Такой мотив, как отказ, часто характерен для весьма зрелых, глубоких личностей и может выражать не только отношение к лично невыносимой ситуации, но и философски пессимистическое отношение к миру в целом. Такой суицид чаще совершают мужчины старше 40 лет, в трезвом состоянии, в ранние утренние часы. Этот тип суицидального поведения наблюдается также при субдепрессиях, циклотимии, шубообразной шизофрении и у лиц с психопатиями астенического круга.

Есть мнение, что в случаях суицида у психически здоровых лиц, психологический кризис на своей высоте все равно переходит на клинический уровень в течение короткого времени (Полищук Ю.И., 1993). Тем не менее, наряду с этим выдвигается и представление о том, что сам акт самоубийства, совершаемый психически здоровыми людьми, представляет собой во многих случаях непатологическую психологическую, "общечеловеческую" реакцию личности на экстремальные обстоятельства.

Известным отечественным суицидологом Абрумовой А.Г. и ее сотрудниками (1983, 1988) выделено шесть типов непатологических суицидоопасных ситуационных реакций, которые встречаются у психически здоровых лиц в состоянии социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. *Ситуационная реакция* здесь понимается как модус поведения личности, определяемый ее позицией, исходящей из собственной концепции данной ситуации. Она представляет собой оформленный структурированный ответ на ситуационную нагрузку с определенным образом эмоционально окрашенным состоянием и соответствующим ему поведением. Вид, тип, направленность и структуру реакций определяют особенности личности человека, причем очень важна значимость для личности данной ситуации. Отсюда у разных индивидуумов на сходные ситуации возникают разные реакции.

Пессимистическая ситуационная реакция — отчетливое изменение мироощущения с мрачным мировоззрением, негативными суждениями и оценками, с переструктурированием системы ценностей. Риск суицида очень высокий.

Реакция отрицательного баланса — характеризуется рациональным подведением жизненных итогов, пессимистической оценкой прожитого и будущего, твердым решением не жить. Риск суицида очень высокий.

Реакция дезорганизации — в ее основе тревожный компонент, выраженные соматовегетативные проявления чаще по типу кризов, нарушения сна. Характеризуется эта реакция "потерей точки опоры". Реакция идет с сигналом бедствия, высоким суицидальным риском. Возможен выход в быструю реализацию суицида.

Реакция эмоционального дисбаланса — имеет место отчетливое превалирование гаммы дистимических расстройств настроения, сокращение круга социальных контактов. Риск суицида средней степени.

Реакция демобилизации — отличается резкими изменениями в сфере контактов, мучительным переживанием одиночества, безнадежности. Характеризуется душевным дискомфортом, чувством отвергнутости. Суицидальный риск средний.

Реакция оппозиции — характеризуется выраженной экстрапунитивной позицией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности. Суицидальный риск средний.

Обычно протяженность непатологических ситуационных реакций у психически здоровых лиц варьирует от нескольких дней до трех месяцев с постепенным полным возвращением индивидуума к прежнему социально-психологическому статусу.

У лиц с выраженными акцентуациями характера автор выделяет *переходные ситуационные реакции*, которые, еще не являясь психопатологическими симптомами, служат выражением нормальных, хотя и акцентуированных личностных реакций в экстремальных ситуациях. К ним относятся:

1) реакция эгоцентрического переключения;

2) реакция душевной боли (психалгия);

3) реакция переживаний негативных интерперсональных отношений.

В ряде случаев эти реакции у акцентуированных личностей могут при их углублении трансформироваться в психопатологические феномены:

1) реакции эгоцентрического переключения — в синдром аффективно–суженого сознания с фиксированным вазо–вегетативным компонентом;

2) реакции психалгии — в психогенные депрессии и депрессивные реакции;

3) реакции негативных интерперсональных отношений — в аффективно окрашенные, обсессивные, сверхценные, реже субпараноидные образования с идеями отношения.

Существенно то, что при переходе реакций у акцентуантов в их клинические феномены риск суицида заметно снижается. Продолжительность реакций, трансформированных в их клинические аналоги, составляет обычно от 1 до 3-х месяцев.

ПОСТСУИЦИДАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ

Постсуицидальное состояние имеет свою клинику, структуру, несет в себе прогностические критерии на будущее и оценку текущей диагностики суицидального поведения. Типы постсуицидального состояния классифицируют на основании трех критериев: актуальность конфликта после суицидальной попытки, наличие или отсутствие критического отношения к суициду, наличие или отсутствие суицидальных тенденций.

1. Критичное постсуицидальное состояние — конфликт утратил свою актуальность, суицидальные действия как бы “разрядили” пресуицидальную напряженность. Отношение к суициду негативное. Вероятность повторного суицида минимальна.

2. Манипулятивный тип постсуицидального состояния — актуальность конфликта значительно уменьшилась за счет влияния суицидальных действий на ситуацию в пользу суицидента. Суицидальных тенденций нет, а отношение к суицидальной попытке рентное, т.к. суицидент понимает, что подобные действия в будущем могут служить способом для достижения цели и средством влияния на ситуацию, возникает желание манипулировать этим. При этом типе постсуицидального состояния имеется тенденция превращения истинных суицидов в демонстративно-шантажные. Характерен для лиц страдающих алкоголизмом, наркоманиями, при различных вариантах девиантного поведения.

3. Аналитический тип постсуицидального состояния — конфликт по прежнему остается актуальным, но отношение к суицидальной попытке негативное и суицидальных тенденций пока нет. Обнаруживаются поиски иных путей разрешения конфликта, но если они не будут найдены, вновь вероятны попытки вернуться к прежнему варианту.

4. Постсуицидальное состояние типа "фиксированного суицида" — характеризуется хронической дезадаптацией личности, суицидальные тенденции сохраняются стойко, т.е. суицидальная попытка не прерывает предсуицидного состояния.

5. Постсуицидальное состояние с отрицанием суицидальных попыток — пациент отрицает собственные суицидные действия, что может быть проявлением явной диссимуляции или проявлениями критического отношения с нежеланием афишировать факт суицида.

Вопросы психотерапии и психопрофилактики суицидального поведения

При попытке к самоубийству могут быть оказаны различные виды помощи, но самое главное — это предупреждение подобных попыток (Харди И., 1988). К общепризнанным факторам риска суицида относятся:

- психические нарушения (поведенческие расстройства, антисоциальная личность, депрессия),
- предыдущая попытка самоубийства (единственный наилучший предсказатель),
- употребление алкоголя и наркотиков,
- стрессовые семейные ситуации,
- доступность и использование огнестрельного оружия.

В подростково–юношеском возрасте следует также учитывать возможность "самоубийства за компанию", так как социальное подражание и склонность к разочарованиям в своих жизненных перспективах наиболее характерны для этого возрастного периода.

> Учитывая, что суицидальное поведение может распространяться среди группы сверстников через идентификацию (копируемые суициды), ряд детских суицидологов указывают, что есть необходимость контроля интереса подростков к телепередачам и литературе, где основной темой являются суициды. Стремление молодых людей, у которых отмечаются неудачи в любви и иные проблемы, подражать самоубийствам их кумиров (эстрадных, литературных) часто обозначают как "синдромом Вертера", по имени известного героя произведения Гете. Его роман "Страдания молодого Вертера", в котором герой убивает себя, даже запрещался около 200 лет назад из-за вспышки суицидов молодых людей. Многие из них в момент самоубийства одевались как Вертер или оставляли книгу открытой на странице, где описана его смерть.

С учетом того, что подавляющее большинство покушений на самоубийство совершается практически здоровыми лицами и лицами с пограничными нервно-психическими расстройствами, краеугольным камнем превентивной суицидологии являются различные психотерапевтические воздействия. Причем основной моделью помощи принимается краткосрочная кризисная психотерапия ("кризисная интервенция"), ориентированная, прежде всего, на эмоциональное принятие суицидента и интеллектуальное овладение ситуацией.

Устранение предсуицидного состояния требует установления хорошего психологического контакта с пациентом, что способствует первоочередно ослаблению его чувства изолированности. Дальнейшим шагом должно служить ослабление агрессивности и напряженности, направление хода мыслей и фантазий пациента в более положительную сторону.

Распознавание "факторов риска" перехода к активным суицидным действиям и их учет весьма полезны для их предупреждения. Изучение мотивации и причин суицидной активности необходимо дополнять исследованием личности, поскольку

чаще всего это особая структура личности. Структура личности лиц, совершающих суицидные попытки, характеризуется определенными специфическими свойствами, из которых суицидная активность хотя и прямо не вытекает, но они облегчают ее или создают предрасполагающую почву для суицидного поведения и действия (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Хорошие результаты дает психотерапия, которая способна изменить ценностный хаос или извращенную ценностную ориентацию в положительные ценности смысла жизни в противовес чувствам бессмысленности жизни. В частности аксиопсихотерапия (Ларичев В.П., 1983) ставит перед собой следующие задачи: 1) предотвращение фиксации когнитивной установки безвыходности и отсутствия смысла жизни; 2) личностный рост пациента, повышающий личностную и фрустрационную толерантность; 3) коррекцию аксиологической парадигмы путем использования приемов периорентации — знака значения, переакцентиоровки, актуализации и дезактуализации ранга индивидуального значения ценностной иерархии пациента.

Профилактически–ориентированная патогенетическая психотерапия (Бараш Б.А., 1985) также может быть использована к подготовке к конструктивному разрешению кризиса. Базируется она на принципах краткосрочности (интенсивности, фокусировки), реалистичности, интегративности (пластичности, личностной включенности) психотерапевта и симптомо-центрированного контроля. Цель ее — преодоление свехценнного эгоцентризма и однонаправленного программирования жизни, косвенное научение конструктивному рационально-эмоциональному сопротивлению последующим жизненным кризисам.

Для лиц с акцентуациями характера и транзиторными пограничными расстройствами следует активнее применять долгосрочную психотерапию, воздействующую на глубинные структуры и установки личности. При психотерапии подростков возможно использование “стереоскопического принципа” психотерапии — одновременное целенаправленное воздействие на подростка психолога, психотерапевта, родителей.

Организационными формами оказания экстренной медико-психологической помощи лицам, находящимся в кризисном состоянии, являются “Телефон доверия”, кабинет социально-психологической помощи в диспансере или на промышленном предприятии, кризисный стационар. В учреждениях кризисной службы человек может получить не только необходимую консультацию и психотерапию, но при необходимости и медикаментозное лечение (транквилизаторы, антидепрессанты).

Краткое содержание и выводы

Суицид — умышленное лишение себя жизни. Преобладающая часть самоубийств совершается психически здоровыми лицами в состоянии социально–психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Суициды довольно часто бывают и у лиц с психическими заболеваниями, которые протекают, как правило, с явлениями депрессии.

Проблема суицидов является наиболее серьезной в индустриально развитых странах, причем уровень завершенных самоубийств у мужчин намного выше, чем у женщин, хотя последние суицидальные попытки предпринимают чаще. Возможно, это связано с тем, что мужчины чаще используют оружие, повешение или бросаются вниз с высоты, а не отравления ядами или большими дозами лекарств, как это делают женщины. Суицидальные попытки у детей до младшего

подросткового возраста редки, но с 14–15 лет суицидальная активность начинает резко возрастать.

Психологическое состояние, в котором принимается решение о самоубийстве, характеризуется как кризисное, связанное с межличностным или внутриличностным конфликтом. Длительность пресуицидального периода, т.е. до момента истинного, завершенного суицида, различна — от нескольких минут до нескольких дней, недель и месяцев.

В состоянии суицидального кризиса человек испытывает тревогу, депрессию, погружен в свои переживания, занят собой, а все остальное перестает существовать. Пессимистическая личностная установка на перспективы выхода из кризиса и негативное отношение к себе достигает своих крайних форм и определяет суицидальное поведение: вначале мысли и намерения о самоубийстве, а затем подготовка и реализация акта суицида.

Выбор способа самоубийства зависит от социальных, культурно-исторических, религиозных, эстетических, ситуационных моментов и индивидуально-психологических особенностей человека. Он также определяется истинным намерением лишить себя жизни или только желанием демонстрировать окружающим это намерение. Отсутствие цели преднамеренного желания лишить себя жизни позволяет отличить истинный суицид и от других форм парсуицидального поведения.

У разных индивидуумов на сходные ситуации могут возникать различные суицидоопасные личностно-психологические реакции. Однако особенности самого суицидального поведения во многом определяются тем личностным смыслом, который придается человеком его решению о самоубийстве: протест обидчику, призыв к состраданию, избегание страданий, самонаказание или осознанный отказ от жизни.

Период вслед за суицидальной попыткой определяется как постсуицидальное состояние, которое также претерпевает определенную динамику. Его продолжительность и прогноз в плане совершения повторных суицидальных актов определяются актуальностью конфликта (разрешился он или нет), наличием или отсутствием критики к своим действиям, а также наличием или отсутствием аналогичных суицидных реакций в прошлом у человека.

Организационными формами оказания медико-психологической помощи, лицам в суицидальном кризисе являются “Телефон доверия”, кабинеты социально-психологической помощи в диспансере, кризисный стационар. В учреждениях кризисной службы человек может получить не только разнообразные виды психотерапевтической помощи, но и медикаментозное лечение.

Вопросы для самопроверки

1. Что собой представляет психологическая аутопсия в суицидологи? Как ее результаты могут повлиять на оценку суицидальных действий?
2. Что можно сказать о причинах самоубийств? Каковы факторы риска суицида?
3. Что собой представляет пресуицидальное состояние? Каковы типичные варианты протекания суицидального кризиса?
4. Чем отличается истинный суицид от других операционально сходных с ним действий?
5. Как зависит суицидальное поведение от ведущих мотивов, лежащих в его основе?
6. Что собой представляет постсуицидальное состояние? Какие типы постсуицидального состояния прогностически менее благоприятны в плане возможности повторения суицида?

7. Каковы главные принципы ликвидации пресуицидного состояния? Какую роль в профилактике суицидов выполняет “Телефон доверия”?
8. Как осуществляется психотерапевтическая и психопрофилактическая работа с лицами, имеющими стойкие суицидальные тенденции?

Раздел 8
ВРАЧ И БОЛЬНОЙ: ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

ГЛАВА 33

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВСЕДНЕВНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Современный, комплексный подход к лечению больного должен сочетать три основных вида терапевтического воздействия: биологический, психологический и социальный. Этот подход применим ко всем заболеваниям, так как любая болезнь дезорганизует психологическое равновесие и социальное функционирование человека. Он особо значим при хронических соматических и психических заболеваниях, психосоматических расстройствах и неврозах.

Эффективность лечения в медицине традиционно оценивается на основе симптоматического критерия: выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение. В настоящее время разрабатываются и дополнительные критерии оценки эффективности различных методов и приемов комплексной терапии. Наиболее адекватным для комплексной оценки эффективности лечения считается подход, который учитывает все три плоскости рассмотрения терапевтической динамики: соматическую, психологическую и социальную (Карвасарский Б.Д., 1980).

Процесс лечения любого заболевания сопровождается рядом психологических явлений, связанных с личностью больного, личностью врача и применяемыми методами лечения. Умение врача учитывать психологические факторы лечения позволяет ему более глубоко оценивать эффективность терапии и прогноз болезни. Хороший контакт с врачом и медсестрой нужен любому больному для гарантии того, что вместе они успешно справятся с болезнью. Хорошо, когда взаимопонимание формируется свободно и естественно, когда стиль общения больного соответствует аналогичным характеристикам врача..

К сожалению, многие медицинские работники строят свои взаимоотношения с больными стихийно, опираясь главным образом, на свои способности и наглядный пример коллег. Вследствие этого часто общение с больным полностью зависит от ситуации: при благоприятном расположении больного контакт получается, при нежелании пациента общаться — контакт неэффективен. Отсутствие контакта или формальные взаимоотношения врача, медицинской сестры и пациента резко снижают информативность анамнеза, ухудшают результативность лечения.

Предпосылкой возникновения положительных психологических отношений и доверия между медицинскими работниками и больными является, несомненно, квалификация, опыт врача или медсестры. Однако, как подчеркивают польские психологи Р. Конечный и М. Боухал (1983) квалификация является только инструментом, больший или меньший эффект применения которого зависит от других сторон личности врача. Доверие к врачу зависит от потребностей пациента,

его ожиданий и установок, образа (эталона) идеального врача и других личностных позиций и свойств пациента.

Врач как личность и профессиональная пригодность к медицинской деятельности

Врачебная деятельность относится к трудным профессиям. Человек, посвятивший себя медицине, несомненно, должен иметь к ней призвание. Стремление оказать помощь другому человеку всегда считались полезными качествами личности и должны быть воспитаны с детства. Только тогда, когда эти свойства личности становятся потребностью, можно считать, что у человека есть главные предпосылки успешного овладения медицинской профессией. Не случайно известный писатель и врач В.В. Вересаев писал, что научиться врачебному искусству невозможно точно так же как и искусству сценическому или поэзии. Можно быть хорошим медиком-теоретиком, но в практическом отношении с больными быть несостоятельным.

Гуманизм врача. Больной прежде всего вправе ожидать от врача искреннего желания помочь ему и убежден, что иным врач и быть не может. Он наделяет врача наилучшими качествами, присущими людям вообще. Можно думать, что первый человек, который оказал медицинскую помощь своему ближнему, сделал это из чувства сострадания, стремления помочь в несчастье, облегчить его боль, иначе говоря, из чувства гуманности. Вряд ли нужно доказывать, что именно гуманность всегда была особенностью медицины и врача — ее главного представителя.

Гуманизм, сознание долга, выдержка и самообладание в отношениях с больными, совестливость — всегда считались главными характеристиками врача. Впервые эти морально-этические и нравственные нормы врачебной профессии были сформулированы врачом и мыслителем древности Гиппократом в своей знаменитой “Клятве”. Конечно, исторические и социальные условия, классовые и государственные интересы сменявшихся эпох, многократно трансформировали “Клятву Гиппократа”. Однако и сегодня она читается и воспринимается как вполне современный, полный нравственной силы и гуманизма документ.

> Еще за 1500 лет до новой эры врачи Древней Индии давали профессиональную клятву, что же касается европейской культуры, то наибольшее влияние на формирование нравственного облика врача оказывала этика Гиппократа (460-370 гг. до н.э.) и его “клятва”. Ее основные положения следующие:
>
> **уважение к жизни** (“Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария”);
>
> **запрет на причинение вреда больному** (“Я направлю режим больных к их выгоде сообразно моим силам и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости”);
>
> **уважение к личности больного** (“В какой бы дом я не вошел, я войду туда только для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами”);
>
> **врачебная тайна** (“Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной”);
>
> **уважение к профессии** (“Клянусь... считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство”).

Врачебная тайна (конфиденциальность). Во взаимоотношениях врача и больного не последняя роль принадлежит умению врача хранить врачебную тайну.

Обычно она включает в себя три вида сведений: *о болезнях, об интимной и семейной жизни больного*. Врач — не случайный обладатель этих сведений, сокровенных переживаний и мыслей больных. Они доверяются ему как человеку, от которого рассчитывают получить помощь. Поэтому распоряжаться имеющимися у врача сведениями о больном по собственному усмотрению можно лишь в редких случаях. Требование о неразглашении врачебной тайны снимается лишь в случаях, когда этого требуют интересы общества (например, при угрозе распространения опасных инфекций), а также при запросе судебно-следственных органов.

Общая и профессиональная культура. Можно отметить еще ряд общих и более частых черт личности, которые нужно воспитывать у врача. Сюда относятся высокая общая культура и культура врачебной деятельности, организованность в работе, любовь к порядку, аккуратность и чистоплотность, т.е. черты, на которые указывал еще Гиппократ.

В рамках понятия культура (лат. cultura — возделывание, воспитание, образование, развитие) часто выделяют несколько ее сфер:

а) физическая культура — культура и гигиена тела (например, гимнастика);

б) социальная культура — культура человека как члена общества (соблюдение законов, норм общежития, правил приличия, этикета и т.д.);

в) духовная культура — внутренняя, глубоко личностная, мировоззренческая культура высших ценностей и смыслов).

По аналогии, физическая культура врача есть, к примеру, поддержание его физической работоспособности, опрятность; социальная — правила общения с пациентом (вежливость, внимание, добросердечие, исключение цинизма, неуместных острот, жаргона и т.п.).

Духовная культура врача является стержнем деонтологически и психологически грамотного мышления и поведения врача, его нравственного самосознания (Кудрявая Н.В., Зорин К.В., 1999). Она опирается на общечеловеческие духовные и нравственные ценности. Обществом врач–профессионал всегда рассматривался не только как специалист, излечивающий заболевание, но и как человек, занимающий особую духовную позицию — позицию оказания помощи, личной ответственности и участия в судьбе пациента. Отсюда в подготовке врача проблемы духовного его развития должны занять надлежащее место.

> Психологическая наука только недавно подошла к постижению феномена духовности, хотя в истории человечества (мировых религиях, религиозной философии, художественном творчестве) накоплен богатейший опыт осмысления духовного ядра человека, духовного служения людям, в том числе — через врачевание. В психологии наиболее близки к понятию духовности, как глубинного определения человеческого способа жизни, связанного с познанием самоценного, очевидного и необходимого смысла собственного существования, устремления человека к высшим ценностям и смыслам, — представления экзистенциально–гуманистической психологии.

Требования к личности врача, его внешнему облику и поведению постепенно оформились в специальном учении — *медицинской деонтологии*. Последняя рассматривается как наука о *должном* моральном, эстетическом и интеллектуальном облике медицинского работника, о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинской среде.

> ***Деонтология*** (от греч. deon — должное) — раздел этики, рассматривающий проблемы долга и должного нравственного профессионального поведения. Термин введен

в обиход в начале прошлого столетия английским философом И. Бентамом (1748-1832). Разрабатывая учение о личном должном в поведении индивида, Бентам противопоставляет деонтологию ***этике*** (от греч. ethos — обычай), науке о морали и общественном должном в поведении и отношениях всех людей. Этические нормы поведения достаточно динамичны. В первую очередь, они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали. В отечественной медицине деонтология всегда понималась как учение о долге врача не только перед больными, но и перед народом. Труд врача, его поведение всегда рассматривались, как большое дело общества.

В 1971 году американским биологом Ван Ренселлером Поттером был введен термин "*биоэтика*". Первоначально биоэтика понималась как проверка на этическую состоятельность всех научных исследований в области медицины, агрономии, экологии и других биологических науках. В дальнейшем значение этого термина стали связывать в основном с клинической медициной. Образно говоря, биоэтика явилась ответом на вызов, брошенный современным научно-техническим прогрессом медицины и медицинской науки. Содержание этого ответа, то есть новую систему ценностей, утверждаемую биоэтикой, следует искать не столько в науке и медицине, сколько в общих тенденциях, присущих современному обществу.

Биоэтика — это опыт философского и этического осмысления так называемых проблемных ситуаций. Речь идет о комплексе проблем, связанных с умиранием человека (состояние "смерти мозга", право на смерть с достоинством, эвтаназия), вмешательством в репродукцию человека и его генетический аппарат (аборт, стерилизация, искусственное оплодотворение, "суррогатная мать", клонирование), трансплантацию органов и медицинские эксперименты на человеке (последние могут проводится только с добровольного согласия, что закреплено в Нюрнбергском кодексе еще в 1947 году).

К числу базисных принципов биомедицинской этики современности относятся принципы *автономии* (уважение к личности пациента, оказание ему психологической поддержки в затруднительных ситуациях, предоставление ему необходимой информации о здоровье и лечебных мероприятиях, возможность выбора из альтернативных вариантов, самостоятельность пациента в принятии решений и др.), *непричинения вреда, благодеяния и справедливости.* В современной медицине широко обсуждаются этические аспекты конфиденциальности (к примеру, ситуация с сообщением без согласия больного его родственникам диагноза заболевания), паттернализма (этическая оценка возможности и допустимости принятия врачом на себя роли человека, диктующего больному, как тому следует поступать в жизни, особенно в областях жизни непосредственного отношения к болезни не имеющих), "реконструкции личности" при психотерапии, лечения без согласия, отношения к парамедицинским методам лечения (например, экстрасенсорике) и др.

Профессиональная деформация. В профессиях, связанных с взаимодействием человек–человек, огромное значение имеет ориентация на Другого как равноправного участника взаимодействия. Пожалуй немного существует профессий, где ценностный подход к профессиональной деятельности оказывал бы такое влияние на индивидуальную судьбу профессионала и судьбу другого человека. Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в профессиональной деятельности медицинского работника.

Врачебная деятельность очень разнообразна и не ограничивается рамками только лечения, как это принято считать в немедицинской среде. Разнообразие видов врачебной деятельности создает различные способы ее осуществления, широкое поле деятельности для профессионала, но ставит проблему специфики влияния разных видов врачебной деятельности на профессиональную позицию врача, его ценностные ориентации.

Для описания влияния профессии на психическую жизнь профессионала введено специальное понятие — профессиональная деформация. Впервые она стала описываться в 60-х годах в США (Мичиганский и Калифорнийский университеты) как проблема функциональных возможностей человека. В нашей стране проблема профессиональной деформации впервые стала изучаться в области педагогики

(Маркова А.К., Моргун В.Ф.). Исследования показали, что в профессиях типа “человек–человек” профессиональная деформация существует, как и имеет место разный уровень подготовки и квалификации профессионала, и что должен осуществляться профессиональный отбор, так как существует идея профессиональной пригодности.

Большое внимание проблеме профессиональной деформации у медицинских работников уделяли профессор Р. Конечный и доктор М. Боухал (1983). Они считают, что склонность к профессиональной деформации наблюдается у определенных профессий, представители которых обладают трудно контролируемой властью над людьми. Естественно, что врач обладает такой властью, так как от него зависит физическое и душевное здоровье и сама жизнь больного.

Сама по себе профессиональная деформация развивается постепенно из профессиональной адаптации. Определенная степень адаптации естественна для медицинского работника. Сильное эмоциональное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, как правило, в дальнейшем несколько притупляется. Конечно, для врача просто необходима определенная степень эмоциональной сопротивляемости, но он должен сохранять те качества, которые делают его не просто хорошим профессионалом, но и оставляют человеком, способным к эмпатии, уважению к другому человеку, способному к соблюдению норм врачебной этики. Ярким примером профессиональной деформации является подход к пациенту как к объекту, носителю симптома и синдрома, когда пациент воспринимается врачом как “интересный случай”.

Г.С. Абрамова и Ю.А. Юдчиц (1998) рассматривают профессиональную деформацию в виде *обобщенной модели*, которая включает как социально–обусловленные причины ее, так и причины вызванные феноменами индивидуального сознания. К социальным причинам они относят влияния, связанные с необходимостью соблюдения врачом, как государственным служащим, многочисленных инструкций, которые регламентируют его деятельность. Понятием “инструкция” здесь обобщаются все формы готового знания (учебники, классификации болезней, нормативы и пр.), которые задаются нам извне, они не “пропущены” через собственный опыт и понимание. Как только профессионал принимает инструкцию за абсолютную истину, все профессиональные взаимоотношения деформируются определенным образом: врач может воспринимать пациента не как целостную личность, а как определенную совокупность симптомов или объект манипуляций.

С другой стороны, врач может уверовать в свое могущество и власть над человеком приняв на веру многочисленные мифы, циркулирующие в немедицинской среде, по поводу возможностей врача и современной медицины. Внешняя сторона лечения, кажущаяся неискушенному человеку магической, доступной только врачу, рождает “кастовый” характер медицинского знания. Так формируется еще один фантом профессиональной деятельности врача — ощущение власти над человеком, для которого медицинская помощь является последним шансом защитится от болезни.

Таким образом, врач имеет дело с двумя реальностями: неодушевленной (фантомы и инструкции) и живой реальностью — жизнью своей и других людей. Возникает соблазн их отождествления и создания иллюзии простоты. Профессионал начинает переживать исключительно простые чувства, выражающиеся в притягательной формуле “я могу”, “я профессионал и лучше знаю как…что…”. В результате принятия фантомов за истину сознание профессионала

также фантомизируется — становится статичным, неподвижным, оно всегда знает, "как надо", "что должно быть" и "что с этим делать". Эти фантомы иногда могут осознаваться врачом на уровне переживаний — в виде чувства неудовлетворенности собой, профессией. Однако пока есть переживание, можно говорить и о возможности осознания факта профессиональной деформации и перспектив работы с ним. Профессиональная деформация не осознается в том случае, когда врач отказывается от переживаний, потому что они требуют усилий, предполагают проявления отношения к кому-либо или к чему-либо.

Синдром хронической усталости у медицинских работников. В профессиях, связанных с взаимодействием человек-человек профессиональная усталость — это прежде всего усталость от другого человека. Это совершенно специфический вид усталости, обусловленный постоянным эмоциональным контактом с большим количеством людей. Особенно это относится к профессии врача, так как она предъявляет большую требовательность к личности профессионала и предполагает принятие ответственности за жизнь и здоровье другого человека. В значительной степени появлению усталости могут способствовать особенности работы в здравоохранении (дежурства, работа по сменам), чрезмерно большой прием. Абрамова Г.С. и. Юдчиц Ю.А. (1998) считают, что одной из основных причин профессиональной усталости у врачей является требование профессии в эмоциональном отношении к жизни в целом, что предполагает определенное отношение к врачебной деятельности, мотивацию этого отношения, взаимоотношения с коллегами, стиль жизни медработника и его проблемы, не связанные с работой.

"Астении переутомления" обычно всегда развивается постепенно (в течение 6 и боле месяцев от начала напряженной работы), ей предшествует более или менее длительный период волевого усилия, умственного напряжения и продолжения работы в условиях утомления. Утомление снижает работоспособность человека и эффективность его труда, что создает постоянную психотравмирующую ситуацию в виде ощущения им собственной несостоятельности и может привести даже к невротическому срыву. Наиболее частым симптомом астении является раздражительность. Она проявляется в повышенной возбудимости, нетерпеливости, обидчивости и несдержанности. Проявления раздражительности чаще носят характер кратковременных вспышек, которые нередко сменяются раскаяниями, извинениями перед окружающими, ощущениями вялости и усталости. Кроме этих основных симптомов, страдающие астенией жалуются на рассеянность, плохой сон, тревожность, неустойчивость настроения, головные боли.

В обыденном сознании общества бытует мнение, что состояние здоровья у врачей лучше, чем у других людей. Однако это далеко не так, особенно это касается их психоэмоционального, психического состояния. Отношение к своему состоянию в этом плане у врачей встречается преимущественно двух видов: 1) отрицающее — не обращает внимания на собственное психологическое состояние, считает его следствием простого переутомления, не обращается за помощью к специалистам; 2) пренебрежительное — недооценивает свою усталость; не изменяет свой стиль жизни, который, как правило, бывает несовместим с психологическим здоровьем. Очень часто врач с синдромом хронической усталости склоняется не только к несовершенной "самодиагностике", но и несовершенной "самотерапии" — излишествам в употреблении транквилизаторов или употреблении спиртных напитков для снятия "напряжения".

Утомление врача отрицательно сказывается на его профессиональной деятельности и тем самым на его пациентов. Последствия утомления могут быть

самыми разнообразными. Они могут проявляться в нетерпеливости и раздражительности — врач сокращает время приема каждого пациента, стремится как можно быстрее закончить вызывающую утомление работу, а у пациента при этом создается впечатление, что врач хочет от него отделаться, не воспринимает серьезность его жалоб и в целом относится к нему неуважительно. Производительность труда у врача снижается и замедляется из-за трудностей концентрации внимания, трудностей при постановке диагноза и выборе метода лечения, преобладанием так называемых диагностических коротких связей типа: “повышенная кислотность + кровь в желудке = язвенная болезнь” (Конечный Р., Боухал М., 1985). На пациента такой врач производит впечатление рассеянного, занятого своими проблемами, а зачастую и просто некомпетентного. Невнимательность и поспешность может приводить к неосторожным высказываниям с психической травматизацией больного (ятрогениям) и даже прямым врачебным ошибкам — необоснованному диагнозу или неудачно выбранному лечению.

Переживание собственной профессиональной несостоятельности при нарастании врачебных ошибок, трудности концентрации, затруднения в восприятии нового материала являются причиной травматизации самого врача, приводят к чувству недовольства результатами своей деятельности. Его состояние может усугубляться и возникновением конфликтов с администрацией (из-за претензий к неудовлетворительной работе), так и с коллегами (вследствие вызванного утомлением раздражения), и с пациентами (из-за врачебных ошибок, отсутствия психологического подхода, неквалифицированных высказываний).

Исходя из представления об обусловленности синдрома хронической усталости стилем жизни профессионала, Э.Б. Боллзом (1995) была разработана анкета диагностики и самодиагностики СХУ. Ее короткие ответы подобраны таким образом, чтобы составить представление об образе жизни профессионала, определенных жизненных приоритетах, стремлении удовлетворения честолюбивых замыслов. Необходимо понимание, что приведенные вопросы могут значить очень много (если использовать их вдумчиво, учитывая индивидуальные особенности, в комплексе с наблюдением и беседой) и не значить ничего (если принять их за диагностическую “волшебную палочку”).

В анкете дана серия ответов, из которых необходимо выбрать тот, который наиболее полно и точно характеризует состояние:

1. Из-за хронической усталости я был(а) вынужден(а) прекратить свою трудовую деятельность и теперь в довольно затруднительном положении, так как:

а) не имею уже того авторитета, который заслужил(а),

б) у моей семьи нет достаточно средств,

в) я был(а) на пути к успеху, а теперь мое будущее неопределенно,

г) я хотел(а) получить максимальный эффект от каждого дня своей работы, а теперь не испытываю такого желания,

д) нельзя описать моё состояние.

2. Постоянная усталость разрушает мою семейную жизнь, и теперь я в довольно затруднительном положении, так как:

а) не пользуюсь у детей (мужа, жены) тем уважением, которого заслуживаю,

б) я уже не чувствую с членами семьи такой близкой связи, какая была раньше,

в) я уже не играю той ведущей роли в семье, которой гордился(лась) раньше,

г) мое состояние сказывается на бюджете семьи,

д) нельзя описать мое состояние.

3. Хроническая усталость изменила мой образ жизни, и теперь я в затруднительном положении, так как:

а) я занимался(лась) спортом, а теперь не в состоянии,

б) мне пришлось отказаться от своих любимых занятий (нет ни сил, ни желания),

в) мне трудно сохранять такое влияние на людей, с которыми общался(лась) раньше,

г) не могу часто бывать у своих друзей,

д) нельзя описать мое состояние.

(Ответы “б” и “г” показывают первостепенное значение морального удовлетворения, “а” и “в” подчеркивают приоритет социального, общественного признания; “д” говорит об отсутствии содержания психической реальности, когда не существуют значимые факторы жизни, обеспечивающие иерархию ценностей.)

Перечень симптомов синдрома хронической усталости (по Боллзу): слабость мышц, мышечная боль; боли в суставах; общее недомогание, бессоница, забывчивость, рассеянность, неспособность либо затруднение сосредоточения; угнетенное настроение (депрессия).

Специфические симптомы синдрома хронической усталости у медработников (Цит. по Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998*):* раздражительность (направлена не только на пациентов, но и на коллег); сокращение времени приема пациентов уже к середине рабочего дня; использование в устной и письменной речи штампов; при общении с коллегами употребление большого числа слов, синонимичных понятию усталость; при выполнении работы, связанной с оформлением документов, карточек и т.п., использование внутренней речи (внутреннее проговаривание фраз), что типично для решения мыслительных задач в затрудненных условиях.

Синдром “эмоционального выгорания” у медработников. Термин “эмоциональное сгорание” (англ. – “burnout”) введен американским психологом Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально перегруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

Врачебная профессия требует от профессионала не только профессионального мастерства, но и большой эмоциональной самоотдачи. Не случайно еще в XVII веке голландским врачом Ван Туль–Пси была предложена символическая эмблема медицинской деятельности — горящая свеча с девизом: “Светя другим, сгораю сам”. Надо полагать, что “сгорание” здесь не значит опустошение и исчезновение сил — они постоянно возобновляются при получении удовлетворения от своего дела, осознания своего места в профессии, при повышении мастерства и постоянном собственном личностном развитии.

Врач постоянно имеет дело со смертью и страданиями других людей и во многих других случаях для врача существует проблема “невключения” своих чувств в ситуацию, что ему далеко не всегда удается. Естественно, что только эмоционально зрелая, целостная личность в состоянии решать эти задачи и справляться с подобными трудностями. Вероятно существует индивидуальный предел, потолок возможностей нашего эмоционального Я противостоять истощению, противодействовать “сгоранию” самосохраняясь. Синдром “эмоционального выгорания” характерен именно для профессионалов, изначально обладающих большим творческим потенциалом, ориентированных на другого человека, фанатично преданных своему делу.

При синдроме “эмоционального выгорания” у профессионала наступает своеобразное исчезновение или деформация эмоциональных переживаний, которые являются неотъемлемой частью всей нашей жизни (Форманюк Т.В., 1982). Его симптомы во многом сходны с таковыми при хронической усталости и составляют основной каркас для возможностей последующей профессиональной деформации.

В первую очередь человек начинает заметно ощущать утомление и истощение после активной профессиональной деятельности, появляются психосоматические проблемы типа колебаний артериального давления, головных болей, симптомов со стороны пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, бессонницы. Человек уже не может отдаваться работе так, как это было прежде.

Другим характерными признаком является и возникновение негативного отношения к пациентам (дегуманизация) и отрицательная настроенность к

выполняемой деятельности. В последнем случае у врача исчезает тяга к совершенствованию в своей профессии, появляются тенденции к “принятию готовых форм знания”, действию по шаблону с сужением репертуара рабочих действий, ригидность мыслительных операций. Недостаток чувства профессионального мастерства приводит к недовольству собой и комплексу вины с тревожными состояниями, пессимистической настроенностью и депрессией, что часто проявляется во вне в виде агрессивных тенденций типа гнева и раздражительности по отношению к коллегам и пациентам.

> Большинство исследователей акцентируют внимание на фазах синдрома эмоционального сгорания , которые рассматриваются с позиций стресса Г. Селье: в первой фазе напряжения доминируют симптомы “переживания психотравмирующих ситуаций”, “неудовлетворенности собой”, “загнанности в клетку”, “тревоги и депрессии”; во второй фазе сопротивления — симптомы “неадекватного эмоционального реагирования”, “эмоционально–нравственной дезориентации”, “расширения сферы экономии эмоций”, “редукции профессиональных обязанностей”; в третьей фазе истощения — симптомы “эмоционального дефицита”, “эмоциональной отстраненности”, “психосоматических и психовегетативных нарушений”.

Содержательные характеристики СЭВ Абрамова Г.С. и. Юдчиц Ю.А. (1998) описывают через изменение (деформацию) профессиональных и личностных качеств (авторитетность, оптимизм и др.), присутствие которых просто необходимо для успешного осуществления профессиональной деятельности и личностного роста врача.

Авторитет врача — профессионал с СЭВ неизбежно утрачивает свой авторитет как у пациентов, так и коллег. Авторитет связан прежде всего с профессионализмом и личным обаянием. Когда врач из-за равнодушия и негативного отношения к своей работе не в состоянии вдумчиво, внимательно выслушать жалобы пациента, допускает врачебные ошибки или проявляет агрессивность и раздражительность — он утрачивает доверие к себе как профессионалу и уважение своих пациентов и коллег.

Оптимизм врача — пациент должен чувствовать здоровый оптимизм врача, а не основанный на желании поскорее закончить обследование (“что вы волнуетесь зря, все у вас нормально, можете идти”). И наоборот, под влиянием выгорания врач демонстрирует циничное, часто жестокое отношение, преувеличивая последствия, например, несвоевременной явки в больницу. (часто это происходит из-за желания “наказать” пациента за собственную эмоциональную несостоятельность).

Честность и правдивость — при тревоге, беспокойстве и неуверенности, вызванных СЭВ, врач утрачивает способность к правдивому и честному изложению информации о состоянии здоровья человека. Либо он излишне щадит психику больного человека, заставляя его пребывать в неизвестности, либо, наоборот, утрачивает необходимую меру в подаче диагностической или лечебной информации.

Слово врача — слово оказывает огромное суггестивное влияние на любого человека, а тем более слово врача для его пациента. Профессионал с СЭВ, переживающий чувства бессмысленности, безнадежности и вины, неминуемо передаст эти чувства своим пациентам в слове, интонации, эмоциональной реакции.

Гуманизм врача — обусловлен ценностным и целостным подходом к другому человеку. Врач, утративший содержание своей психической реальности, перестает обращаться к этому содержанию в других людях, обесценивая таким образом как себя, так и их.

Опросник “Отношения к деятельности” чешских психологов В. Каппони и Т. Новак может использоваться для анализа проблем профессиональной деятельности в связи с СЭВ (Цит. по Абрамова Г.С. и. Юдчиц Ю.А., 1998). Он включает два блока вопросов: блок А — отношение к выполняемой деятельности, поиск новых путей реализации возможностей или нежелание изменения существующего порядка, рост профессионализма или статичная позиция, наличие признаков утомляемости; и блок Б — взаимоотношения в коллективе, реализуемая концепция другого человека, элементы характеристики самооценки.

А. На следующие ниже положения ответь “да” или “нет”.

1. Когда в воскресенье я вспоминаю о том, что завтра снова идти на работу, то остаток дня уже испорчен.
2. Если бы у меня была возможность уйти на пенсию, я сделал бы это без промедления.
3. Коллеги на работе раздражают меня. Невозможно терпеть одни и те же их разговоры.
4. То, насколько меня раздражают коллеги, еще мелочи по сравнению с тем, как меня выводят из равновесия пациенты.
5. В последнее время я отказывался от курсов повышения квалификации, от участия в конференциях и т.д.
6. С делами на службе я справляюсь “одной левой”. Нет ничего такого, что могло бы удивить меня своей новизной.
7. О моей работе мне едва ли кто скажет что-нибудь новое.
8. За последние три месяца мне не попала в руки ни одна специальная книга, из которой я почерпнул бы что-нибудь новое.

Б. В следующих ниже позициях выберите ответ, который наиболее точно характеризует ситуацию:

1. Заниматься своими делами в присутствии пациентов (клиентов):

а) принципиально никогда себе не позволяю;

б) все мы люди — побыстрее улажу свои дела и займусь работой;

в) не думал об этом, но за те деньги, которые получаю, надрываться тоже не стану.

2. Во время разговора с пациентом (клиентом) звонит по телефону супруг(а):

а) это совершенно неуместно, и я не стану переключаться на личные разговоры;

б) извинюсь перед клиентом и коротко выясню, в чем дело;

в) пациент может и подождать, пока я не выясню, в чем дело.

3. Помещение, в котором вы принимаете посетителей:

а) всегда убрано;

б) отличается некоторым рабочим беспорядком;

в) что вы можете сделать, если уборщице на все наплевать, уборка не входит в ваши обязанности.

4. На работу вы ходите одетым (-ой):

а) нормально, не суть это важно;

б) очень аккуратно;

в) на вашей работе это не имеет значения, все равно.

5. Чайная комнатка на вашей работе:

а) находится в особом помещении;

б) это закуток в коридоре или кабинете, у всех на виду;

г) ничего такого у нас нет и в помине.

6. Во время приема:

а) вы сидите за своим рабочим столом, а вошедший стоит;

б) у вашего рабочего стола есть стул, и первое, что вы делаете после приветствия, это предлагаете вошедшему присесть;

г) в вашем рабочем помещении есть уголок с креслами и журнальным столиком для посетителей.

При диагностике значение имеют приоритеты профессионала при осуществлении им деятельности, возможность корреляции их с данными, полученными при беседе и наблюдении. Следует обратить внимание на то, как врач реагирует на ситуацию исследования (повышенно утомляем, раздражителен, отказывается от участия в диагностике и т.п.).

Больной и его образ “идеального” врача

Каждый больной на основе культуральных влияний (представлений общества о враче), своего прошлого опыта общения с медиками и характера ожидаемой помощи имеет определенный образ врача (эталон; а по Г.С. Абрамовой “фантом”), который может удовлетворить его потребности в помощи и эмоциональном общении. По мнению Ж. Лакана существует пять факторов, влияющих на процесс взаимодействия врача и пациента: пол, возраст, национальности (расы), вероисповедания и сексуальной ориентации. Исследования показали, что все эти факторы оказываются значимыми, однако более значимыми являются личностные и характерологические свойства.

В.А. Ташлыковым (1984) на основании специального исследования было выделено несколько описаний представлений больных об образе “идеального” врача: “сопереживающий и недирективный”, “сопереживающий и директивный” и “эмоционально-нейтральный и директивный”.

1) Сопереживающий и недирективный: “Добрый, отзывчивый, терпеливый, склонный к глубокому сочувствию и состраданию, вызывающий у больного полное доверие и откровенность, способный все терпеливо выслушать и с пониманием отнестись к самым необычным заявлениям больного”.

В клинике неврозов такой выбор предпочитался больными с истероидными чертами характера. У этих больных имеется повышенная потребность в особом понимании и признании их окружающими вследствие свойственного им эгоцентризма.

2) Сопереживающий и директивный: “Этому врачу свойственно стремление проникнуть в душу больного, понять суть его переживаний, но несмотря на склонность к сочувствию, он будет действовать непреклонно и сможет заставить больного следовать его указаниям; своей чуткостью, отзывчивостью и в то же время твердостью, строгостью он вызывает доверие и уважение”.

Выбор этого типа врача свойственен лицам с тревожно-мнительными чертами характера и отражает их надежды избавиться от нерешительности с помощью доброжелательной и сильной личности врача.

3) Эмоционально-нейтральный и директивный: “Ему свойственны твердые убеждения, целеустремленность, умение внести ясность в дело и довести его до определенного конца; по отношению к больным он внимателен, сдержан; вызывает доверие к себе своей уверенностью, волей и спокойствием, а умением убеждать и внушать он оказывает сильное влияние на больного”.

Этот образ врача больше импонировал больным неврастенией в связи с их повышенной потребностью в приобретении прежде всего такого личностного качества, как самообладание.

Пол, возраст и другие личностные качества врача. Для большинства больных признаки пола и возраста врача являются второстепенными по сравнению с представлениями о его личности. Однако имеется некоторая тенденция к выбору врача более старшего по возрасту. Пол врача многими больными рассматривался как фактор, облегчающий общение (например, при обсуждении некоторых интимных вопросов своей жизни). В эталоне врача-женщины чаще преобладает “сопереживающий” комплекс личностных черт, а в эталоне врача-мужчины — “эмоционально-нейтральный”.

Наиболее ценными для больных оказываются следующие (в порядке убывания) личностные качества врача: ум, увлеченность работой, внимательность,

чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора.

Для большинства больных в образе врача обобщается личный опыт взаимодействия с рядом авторитетных для него лиц в разные периоды жизни. Замечено, что пациенты с чертами некоторого психического инфантилизма чаще отмечают сходство с "идеальным" врачом лиц из раннего периода детства (мать, любимый учитель), а больным с относительно большей социальной зрелостью — из более позднего периода жизни (руководитель на работе, коллега). Знание и учет врачом имеющегося у больного образа "идеального" врача способствуют установлению лучшего психологического контакта между ними.

Техники налаживания с пациентом определенного психологического контакта, необходимого для успеха того или иного терапевтического вмешательства, часто называют "техниками присоединения". Таких техник в профессиональной психотерапии много, хотя умение "почувствовать" другого человека во многом зависит от психологических свойств самого врача, его *эмпатийности* и может быть естественным. Технические приемы обучения умению налаживания психологического контакта в первую очередь направлены на развитие и совершенствование личностных эмпатийных способности у самого врача.

Личность больного и эффективность психологического контакта с ним

Пациент, как правило, имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями. Врач ограничен в своем выборе пациента и должен подготовлен к общению с любым человеком.

> Врач также выстраивает образ "идеального пациента". Сюда обычно включаются следующие его характеристики: малая осведомленность в медицинских вопросах, вера и отсутствие сомнений в силах и умениях лечащего врача, готовность беспрекословно выполнять назначения, умение кратко и четко излагать проблему и жалобы, отсутствие ипохондрии. Из данного списка видно, как заключает В.Д. Менделевич (1998), что врач нацелен на директивный стиль общения. Возможной мотивировкой выбора врачом такого способа взаимодействия является его убежденность в гораздо большей ответственности врача за исход терапии.

Личность больного, как и любого другого человека, характеризуется группой качеств: темпераментом, способностями, интеллектом, характером и пр. Многие из этих характеристик врачу приходится учитывать для формирования эффективного контакта с больным. Одна из таких особенностей личности это соотношение в ней качеств экстраверсии и интроверсии.

Больные экстраверты полностью обращены во внешний мир, у них широкий круг знакомств и интересов, они инициативны, импульсивны, гибки. В своих неприятностях они чаще винят внешние обстоятельства, судьбу, случай Они склонны к агрессии и гневу. Психологические тесты позволяют легко установить принадлежность больного к экстравертам. Общение с такими пациентами целесообразно начинать с формирования эмоционального контакта, а установив его, переходить к информационному.

Для противоположного интровертированного типа больных гораздо больший интерес представляет не внешняя среда, а переживания собственного внутреннего мира. Им никогда не бывает скучно "наедине с собой". Они более замкнуты, склонны к самоанализу, хуже адаптируются к изменениям окружающей среды. Для таких больных нет мелочей в своем здоровье, любой вопрос должен быть разобран

максимально подробно, иначе у них легко формируется тревога. Ответственность за события своей жизни такие пациенты чаще всего берут на себя. Темп их мышления нередко бывает медленным и это заставляет врача испытывать серьезные трудности, если беседа идет в условиях дефицита времени. Контакт с таким больным труден, его лучше начинать с нейтрального, информационного. Лишь при условиях хорошего делового общения у подобных больных формируется положительное эмоциональное отношение к врачу.

Большое значение для установления эффективного контакта имеет знание врачом характерологических особенностей больного, особенно наличие стойкого чрезмерного усиления (акцентуации) каких–либо отдельных черт характера. В повседневной жизни акцентуированные черты могут играть двоякую роль в социальной адаптации: они одновременно усиливают личностную устойчивость к одним неблагоприятным воздействиям и ослабляют ее к другим. При психотравмирующих ситуациях такая избирательная уязвимость может облегченно приводить к личностной декомпенсации и невротическому состоянию. Психологические тесты позволяют легко выделять все основные типы акцентуации характера.

МЕТОДИКИ УСТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНТАКТА

Практически любая встреча и беседа врача с больным, даже если она предпринимаются только с диагностической целью, имеют важное значение для установления и поддержания оптимального психологического контакта. Особенно важно профессионально грамотно и умело провести с больным первую встречу и беседу, с которой и начинается лечебный процесс.

Первую беседу с больным следует организовывать и проводить обдуманно. Она имеет не только диагностическое значение, но важна и как психотерапевтический фактор. Больной должен увидеть внимательное отношение к себе и искреннее желание помочь ему. Лучше, когда при первой беседе нет посторонних лиц, а иногда и родственников. Тогда врачу легче найти контакт с пациентом, начать диалог, поставить вопросы и стимулировать рассказ о себе.

Очень важно уметь выслушать больного и отметить, что для него является самым важным. В самой постановке вопросов следует избегать воздействий внушающего характера — суггестивные вопросы, требовательный тон голоса или игнорирование жалоб. Конечно, трудно составить четкие универсальные правила первой беседы и вообще правила обращения с больными. В каждом конкретном случае наиболее удобный способ избирается врачом в зависимости от состояния больного и опыта врача.

Техники активного слушания

Стремительный темп жизни привел к тому, что мы все хорошо говорим и плохо умеем слушать. Имеется два вида слушания: оценочное или без оценки. В медицинской практике ценится слушание без оценки. В любом случае цель врача — разговорить пациента и получить максимум информации. Поза врача должна демонстрировать внимание: подбородок на руке, легкий наклон головы к больному. Встреча глаз — периодически. Нельзя “сверлить” больного глазами, но при информации об интимных вещах отводить глаза не следует, это ведет к мгновенной потере контакта.

Безоценочное слушание. Главное при активном безоценочном слушании это умение молчать, поддакивать, перефразировать сообщения больного. Обязательное условие — заинтересованность. Можно демонстрировать больному эмпатийное понимание того, что тот чувствовал. Это могут быть следующие стандартные фразы–клише: “Вы тогда, наверное расстроились”, “Сколько же Вам пришлось пережить” и прочие. Однако нельзя перегружать беседу подобными психологическими клише, т. к сверхсочувствие — это всегда бесчувственность.

Для того чтобы добиться одинакового с больным понимания того, что он говорит, можно пользоваться приемами усиления диалога, например такой фразой-клише: “Продолжайте, пожалуйста, это очень важно”. Умению видеть “горячие точки” в анамнезе помогают симптомы напряженности в речи больного и психологическая защита. Напряженность проявляется в изменении темпа речи — появлении пауз и слов-паразитов (если их ранее не было), штампов, иронии. В отличие от юмора, свидетельствующего о хорошем контроле за ситуацией, ирония чаще говорит о психологическом неблагополучии.

Важными признаками психологического неблагополучия является стремление больного уклоняться от ответа на некоторые вопросы или отвечать общими фразами. Кроме того, больные психосоматическими заболеваниями на вопрос о своих конфликтах часто также отвечают отрицательно, искренне полагая при этом, что у них “все нормально”. В речи этой группы пациентов нужно уметь выявлять элементы психологической защиты, указывающие на фактическое присутствие конфликтной ситуации. Распознавание защитного поведения важно для последующего лечения больного. Оно поможет осознать причины возникшего заболевания. Все это можно уловить при максимально полном высказывании больного, слушая его безо всяких оценок.

> При защите типа *рационализации* больной пытается излишне подробно объяснить и разобраться в причинах того, что с ним произошло или фантазирует на тему как это могло бы быть. Соскальзывание на более примитивный уровень поведения (например, осуждение всех и вся) указывает на защиту типа *регрессии* Случаи, когда больной искренне забывает о случившейся с ним патогенной ситуации, свидетельствуют о *вытеснении*. Перенос гнева на слабейшего, поиски виновных демонстрируют психологическую защиту типа *замещения*. Когда больной не признает у себя объективных признаков неблагополучия, речь идет о защитах типа *отрицания*. Ощущение нереальности происходящего бывает .при психологической защите типа *невротической дереализации*. Переключение себя на социально одобряемую деятельность наблюдается при *сублимации*. Стремление себя порадовать после конфликтной ситуации указывает психологическую защиту типа *компенсации*.

Оценочное слушание. Оценочное слушание целесообразно тогда, когда сам больной хочет оценки. При обсуждении течения болезни, результатов анализов, медицинский работник ежедневно сталкивается с необходимостью оценочного слушания. Его всегда желательно начинать с положительной оценки. Следует помнить, что осудить и психологически всегда легче, поскольку это повышает собственную самооценку. У больных с лабильным или сниженным настроением приходится помнить о сильном деструктивном компоненте порицания, поэтому не стоит заканчивать разговор отрицательной оценкой чего-либо, касающегося больного.

При затянувшемся или малоэффективном разговоре могут быть применены приемы сокращения диалога. Психологическое клише в этом случае может быть следующим: “Уточните пожалуйста, я не совсем понял...” и жест остановки рукой.

Когда больной ошибается в своих суждениях, возникает необходимость немедленной отрицательной оценки. Чтобы не потерять при этом установившейся психологический контакт, можно воспользоваться приемами корректного отбоя. Психологическое клише в этом случае может быть следующим: “Вы, конечно, можете со мной не согласиться, но я совершенно уверен, что...”.

Часто у больного во время эмоциональной беседы могут появиться слезы или наблюдается гнев, агрессия. Этого не следует пугаться. Такие проявления свидетельствуют о “горячих точках” в анамнезе, которые могут играть серьезную роль в заболевании. Подкрепив ситуацию фармакологическими средствами (возможно, что вполне достаточным будет дача валерианы или пустырника), пациенту все же следует дать возможность полностью высказаться. Отреагирование эмоций обычно значительно облегчает психологическое состояние больного.

Бессловесное общение. Информация, получаемая от больного идет на разных уровнях восприятия, так как общение не исчерпывается устными и письменными сообщениями, важную роль в нем играет и невербальная информация — мимика, жесты, интонации. Все эти проявления имеют значение только в контексте разговора и не несут никакой прямой смысловой нагрузки вне беседы.

Читая жесты в диалоге с больным, мы осуществляем обратную связь, понимая, как встречено то, о чем мы говорим — с одобрением или враждебно, сомневается больной или не верит. Своеобразным предупреждающим сигналом о неблагополучном протекании беседы будет появление рассогласованности жестов и речи больного. Это бывает, когда устное сообщение больного сопровождается противоречащими словам видимыми жестами. Бессловесная, информация в этом случае гораздо более информативна и это может указать врачу, что нужно изменить свое поведение с больным, чтобы достигнуть нужного результата.

Имеется несколько групп жестов, выражающих различные позиции больного по отношению к обсуждаемой теме. Прежде всего, это жесты защиты и открытости. Среди оборонительных жестов можно выделить следующие: руки скрещены на груди, спрятаны за спину; больной создает различные барьеры из рук, сумок, папок; пожимает собственные руки; застегивает запонки. Жесты агрессии: указующий перст, руки на поясе или на бедрах; корпус человека в упор к оппоненту; большие пальцы торчат из карманов; руки “пирамидой” вверх; руки, сцепленные сзади рука в руке; рукопожатие ладонью вниз; желваки на скулах.

Часто, больной сигнализирует жестами о своем нежелании продолжать разговор на данную тему. Жестами негативного отношения к теме разговора будут: сцепленные руки, перехват руки рукой сзади, потирание уха, полузакрытые веки или другие преграды перед глазами, почесывание шеи, удаление воображаемой пылинки с одежды.

О неискренности больного свидетельствуют: рука, закрывающая рот, оттягивание воротничка, потирание глаза, группа жестов “руки за спину”. Напротив, среди жестов открытости, готовности к контакту можно выделить: рукопожатие “перчаткой”; раскрытые руки, расстегивание пиджака, наклон к собеседнику. Поза, свидетельствующая о том, что больной слушает внимательно следующая: подбородок на руке, наклоненная голова, жест “руки, пирамидой вниз”. Есть группа жестов, обозначающих сомнение больного. Это почесывание подбородка и переносицы, расхаживание по кабинету; покусывание дужки очков или авторучки, потирание темени. Такие жесты показывают, что больной занят принятием решения и нельзя прерывать беседу с ним в этот момент. Требуется дать больному немного подумать, а затем привести более сильные аргументы на эту же тему. Жест, при котором указательный палец больного располагается вдоль щеки, свидетельствует о скептическом отношении, неверии больного в то, что говорит врач.

Группа жестов, обозначающих подозрение и скрытность, следующая: стремление больного все время смотреть в сторону, взглядывая на собеседника только искоса, а также жест закрывания рта кулаком или ладонью. Последний жест означает, что в разговоре с больным обнаружена чрезвычайно “горячая” точка, на тему чего больной пока не

расположен говорить. Аналогичными симптомами напряженности в беседе будут внезапно сжавшиеся челюсти, пальцы, постукивание по столу, появившееся во время беседы покачивание ног. Об уверенности в свой правоте говорит поза сидя на стуле верхом или ноги “четверкой”, а также — руки за голову. Наконец, имеется группа жестов, свидетельствующая о том, что внимание больного исчерпано, информация больше не воспринимается и необходимо закончить диалог. Это — взгляд на часы, перекладывание бумаг на столе, ерзанье на стуле, комплекс оживления взгляда, частые взгляды на дверь.

Первое впечатление больного от встречи с врачом

Известный психолог Д. Карнеги в своей книге “Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей” (1976) отмечал, что “нет ничего приятнее для человека, чем звук его собственного имени”, поэтому еще до первой беседы с больным целесообразно знать полное его имя, так как пациенту всегда будет импонировать такая информированность врача.

Если имеются условия и позволяет состояние больного, то первую беседу с ним лучше проводить наедине. Перед беседой медицинскому работнику обязательно нужно “посмотреть” на себя в зеркало: какой я иду. Это необходимо, т.к. на лице может оставаться мимика от предыдущего контакта, например, раздраженность, что может серьезно повлиять на первое впечатление.

Поскольку контакт с пациентом имеет две стороны — информационную и эмоциональную, то беседу хорошо бы начать тоном, которым мы говорим со старыми знакомыми. Хорошо, когда во время первой встречи имеется возможность не спешить и дать больному выговориться полностью. Первая беседа позволяет оценить ожидания больного о степени директивности контакта или наоборот, партнерства, сотрудничества. Первый разговор покажет также предпочитаемый для данного больного контакт — информационные сообщения или же эмоциональные проявления медицинского работника находят большой отклик у больного.

Больные, предпочитающие эмоциональный контакт, ищут в первую очередь сочувствия, человечности и никогда не простят отношения к себе, как “материалу”. Информацию такие больные воспринимают без сопротивления только от эмоционально-приятного собеседника. Вторая группа больных предпочитает информационный контакт — лишь врач, показавший свои деловые качества, становится достойным их уважения. Таким образом, обе стороны контакта являются необходимыми для успешного лечения, но очередность информирования врача разная с разными больными.

Иногда на первое впечатление влияет нарушение дистанций общения (интимное — до 0,5 м, дружеское — до 2,5 м, деловое — до 3 м, лекторское — до 7 м). Чтобы не нарушить дистанцию общения, лучше предложить больному расположиться самому, продемонстрировав таким образом, на каком расстоянии он предпочитает начать разговор. Если врач садится прямо на постель больного, то помимо прочих негативных сторон, он нарушает дистанцию общения и вызывает скрытое, сопротивление со стороны больного. Особенно, ярко это проявляется при первой встрече, когда партнеры не знакомы. Следует знать и некоторые приемы “присоединения”. Например, можно прикоснуться в беседе к руке, плечу больного, внимательно следя за его реакцией. Рекомендуется также садясь, располагаться рядом с больным, а не через стол. Критерием первого впечатления будет то, как больной провожает врача или медицинскую сестру.

Техники убеждения

С необходимостью убеждать больного приходится сталкиваться ежедневно, особенно если принять во внимание, что около половины пациентов, согласно данным зарубежной статистики, не выполняют назначения врача. Поэтому, для

многих больных выписанный рецепт или рекомендация врача является не более, чем информацией к размышлению. Прямые, лобовые советы (уехать из данного города, уйти с этой работы и прочее) как правило, вызывают сильное сопротивление больного. Любопытно, что явное сопротивление (когда пациент честно отказывается выполнить совет врача), является обычно не таким сильным, как скрытое (когда на словах больной обещает все сделать и ничего не выполняет фактически).

Лучше прямых советов работают косвенные приемы убеждения. Психологическое клише: “Я бы на Вашем месте может быть, сделал бы так...”. Эффект косвенного внушения связан с тем, что оно вызывает минимальное сопротивление больного. Однако значимая информация должна исходить от значимого человека. Если контакт с больным формальный, то лучше подыскать референта из окружения больного (друга, родственника), который по совету врача доведет до больного эту необходимую информацию. Быстро и эффективно может помочь найти референта в окружении больного “Цветовой тест отношений” (Эткинд А.М., 1980).

В литературе приводится ряд конкретных методов (техник) убеждения:

1. *Метод выбора.* Больному следует описать все “за” и “против” (например, положительные и отрицательные стороны его жизни после какой–либо операции), подвести его максимально близко к решению окончательного выбора который он делает сам.

2. *Метод сократовского диалога* (метод семи “да”). Врачу следует подготовить 7 вопросов, на которые больной ответит утвердительно. Последним идет то, в чем необходимо убедить пациента. Негибкие больные по инерции отвечают “да” и на последний вопрос.

3. *Метод авторитета.* Психологическое клише: “Консультант считает, что...”

4. *Метод вызова.* Психологическое клише :”Если Вы не сможете бросить курить, я Вас пойму, поскольку справиться с этим может только очень волевой человек”. Метод практически не работает при убеждении женщин.

5. *Метод дефицита.* Определенная группа больных считает, что дефицитная процедура априорно считается хорошей. Поставив больного в ситуацию дефицита (например, очереди на консультацию или исследование), удается без психологических потерь перейти через необходимость самой процедуры. Метод лучше работает при убеждении женщин.

6. *Метод проекции ожидания*. Психологическое клише: “Вы, как умный человек, конечно со мной согласитесь, что...”

Вше приведенные техники прямого убеждения “работают” гораздо лучше при разовых встречах с больным, а при длительных и тесных контактах большее значение приобретает *эмпатийная искренность врача*.

Спор и конфликт

Споры нужны и в медицине, и в жизни. В спорах мы становимся умнее и логичнее. Знание, преподнесенное больному в беседе, всего лишь информация к размышлению. Знание, полученное в споре становится убеждением. Спор — борьба, и побеждает тот, кто лучше вооружен. Однако врачу следует помнить, что нужно различать два вида споров. Есть споры конструктивные (реалистические, предметные), где ищется истина и больной восполняет свой дефицит информации. И есть споры конфликтные, софистические (нереалистические, беспредметные), где не истина важна, а необходима победа любой ценой.

В первую группу споров с больным врачу вступать можно и нужно. Во вторую — врача, как правило, втягивают насильно. Последний конфликтный спор надо распознавать сразу: он ведь тоже рядится в поиски истины. Признаки конфликтного спора следующие: нежелание и неумение слушать противника, монолог, а не диалог; переход с истины на дискредитацию личности противника; предубежденность; эмоциональная агрессия; демонстрация своей значительности; порицание и осуждение, особенно огульное, всеобщего характера, что является неосознанным стремлением повысить свою самооценку. Этот тип конфликтов нередко обуславливается предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу.

Что же следует делать врачу, втянутому в конфликтный спор?

Во-первых, полностью дать высказаться противнику, чтобы он имел возможность сбросить агрессию.

Во-вторых, благожелательно и некатегорично попытаться локализовать спор. Психологическое клише: “Неужели Вы даже этого не знаете” или “Как Вы конечно знаете...”.

В-третьих, не показывать антипатии и не игнорировать ум противника. Возможно, он увидел что-то важное, с этим непременно надо согласиться. Психологическое клише: “Не исключено, что я в чем-то ошибаюсь, давайте вместе разберемся…”.

Главное в споре — узнать мотивы противника, зачем он затеял этот конфликтный спор. Это может быть стремлением к самоутверждению, к власти. Часто — это выход раздражению или повышение своей самооценки за чужой счет. Мотивы могут не осознаваться, их обозначение словами вызывает мощный протест, агрессию, однако именно эти мотивы крайне важны для профилактики будущих конфликтных споров, в том числе, и для снятия с врача обвинений по сути спора.

БЕСЕДА: ОБЩАЯ СТРУКТУРА

Особенности беседы, ее структура зависят от поставленных задач, личности и опыта врача, характера заболевания и этапа лечения. Однако можно выделить и некоторые общие элементы структуры и последовательности каждой беседы. Акценты на том или ином элементе беседы могут быть различными в зависимости от характера болезни и ее этапа, методов лечения и личности больного.

Первым ее элементом является установление психологической *атмосферы доверия и откровенности* в общении терапевта с пациентом. С этой точки зрения ошибочным является чрезмерное “выпытывание” больного при сборе анамнеза. Как правило, такая сверхнастойчивость врача вызывает сопротивление, уход и замкнутость пациента. Желательно начинать диалог с уточнения анкетных данных в стиле взаимного знакомства, а не допроса. Это позволит с первых минут задать необходимый тон общения и быстро психологически взаимно адаптироваться.

В процессе беседы врач должен проявлять терпимость к человеческим слабостям и категорически *избегать роли моралиста*. Явно выражаемая врачом моральная оценка негативных поступков больного неизбежно несет в себе элемент осуждения, что затрудняет контакт и толкает больного на сокрытие некоторых эпизодов жизни, которые, возможно, существенны для понимания причины болезни. Это конечно не означает того, что врач одобряет негативные поступки больного, но он принимает его таким какой он есть. Основная задача врача — лечение и каждый больной, независимо от его личностных особенностей, имеет право на максимально возможную медицинскую помощь.

Внешний вид врача, поведение, поза, выражение лица — все должно демонстрировать больному искреннюю заинтересованность беседой и участие в

проблемах больного. Не следует, однако, забывать и то, что диалог с больным — это не праздный разговор, а довольно напряженная работа как врача, так и больного. Поэтому следует избегать и другой крайности — выслушивания нецеленаправленного "излияния" больного. Необходимо умелое управление ходом беседы с больным и инициатива в общении должна принадлежать врачу.

Вторым элементом беседы является предоставление больному *необходимой и понятной информации относительно болезни и лечения.* В беседе не следует употреблять специальную медицинскую терминологию. Несмотря на очевидность этого положения студенты старших курсов и молодые врачи регулярно его нарушают. Вероятно это обусловлено характером обучения, необходимостью освоения профессионального языка. Число терминов, которыми должен овладеть студент-медик по объему эквивалентно изучению трех иностранных языков. Усвоить такой объем информации можно, лишь постоянно используя ее. Все студенты и начинающие врачи вначале испытывает серьезные трудности при общении с больным, который о своем заболевании рассказывает бытовым языком и способен воспринимать только лишенные медицинской терминологии вопросы. Кроме того, не следует забывать, что понятные для больного разъяснения, его просвещение способствует усилению веры больного в врача как знающего специалиста.

Третьим элементом беседы является *обсуждение с пациентом динамики проявлений болезни и хода лечения.* Здесь важно согласование с больным поэтапного выполнения лечебных задач, степени и формы участия самого больного в лечебном процессе. Врач активно поддерживает адекватное этапу болезни поведение больного и сдерживает нежелательные поведенческие реакции.

Четвертым элементом беседы может быть *обсуждение какой–либо проблемы* больного, связанной с жизненной ситуацией, межличностным или внутриличностным его конфликтом. Интерпретация обсуждаемой проблемы в случаях неврозов или другой психогенной патологии направляется на осознание пациентом связей между особенностями конфликта, нарушенной системой его отношений, патогенной ситуацией и функциональными болезненными расстройствами.

Пятой, заключительной частью беседы является *подведение итогов*. В каждой беседе важно точной формулировкой определить достигнутое и наметить дальнейшие задачи лечения. Не следует забывать подчеркивать соответствующее участие самого больного в процессе лечения.

Строя общение с больным, целесообразно понимать, что лучше всего усваивается конец беседы, хуже — начало, и совсем плохо — середина беседы. Эмоциональный накал в конце беседы приближает ее к внушению в состоянии бодрствования. После первой же беседы больному необходимо хоть приблизительно знать свою лечебную перспективу и иметь надежду. Если невозможно дать надежду, то хорошо бы поставить цель. Это делает больного активным участником своего выздоровления.

Познавательный аспект беседы

Врач является важнейшим источником сведений, нужных для больного, особенно на первом этапе лечения, уже при первой их встрече. Эти сведения касаются характера болезни, прогноза течения ее, методов лечения и перспектив выздоровления. Для врача важно знать особенности собственной "концепции" пациента о болезни, его представлений о ее причинах, выраженности у него чувства

угрозы для жизни и эмоционального стресса на факт заболевания, влияние болезни на социальную ситуацию ("*масштаб переживаний*" больного). С учетом этих данных и особенностей личности больного врач по уточнении диагноза передает пациенту свое понимание болезни и обсуждает с ним методы лечения. Устранение дефицита информации — важнейший аспект любой беседы и суть *малой повседневной психотерапии лечащего врача* по Б.Е. Вотчалу (1972). Искусство заключается в том, кому и сколько сказать. При этом никогда не следует давать больному оснований уличить врача в обмане.

Известные трудности представляет сообщение диагноза больному с тяжелым и малокурабельным заболеванием, объяснение его сущности и прогноза. Больной обычно знает или догадывается об истинной природе заболевания. Однако не уточняющие объяснения врача поддерживают у него механизмы психологической защиты по типу "отрицания", которые и создают двойственную позицию в представлениях больного о диагнозе, и тем самым сохраняют надежду на возможность благоприятного исхода.

Основное условие, которое следует учитывать при сообщении диагноза, знание того, что хочет и что боится услышать больной. Главное требование при сообщении диагноза и прогноза — это щажение чувств больного и его родных.

Никогда не следует обманывать. Лучше недоговорить, чем обмануть. Надо подбирать слова, чтобы они ободряли и в то же время не давали повода больному и его родным говорить, что врач их обманул или ошибся.

Прогнозирование в медицине всегда представляет собой сложную задачу. Очень часто то, что представляется больному и его родным не опасным, не тяжелым, на самом деле вовсе таким не является. Важно умение так отвечать на вопросы о прогнозе, чтобы избежать ятрогенного воздействия.

При сообщении прогноза, особенно если он неблагоприятный, надо быть экономным в словах. Не стоит вдаваться в подробности и прибегать к специальным терминам. Там, где это возможно, хорошо бы указать приблизительные сроки в изменениях течения болезни к лучшему. Более подробно описываются лекарства, порядок их приема, каковы они на вид и вкус и как себя вести после приема препаратов.

Особый характер носит объяснения врача в случае онкологического заболевания. Во многих случаях нет необходимости открыто говорить больному о наличии у него злокачественной опухоли. Расширение информации о болезни безусловно необходимо тогда, когда больной недооценивает степень риска и отказывается от операции или другого вида лечения, а также в особых ситуациях, связанных с юридическим оформлением передачи по наследству имущественных или иных прав пациента. Онкологические больные нуждаются в дифференцированной врачебной тактике и в плане общения и эмоционального контакта с учетом динамики "масштаба переживаний" больного по поводу своего состояния.

Эмоциональный аспект беседы и самоконтроль врача

Наряду с потребностью в разъяснениях, больной всегда испытывает потребность в определенном характере эмоционального общения с врачом. Больному важно видеть в враче не только хорошего специалиста, но и человека, который поймет его переживания, связанные с болезнью и его жизненной ситуацией.

Основу такого контакта между врачом и больным составляет доверительность. Обычно речь идет о доверии больного к врачу и сама ситуация болезни и ее лечения, содействует его повышению. Однако немаловажное значение имеет и

определенная степень доверия врача к своему больному. Последнее является существенным фактором, определяющим характер эмоциональной дистанции между терапевтом и пациентом. Здесь следует различать жалость (“мне жаль Вас”), симпатию (“я сочувствую Вам”) и эмпатию (“я с Вами”). Эмпатический подход необходим врачу прежде всего как человеческое отношение к пациенту, именно он необходим для углубления доверительного контакта.

Беседуя с пациентом и наблюдая за ним, врач нередко акцентирует внимание лишь на его реакциях и поведении и значительно реже — на своих собственных чувствах и поведении. Врачу следует помнить, что суть межличностного общения состоит в постоянном действии “обратной связи”. Врачу необходимо поддерживать в себе определенный эмоциональный самоконтроль, чтобы сохранить благожелательность даже при раздражительности, неадекватных реакциях и неадекватных установках больного. Скрываемое или недостаточно осознаваемое врачом негативное отношение к пациенту приводит к ухудшению контакта, так как больной улавливает невербальные проявления эмоций (мимика, жесты интонации голоса) и тем самым получает представление об истинном отношении к нему врача.

Невербальное поведение врача особенно обостренно воспринимается мнительными и недоверчивыми пациентами. Они часто больше верят выражению лица врача, чем его словам и это иногда может послужить источником “немой” ятрогении. В отношении таких пациентов весьма важным является убедительность и уверенность в разъяснении всех вопросов и сомнений больного. Врач также должен понимать, что его собственные чувства и отношения могут, в силу нарушения взаимоотношений с больным, влиять на правильность клинического анализа больных.

В психоанализе важное значение терапевтическим механизмам в лечебном процессе (“терапевтическом союзе” врача и больного) придают анализу переноса (трансферт), контрпереноса (контртрансферт) и сопротивления.

Перенос и “невроз переноса”. Перенос (от лат. transfere — переносить) был впервые описан Фрейдом и означает чувства и поведение больного по отношению к врачу, которые основаны на инфантильных желаниях больного. Другими словами, трансферт появляется тогда, когда пациент переносит на врача чувства любви или ненависти, которые он раньше испытывал к другому значимому для него человеку (часто к родителям). Врач в этом случае играет роль заместителя объекта любви.

Эти чувства являются бессознательными, но могут обнаруживаются в высказываниях больного, в свободных ассоциациях или в содержании сновидений. Перенос может быть позитивным, при котором врач видится личностью исключительных достоинств, способностей и характера (доверие, уважение, восхищение, любовь), или он может быть негативным, при котором его презирают и не видят никаких положительных качеств (недоверие, страх, отвращение, ненависть). Обе ситуации отражают потребность больного в повторении неразрешенных конфликтов детства.

Эти чувства пациента по отношению к врачу возникают самопроизвольно, т.е. при отсутствии в поведении врача объективных причин, которыми они могли бы быть объяснены. Важно отметить то, что Фрейд рассматривал трансферт как феномен, присущий любым человеческим отношениям и проявляющийся не только в терапевтическом сеансе, но и в обыденной жизни. Он подчеркивал, что хотя возникновение отношения переноса предполагает наличие двух субъектов, само отношение реализуется только одним из членов пары: ребенком, влюбленным, верующим, пациентом. При этом второй член пары наделяется всеми необходимыми для реализации отношения качествами. Чем сильнее стремление к реализации отношения, тем больше может быть разрыв между реальными и воображаемыми качествами врача. Наконец, возможно состояние трансферта, когда другой субъект полностью может быть продуктом воображения.

Так как феномен трансферта не осознается пациентом, то его при психоаналитической терапии используют для создания “невроза в миниатюре” — *невроза*

трансферта. При этом терапевт поощряет развитие трансферта не давая никаких объяснений по поводу его функционального значения. Невроз трансферта повышает вероятность появления у пациента инсайта — неожиданного осознания своих прочно укоренившихся способов переживания и чувств на значимых лиц, начиная с раннего детства. Ортодоксальный психоанализ рассматривает анализ переноса как абсолютно необходимый этап терапевтического процесса.

Противоперенос — точно так же как и перенос используется для отнесения всего диапазона ощущений врача по отношению к больному. Противоперенос так же имеет бессознательные элементы, основанные на конфликтах, о которых врач не подозревает. В идеале врач должен знать вопросы, касающиеся противопереноса, которые могут помешать его способности оставаться доброжелательным и объективным. Врач должен устранить эти препятствия самоанализом или прибегнув к помощи аналитика. Однако как бы то ни было, имеются больные, или группы больных, с которыми данному врачу трудно хорошо работать. Опытный врач, осознав это, отправляет таких больных к своему коллеге.

Терапевтический союз и явления сопротивления. Кроме бессознательных явлений переноса и противопереноса имеется, естественно, и реальная связь между врачом и больным, которая представляет связь между двумя взрослыми людьми, вступившими в совместное мероприятие, которое называют "терапевтическим" союзом. Оба посвящают себя раскрытию проблем больного, устанавливают взаимное доверие и сотрудничают друг с другом, чтобы достигнуть реальной цели — лечения или коренного улучшения состояния.

Ряд бессознательных идей или импульсов, которые были вытеснены когда-то и не допускаются в сознание, (неприемлемы для него по некоторым причинам), у обоих участников терапевтического союза могут влиять на успешность общения и лечения в целом. Фрейд называет эти феномены сопротивлением. Например, сопротивление со стороны пациента иногда бывает осознанным, а иногда не осознается и проявляется лишь опозданиями и пропусками приема врача. Фрейд полагает, что любое лечение может считаться психоанализом, если оно направлено на преодоление сопротивления и интерпретацию переносов.

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И БОЛЬНЫМ

После установления контакта между врачом и больным процесс общения приводит к созданию определенных форм взаимодействия между врачом и больным, которые устойчиво сохраняются в ходе терапии или изменяются на разных ее этапах. С точки зрения характера активности врача и степени участия больного в лечебном процессе можно выделить две основные формы их взаимоотношения: руководство и сотрудничество (партнерство).

Руководство — врач занимает ведущую, активную позицию, а больной остается сравнительно малоактивным. Руководство представляет собой выражение авторитета и власти специалиста, который всю ответственность за основные вопросы в период лечения берет на себя. Нередко такой врач наделяется "магическими" качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям. Эти больные воспринимали врача как доминирующую силу и были ориентированы на подчинение по типу "врач знает все, больной — ничего". Некоторым больным с относительно незрелой личностью, нуждающимся в руководстве, в авторитетных советах, этот тип контакта был необходим, для них он был эффективен на первом этапе лечения. Недостатком этого типа взаимоотношений является низкая активность больного, а также нередко зависимость от врача по завершении лечения. Разъяснения, советы и рекомендации достаточно обоснованы, когда они касаются медицинского аспекта болезни и лечения. Но обоснованность их значительно уменьшается, когда затрагиваются морально-ценностные вопросы. В этих случаях неизбежно отражаются собственные

ценностные ориентации врача, которые могут быть иными, чем у больного (например, проблемы брака, выбора профессии или перемены работы).

Партнерство — это модель не авторитарного сотрудничества, союза и предполагает активное участие больного в лечебном процессе, развитие его самостоятельности и ответственности в выборе альтернативных решений. Сотрудничество — наиболее эффективно у больных, стремящихся противодействовать болезни. Пациент ожидает, что врач будет обсуждать и согласовывать с ним все предпринимаемые им действия, оставляя право принятия решения за больным. Врач избегает давать прямые указания, рекомендации, советы относительно реальных жизненных проблем своего пациента, поскольку такое поведение может подкреплять тенденции ухода от принятия решений им самим.

Если на первом этапе лечения врач избирает стиль "руководства", то в последующем он может стремиться к установлению сотрудничества (партнерства) в общении с больным. На разных этапах лечения отношения между больным и врачом выполняют разные функции.

На первом этапе лечения доминирует установление взаимопонимания, согласование целей лечения.

На втором этапе лечения более определенно структурируется система взаимоотношений между больным и врачом, устанавливается стиль ролевого поведения каждого из них и степень участия в лечебном процессе. Врач использует взаимоотношения с пациентом как лечебный инструмент (эмоциональная поддержка, коррекция межличностного опыта, конфронтация и т.д.).

На третьем этапе лечения врач снижает свою активность, способствует углублению самостоятельности и независимости пациента.

Наиболее распространенным подходом к пониманию взаимоотношений врача и больного в отечественной медицине является представление об активной позиции врача, однако избегающего крайностей директивного и недирективного стилей.

В условиях платной медицинской помощи ожидания и требования пациента возрастают и некоторые параметры описанных моделей взаимоотношений, в частности ответственность и директивность, эмпатичность и искренность врача, подвергаются со стороны больных испытанию. В этих условиях все чаще стали вспоминать о так называемой ***"контрактной"*** (договорной) модели взаимоотношений "врач–пациент". С одной стороны, эта модель соответствует духу частного предпринимательства, рыночных отношений спроса и предложения, этике купли–продажи, а с другой, она позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоими участниками.

Само понятие контракта кажется мало совместимым с искусством врачевания, однако структура контрактного взаимоотношения может быть наполнена духовным, творческим, личностно–интимным содержанием. При этих условиях будет приемлемо такому типу взаимоотношений название *"конвенциальное сотрудничество"*. Здесь на первом плане стремление к согласованию понимания болезни, постановка реальных задач и ожидаемого результата, взаимные обязательства. Пациент, заключая контракт, полагает, что он получает гарантии на квалифицированную помощь, ее удобство и доступность (четкое расписание посещений, право прервать курс и найти другого врача). Он ожидает, что врач будет согласовывать с ним важнейшие шаги в ходе лечения. Одновременно, врач предъявляет к пациенту требования сотрудничать в ходе терапии, выполнять лечебные рекомендации и правила, следовать здоровому образу жизни. Согласовывается все — частота посещений, длительность лечения, предполагаемые результаты, стоимость. При неуверенности врач может предложить пациенту заключить соглашение всего на несколько посещений и если есть взаимная удовлетворенность оно может быть продлено.

Характер заболевания и тип контакта

Немаловажным фактором, который определяет формы взаимодействия врача и больного, является характер заболевания.

Руководство как модель полностью доминирующей позиции врача включает много вариантов. В случае, например, коматозного состояния и при выходе из него или в ситуации операции больной совершенно беспомощен и пассивен, всю ответственность врач в данных условиях берет на себя, лечение осуществляется без активного сознательного участия больного. Если же заболевание протекает остро (инфекции, травмы и т.д.), но с сохранением сознания, то пассивность больного уже не носит абсолютного характера. Врач обсуждает с ним ряд вопросов лечения, дает советы относительно поведения в данной ситуации.

Другая форма взаимодействия врача и больного — сотрудничество (партнерство) — также может иметь различные варианты в зависимости от характера заболевания, методов лечения. Эта форма взаимодействия особенно важна при хроническом течении заболевания, при неострых психических расстройствах или в период интенсивных реабилитационных мероприятий, т.е. в тех случаях, когда необходимо соучастие больного в лечебном процессе.

Особенности контакта с больными в терапевтической клинике

Формы взаимодействия врача и больного при лечении соматических заболеваний различны в острый период и в фазе выздоровления. В острый период врач должен быть достаточно активным при выявлении и разрешении всех вопросов, беспокоящих больного, так как в этот период больной обеспокоен своим состоянием, тревожен и нерешителен. Врачу надо быть особенно осторожным в высказываниях, так как больной с обостренным вниманием воспринимает каждое его слово. Вполне обоснованным на первом этапе является подчинение больного врачебным указаниям. Однако сохранение такой пассивной позиции пациента на последующих этапах лечения нежелательно и может способствовать усилению его социальной неприспособленности. К моменту выписки и на этапах амбулаторного лечения отношения врач–больной должны приобретать характер сотрудничества.

При лечении психосоматических заболеваний в процессе взаимодействия врача и больного удельный вес психотерапевтических мероприятий нарастает. При “ситуационных” (первично психогенных) психосоматических реакциях следует обратить внимание на механизмы психологической защиты. Необходимо пытаться формировать у больного более адекватные способы его реагирования на конфликтные ситуации.

При “личностном” варианте психосоматического реагирования врач использует различные психотерапевтические методы с целью коррекции нарушенных установок и взглядов больного на свое социальное окружение, пересмотр уровня притязаний. При выборе психотерапевтических методов при лечении психосоматических расстройств основной акцент делается не сколько на болезнь, а сколько на личность пациента и его ситуацию, важное значение придается особенностям взаимоотношений врача и больного, их “психологической совместимости”.

Различные нозологические формы заболеваний способствуют проявлению некоторых специфических особенностей клинических проявлений психологических изменений. Они обычно обусловлены локализацией патологического процесса,

длительностью заболевания, выраженностью болевого синдрома и другими факторами (например, при сердечно-сосудистых заболеваниях имеет место феномен, который R. Johnson назвал “социокультурной символикой сердца”, связанный с тем значением, которое придает человек сердцу).

Особенности контакта с больными в хирургической клинике

При оперативных вмешательствах предпочтительным также является врачебное руководство. Однако положение существенно меняется после операции, возникает новая ситуация и новые задачи лечения, которые требуют партнерства, активного участия больного в лечении и реабилитации.

Элементы сотрудничества важно формировать уже в предоперационный период, нередко в условиях жесткого лимита времени. Преодоление страха перед операцией достигается хирургом либо суггестивным влиянием при большой вере в него пациента, либо выяснением имеющихся у больного сомнений и разубеждением.

Замечено, что легче успокоить больных, когда их страх отчетливо проявляется в поведении. Значительно труднее это бывает в отношении других больных — хладнокровных, рассудительных, дисциплинированных. У таких больных страхи могут проявляться в виде кризов, коллапса, шока или в неожиданных и необычных психопатологических симптомах. Не следует жалеть времени на психологическую подготовку таких больных к операции. По мнению И. Харди (1981) психологическая подготовка к операции должна проводиться столь же тщательно, как и подготовка операционного поля.

Особенности контакта с больными в акушерско–гинекологической клинике

Акушерская наука самая древняя, она зародилась одновременно с появлением человека на земле. За это время вырабатывались нормы поведения, которые определяли и определяют взаимоотношения межу врачом с одной стороны, и беременной, роженицей, родильницей, больной и ее родственниками, — с другой. Эти взаимоотношения постоянно совершенствуются и закрепляются в определенных письменных трактатах, положениях, а также передаются из уст в уста от поколения к поколению от старших медицинских работников родовспоможения младшим. Эти взаимоотношения и особенно те, которые проверены жизнью приобретают форму законов и кодексов, нарушение которых считается предосудительным.

Эти взаимоотношения всегда должны складываться таким образом, чтобы они приносили только пользу матери, ребенку и их родственникам. Еще совсем недавно в нашей стране присутствие мужа при родах у жены считалось недопустимым, однако практика показывает, что вовлечение отца ребенка к психологической поддержке беременной как в период психопрофилактической подготовки ее к родам, так и в процессе самих родов, позволяет более эффективно создавать атмосферу уверенности в благоприятном завершении беременности, управлять родами, способствует консолидации семейной группы.

Бондинг (англ. bonding – сцепление) — процесс образования первичной эмоциональной связи между новорожденным и родителями. Особое значение при этом

придается контактам матери и ребенка сразу после родов. Ряд психологов считают, что наиболее ранние контакты родителей с ребенком имеют важное психологическое значение для упрочения уз, соединяющих детей и родителей. Ранние дополнительные контакты могут оказаться особенно полезными для несовершеннолетних матерей, либо для тех, у кого дети родились недоношенными или относятся к группе риска, так как при рождении ребенка им труднее почувствовать привязанность к нему в силу его неполноценности. Обычно тяжелее протекают психологические реакции матерей на роды с помощью кесарева сечения. Они чаще испытывают более сильную депрессию, испытывают разочарование, медлят с выбором имени для малыша, испытывают большие трудности при его кормлении. Однако другие исследователи полагают, что бондинг не имеет такого существенного значения, какое ему приписывается. Они считают, что, за исключением матерей и детей, относящихся к группе повышенного риска, ранний интенсивный контакт не оказывает сколько–нибудь значительного влияния (Field, 1979).

Древнейшая латинская пословица, которой издана руководствуются в медицине, гласит: “Прежде всего не вреди”. Акушер должен учитывать то, что психологическая настроенность беременной со сроком беременности изменяется. Эти изменения также имеют зависимость и от внешних факторов — семейного благополучия, материальной обеспеченности, условий труда и т.п. При ведении родов применяемые акушером психологические приемы и особенности взаимоотношений с рожающей женщиной также различны и по периодам родов. Врачу, как правило, приходится активно руководить поведением роженицы. Эти приемы будут различными и для рожениц с различной акушерской патологией и экстрагенитальными заболеваниями.

Некоторые исследователи полагают, что у женщин в родах и раннем послеродовом периоде возникает “особое” сознание, названное D. Winnicott (1958) как “первичная материнская сосредоточенность”, когда “часть личности как бы отключается, а остающаяся часть сосредотачивается на родах, на заботе о ребенке”. Автор объясняет это эволюционной целесообразностью, когда “регрессия матери служит цели продолжения рода”. Современные исследователи сознания относят феномены “необычности собственного психического состояния” (в чем–то сходные с некоторыми проявлениями “пикового переживания” Маслоу), которые, как полагают они, встречаются у 60–80% рожающих женщин, к измененным состояниям сознания (Спивак Л.И., Спивак Д.Л., Вистранд К., 1994)..

В частности, немалое число женщин, вспоминая роды до мельчайших подробностей, обозначают основной эмоциональный фон как “радость”, но поясняют, что это чувство отличается от такового в обычном понимании — оно существенно больше. Особенностями “радости” у обследованных были — неожиданно наступающие приступы этого чувства, его яркая эмоциональная насыщенность, отсутствие для самой пациентки четкой мотивировки, а иногда одновременное сосуществование полярных чувств (радости и горя, боли, страха). Отмечается часто и отсутствие связи между возникшей эмоцией и семейным или социальным положением, даже в тех случаях, когда ребенок был нежелательным. Полагают, что все психические феномены измененных состояний сознания, отличающиеся как от психической нормы, так и от психической патологии, являются проявлениями бессознательной психической деятельности здорового человека, находящегося в необычных условиях существования (активация древних механизмов психики, которые обычно подавляются активно бодрствующим сознанием).

Особенности контакта с больными в педиатрической клинике

Ребенок, поступая в клинику, испытывает прежде всего страх. Ему страшно остаться без мамы, страшно среди чужих людей, одетых в белые халаты. Ребенок боится каждого прикосновения к нему, потому что боится боли. Он плачет уже на пути в палату, плачет в палате, процедурной и перевязочной. И плач этот ни в коей мере не способствует выздоровлению. Значит, первая обязанность врача или

медицинской сестры — успокоить ребенка. Убедить его в том, что он любим и дорог, а в “больничке” так же, как дома. И как пишет, детский хирург В.А. Кудрявцев (2000), убедить ребенка можно только в том случае, если в ваших словах нет фальши, если вы действительно добры и терпимы по отношению к своим маленьким пациентам.

Больного ребенка никогда не следует обманывать. Обманутый однажды, он больше не поверит вам. Понятно, что правда для ребенка не совсем та, что правда для взрослого. Скажите ребенку, что в операционной ему будут греть живот большой лампой и он будет дышать воздухом с лекарствами из маски, как это делают летчики при полетах на большой высоте. Для ребенка это будет полной правдой, так как именно это он будет видеть и делать в операционной до наркозного сна.

Неприятные ощущения ребенку в больнице могут доставлять не только болезненные, но и так называемые “стыдные” процедуры и манипуляции. С чувством стыда у ребенка нельзя не считаться — у него тоже есть и самолюбие, и чувство достоинства, иногда даже обостренное. Поэтому никогда не следует проводить эти процедуры и манипуляции (ректальный осмотр, катетеризацию мочевого пузыря др.) в палате в присутствии других детей. Увиденное ими может в последующем стать предметом насмешек над ребенком. Пусть эти интимные процедуры останутся общим с ним маленьким секретом.

Иногда считают, что дети не понимают смысла разговоров врачей о тяжести их заболевания и прогнозе. Но это далеко не так. Дети с тяжелыми заболеваниями, лишенные возможности принимать участие в подвижных играх, обычно много читают, размышляют и потому не по возрасту умны, подчас становятся набожными. Они очень внимательно прислушиваются к разговорам врачей и по-своему остро, иногда глубже, чем взрослые, их переживают. Поэтому на обходах больных лучше всего обсуждать у постели ребенка только то, что хорошо для него, а проблемные ситуации должны обсуждаться без детей.

В детских клиниках обычно более проблемными бывают не взаимоотношения врачей с детьми, а взаимоотношения с родителями детей. Следует понимать родителей, их тревогу и беспокойство за судьбу своего ребенка, успешность лечения. По сути у родителей больных детей развивается своеобразное “психическое расстройство”, особенно у матерей. И чем выше тяжесть заболевания у ребенка, тем более выражена клиника стрессового расстройства у родителей. Свои взаимоотношения с родителями врачи и должны строить с учетом этого особого их психического состояния. Порой не следует ждать от них всегда трезвых и взвешенных поступков. Не следует врачу и обвинять родителей в неспособности с первого разговора принять ответственное решение (например, дать письменное согласие на проведение хирургической операции ребенку) и выплескивать на них за это свои эмоции. Врач должен спокойным и выдержанным и только это может переломить ситуацию в их убеждении принять правильное решение.

Информирование родителей о болезни ребенка должно быть исчерпывающим и совершенно правдивым. Ни в коем случае нельзя успокаивать обеспокоенных родителей, упрощая ситуацию, или заверять о благополучном исходе там, где врач не уверен. При неблагоприятном исходе эти благие “психотерапевтические” намерения врача могут обернуться против него самого: вы говорили, что все будет хорошо, но так не произошло, значит вы ошиблись или что-то сделали не так. Это порождает жалобы, судебные или иные разбирательства, нервирующие врача и родителей.

Особенности контакта с больными в психиатрической клинике

При лечении психических заболеваний тип контакта врача с больным чаще определяется особенностями их психопатологии. Вне зависимости от предлагаемых типологий взаимоотношений врача и больного в психиатрии все авторы подчеркивают роль положительной эмоциональности врача в психотерапевтическом подходе при общении с душевнобольными, что улучшает их взаимоотношения с окружающими. Важно умение врача поддерживать коммуникацию.

В литературе описывается много различных форм недирективного поведения врача в общении с душевнобольными: отражение, прояснение, приближение к действительности и другие (Rogiewicz A., 1978). Все они способствуют более реалистической оценке больными действительности. Замечено, что более эмпатийные психиатры добиваются лучших успехов в лечении больных шизофренией, а психиатры более эмоционально нейтральные, предпочитающие технические приемы, оказываются более результативными у невротиков. При депрессиях отмечается повышенная потребность больных в зависимости. Директивность, готовность психиатра к почти постоянному пребыванию рядом с пациентом, формирование положительного эмоционального контакта является часто гарантией сохранения жизни депрессивного больного. По мере уменьшения степени депрессии следует постепенно уменьшать и зависимость больного, переходить от директивности к недирективности в отношениях с ним.

Отражение — возвращение пациенту его высказываний (вопросов, мнений, чувств), но в иной форме. Например, больной: “Я могу сейчас уйти из больницы?” — врач: “Судите сами, будет ли это целесообразно и возможно именно сейчас”. Или в ответ на агрессивное высказывание пациента: “Я хотел бы убить Вас за это” врач спрашивает: “То, что я говорю, вызывает у Вас гнев?”. Если пациент передает важные мысли и чувства, врач отражает их, начиная словами: “Вы считаете (чувствуете), что...”.

Отражение, как форма реагирования, дает возможность больному точнее осознать сказанное им самим, склоняет к рефлексии по поводу собственных высказываний и одновременно означает, что его высказывания являются серьезными и стоящими размышления.

Прояснение (кларификация) — прием, который определяется как попытка придать ясный смысл неотчетливым, неточным высказываниям больного. Врач уточняет высказывания больного начиная со слов: “Я понял, что...”, “Из вашего высказывания вытекает, что...”. Уяснение в информационном плане полезно не только врачу, но и больному.

Приближение к действительности — это форма реагирования врача на обманы восприятия у больных, бредовые построения. Врач сообщает больному свое видение мира, не вступая с ним в спор и не отрицая его переживаний: “Я не вижу в этой комнате никого”, “Я не заметил того, что кто-то к Вам плохо относится” и т.п. Иногда предлагается оценивать бредовые высказывания как символические, отражающие соответствующие эмоции. Например, больной говорит, что он бог. В ответ на это врач отвечает: “Вы хотите сказать, что Вы самый мудрый, сильный и лучший среди людей”.

Особенности контакта с больными в клинике неврозов

Только шоковая психическая травма может вызвать невроз у полностью здоровой личности Обычные же психотравмирующие ситуации носят “медленный”

характер и декомпенсируют психику постепенно. Степень вероятности срыва зависит от многих факторов, например, возрастного. Существуют возрастные периоды, когда опасность срыва более вероятна, это пубертатный, климактерический, старение, а также кризисы взрослых людей, происходящие обычно в 28-30 лет, 40-45 лет, 55-56 лет. Лейтмотивом этих кризисов является несоответствие задуманного и сделанного в жизни, переоценка жизненных ценностей. Также патогенными в этом плане психической дезадаптации являются ситуации ломки жизненного стереотипа (“боевого крещения”) — начало трудовой деятельности, семейной жизни или службы в армии и т. д., что декомпенсирует больного быстрее и легче.

Первым этапом дезадаптации психики является появление “проблемных жалоб” Они отражают социальную сторону ситуации больные жалуются на производственные конфликты, семейные неурядицы, но главное — жалоб на свое здоровье пока еще нет. Этот этап носит название ситуационной обратимой психической дезадаптации, за ним следует этап патологической психической дезадаптации, предболезненное по отношению к неврозу состояние. На этом этапе появляются первые жалобы уже не проблемного, а болезненного характера: на головную боль, раздражительность и другие. Если ситуация не разрешается и больному не оказывается помощь, возникает собственно заболевание — невроз. При длительности не более 2-3 месяцев его можно рассматривать как невротическую реакцию. Невроз, затянувшийся на годы, носит название невротического развития.

Невроз — функциональное расстройство центральной нервной системы. Его причина — психотравмирующая ситуация, вследствие которой нарушаются важные для больного жизненные отношения. Астения и перенапряжение вегетативной нервной системы приводят к целому комплексу вегетативных дисфункций. Они проявляются в виде жалоб на нарушение деятельности каких-либо органов, но объективных изменений найти не удается. Известно, что до 80% больных соматических клиник обнаруживают признаки невротизации разной степени выраженности.

Взаимоотношения врача и больного неврозом имеют особенности в зависимости от применяемых методов лечения. При выборе методов психотерапии следует учитывать, что чем более реактивным является заболевание, тем легче снимаются его проявления с помощью симптоматической психотерапии, в частности директивно-суггестивных методов. Но чем глубже изменила болезнь отношения и характер личности, тем более необходима в лечении такого больного патогенетическая психотерапия, направленная на реорганизацию личности (Мясищев В.Н., 1973).

Особенности контакта с больным в стоматологической клинике

Стоматология исторически изначально тяготеет к мануальным и техническим аспектам лечения. Однако и она совершала развитие, приведшее ее к все более тесной связи с общей медициной. Возрастающее значение психологии для современной профессиональной деятельности, удовлетворяющее не только техническим, но прежде всего этическим и социальным требованиям, особенно заметно на примере профилактической стоматологии (Fisch M., 1996).

Зона рта и губ относится к интимной зоне. Она непосредственно связана с чувствами и загружена положительным и отрицательным аффектом.

Вмешательство здесь воспринимается весьма личностно близким и находится под решающим влиянием личности стоматолога.

Психологические исследования показывают, что зубы имеют ценность силы, потенции в широком смысле, украшения и красоты, выходящую за пределы свой анатомической структуры и организации. Их символическая ценность, сравнимая с таковой по поводу волос на голове, оказывает в качестве признака здоровья и совершенства влияние на эстетическое восприятие собственной ценности и связанное с этим психофизическое самочувствие. Особенно важную роль в этом плане играют передние зубы и хотя не менее важная жевательная функция, локализующаяся в менее видных зонах, получает меньшее внимание, чем передние зубы.

Психологической проблемой является и то, что несмотря на относительно высокую ценность зубов и широкую санитарно-просветительную работу, проводимую средствами массовой информации в этом отношении, приходится все еще стимулировать волю к самодисциплине и простым мерам профилактики для сохранения здоровья полости рта у большинства больных.

Приход к зубному врачу часто является стрессом для больного, связанный со страхом ожидания, напряженностью и вегетативной дистонией, а стоматологическая терапия, несмотря на столь широкие сегодняшние возможности аналгезии, все еще воспринимается некоторыми пациентами как болезненные и даже агрессивные.

Следует учесть также, что больные часто собираются к стоматологу с некоторым чувством вины, предполагая, что сами во многом виноваты в появлении своих страданий. Страх и чувство вины является, вероятно, важнейшими факторами, ведущими к пренебрежению регулярными контрольными осмотрами у врача.

Инструментально обусловленные трудности вербальной коммуникации и физическая близость к врачу также вызывают чувство беззащитности и беспомощности. Этот страх может выражаться в разных реакциях, например, бегстве от лечения или откладывании консультации, агрессии, физическом сопротивлении, кусании.

Первый контакт и первый разговор между стоматологом и больным могут оказаться решающими для дальнейшего поведения больного и хода терапии. При этом врач должен знать, что стоящий на переднем плане страх в современной психологии уже не воспринимается больше как патологическое отклонение функции, а как нормальная, здоровая реакция предупредительной системы. Поэтому его задачей является побудить больного признать свой страх, жить с ним и справляться с ним. Стоматолог должен знать, что пациент сегодня хочет восприниматься как партнер, поскольку часто не является медицински или стоматологически безграмотным. Пациент невольно ожидает при входе в кабинет эмоционального отклика врача, который предложит ему помощь и поддержку.

Работа в полости рта означает вмешательство в психологически особенно чувствительной зоне. Близкий контакт лицом к лицу может вызывать иногда ощущение зондирования совести до самой глубины души, или беспощадного раскрытия самых тайных чувств.

Имеются группы больных, предъявляющие повышенные требования к психологической эмпатии врача — это дети и подростки с их возрастной лабильностью и ранимостью, невротики с их неосознаваемыми страхами и не переработанными конфликтами, а также пожилые больные и инвалиды,

возлагающие дополнительные обязанности на стоматолога благодаря своим социальным и медицинским проблемам.

Стоматологическое обслуживание детей должно начинаться уже во время беременности во время санитарно–просветительной работы с матерями о возможностях предохранения от порчи зубов. Установки родителей по этим вопросам существенно влияют на соответствующее поведение ребенка. Дети особенно склонны к тому, чтобы проецировать в ситуацию лечения у стоматолога свои личные проблемы и страхи. Они в гораздо большей степени воспринимают стоматологическое лечение как конфликтную ситуацию, в которую они вовлечены против своей воли, и которой они не могут сопротивляться безнаказанно. Ребенок видит себя перед проблемой, не имеющей удовлетворительного решения.

Регулирование положения зубов у детей предъявляет к ребенку гораздо большие требования, чем лечение зубов, поскольку в результате бросающихся в глаза положения зубов и аппаратуры он нередко страдает от чувства собственной неполноценности. Кроме того уже сейчас не вызывает сомнения факты говорящие о психосоматических аспектах челюстной ортопедии, традиционно ориентированной на технически ориентированное лечение. За дефектами формирования челюсти у ребенка могут стоять факторы, связанные с наследственностью, неразрешенными личностными конфликтами и трудностями социальной адаптации, глубинными ранними нарушениями между матерью и ребенком.

В стоматологической практике встречается категория больных, которые жалуются на боли, неприятные ощущения в зубах, челюстях, языке, губах и других частях лица, причина которых не ясна или объективные изменения не соответствуют жалобам больного. Ряд больных предъявляют стоматологу упорные жалобы на боли в языке (глоссалгия) и различные нарушения типа затруднений движения языка (глоссадиния). Боли, жжение в языке мучают больного — они снимают коронки, просят “спилить острые углы на зубах”, просят удалить “мешающие” при разговоре и еде зубы. Значительная часть таких больных может страдать маскированной (ларвированной) депрессией. Собственно психические проявления депрессии (подавленность, “тусклость” настроения, снижение витальных функций) здесь трудно уловимы даже для опытного психиатра, иногда только пробное лечение антидепрессивными препаратами помогает поставить правильный диагноз.

Наряду с нестабильными, всегда мечущимися от одного зубного врача к другому в поисках того, кому они согласны доверять, и претенциозными больными, категорично настаивающими на проведении определенных методов лечения, имеется еще определенный тип трудных больных. Их всех отличает невротический страх, встречающийся в рамках 4-х личностных структур. Все это скрыто в ранней биографии больного и не может быть снято простыми уговорами.

Больные с преимущественно *истерической* структурой представляют источник наиболее острых трудностей. их страх легко переходит в соматические состояния, например, в обмороки. Повышенная внушаемость делает их доступными психологической помощи. На них хорошо действует спокойная, деловая, благожелательная, но твердая позиция стоматолога, если она принимает характер некоторого балования в сочетании с теплотой, сердечностью и юмором.

Пациенты с *обсессивными чертами* чаще закрепощены, зажаты, полны сомнений и робости. Их неспособность к принятию решений затягивает визит к зубному врачу. Выраженные симптомы навязчивостей, как, например страх загрязнения, могут затруднить стоматологическую работу, делая ее нередко возможной лишь после психотерапевтического вмешательства. Часто страх

больных перемещается в чисто соматическую сферу в виде бледности кожи, тахикардии. У них показан контроль сердечно-сосудистой системы.

Больные с *депрессивной структурой* с готовностью подчиняются указаниям врача, что, однако, не должно вводить в заблуждение относительно их ограниченных возможностей психической выносливости. Зуб для них имеет повышенное символическое содержание, в связи с чем они трагичнее, чем обычный больной, воспринимают их дефект или потерю, как и всю ситуацию лечения. Решающим здесь должно являться то, что больной должен восприниматься как личность, а не случай.

Шизоидные больные вследствие нарушений раннего психического развития демонстрируют недостаточный контакт с окружающим миром. Их недостаточное "психологическое питание" в раннем детстве порождает в них базисное недоверие, ведущее к кверулянтской позиции, ипохондричности, враждебности и даже провокациям в адрес зубного врача. Они представляют собой наиболее тяжелую интерперсональную нагрузку в стоматологической практике. Если врач выстоит, проявляя спокойное, доброжелательное, эмпатическое терпение и деловитость, больной вознаградит его психологическое понимание верностью.

Реакции больных на повреждения лица. Значительно тяжелее, чем травматическую потерю части тела, больные переживают повреждения лица. В обществе лицо человека играет роль не только в создании впечатления на других людей, но и в создании впечатления о самом себе. Лицо связано с эмоциональной сферой и разрушение этой связи приводит к тяжелым изменениям эмоций, самосознания. У людей с повреждениями лица (ожоги) нередко возникает отвращение к себе, они становятся чувствительными к высказываниям окружающих, развивается подозрительность, чрезмерная обидчивость. Возможны и длительные расстройства настроения — депрессии, нередки попытки на самоубийство. Часто развиваются стойкие изменения характера по типу патологического развития (возбудимость, истеричность, подозрительность с переходом в параноальность). Не следует забывать, что после оперативных вмешательств на лице, больного следует специально готовить к "первому взгляду на себя в зеркало".

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГА В МЕДИЦИНЕ

Очень важно взаимодействие врача с психологом на протяжении всей работы с больным человеком. Как правило, психолог мыслит нематериальными категориями, но он способен сблизить свои профессиональные позиции с профессиональными позициями врача. Его главной задачей является осуществление мер, препятствующих подходу к больному как к практически обезличенному функциональному объекту врачебного воздействия, а также проведение совместно с врачом психогигиенических и психопрофилактических мероприятий.

Одним из основных аспектов деятельности клинического психолога в медицинских учреждениях является его участие в диагностическом процессе, использование результатов психологических исследований для уточнения роли психического фактора в механизмах различных заболеваний, их течении, компенсации и декомпенсации.

В психиатрических клиниках повседневная деятельность клинического психолога заключается в участии в диагностике неврозов и других пограничных нервно–психических состояний, шизофрении, органических заболеваний мозга и других болезней. В психиатрической практике нередко возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики между неврозами и органическими

заболеваниями мозга или шизофренией. Изменения в познавательной деятельности, эмоциональные расстройства могут выявляться в психологическом эксперименте раньше и более отчетливо, чем в обычной клинической беседе.

Особенно велика роль клинического психолога в диагностике неврозов, составлении плана психотерапевтических мероприятий и его осуществлении. Схематично особенности психологического исследования могут быть представлены следующим образом (по Карвасарскому Б.Д.):

- изучение личности больного и его системы жизненных отношений;
- выявление зоны психотравмирующих переживаний и сущности невротического психологического конфликта;
- характеристика основных психических процессов и состояний.

В соматической клинике психологическое исследование направлено на изучение особенностей личности больного, определение внутренней картины болезни, характеристику психических процессов (их сохранность или возможные нарушения).

Очень велика роль клинического психолога в осуществлении различного вида экспертиз. Основным содержанием экспертного психологического заключения является качественный анализ изменений психической деятельности испытуемого. Важно подчеркнуть, что экспертную психологическую практику характеризует целостный подход, когда анализируются все психологические особенности испытуемого (психические процессы, интеллект, личность и т.п.).

Ситуация врачебно–трудовой экспертизы значительно отличается от обычной лечебно–диагностической ситуации "врач–больной". Здесь клиническому психологу следует всегда учитывать установку индивида, проходящего экспертизу, а также позиции самого эксперта и особенности контакта с больным при вынесении экспертного заключения.

При проведении судебно–психологической экспертизы клинический психолог уже выступает в самостоятельной роли эксперта. Возможность такой экспертизы заложена и в законодательно изложенной "формуле невменяемости", включающей два критерия: медицинский (биологический) и юридический (психологический).

Участие клинического психолога в проведении медико-педагогической экспертизы тесно связано с теми вопросами, которые решаются им в детских и подростковых психоневрологических учреждениях — поиск причин неуспеваемости ребенка (отставание в психическом развитии, астенизация, психическое заболевание, педагогическая запущенность и т.п.).

Сейчас психологом, работающим в системе здравоохранения, решается масса задач оказания и психологической помощи в форме психологического консультирования, психологической коррекции или собственно психотерапии. Клинический психолог принимает участие совместно с врачом в проведении практически всех лечебных мероприятий как в клиниках психиатрического, так и соматического профиля.

Краткое содержание и выводы

Процесс лечения любого заболевания сопровождается рядом психологических явлений, связанных как с личностью врача, так и с личностью больного, а также в связи с применяемыми терапевтическими методами.

Требования к личностным качествам врача определяются спецификой врачебной профессии. Кроме профессиональной квалификации к личности врача

предъявляются особые качества, описанные еще Гиппократом в его знаменитой “клятве”, которую давали люди, посвятившие себя врачеванию (гуманистические начала, умение хранить врачебную тайну, общая и профессиональная культура врача). Современные требования к личности врача, его внешнему облику и поведению оформлены в специальном учении — медицинской деонтологии и этике. В настоящее время большое внимание уделяется профилактике последствий специфических вредностей врачебной профессии — профессиональной личностной деформации, синдрому хронической усталости и синдрому “эмоционального выгорания”.

При изучении у больных их образов “идеального врача” выделено ряд факторов, влияющих на процесс взаимодействия врача и больного. Однако среди них более значимыми оказываются также личностно–характерологические качества врача, его эмпатийность. При описании личности больного в аспекте его контактности с врачом подчеркивается, что больной, как правило, имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями. В то время как врач ограничен в своем выборе пациента и должен быть подготовлен к общению с любым человеком.

Практически любая встреча врача с больным, даже если она предпринимается с диагностической целью, важна для установления оптимального психологического контакта, несет в себе психотерапевтический потенциал. При этом подчеркивается, что врач должен владеть техниками как активного слушания больного, так и техниками убеждения. Врач также должен помнить, что он сам является источником невербальной информации для больного о его болезни, как жесты и мимика самого больного могут служить важным источником информации для врача о психологическом состоянии пациента.

Большое значение в повседневной работе врача придается его беседам с больным. Любая беседа должна быть структурирована и заключаться подведением итогов. Любая беседа несет в себе как познавательный, так и эмоциональный аспекты. При построении познавательного аспекта беседы врачу важно знать характер “масштаба переживаний” своей болезни пациентом. Только с учетом этого и особенностей личности больного врач передает максимально доступно и правдиво пациенту свое видение и понимание болезни. Устранение дефицита информации о болезни — важнейший компонент малой повседневной психотерапии лечащего врача по Вотчалу. Основу эмоционального аспекта беседы составляет атмосфера доверительности и эмпатийности контакта с больным. При этом следует помнить об эффектах “переноса” и “контрпереноса” определенных эмоций и чувств участниками диалога друг на друга. Эти неоосознаваемые процессы были описаны еще в психоанализе.

С точки зрения активности врача и степени участия больного в лечебном процессе выделяют две основные формы взаимодействия врача с больным — руководство и сотрудничество. Подчеркивается, что более активная, руководящая позиция врача более уместна в острый период болезни. По мере выздоровления роль партнерских взаимоотношений с более активным участием самого больного в лечебном процессе должна соответственно нарастать. На особенности психологического контакта и построения взаимоотношений врача с больным существенное влияние оказывает характер самой болезни. Существуют определенные особенности контакта с больными, которые лечатся в терапевтической, хирургической, психиатрической и других клиниках.

Вопросы для самопроверки

1. Из каких главных компонентов складываются психологические аспекты повседневной деятельности врача любой специальности?
2. Почему к личности медицинского работника предъявляются особые требования? Каковы главные особенности требований к личности врача?
3. В чем отличия “профессиональной деформации” от синдрома “эмоционального сгорания” у медицинских работников?
4. Как проявляется синдром хронической усталости у медицинских работников? Каковы основные пути его профилактики?
5. Какие типы представлений об образе “идеального” лечащего врача предпочитают больные страдающие неврозами (истероневроз, фобический невроз, неврастения)?
6. Каковы особенности контакта с больными с различными личностными особенностями по фактору экстра– и интроверсии, другими характерологическими акцентуациями?
7. В чем различия оценочного и безоценочного слушания больного? Что собой представляет “бессловесное общение”?
8. Перечислите основные техники убеждения? Что следует делать врачу, втянутому в конфликтный спор?
9. Перечислите пять основных компонентов любой беседы с больным? Почему в любой беседе с больным необходимо выделять ее познавательный и эмоциональный аспекты?
10. Что собой представляет “невроз переноса” и как он используется психоаналитиками в терапевтических целях?
11. Меняются ли основные формы взаимодействия между врачом и больным (руководство или партнерство) в динамике лечебного процесса?
12. Каковы особенности психологического контакта с больными, которые лечатся в разных клиниках? Как характер заболевания влияет на психологический контакт с больным и стиль взаимоотношений врача и больного?

ГЛАВА 34

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Соотношение различных видов психологической помощи

Оказание психологической помощи — одна из наиболее значимых проблем в клинической психологии. Она необходима здоровым людям (клиенты) с разнообразными житейскими проблемами, находящихся в кризисном состоянии, а также больным (пациентам) с различными психическими и соматическими заболеваниями, имеющими психологические проблемы, невротические и психосоматические расстройства, а также характерологические и личностные отклонения.

Психологическая помощь — область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей. Она может адресовываться как отдельному субъекту, так и группе, организации.

В клинической психологии психологическая помощь включает предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления у него психологических или психопатологических феноменов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для повышения порога фрустрационной толерантности, формирования стрессо– и неврозоустойчивости.

Основными способами оказания психологической помощи в клинической психологии являются психологическое консультирование, психологическая коррекция (психокоррекция) и психотерапия. Все они направлены на различные стороны личности, но различаются по целям и способам воздействия. Все виды психологической помощи могут применяться раздельно и в сочетании.

Психологическое консультирование — главной целью его является научно организованное информирование клиента (пациента) о его психологических проблемах с учетом его личностных ценностей и индивидуальных особенностей с целью формирования активной личностной позиции, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь (принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей). Консультирование помогает человеку выбирать и действовать по своему усмотрению, помогает обучаться новому поведению, способствует развитию личности. В консультировании акцентируется ответственность клиента, т.е. признается, что независимый, ответственный индивид способен в соответствующих обстоятельствах принимать самостоятельные решения, а консультант создает условия, которые поощряют волевое поведение клиента (Кочюнас Р., 1999).

От классической психотерапии психологическое консультирование отличает отказ от концепции болезни, при этом основное внимание уделяется ситуации и личностным ресурсам клиента по ее преодолению. От обучения консультативную психологию отличает придание значения не столько знаниям, которые сообщаются пациенту в ходе консультативных встреч, сколько особым взаимоотношениям

между консультантом и клиентом, порождающим у последнего дополнительные возможности самостоятельного преодоления трудностей. Однако между этими тремя областями жестких границ нет — модели обучения, консультирования и психотерапии взаимообогащают друг друга.

Консультирование в большей степени ориентируется на психологическое воздействие, т.к. учитывает цели пациента. Вследствие этого в процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида, расширение представлений о себе, ситуации, вариантах преодоления жизненных сложностей, внутриличностных конфликтов и приобретения навыков психологической защиты и компенсации.

Основным методом психологического консультирования является *интервью*. Психолог–консультант не занимается постановкой диагноза, он анализирует ситуацию клиента с целью создания для него альтернативных вариантов действий, переживаний, чувств, мыслей, целей и т.п. Тема интервью задается клиентом всегда в определенном индивидуальном контексте (например, переживание своей родительской некомпетентности может подаваться в условиях неполной семьи, повторного брака или человеком с правами попечителя, а не родителя). Не только объективные данные о контексте, но и отношение к ним клиента являются важной составной частью заявленной темы (Абрамова Г.С., 1994). Обычно описывается пяти–шаговая модель процесса интервью.

На первой стадии интервью — структурирования, достижения взаимопонимания (ее часто маркируют словом: “Привет”!) психолог решает проблемы установления контакта. Эта стадия интервью заканчивается, когда достигнуто соответствие психолога и клиента, которое кратко можно выразить в следующей формулировке: “Я его чувствую, понимаю” (Психолог), “Меня слушают, я доверяю этому человеку” (Клиент).

Вторая стадия (маркировка — “В чем проблема?”) обычно начинается с уточнения контекста темы, происходит выделение проблемы, решается вопрос о потенциальных возможностях клиента в ее решении.

На третьей стадии интервью уточняется желаемый для клиента результат разрешения проблемы: “Чего вы хотите добиться?”. Психолог помогает клиенту определить свой идеал, обсуждается также вопрос о том, что произойдет, когда желаемый результат будет достигнут.

Четвертая стадия заключается в выработке альтернативных решений — “Что мы еще можем сделать по этому поводу?”. Эта стадия может быть самой длительной, особенно при ригидности клиента в выборе альтернатив. Психолог должен учитывать, что верное для него решение может быть неверным для клиента, а для некоторых из них нужны просто четкие директивные рекомендации.

Пятая стадия интервью — обобщение предыдущих этапов, переход от обучения к действию Маркировка этапа — “Вы будете делать это?”.

Психологическая коррекция (психокоррекция) — понимается как деятельность специалиста по исправлению (корректировке) тех особенностей личности, психического развития клиента, которые не являются оптимальными для него. Ее целью является выработка и овладение навыками адекватной для индивида и эффективной для сохранения здоровья и психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе.

Методы коррекции, как и психологического консультирования, многообразны, выбор их зависит от того, к какой школе принадлежит психолог (подходы: поведенческий, психоаналитический, экзистенциально–гуманистический, когнитивный, деятельностный, трансперсональный и другие).

Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и формирования, что обычно связано с не-способностью человека самостоятельно (даже при приобретении знаний и навыков

саморегуляции) изменить параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики.

В зарубежной литературе вместо понятия “психологическая коррекция” предпочитают пользоваться термином “психологическое вмешательство”. Термин “психологическая коррекция” получил распространение в начале 70–х годов 20 в., когда психологи стали активно работать в области психотерапии, прежде всего, групповой. Поскольку психотерапия является лечебной практикой, то распространение термина “психологическая коррекция” в определенной степени было направлено на преодоление этой ситуации: врач занимается психотерапией, а психолог — психологической коррекцией (Карвасарский Б.Д., 2000). По вопросу соотношения понятий “психотерапия” и “психологическая коррекция” существуют две основные точки зрения. Одна из них заключается в признании полной идентичности этих понятий, а другая точка зрения основана на том, что психологическая коррекция призвана решать первоочередно задачи психопрофилактики на всех ее этапах (в том числе при осуществлении вторичной и третичной профилактики).

Психотерапия — в узком понимании термина является системой комплексного лечебного вербального и невербального воздействия на эмоции, суждения, самосознание человека при различных заболеваниях (психических, нервных, психосоматических). Основной своей задачей психотерапия ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

В широком понимании *психотерапия* рассматривается как *процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижение гармонии с собой и миром в настоящем* (Макаров В.В., 1999). Такое широкое понимание психотерапии по сути выводит ее за рамки только медицинской деятельности, применимо к различным видам психологической помощи и может обеспечить ее развитие в различных направлениях.

Отличия различных видов психологической помощи
(по Менделевич В.Д., 1998)

Тема	Психологическое консультирование	Психокоррекция	Психотерапия
Объект Воздействия	Клиент, пациент	Клиент, пациент	Пациент
Предмет	Проблема, индивидуально-психологические особенности	Проблема, характерологические девиации и личностные аномалии	Психопатологические симптомы и синдромы, характерологические девиации и личностные аномалии
Способ	Информирование, обучение	Тренинг	Активное воздействие (терапия) различными способами
Позиция Клиента	Активная, ответственен за результат	Пассивная, не ответственен за результат	Чаще пассивная, не ответственен за результат
Цель Воздействия	Формирование личностной позиции	Формирование навыков психологической компенсации	Купирование психопатологической симптоматики

Профессиональной компетенцией клинического психолога в сфере оказания психологической помощи является психическая патология (но не психотические расстройства) и психологические проблемы как соматически здорового, так и больного человека. При этом клинический психолог, имеющий специальную подготовку, может *оказывать психологическое воздействие*, *манипулировать в*

процессе общения, управлять собеседником или формировать у него определенные качества Клинический психолог, вправе при этом применять все виды психологической помощи (консультирование, коррекцию и психотерапию), поскольку все они включают в себя эти способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия, хотя и представлены в них они по–разному (Абрамова Г.С., 1996)..

Воздействие в процессе оказания психологической помощи — изменение психической реальности другого человека с целью создания для него новых переживаний и качеств. Воздействие предполагает ценность другого человека как меру изменении психической реальности.

Манипулирование — изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо. Оно предполагает скрытое или явное обесценивание человека, своеобразное "прибирание его к рукам" манипулятора, "помыкание" им, производимое настолько искусно, что у человека создается впечатление, будто он самостоятельно управляет своим поведением (Доценко Е.Л., 1996).

Управление — изменение психической реальности человека в соответствии с ее свойствами. Применяется при отсутствии у индивида возможности адекватной саморегуляции, к примеру, при патологии характера, личностных аномалиях или психопатологических симптомах невротического регистра.

Формирование — это изменение психической реальности человека в соответствии с представлениями о ее социальной и индивидуальной норме. В этом случае предполагается, что сам человек не может достичь этой нормы вследствие дефекта или дефицита каких-либо качеств, например интеллектуальным или волевых.

В психотерапии обычно имеет место стремление к глубокому анализу проблем пациента с ориентацией на бессознательные процессы, структурную перестройку личности. Традиционно считается, что психотерапия относится к сфере деятельности врача–психиатра в силу того, что, с одной стороны, она ориентируется на симптомы и синдромы (т.е. болезненные проявления психической деятельности), а с другой, в связи с возможностью развития неблагоприятных последствий для соматического и психического здоровья при оказании психологической помощи больным лицам.

В России Министерством здравоохранения (Приказ №294 от 30.10.1995 г.) психотерапевт определяется как врач–психиатр, имеющий специальную подготовку (не менее 700 часов) по психотерапии. В медицинской общественности нашей последнее время дискутируется вопрос о необходимости принятия специального Закона о психотерапии, который в ряде стран уже принят (Германия). При этом обсуждается возможность наделения правом использования некотоых видов психотерапевтической помощи не только врачами, но и клиническими психологами и социальными работниками службы здравоохранения.

Этих особенностей в значительной степени лишены психологическое консультирование и психокоррекция, которые либо полностью, либо частично исключают возможность развития негативных последствий для соматического или психического здоровья человека.

Если сравнить психотерапию с консультированием и коррекцией, то обнаружится факт обязательности учета для ее применения показаний и противопоказаний. Другими словами психотерапевт должен учитывать целую гамму особенностей при назначении психотерапии — от индивидуально-психологических особенностей пациента до его соматического статуса.

Противопоказаний для психологического консультирования практически не обнаруживается, поскольку состояние здоровья человека не имеет принципиального значения для оказания данного вида психологической помощи.

Консультирование ориентировано в основном на ситуационные проблемы, решаемые на уровне сознания, оно апеллирует к здоровым сторонам личности.

Психокоррекция в этом отношении занимает промежуточное положение между психотерапией и консультированием, поскольку косвенно может влиять на физическое состояние человека и провоцировать ухудшение здоровья Следовательно, при проведении некоторых психокоррекционных мероприятии целесообразен медицинский или психиатрический контроль (Менделевич В.Д., 1998).

Симптоматическая и патогенетическая психотерапия

В медицине психотерапия рассматривается как общемедицинская дисциплина, ее методы используются для лечения и профилактики не только нервно–психических, но и многих соматических заболеваний.

Психотерапия (от греч. psyche — душа и therapeia — лечение) — это система методов психического воздействия с лечебными и профилактическими целями на психику (личность), а через психику (личность) на весь организм и поведение больного.

В узко медицинском смысле понятие психотерапия рассматривается как группа специфических методов лечения (подобно физиотерапии, лечебной физкультуре), а в более широком смысле психотерапия тесно связывается с психогигиеной и психопрофилактикой, т.к. включает в себя использование психотерапевтических методов не только в клинике, но также в организации труда и быта людей, профилактике психотравмирующих факторов и т.п.

Общепринятой классификации методов психотерапии в настоящее время нет. Однако, как и в медицине в целом, в психотерапии обычно принято подразделять методы лечения на симптоматические и патогенетические.

Симптоматические методы психотерапии (логическое переубеждение, внушение, релаксация и другие) ориентированы на устранение или ослабление отдельных, хотя и ключевых, симптомов болезни, управление физиологическими функциями организма, на оптимизацию поведения.

Патогенетическая психотерапия позволяет наиболее полно реализовать каузальный подход к пониманию и ликвидации причин и механизмов болезни. Она наиболее значима при заболеваниях, где личностно–психологические механизмы являются ведущими в возникновении и сохранении болезненных нарушений, — это неврозы, психосоматические и другие расстройства.

Следует отметить, что сам термин “психотерапия” имеет неоднозначное толкование в литературе и используется для обозначения иногда очень далеких друг от друга явлений. Это связано с тем, что психотерапия в настоящее время не является однозначно понимаемой областью научных знаний и практических подходов. В развитии ее теории и практики сегодня принимают участие не только врачи, но и многие другие специалисты. Содержательно методы психотерапевтического воздействия, основываются не только на данных медицины и физиологии, но и педагогики, психологии, социологи и других наук.

Существуют определения психотерапии, которые разработаны не на медицинской модели, а на психолого-педагогических (методы влияния, приводящее в движение процесс научения) или социологических (методы манипуляции с целями социального контроля) и других концепциях. Особенно ярко междисциплинарный характер психотерапии проявляется в современных формах групповой психотерапии, именно ее методы и конкретные технологии особенно широко стали использоваться во внебольничной среде.

Всем этим обусловливается актуальность важнейшего для теории и практики медицины раздела клинической психологии, который может быть определен как

психологические основы психотерапии, задачей его является разработка психологической теории психотерапии (Карвасарский Б.Д., 1982).

Симптоматическая психотерапия. Симптоматическая психотерапия направлена в большей мере на смягчение или ликвидацию симптомов болезни, а не на их личностно–психологические причины и механизмы. Устранение ведущих патологических симптомов, естественно, может приводить и к конструктивным изменениям первичной конфликтной ситуации и восстановлению внутриличностной психодинамики (за счет изменения самовосприятия, самооценки и т.п.), но от этого суть этого класса психотерапевтических методов не меняется. По целям проведения симптоматическая психотерапия может быть направлена не только на ключевой симптом заболевания или овладение навыками контроля над физиологическими функциями, но и на активизацию различных сфер личностного функционирования — когнитивной, эмоциональной или поведенческой.

К симптоматической психотерапии, предполагающей активизацию когнитивного компонента личности относится *рациональная психотерапия*. Она направлена на логическое переубеждение пациента, обучение его правильному мышлению (Dubois P., 1912) и предполагает различные варианты разъяснительной психотерапии.

К симптоматической психотерапии центрированной на эмоционально–волевой сфере личности относятся различные варианты катарсической психотерапии и внушения (суггестии).

Катарсическая психотерапия используется для эмоционального отреагирования и нейтрализации (“катарсис”, “абреакция”) психотравмирующих переживаний, при этом в терапевтических условиях пациенту предлагается воспроизводство прошлых психотравмирующих ситуаций. Катарсис может достигаться полным погружением в психотравмирующую ситуацию или путем поэтапного приближения к ней (десенсибилизация). “Погружение” в психотравмирующую ситуацию может осуществляться путем направления воспоминаний пациента в состоянии расслабления, легкого гипноза и самогипноза.

Суггестивная психотерапия объединяет группу методов, где главным лечебным фактором является внушение или самовнушение. При внушении подаваемая психотерапевтом информация воспринимается пациентом без критической оценки и влияет на течение нервно–психических и соматических процессов. В медицинской практике наиболее часто используют внушение в бодрствующем состоянии, в состоянии гипнотического или наркотического сна.

При самовнушении формулы внушения адресуются самому себе. Из методов самовнушения наибольшее распространение получил метод французского аптекаря Куэ (Coue E., 1857–1926). Больному при этом предлагаются несколько раз в день внушать себе лечебные формулы типа — “с каждым днем мне становиться все лучше и лучше”. Куэ также показал целесообразность положительного самовнушения (“я здоров”) взамен отрицательного (“я не болен”). Самовнушение является важным механизмом лечебного действия ряда других методов психотерапии — аутогенной тренировки, биологической обратной связи (БОС), йоги, медитации и др.

К методам симптоматической психотерапии, направленным на изменение поведения, относятся различные варианты поведенческой психотерапии, некоторые методики аутогенной тренировки, тренинг БОС (биологическая обратная связь), техники нейролингвистического программирования и другие.

Гипноз (от греч. hypnos — сон). Систематически используется и изучается, начиная с работ Ф. Месмера (70-е годы XVIII в.). Термин предложен в 1843 г. английским хирургом Дж. Брейдом (Braid). Природа гипноза остается недостаточно ясной и интерпретируется в широком поле теоретических моделей — от нейрофизиологии сна (Павлов И.П.) до психоанализа (Фрейд З.) и мистики.

Гипноз подразделяется на стадии. Причем разные авторы предлагают различное число стадий — от 3-х до 12-ти. В практике получила распространение классификация стадий гипноза, предложенная А. Форелем в 1928 году:

1) сонливость (сомноленция) с чувством расслабленности и дремоты, может открыть глаза;



Гипноз
Месмер Франц Антон

2) гипотаксия — глубокое мышечное расслабление, не может открыть глаза, возможно вызывание каталепсии (восковидная гибкость мышц);

3) сомнамбулизм — посторонние раздражители не воспринимаются (кроме голоса терапевта), кроме каталепсии можно внушать сновидения и галлюцинации, анестезию, изменять параметры идентичности, возможны постгипнотические внушения.

Гипнотическое состояние можно использовать как собственно лечебное средство (гипноз–отдых). Пациент как бы сам “наполняет” это состояние своим содержанием или воспринимает его как “чудо”. Здесь гипнотерапия заметно связана с информированностью человека об этом методе, установкой на лечение и внутренней картиной ожидаемого эффекта.

Много чаще гипноз используется как техника, значительно расширяющая возможности суггестии, а также позволяющая расширить возможности терапевтической коммуникации (работа с вытесненным, сублимированным или отвергаемым переживанием, подсознанием). Эффективность гипнотерапии в этом случае простирается от симптоматического до патогенетического — в зависимости от целей и характера проводимой в гипнотическом состоянии и после него психотерапевтической работы.

Эриксонианский гипноз. Метод разработан М. Эриксоном (1901–1980) и заключается в особой технике недирективной гипнотизации, использующей язык образов в системе широкого круга лингвистических, невербальных и режиссерских приемов. По мнению Эриксона при гипнотизации важен не столько монотонный раздражитель или фиксация взора на блестящем шарике, сколько образное представление о них. Лечебные формулировки, в отличие от классического гипноза, здесь более расплывчатые, но с высокой разрешающей возможностью подключения самого пациента для “самодеятельности”, активизации его собственных саногенных ресурсов.

Опыт Эриксона послужил одной из основных баз для разработки ряда направлений так называемой “новой волны” в психотерапии 1970–1980 годов: нейролингвистического программирования — НЛП (Бендлер Р., Гриндер Дж.) и позитивной психотерапии (Пезешкиан Н. , Пезешкиан Х.).

Нейролингвистическое программирование — это своеобразная психотерапевтическая система, позволяющая посредством слова программировать себя и затем изменять эти программы. Здесь уместна аналогия с компьютером, начиненным различным программным обеспечением. Для человека, помимо генетического программирования, формирование различных поведенческих стереотипов осуществляется условиями внешней среды, в том числе внушениями значимых лиц, а также самопрограммированием, особенно после переживания стрессовых ситуаций.

Социально незрелый или больной человек для каждой ситуации имеет лишь одну и часто неадаптивную программу–стратегию поведения, а социально зрелый — две, три. Чем больше стратегий, тем больше выбор и лучше адаптация. Техники НЛП (метод “якоря”, визуально–кинестетическая диссоциация, рефрейминг, терапевтическая метафора и другие) позволяют не только менять неадаптивные поведенческие программы, но показать человеку новые и осуществлять возможность их выбора.

Ряд психотерапевтов полагают, что НЛП является предельно манипулятивной, а потому “опасной” методикой. В действительности же НЛП не является методикой, а представляет собой новую методологию, эффективную при построении любых видов психотерапии. Базовым положением НЛП, как методологии, является утверждение о наличии у человека скрытых, неиспользуемых психических ресурсов. Задача терапевта обеспечить доступ пациента к этим скрытым ресурсам, а для этого нужно извлечь их из подсознания, показать их пациенту и научить ими пользоваться. Для этого в НЛП созданы и как бы предельно сконцентрированы те инструментальные моменты, которые присутствуют в той или иной форме при любой психотерапии.

Позитивная психотерапия — синтезирует психодинамический, поведенческий и когнитивный подходы. Позитивная психотерапия исходит из того, что болезнь содержит в себе не только негативные, но позитивные аспекты. Нарушения рассматриваются как проявления односторонних форм переработки конфликтов, сложившихся в динамике семейного опыта и культуральных влияний. В работе с пациентом важны три главных принципа: надежд, баланса (гармонизации) и консультирования. Они же соответствуют и трем этапам работы с пациентом.

На *первом этапе* важны: 1) позитивная интерпретация проблем пациента (например, нервная анорексия — проявление способности терпеть ограничения или сопереживать с голодающими всего мира и т.п.); 2) расширение представлений пациента посредством знакомства с отношением к этим проблемам, порой прямо противоположным, в других культурах (транскультуральный подход); 3) использование притчей и анекдотов с психотерапевтическим радикалом.

На *втором этапе* осуществляется гармонизация жизни пациента, за счет распределения его энергии по 4-м основным жизненным сферам: телесной (еда, сон, секс, забота о внешности и пр.), ментальной (удовлетворение познавательных, профессиональных потребностей), социально-коммуникативной (общение) и духовной (мировоззренческие и религиозные интересы). В идеале на каждую сферу выделяется 25% жизненной энергии. Реальное распределение выявляется в беседе и с помощью неформализированного теста. Дисбаланс служит предметом обсуждения с психотерапевтом, прорабатываются при этом и актуальные конфликты.

На *третьем этапе* осуществляется передача пациенту функций психотерапевта “для себя” (аутопсихотерапия), что вполне соответствует принципам психологического консультирования.

Аутогенная тренировка. Создателем метода считается немецкий врач–дерматолог и психотерапевт Иганес Генрих Шульц. В 1932 году им написана монография “Аутогенная тренировка — сосредоточенное самораслабление”, которая еще при жизни ученого была переиздана 13 раз. Предложенная Шульцем методика аутогенной тренировки, в отличие от ее многочисленных модификаций, называется *классической* и делится на две ступени: 1–я, или начальная (АТ-1) и 2–я, или высшая (АТ-2). Полный курс аутогенной тренировки рассчитан на 9–12 месяцев.

В АТ-1 осуществляется направленное сосредоточение внимания на ощущениях расслабленности, тяжести и тепла во всем теле с мысленным повторением формул, усиливающих эти ощущения, а также формул спокойствия. Сеансы самовнушения не превышают 1–3 минуты и проводятся 3–4 раза в день. На освоение каждого упражнения требуется примерно 10–15 дней. В первые три месяца необходимо овладеть 6-ю упражнениями АТ-1:

1) вызывание ощущения тяжести последовательно в руках, ногах и во всем теле (с формулами самовнушения: один раз — “Я совершенно спокоен”, шесть раз — “моя левая\правая рука тяжелая”, один раз — “я спокоен”);
2) вызывание ощущения тепла последовательно в руках, ногах и во всем теле (с формулами самовнушения: один раз — “Я спокоен”, один раз — “тело тяжелое”, шесть раз — “моя левая\правая рука теплая”);
3) освоение регуляции ритма сердечной деятельности (основная формула: “Мое сердце бьется спокойно, мощно и ритмично”);
4) регуляция дыхания (основная формула: “Я дышу спокойно, глубоко и равномерно”);
5) влияние на органы брюшной полости (основная формула: “Солнечное сплетение теплое… оно излучает тепло”);
6) вызывание ощущения прохлады в области лба (основная формула: “Мой лоб прохладен”);

Остальные 6–9 месяцев отводятся на освоение 7-и упражнений АТ-2. Продолжительность сеанса здесь несколько больше, но не превышает 30 минут. Сначала выполняются первые шесть упражнений, а затем на фоне общего расслабления и ощущений тепла проводится тренировка воображения (особенно визуализации представлений) и тренировка нейтрализации аффективных переживаний. В основе всех упражнений АТ-2 лежит медитация:

1) медитация на цвете через образы цветных предметов (визуализация цвета "зеленого луга", "синего цветка" и т.п.);
2) медитация на образе цвета с тренировкой ассоциации этого цвета с внутренним его эмоциональным ощущением (например, фиолетовый – чувство покоя, черный – печаль или тревога и т.п.);
3) медитация на образе реального предмета (визуализация цветка, вазы, человека и т.п.);
4) медитация на абстрактной идее (визуализация через образ таких понятий как свобода, надежда, радость, любовь и т.п.);
5) медитация на эмоциональном состоянии (воображение моря или гор с активным сосредоточением на собственных эмоциях при их "созерцании");
6) медитация на человеке — сначала незнакомом, а затем хорошо знакомом (задача — научиться "освобождаться" от субъективных установок и эмоций к нему, воспринимать его "нейтрально");
7) медитация на образе "ответа бессознательного" (получить спонтанный "ответ" из глубин "Я" в виде образа на вопросы к себе типа: "Что я хочу от жизни?", "В чем мои главные проблемы?" и т.п.).

Все упражнения АТ выполняются сидя (поза "кучера") или лежа. Обращается внимание на необходимость брюшного дыхания, расслабленность мышц лица ("маска релаксации"). Эффективность аутотренинга связывают с психотерапевтическими лечебными эффектами самовнушения и с физиологическими реакциями снижения тонуса непроизвольной гладкой мускулатуры (с расширением сосудов), которые возникают при релаксации произвольных мышц.

Существует много модификаций АТ. Модификация *Клейнзорге–Клюмбиеса*, ориентирована на "тренировку" внутренних органов с упражнениями "покой", "сосуды", "сердце", "легкие", "живот", "голова".

Психотоническая тренировка *по Мировскому–Шогаму* ориентирована на тонизацию и стимуляцию организма, что полезно при гипотонической болезни и общей астении. Релаксирующий этап здесь сокращен, а формулы самовнушения включают фразы об упругости мышц и тела, освежающем холодном душе и т.п.

Введение в методику АТ тонизирующих упражнений способствовало широкому ее применению в спортивной практике, где появились такие понятия как "психомышечная подготовка", "эмоционально–волевая подготовка", "психосоматическая гимнастика" и другие.

Патогенетическая психотерапия. Принятое в медицине определение психотерапии, характеризующие ее как группу лечебных методов психологического воздействия на психику и через нее на весь организм, является наиболее общим из возможных, однако в нем отражено существенное, впрочем характерное и для медицинской практики в целом, представление о приписывании врачу роли активного начала, т.е. субъекта начинающего и осуществляющего весь лечебный процесс, а пациент как бы выступает в роли пассивного объекта, реципиента. Подобный субъект–объектный подход имеет место и в определениях психотерапии, возникших в русле психологии, где психотерапия также понимается как психологическое воздействие, основанное на природе общения и направленное на психические процессы или психические состояния человека, которые возникли в силу психологических причин, однако не имеющие однозначного характера медицинских симптомов.

Многими психотерапевтами и психологами указывается на недостаточность такого субъект–объектного подхода к определению психотерапии, где подчеркивается активная роль самого психотерапевта, оказывающего некое

“воздействие” на пациента. Вероятно это не так уже хотя бы потому, что именно пациент является инициатором всего происходящего, поскольку именно он обратился к психотерапевту, а не наоборот. Более того, все происходящее в последующем также зависит от пациента — его желания и способности принять на себя какие-либо усилия психотерапевта и поддерживать с ним контакт на протяжении всего курса лечения (Калмыкова Е.С., 1992).

Таким образом, данное определение сильно отстает от реалий психотерапевтической практики. Однако задача определения психотерапии, психотерапевтического процесса и его сути не является простой, особенно когда мы говорим о психотерапии патогенетической, каузальной. Так американский исследователь, автор многих методологических трудов Х. Страпп (Strupp., 1978), на определенном этапе приходит к такому определению: “В самом широком смысле мероприятие, называемое психотерапией, включает в себя человека, который сознает, что ему необходима некая помощь; специалиста, который готов оказать ему эту помощь; и серию межличностных взаимодействий, довольно тонких и часто продолжительных, которые направлены на осуществление желательных изменений в чувствах и поведении пациента”.

Очевидно, что и это определение всего лишь формальное описание участников и событий психотерапевтического взаимодействия, равно приложимое к любому типу и направлению психотерапии. Все попытки уточнить его неизбежно влекут употребление какой–либо конкретной терминологии той или иной психотерапевтической школы или направления психотерапии, их теоретической ориентации. Более конкретное определение психотерапии с необходимостью будет включать в себя *представление о целях и способах лечения* (1), а отсюда *представление как о личности в целом* (2), т.е. ее идеальном, “нормативном” или “здоровом” устройстве, так *представление о патологии* (3), т.е. механизмах личностных нарушений.

В научных исследованиях в области психотерапии наибольшее внимание специалистов привлекают в настоящее время следующие аспекты (Калмыкова Е.С., 1992):

1) методологические и методические проблемы изучения психотерапии;
2) процессуальные аспекты психотерапии (взаимоотношения психотерапевта и пациента, их взаимодействие);
3) использование различных техник;
4) психотерапия различных нозологических групп пациентов (возможности изучения, оценка эффективности и др.).

Многочисленные исследования, посвященные оценке эффективности психотерапии, не выявили подтверждений тому, что какая–либо школа психотерапии приносит лучшие результаты, чем любая другая. Можно лишь отметить, что более устойчивые положительные отдаленные результаты лечения имеют место при использовании патогенетических психотерапевтических методов по сравнению с симптоматическими.

В психологии существует множество теорий личности, которые по разному трактуют и объясняют природу поведения человека. Каждой из этих теорий соответствуют и определенные терапевтические методы, которые основаны на соответствующих теории поведенческих моделях. За рубежом наибольшее развитие и признание получили три психотерапевтических направления и возникшие на их основе психотерапевтические методы: *психоаналитическое, гуманистическое (феноменологическое) и бихевиористкое*. В рамках этих трех направлений, ориентированных на личностные изменения имеет место стройная психотерапевтическая система с представлениями о норме (личности), патологии (личностных изменениях) и логически вытекающее из этого представление о

задачах и способах лечения. Их различия представлены в нижеследующей таблице (по Karasu T.B., 1977).

Различия психотерапевтических подходов

Тема	Психодинамический подход	Поведенческий Подход	Феноменологический подход
Природа личности	Движется сексуальными и агрессивными инстинктами	Продукт социального научения и обуславливания; ведет себя на основании прошлого опыта.	Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации.
Основная проблема	Сексуальное подавление	Тревога	Психическое отчуждение
Концепция патологии	Конфликты в инстинктивной сфере: бессознательные детские либидозные влечения	Приобретенные стереотипы поведения	Экзистенциальное отчуждение: утрата возможностей, расщепление “Я”, потеря аутентичности (рассогласование между мыслями, чувствами и поведением)
Вид изменения	Глубинный инсайт: понимание раннего прошлого	Прямое научение: поведение в текущем настоящем, т.е. действие или действие в воображении	Непосредственное переживание: ощущение или чувство в данный момент
Временной подход и “фокус”	Исторический: субъективное прошлое	Неисторический: объективное настоящее	Отсутствие историзма: феноменологический момент (“здесь и сейчас”)
Задачи терапевта	Понять бессознательное психическое содержание и его историческое, скрытое значение	Программировать, подкреплять, подавлять или формировать специфические поведенческие реакции для устранения тревоги	Взаимодействие в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (от физического до душевного)
Основные техники	Интерпретация. Материал: свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение, перенос и сопротивление	Обуславливание: систематическая десенсибилизация, позитивное и негативное подкрепление, моделирование поведения	“Энкаунтер” (“встреча”): равное участие в диалоге, эксперименты или игры, драматизация или разыгрывание чувств
Роль терапевта	Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и другого материала бессознательного	Учитель (тренер). Помогает пациенту заменять дезадаптивное поведение на адаптивное. Активный, ориентированный на действие.	Фасилиатор (ускоритель) роста личности.
Характер связи между терапевтом и пациентом	Трансфертная и первостепенная для лечебного процесса: нереальные взаимоотношения	Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения отсутствуют.	Реальная и первостепенная для лечения, реальные взаимоотношения.
Лечебная модель	Медицинская: врач—пациент. Авторитарная.	Образовательная: преподаватель—	Экзистенциальная: общение двух равных

	Терапевтический союз.	ученик. Авторитарная. Учебный союз.	людей. Эгалитарная (равноправная). Человеческий союз.

В нашей стране на становление психотерапии существенное влияние оказала концепция патогенетической психотерапии, сформулированная на основе “психологии отношений” В.Н. Мясищева (1893–1973). Ее дальнейшая разработка в русле *личностно–ориентированной (реконструктивной) психотерапии* осуществлялась в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева Карвасарским Б.Д., Исуриной Г.Л., Ташлыковым В.А. и др. Ее становление как самостоятельного направления относится к началу 70-х годов и включает в себя:

1) концепцию личности, как систему отношений индивида с окружающей средой;

2) концепцию невроза, как психогенного заболевания, обусловленного нарушениями значимых отношений личности;

3) систему индивидуальной и групповой психотерапии, целью которой является достижение позитивных личностных сдвигов за счет коррекции нарушенной системы отношений (их когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов).

Психодинамическое направление в психотерапии

Основано на теории З. Фрейда о динамическом бессознательном и психологическом конфликте. Человек заболевает неврозом в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением им. Человек может прийти в конфликт с многочисленными социальными ограничениями и табу–запретами. Главная цель терапии заключается в том, чтобы помочь больному осознать бессознательные конфликты (очаги скрытого напряжения в бессознательном), которые основаны на нереализованных детских желаниях и проявляются как болезненные симптомы, а также содействовать развитию более разумных, присущих взрослым моделей поведения.

Классический психоанализ.. При психоаналитическом лечении производится поиск очага скрытого напряжения (его вспоминание), осторожное его вскрытие (перевод информации в словесную форму — вербализация), переоценка (изменение системы установок) с переживанием проблемы в соответствии с новой значимостью и забывание (ликвидация очага напряжения). “Вспоминание” вытесненного в бессознательное, введение скрытой проблемы в зону осознания позволяет выработать алгоритм преодоления возникших трудностей. Сам Фрейд кратко сформулировал цель психоаналитеческой терапии известным утверждением — “Где было Id должно стать Ego”.

Пациент посещает врача 3-5 раз в неделю в течение ряда лет, каждый прием длится обычно несколько часов. Больной лежит на кушетке, аналитик сидит у изголовья, вне поля зрения пациента. Анализируемый старается говорить свободно, без ограничений все, что ему приходит в голову в виде *свободных ассоциаций*, для того чтобы аналитик смог проследить мысли пациента вплоть до их самых истоков. Сюда входят ассоциации, которые возникают в процессе анализа в связи со снами или перенесением чувств. Психоаналитик использует интерпретацию и уточнение, с тем чтобы помочь пациенту осознать и разрешить конфликты, которые влияют на его жизнь на подсознательном уровне. От пациента при терапии требуется

стабильность терапевтического сотрудничества и психологическая заинтересованность в результатах. Он также должен в состоянии перенести стресс, возникающий в процессе терапии, без психологических срывов, импульсивности и регрессии.

Психоаналитическая психотерапия. Имеет менее интенсивный характер в отличие от классической аналитической терапии и может проводится в форме *или экспрессивной психотерапии*, ориентированной на адекватную самооценку, или *психотерапии отношений*, которая направлена на психологическую поддержку пациента в сложных психологических ситуациях. Сеансы терапии проводятся 1–2 раза в неделю, пациенты сидят лицом к психотерапевту. Цели терапии аналогичны таковым при классическом анализе (решение бессознательного конфликта), но основной акцент делается на повседневную реальность и меньшее значение придается развитию трансферных отношений.

Круг показаний для проведения психоаналитической терапии существенно расширен. В частности поддерживающая психотерапия показана пациентам с уязвимой психикой, находящимся в кризисных состояниях, страдающих расстройствами личности и психическими заболеваниями. Эта терапия может продолжаться длительно (годы), особенно в хронических случаях.. Поддержка может иметь форму совета, переубеждения, ограничений, усиления чувства реальности и помощи с формированием социальных навыков.

Кратковременная динамическая психотерапия. При данном варианте число психоаналитических сеансов (обычно 10-40) оговаривается с пациентом до начала лечения. Предварительно избирается и специфическая конфликтная сфера, которая актуальна для пациента и должна быть в центре терапии. Этот вид психотерапии требует от врача большей активности в направлении ассоциаций пациента в сторону конфликтной сферы. К пациенту также предъявляются более высокие требования по поводу заинтересованности его в лечении, способности выдержать психологическое напряжение и усиление тревоги во время терапии. Метод не подходит для пациентов с суицидальными мыслями, проявлениями импульсивности, склонности к психотическим состояниям, злоупотреблению психоактивными веществами.

ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ (ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО–ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ, ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЕ) НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

Это направление менее однородно, существует множество методов и технологий психотерапии в его рамках. Представители гуманистического направления склонны видеть человека существом прирожденно активным, стремящегося к позитивному личностному росту, самоактуализации. Патология понимается ими как уменьшение этих возможностей для самовыражения, подавление внутренних переживаний или потери соответствия (конгруэнтности) им, поэтому все усилия психотерапевта направлены на личностный рост и интеграцию личности пациента, а не просто на лечение болезни.

В гуманистическом направлении можно выделить три основных психотерапевтических подхода:

1. *Философско–психологический подход* — использует преимущественно экзистенциальные принципы (значение смысла своего существования и возможности самоактуализации) через эмпатическое обращение к другому человеку при проведении терапии. Интеграция “Я” достигается “здесь и теперь” в

процессе встреч пациентов с психотерапевтом и взаимного диалога (логотерапия В. Франкла, клиент–центрированная терапия К. Роджерса и др.).

2. *Соматический подход* — использует невербальные техники интеграции "Я" через тело с помощью сосредоточения внимания на телесных ощущениях, физических и двигательных способах отреагирования чувств и т.п.(гештальт–терапия Ф. Перлса, биоэнергетический анализ Лоуэна и др.)

3. *Духовный подход* — при "Я"–интеграции предполагает приобщение к духовному, трансперсональному опыту с помощью медитации, других техник "расширения" (трансцендирования) сознания до "космического" уровня (трансцендентальная медитация, психосинтез Р. Ассаджиоли и др.).

Логотерапия (от древнегреч. logos — смысл). Психотерапевтическая система, созданная Frankl V.E. (1966), представляет собой сложную систему экзистенциально-философских, психологических и медицинских взглядов на природу и сущность человека., механизмы патологии и пути коррекции аномалий развития личности. Поиск и реализация смысла своей жизни — врожденная мотивационная тенденция каждого человека. Человеческое стремление реализовать смысл своего существования может наталкиваться на препятствия. Сама по себе эта экзистенциальная фрустрация не патогенна, но может привести к ноогенным неврозам, которые коренятся в нравственности человека, конфликтах между внутренними ценностями. Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться и психогенными неврозами, стремлением к власти и удовольствиям. В логотерапии для лечения неврозов, порожденных утратой смысла жизни (ноогенный невроз), используется методика *сократовского диалога*, подталкивающая пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни. При навязчивостях и фобиях, когда больные реагируют избегающим поведением (например, не выходят из дома), используется методика *парадоксальной интенции*. При этом больному предлагают в юмористической форме осуществить то, чего он боится. Это парадоксальное предложение дает возможность занять пациенту отстраненную дистанцию по отношению к своим опасениям, овладеть ситуацией.

Биоэнергетика (телесно–ориентировнная психотерапия). Группа разнообразных психотерапевтических подходов, предполагающих наличие особой субстанции — биологической энергии. Психологическая проблематика также может находить объяснение в нарушениях биоэнергетики организма. В. Райх (1964) полагал, что формирование защитного "мышечного панциря" и "мышечные зажимы" (например, при обиде человек непроизвольно стискивает зубы, меняется дыхание, напрягаются мышцы) являются телесно–энергетическими проявлениями психологических защит. Мышечный панцирь как телесное выражение психологических блоков организуется в семь основных защитных сегментов (глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза). А. Лоуэн (1976) распространяет эти объяснительные схемы и на личностные особенности, которые находят свое выражение в позе, жестах и типе телосложения человека. Терапевтический эффект при решении психологической проблематики в телесно–ориентированной психотерапии может достигаться применением методик, ориентированных на работу с телом — физические упражнения, позы, массаж. Освобождение от скованности и "мышечной брони" дает выход сдерживаемых (порой с детства) негативных чувств страха, обиды, гнева, стыда.

Психосинтез. Существует много видов психической деятельности, протекающих независимо от сознания, а также различных аспектов "Я". В основе психосинтеза лежит сознательное и целенаправленное использование синтезирующей функции "Я", процессов самоидентификации. Главной целью психосинтеза является гармонизация и объединение в единое целое всех качеств и функций человека, развитие цельной и гармоничной личности. В психосинтезе предлагается система психологического тренинга, направленная на внутреннюю проработку невротических комплексов, ущемленных аффектов. Последовательно осуществляется отработка упражнений на расслабление, сосредоточение, идентификацию и интеграцию субличностей с осознанием "смыслов" бытия, более реалистического восприятия действительности. Упражнения позволяют добиться освобождения от "эмоциональных блокировок", устранить патологические стереотипы и сформировать новые и более широкие структуры отношений в психике человека. Используется для коррекции невротических и психосоматических нарушений.

Кататимно–имагинативная психотерапия. Метод краткосрочной психотерапии (15-20 сеансов 1-2 раза в неделю) основан на свободном фантазировании в форме образов на заданную тему (“грез наяву” по Leuner H., 1980). Психотерапевт выполняет направляющую и контролирующую функцию, предлагая пациенту темы для кристаллизации его образной фантазии, например лес, подъем в гору, следование вдоль ручья, обследование дома и др. Темы соотносятся с проблематикой личности, ее аффективными нарушениями, в том числе с периодом детского развития. Применяется при терапии неврозов, невротических развитий личности, психосоматических заболеваний.

Голотропная терапия. Лечебный процесс реализуется при целенаправленной трансформации эмоциональных симптомов в комплекс реакций в измененном состоянии сознания (ИСС). Усиленное дыхание, специально подобранная музыка и работа с телом по снятию мышечных блоков используется для достижения выраженных форм ИСС. Глубинная проработка психических и физических травм, их переживание и визуализация с символическим замещением позволяют осуществить процесс интеграции и адаптации. Техника сближается с методами биологической терапии, имеет ряд спорных моментов (например, гипервентиляция может приводить к резкому нарушению гомеостаза и провоцировать психопатологические нарушения). Используется при лечении неврозов, аффективных расстройств, психосоматических заболеваний, алкоголизма и др.

ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

Личность, с точки зрения научения, — это тот поведенческий опыт, который человек приобрел в течение жизни. Бихевиориальная терапия также базируется на принципах теории научения, включая выработку оперантного условного рефлекса (Торндайк Е., Скиннер Б.) и условного рефлекса по методу И.П. Павлова. Этот вид терапии основывается на предположении о том, что для дезадаптивных форм поведения не обязательно понимать определяющие его причины. Поведенческая терапия наиболее эффективна при четко определенных, структурированных дезадаптивных поведенческих расстройствах, например, таких, как фобии, компульсивные действия, переедание, табакокурение, заикание или сексуальные дисфункции. При лечении гипертонической болезни, бронхиальной астмы и других болезней, где существенное место в возникновении и проявлениях болезни занимают аффективно–психологические факторы, широко используются поведенческие методы для обеспечения релаксации и снижения усугубляющих эти состояния стрессов.

На первых этапах под термином поведение в бихевиориальной терапии понималось все, что имеет внешне наблюдаемые характеристики. В настоящее время в понятие поведение включаются эмоционально-субъективные, мотивационно–аффективные, когнитивные и вербально–когнитивные проявления. Попытка учесть эти “промежуточные переменные”, расположенные между стимулом и реакцией в психотерапии привела к созданию в 60–70-х годах методик, получивших название “скрытое кондиционирование” (“скрытое обуславливание”, саморегуляция). Их суть заключается в тренировках мысленного представления пациентом того поведения, которое кажется ему нежелательным. Это помогает ему натренировать эмоциональный ответ, чтобы в реальной обстановке уменьшить психотравмирующее воздействие ситуации. Метод применяется для лечения фобий, повышенной тревожности, неуверенности в себе.

В поведенче6ской психотерапии широко используются различные формы *положительного подкрепления* желательного поведения или применения *аверсивных (негативных) стимулов* для устранения нежелательных поведенческих стереотипов. Желательное поведение пациента (например посещение сеансов групповой терапии при стационарном лечении) вознаграждается различными

положительными знаками (снятием каких-либо ограничений, едой и пр.). Аверсивная терапия сочетанием введения рвотных средств с приемом алкоголя используется для лечения алкоголизма.

При *активной психической десенсибилизации* пациент с поведением в виде избегания, связанным со специфическими факторами (например, высотой или полетом в самолете), создает в своем воображении иерархию вызывающих тревогу образов от менее до более пугающих, оставаясь на каждом уровне до тех пор, пока тревога не исчезнет (проведение процедуры в реальной, а не воображаемой ситуации называется *градуированной экспозицией*). Иерархическая конструкция часто используется в сочетании с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга — это приводит к отрыву представляемых образов от тревожных ощущений (взаимное торможение).

При *нагнетании вызывающих тревогу факторов* (“наводнение”) пациент непосредственно подвергается воздействию тревожащих факторов, например пребывание на верхнем этаже высокого здания при страхе высоты. В случае, если этот метод основан на противопоставлении воображаемой и реальной ситуации, он называется *имплозией*. Главным условием терапии является способность пациента выдержать связанную с терапевтическим воздействием тревогу.

Дальнейшее развитие поведенческого направления в психотерапии связано с все большим усилением внимания исследователей к роли в поведении *когнитивных* промежуточных переменных.

В *рационально–эмоциональной (эмотивной) психотерапии* Альберта Эллиса (1962) это иррациональные и эмоционально–иррациональные когниции (негативные представления о самом себе, ошибочные ожидания и рассуждения, искажения памяти и т.п.). Автор основывался на идее, что иррациональные представления вызывают эмоциональное страдание и поведенческие проблемы. Психотерапия в этих случаях направлена на преодоление иррациональности в мышлении за счет использования логики и рациональной аргументации, осознание через “инсайт–техники” связи между жизненными событиями и психологическими реакциями человека.

Аналогично в *когнитивной психотерапии* Арона Бека (1961, 1976) определяющими являются реалистичные и нереалистичные, т.е. связанные с аберрациями мышления, мысли. Под аберрацией мышления здесь понимаются нарушения на когнитивной стадии обработки информации (обозначение, селекция, интерпретация), которые искажают правильное видение объекта или ситуации.

По мнению А. Бека у человека параллельно с основным потоком ассоциаций существует некая самоследящая система, обеспечивающая непрерывный комментарий того, о чем он думает или испытывает. Мысли, которые связаны с самослежением, возникают быстро, автоматически (“автоматические мысли”) и это подобно рефлексу. За этими автоматическими мыслями часто следует какая-то неприятная эмоция. Этот второй поток мышления имеет отношение скорее к тому, что люди говорят себе, а не к тому, что они могут сказать в разговоре с другим человеком. Если здоровые люди обычно мало обращают внимание на эти явления, то для людей, страдающих депрессией автоматические мысли приобретают крайне неприятное звучание, поглощая массу энергии и отвлекая его внимание от какой-то другой деятельности. Например, *когнитивная триада депрессии* по Беку включает негативные мнения о себе (типа “Я ничего не стою, никчемный…”), негативное мнение о мире (типа “Мир слишком много требует от меня, жизнь — это сплошное поражение…”) и негативные мнения о будущем (типа “Жизнь всегда будет полна страданий, которые сейчас испытываю…”). Сочетание автоматического мышления

и неприятных эмоционально–физических симптомов образуют порочный круг, который поддерживает и усиливает симптомы, приводя к серьезным эмоциональным расстройствам.

В любом случае центром психотерапевтического воздействия в различных вариантах когнитивно–поведенческой психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные, которые могут негативно влиять на эмоциональное благополучие человека, опосредовать многие поведенческие проблемы. Дезадаптивное поведение может быть изменено посредством различных личностных самообучающих приемов, активизирующих когнитивные структуры.

Когнитивная терапия — основана на представлениях, в соответствии с которыми поведение человека определяется мыслями о самом себе и его роли в обществе. Дезадаптивное поведение обусловлено укоренившимися стереотипными мыслями, искажениям или ошибкам в мышлении. Терапия направлена на коррекцию когнитивных искажений и являющихся их следствием самозащитных поведенческих установок и стереотипов. Психотерапия представляет собой краткосрочный метод лечения, как правило, рассчитанный на 15-20 сеансов, проводящихся около 12 недель. В этот период пациенты должны осознать свои искаженные представления и установки. Посещения врача сочетаются с домашними заданиями. Пациентов просят написать, что они чувствуют в определенных ситуациях (типа “я несовершенен” или “никому до меня нет дела”) и определить, лежащие в их основе предположения (частично неосознаваемые), которые провоцируют появление негативных установок. Этот способ называется распознаванием и коррекцией непроизвольных мыслей. Например, при депрессиях у человека непроизвольно возникают мысленные искажения, включающие отрицательное отношение к самому себе, негативную интерпретацию настоящего и прошлого жизненного опыта и пессимистический взгляд на будущее (депрессивная когнитивная триада). Когнитивная терапия наиболее эффективна при лечении непсихотических депрессий легкой и средней степени. Она может быть также эффективной как вспомогательное средство лечения пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Личностно–ориентированная (реконструктивная) психотерапия

В настоящее время как за рубежом, так и в нашей стране отмечается все большая тенденция к обобщению положительного опыта различных психотерапевтических школ и направлений. Примером такого синтеза в нашей стране явилась личностно–ориентированная (реконструктивная) психотерапия, имеющая в своей основе систему патогенетической психотерапии, опирающейся на "Я"– концепцию и систему межличностных отношений (по В.Н. Мясищеву). Поэтапное осознание и эмоциональное отреагирование психотравмирующей ситуации в системе патогенетической психотерапии служит основой регуляции потребностей, которая на своих высших уровнях связана с самовоспитанием, формированием сознательных отношений (Мясищев В.Н., 1960). Понятие “реконструктивная” рассматривается в плане воссоздания прошлого опыта пациента для понимания причин, которые привели к тупику в развитии личности с последующей разработкой стратегии восстановления и дальнейшего строительства будущего.

Целями и задачами личностно–ориентированной (реконструктивной) психотерапии являются:

1. Глубокое и всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, функционирования системы отношений.

2. Выявление и изучение механизмов, способствующих возникновению и сохранению состояния дезадаптации личности (невротической симптоматики).

3. Достижение у пациента осознания и понимания причинно–следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеванием (проблемой).

4. Помощь пациенту в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, изменении отношения к ней, коррекция неадекватных реакций и форм поведения.

5. Помощь пациенту в изменении отношений в сторону их зрелости, что ведет к восстановлению полноценности его социального функционирования.

В личностно–ориентированной психотерапии сам психотерапевтический процесс основан на сбалансированном использовании воздействий на когнитивные, эмоциональные и поведенческие механизмы функционирования целостной личности. Полагают, что изменения на каком–либо одном уровне влекут соответствующие перестройки на других и, как следствие — ликвидацию конкретных симптомов с восстановлением психосоциального функционирования. Сфера воздействия, с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений, определяет выбор методов, принятых в соответствующих направлениях психотерапии. На каждом из перечисленных уровней решаются соответствующие задачи как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии:

I. *Познавательная сфера* (когнитивный уровень, интеллектуальное осознание) — процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств; неконструктивность ряда своих привычных стереотипов поведения и его мотивов; внутренние психологические проблемы и конфликты; характерные защитные психологические механизмы; более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства и др. (близость к динамической психотерапевтической ориентации).

II. *Эмоциональная сфера* — процесс психотерапии должен помочь пациенту получить эмоциональную поддержку, эмоционально отреагировать и пережить положительные эмоции, научить пациента понимать и вербализовать свои чувства, их более свободно выражать, произвести эмоциональную коррекцию своих отношений и т.п. (близость к гуманистической психотерапевтической ориентации).

III. *Поведенческая сфера* — процесс психотерапии должен помочь пациенту увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы, научится их преодолевать, развить навыки более свободного общения и эффективной саморегуляции на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах (близость к бихевиористкой психотерапевтической ориентации).

Механизмы лечебного действия в ходе психотерапии, ориентированной на личностные изменения, могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение.

Конфронтация понимается как столкновение с самим собой, своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, эмоциональными и поведенческими стереотипами. Она осуществляется за счет обеспечения обратной связи между участниками психотерапевтического процесса в группе или от врача при индивидуальной психотерапии. Материалом для осознания является разнообразная информация пациента о самом себе — как его воспринимают другие, насколько адекватно его восприятие других людей и их проблем и т.п.

Корригирующий эмоциональный опыт включает переживание и анализ своего прошлого (включая детство) и настоящего эмоционального опыта, а также эмоциональную поддержку. Эмоциональное принятие пациента группой (психотерапевтом) способствует развитию сотрудничества, уменьшает

сопротивление, облегчает усвоение психотерапевтических норм, создает условия для самораскрытия. Анализ и проработка различных эмоциональных ситуаций в группе, явлений проекции детского эмоционального опыта в психотерапевтические ситуации позволяет пациенту глубже понять себя и выработать более адекватные способы эмоционального реагирования.

Научение в рамках психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. В группе пациент выявляет свои неконструктивные стереотипы, в группе он и имеет возможность их корригировать. Все это создает благоприятные предпосылки для использования полученных поведенческих навыков на другие ситуации реальной жизни.

В течение всего курса психотерапии постоянно осуществляются два взаимосвязанных процесса — *осознание и реконструкция отношений личности*. Осознание (инсайт) является главной задачей в личностно–ориентированной (реконструктивной) психотерапии и заключается в постепенном расширении сферы самосознания больного в плане понимания им истинных источников своих болезненных симптомов, конфликтов. Осознание и эмоциональное отреагирование психотравмирующей ситуации является основой для регуляции и перестройки отношений личности на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Глубина осознания может быть разного уровня:

1–й уровень может касаться понимания пациентом только некоторых представлений о своем дезадаптивном поведении в условиях патогенной ситуации;

2–ой уровень отражает осмысление пациентом тех неадекватных отношений, которые лежат в основе его невротического поведения;

3–й уровень глубины понимания генеза своего невроза пациентом связан с осознанием им нарушений в сфере мотивов и потребностей, в силу их неадекватного формирования с детства в ходе развития личности и процесса формирования системы отношений.

Настроенность на самоанализ, рефлексия и достаточный уровень интеллекта прогностически благоприятны в плане возможности достижения более высоких уровней осознания в ходе психотерапии.

Шкала оценки эффективности психотерапии

(Карвасарский Б.Д.)

1) Критерий степени симптоматического улучшения — симптомы заболевания появляются: очень часто и интенсивно, средняя частота и интенсивность, редко и слабо интенсивно, симптоматика отсутствует.
2) Критерий степени осознания психологических механизмов болезни — понимание роли психогенных факторов в ее возникновении: отсутствует; частичное, т.е. с осознанием связи симптома с неспецифическим нервным напряжением или с осознанием ситуационным (ситуация безвыходная, а характер чувствителен), полное (симптомы — есть способ приспособления к трудной ситуации, что для меня типично и выработалось с детства).
3) Критерий степени изменения нарушенных отношений личности: отсутствие, изменение только к болезни и лечению, изменение лишь в конфликтной сфере, глобальное изменение во всех значимых сферах.
4) Критерий степени улучшения социального функционирования — низкая, умеренная, значительная и выраженная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

Краткое содержание и выводы

Считается, что оказание психологической помощи здоровым людям, находящихся в кризисном состоянии из-за разнообразных житейских проблем (клиенты), а также больным людям, страдающим различными соматическими и нервно-психическими расстройствами (пациенты), относится к области практического применения клинической психологии. Основными способами оказания психологической помощи в клинической психологии являются психологическое консультирование, психологическая коррекция и психотерапия. Здесь следует помнить, что существуют как пересечения, так и разграничения деятельности, особенно в сфере психотерапии, клинических психологов и психиатров–психотерапевтов.

В медицине психотерапия рассматривается как общемедицинская дисциплина, ее методы используются для лечения и профилактики не только нервно–психических, но и многих соматических болезней. В медицине и клинической психологии методы психотерапии принято чаще подразделять на симптоматические и патогенетические. Симптоматические методы психотерапии ориентированы на устранение или ослабление ведущих симптомов болезни, а патогенетические методы — более направлены на ликвидацию личностно-психологических механизмов, как возникновения, так и сохранения болезненных нарушений.

К симптоматической психотерапии принято относить следующие методы: рациональная психотерапия, методы суггестии (в бодрствующем состоянии, в состоянии гипноза или наркогипноза, а также различные модификации методики самовнушения, включая формулы самовнушения в аутотренинге), методы поведенческой (бихевиориальной) терапии (“наводнения”, имплозии, аверсии, систематической десенсебилизации), методы релаксации (нервно–мышечная релаксация по Джекобсону, релаксационные эффекты аутотренинга), методы биологически обратной связи (БОС) и множество других частных методик (арттерапия, психогимнастика, библиотерапия, музыкотерапия, пейзажепсихотерапия и т.п.). Существуют и другие принципы классификации симптоматических методов психотерапии.

Патогенетическая психотерапия, которая считается, особенно в отдаленных результатах, более эффективной по сравнению с симптоматической психотерапией, призвана наиболее полно реализовать каузальный подход к пониманию и ликвидации причин и механизмов заболевания. Однако здесь существуют большие расхождения в представлениях психологов и психотерапевтов о целях и способах лечения, связанные с их различиями теоретических воззрений на нормативное “устройство” личности, а отсюда и на механизмы личностных нарушений.

Психодинамические модели терапии основаны на теории Фрейда о динамическом бессознательном и психологическом конфликте между требованиями инстинктивной жизни и многочисленными социальными ограничениями ее проявлений. Главная цель терапии видится здесь в помощи больному осознания своих нереализованных детских желаний и содействию развития более “взрослых”, т.е. рациональных моделей поведения.

Экзистенциально–гуманистические модели терапии акцентируют внимание на необходимость устранения препятствий для личностного роста и самовыражения личности. Причем философско-психологический подход использует преимущественно экзистенциальные принципы при проведении терапии, сосредотачивая усилия на обретение утраченного человеком смысла своего

существования. Соматический подход акцентирует внимание при этом на использовании невербальных, телесно-ориентированных методик. В то время как духовный подход при “Я–интеграции” предполагает приобщение человека к духовности, трансперсональному опыту с помощью медитации и других аналогичных технических приемов.

Бихевиориальные модели терапии имеют большие сходства с методиками симптоматической психотерапии, так как рассматривают болезнь как зафиксированные неправильные формы научения, требующие “переучивания”, замены неадаптивных способов поведения на адаптивные. Хотя терапевт здесь и не стремиться проникнуть в истоки конфликта (симптома, проблемы), но, тем не менее, бихевиоризм включен в число направлений, накопивших много данных о личности, которую он рассматривает как поведенческий опыт, нажитый человеком в течение жизни.

В настоящее время все большее распространение получают интегративные модели психотерапии, включающие обобщение положительного опыта различных школ и направлений. Примером такого синтеза в нашей стране явилась личностно–ориентированная (реконструктивная) психотерапия, в основе которой лежит теория личности В.Н. Мясищева. Ключевым положением данной теории является понятие “отношение” с его когнитивным, эмоциональным и поведенческим компонентами, что позволяет включать в ее рамки теоретико-методологических основ и ряд приемов и принципов динамической, гуманистической и бихевиориальной психотерапевтических ориентаций.

Вопросы для самопроверки

1. Что собой представляет понятие “психологическая помощь”? Какие разновидности психологической помощи можно выделить?
2. Как дать определение понятия “психотерапия”? Какие существуют классификации методов психотерапии?
3. Как классифицируют методы симптоматической психотерапии?
4. В чем сходство и различия между гипнозом и аутогенной тренировкой?
5. Какие трудности возникают при определении методов патогенетической психотерапии?
6. Какие основные направления можно выделить при классификации методов патогенетической психотерапии?
7. В чем заключены цели и задачи психодинамически–ориентированной психотерапии?
8. В чем заключены цели и задачи феноменологически–ориентированной психотерапии?
9. Как рассматриваются задачи психотерапевта при лечении больных в поведенческо–ориентированной психотерапии?
10. К какому из психотерапевтических направлений относится личностно–ориентированная (реконструктивная) психотерапия по Мясищеву?
11. Как оценивается эффективность психотерапевтических вмешательств?

ГЛАВА 35

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Основы психогигиены

Психогигиена — наука об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья человека. Она является составной частью более общей медицинской науки о здоровье человека — гигиены. Специфической особенностью психогигиены является и тесная связь ее с клинической (медицинской) психологией, которая В.Н. Мясищевым (1969) рассматривается в качестве научной основы психогигиены. В системе психологических наук, предложенной известным отечественным психологом К.К. Платоновым (1972), психогигиена включена в медицинскую психологию.

Элементы психической гигиены появились в жизни человека задолго до того как произошла систематическая разработка принципов Психической гигиены. Над необходимостью поддерживать собственное душевное здоровье и равновесие во взаимодействии с окружающим миром задумывались еще античные мыслители. Значение для психики человека "хорошей уравновешенной жизни" подчеркивал Демокрит, а Эпикур называл это "атараксией", спокойствием мудрого человека. Философское мировоззрение практически всегда было связано с поиском способов достижения гармонии внутреннего мира человека. Позднее фактором, стабилизирующим и определенным образом гармонизирующим психическую, внутреннюю жизнь человека, стала религия.

Само понятие "психическая гигиена" возникло в 19 веке, когда американец К. Бирс, будучи многолетним пациентом клиники для душевнобольных, написал в 1908 году книгу "Душа, которая нашлась вновь". В ней он разобрал недостатки в поведении и позициях медицинских работников по отношению к больным, а в последующем и вся его деятельность была направлена на улучшение условий жизни для психически больных не только в клинике, но вне стен больницы. Следует однако отметить, что еще до К. Бирса решающий шаг для этого сделал Филип Пинель (1745–1826), снявший 24 мая 1792 года цепи с 49 больных, находившихся в психиатрической больнице Бисетр в Париже.

Первое международное объединение специалистов в области психической гигиены произошло лишь в 1910 году на конференции психиатров США и Канады, когда было принято решение о создании Международной ассоциации по психогигиене. Но только в 1948 году в Лондоне была создана всемирная федерация психического здоровья, которая собирает информацию о состоянии психического здоровья и разрабатывает основы и концепции психического здоровья.

Психогигиена занимается исследованием влияния внешней среды на психическое здоровье человека, выделяет вредоносные факторы в природе и обществе, на производстве, в быту, определяет и организует пути и способы преодоления неблагоприятных воздействий на психическую сферу. В практике достижения психогигиены могут реализовываться путем:

1) создания для государственных и общественных учреждений научно обоснованных нормативов и рекомендаций, регламентирующих условия обеспечения различных видов социального функционирования человека;

2) передача психогигиенических знаний и обучение психогигиеническим навыкам медицинских работников, педагогов, родителей и др. групп населения, которые могут существенно влиять на психогигиеническую ситуацию в целом;

3) санитарно–просветительная психогигиеническая работа среди широких слоев населения, привлечение к пропаганде психогигиенических знаний различных общественных организаций.

Существует разнообразная систематика разделов психогигиены. В психогигиене обычно выделяют личную (индивидуальную) и общественную (социальную) психогигиену. В системе психогигиенических знаний чаще выделяют отдельно психогигиену детства, юношества, зрелого возраста, психогигиену пожилых людей. Кроме того, выделяют психогигиену умственного и физического труда, психогигиену быта и семейных отношений. Существует также много и специфических разделов психогигиены труда — психогигиена инженерная, спортивная, военная и т.д.

Психогигиена воспитания. В.М. Бехтерев (1905) отмечал, что отклонения характера начинаются еще в раннем возрасте часто в силу тех или иных условий воспитания, которые своевременно могли быть легко устранены. Эта точка зрения получила дальнейшее развитие в работах отечественных психоневрологов. В частности, В. Н. Мясищев отмечал, что изнеживающее воспитание и захваливание содействуют формированию истерического характера, а чрезмерная требовательность способствует становлению психастенических особенностей личности. Неправильное воспитание часто может способствуют формированию у ребенка психопатических черт характера. О.В. Кербиков и В.Я. Гиндикин (1962) на основании своих исследований указывали, что гиперопека и безнадзорность в детстве типичны для возбудимых психопатов. Воспитание же по типу “золушки”, т. е. без ласки и внимания, при постоянных унижениях, нередко приводит к нарушениям сна, являющегося важнейшим условием для отдыха и восстановления сил, и ведет к неврозам. Таким образом, соблюдение психогигиенических норм в процессе воспитания является в то же время и психопрофилактикой. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков, не будучи своевременно скорректированы, в дальнейшем могут существенно осложнить их жизнь, являясь фоном для более глубоких душевных расстройств, постоянных конфликтов в семье и на службе и даже преступных действий (Личко А.Е., 1977; Леонгард К., 1981).

Воспитание представляет вопрос, в основе которого лежит принцип непрерывности. Не только целенаправленные беседы с ребенком, но и игры, сказки несут большую воспитательную нагрузку. О возрастных особенностях ребенка следует помнить, выбирая книжку для чтения, кинофильм, спектакль, так как развитая способность иллюзорно заменять объекты реальности в соответствии с содержанием воображения способствует развитию страхов. Если не направлять некоторые игры, стимулирующие воображение, возбуждение может перейти в агрессию, которая становится характерной чертой в поведении ребенка.

По мнению Ц.П. Короленко, для равновесия в психической деятельности человека необходима свежая информация ощущений для воображения. Особенно остро развита эта потребность у подростков. Отсутствие притока новых впечатлений, направляющих воображение, приводит иногда к преступности несовершеннолетних и погоне за “острыми” ощущениями (Короленко Ц.П., Фролова Г.В., 1975). В процессе формирования гармонически развитой личности очень важным является воспитание у подрастающего поколения способности к любви. Д.Н. Исаев и В.Е. Каган (1979) полагают, что врач должен выступать в этом деле как консультант воспитателей, передающий родителям и всем специалистам,

работающим с детьми, научно обоснованные сведения о психогигиенических и психопрофилактических аспектах физиологии и психологии пола в динамике развития.

Психогигиена обучения. Правильная система обучения обеспечивает гармоническое развитие личности. Дефекты обучения также могут способствовать формированию аномальных черт характера детей.

Весьма ответственным моментом для ребенка является первый школьный год. Здесь он впервые сталкивается с новыми требованиями, непривычным режимом и обязанностями. Легче адаптируются к школе дети, посещавшие подготовительную группу в детском саду, чем так называемые "домашние" дети. Правильно подготовить ребенка к школе — задача не из легких. Большую помощь родителям в этом могут оказать детские врачи и клинические (медицинские) психологи детских поликлиник. Зная индивидуальные особенности детей, они могут дать родителям конкретного ребенка соответствующие рекомендации.

Важнейшее условие сохранности здоровья состоит в адекватности предъявляемых ученику требований его индивидуальным возможностям, степени зрелости его нервной системы. Речь идет не только о продолжительности учебных занятий, но и о количестве подлежащего усвоению учебного материала. К сожалению это обстоятельство не всегда в должной мере учитывается учителями и родителями. Утомление после учебных занятий вполне естественно, но важно чтобы оно не выходило за допустимые пределы и не принимало болезненного характера.

Преждевременному утомлению способствуют длительное однообразие, однотипность изучаемого материала. Это особенно важно учитывать у при формировании расписания уроков у самых младших школьников. Школьный врач и психолог должны контролировать этот процесс, следить за тем, чтобы расписание предусматривало необходимое переключение с одного вида деятельности на другой. Сдвоенные уроки (подряд два урока по одному предмету) утомляют учеников значительно больше, чем обычные. При построении конкретного урока необходимо также помнить, что количество новой информации должно к концу урока уменьшаться.

Поскольку учебные занятия всегда вызывают ту или иную степень утомления, чрезвычайное значение имеет правильная организация отдыха учащихся во время школьных перемен, и после уроков. Режим дня для школьника крайне необходим: для домашних занятий, чтения, развлечений, пребывания на свежем воздухе и спортивных игр и т. д. должны быть предусмотрены определенные часы. Дополнительные занятия во внеурочное время (занятия в музыкальной, спортивной школах, участие в кружках, изучение иностранных языков и т.п.) могут привести к перегрузке и способствовать переутомлению детей. В отношении внешкольных занятий всегда необходимо родителям и воспитателям вносить известную организованность и не допускать перегрузок в целях достижения внешнего эффекта.

Особую значимость выполнение общегигиенических и специально психогигиенических норм приобретает для молодежи, совмещающей труд с учебой в средних и высших учебных заведениях. Эта категория работающих пользуется определенными льготами: дополнительными оплачиваемыми отпусками, выходными днями и т. д. Учебные программы и расписание занятий в вечерних школах, на вечерних и заочных отделениях техникумов и институтов должны составляться с учетом трудовой нагрузки учащихся. Разработка и реализация соответствующих программ психогигиенической подготовки, в которую включены

вопросы гигиены труда на промышленных предприятиях, анализ причин и способы профилактики утомления и неврозов, советы по организации умственного труда, приобретают особую важность для молодых людей совмещающих труд и учебу.

Психогигиена труда. Труд, деятельность являются органической потребностью человека и при благоприятных условиях — важным фактором для сохранения и укрепления здоровья. Рядом исследований показано, что лишение трудовой занятости, безработица сопровождаются ухудшением психического здоровья и учащением соматических недугов. Трудом можно не только укрепить психическое здоровье, развить способности у здоровых людей, но и лечить психически больных. Трудовая терапия широко применяется в психиатрических клиниках, где трудовая терапия, как и всякое лечебное воздействие, строго дозируется в соответствии тяжести нервно–психических расстройств.

Труд приносит радость только в том случае, если он соответствует индивидуальным особенностям личности. Отсутствие определенных качеств и способностей затрудняет и делает невозможным выполнение той или иной работы. Обеспечить такого рода соответствие может тщательно проведенный трудовой отбор, предусматривающий как профессиональную ориентацию учащихся школ, молодежи, так и специальные медицинские и психологические обследования при поступлении на работу.

Очень важно правильно выбрать профессию в соответствии со склонностями и возможностями человека. Заинтересованность работой, стремление к усовершенствованию и к все большему овладению своей специальностью приносят удовлетворение. Работа же не по душе, вызывающая лишь отрицательные эмоции, нарушает самочувствие и может привести к неврозу.

Профессиональному отбору, выявлению психофизиологических возможностей личности придается все большее значение, исследования в этом направлении достаточно перспективны. Сегодня предложены методики, с помощью которых можно проверить время произвольной реакции и реакции, предусматривающей развернутое принятие решения, устойчивости внимания, способность к его переключению и распределению, т. е. одновременному сосредоточению на двух видах деятельности. Эти качества требуются для многих современных профессий. Например, оператор, управляющий движущимся объектом, должен одновременно наблюдать за показаниями приборов, изменяющейся окружающей обстановкой, осуществлять управление и т. и. Специфические требования предъявляются к летчикам, космонавтам, водителям транспорта и даже к пешеходам в крупных городах, если они не хотят стать жертвами уличной катастрофы. В связи с этим появились публикации по психогигиене применительно к конкретным профессиям (Донская Л.В., Линчевский Э.Э., 1979; Стенько Ю.М., 1981, и др.). Все более развивающаяся специализация форм трудовой деятельности обусловили выделение специфических разделов психогигиены труда — инженерной, авиационной, космической и т.д.

Грань между умственным и физическим трудом в современном обществе имеет тенденцию к размыванию. Однако различия между умственным и физическим трудом объективно существуют, что позволяет говорить и о соответствующих разделах психогигиены. М.С. Лебединский считает, что к умственному труду следует относить “такую умственную работу, которая ведется в определенном направлении, по определенному плану, для решения определенных задач, с целью получения определенного результата, имеющего то или иное общественное значение”. В этом понимании к интеллектуальному труду относится широкий диапазон работ от чисто творческих процессов — открытий и изобретений

— до составления и выполнения отчетности и т. д. Поэтому целесообразно дополнить приведенную формулировку, подчеркнув, что результаты умственной работы достигаются вследствие интеллектуальных усилий, а физические усилия, которые при ней также имеются (например, при письме, чтении и т. д.), не определяют результативность затраченной энергии.

Когда говорят об интеллекте как синониме мышления или уровня умственного развития человека, обычно имеют в виду целую гамму качеств: ясность, логичность, сообразительность, глубину, широту, самостоятельность, критичность и гибкость ума. Эти качества интеллекта интересуют нас, по меньшей мере, в трех аспектах: профессиональная состоятельность личности, умение рационально строить свои взаимоотношения с окружающими, наконец, умение разумно расходовать себя и, вместе с тем, раскрывать резервные возможности.

При неправильной организации умственного труда и несоблюдении психогигиенических требований часто отмечается состояние, определяемое как “чувство мозгового дефицита”. Этот термин, введенный в медицинскую науку и практику выдающимся французским клиницистом Дежерином (1849–1917), довольно точно раскрывает состояние эмоционального напряжения у больных, ассенизацию, снижение потенциальных возможностей личности. Это явление не имеет никакого отношения к психическим расстройствам, снижению критики, аморфному мышлению, бредовым идеям и т.д. Под ним подразумеваются такие обратимые расстройства как истощаемость активного внимания, “провалы” памяти, колебания общего фона настроения, шум, тяжесть, звон в голове, угнетенное состояние, неуверенность в себе, снижение работоспособности, мысли о профессиональной несостоятельности, постоянный страх перед воображаемым тяжелым недугом.

Для профилактики переутомления и связанной с этим астенизации необходима правильная организация умственного труда, предполагающая выполнение ряда общих и частных условий. К первой группе относятся рациональное сбалансированное питание, активный отдых, включающий систематические прогулки и дыхательную гимнастику. Ко второй группе — достаточная освещенность и вентиляция помещения, оптимальная конструкция рабочего места, удобное расположение дополнительных “узлов” — справочной литературы, архивных материалов, картотек и т. д. (Георгиевский А.С., 1981).

Одним из основных правил психогигиены умственного труда является собранность, четкое определение цели работы, способность вследствие этого сосредоточиться на главном, не разбрасываясь и не отвлекаясь от поставленной задачи. В противном случае возникает ряд неоправданных трудностей, требующих затраты дополнительных усилий, а это, в свою очередь, неизбежно сказывается на качестве работы, сроках ее выполнения и, что самое главное, на самочувствии работающих.

Особо хотелось бы остановиться на психогигиене работы врача. С одной стороны, труд медицинских работников рассматривается как работа в сфере обслуживания по таким признакам как непроизводственный характер, необходимость постоянного общения с большим кругом лиц. Это позволило авторам книги “Психофизиологические аспекты труда работников сферы обслуживания” Л.В. Донской и Э.Э. Линчевскому включить в нее разделы, касающиеся психологических аспектов труда и состояния здоровья врачей. С другой стороны, труд врача характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, требует творческого подхода и особой ответственности. Это необходимо учитывать как при отборе из числа абитуриентов в медицинские вузы, так и в дальнейшем при выборе

врачебной специализации. Работа по созданию модели врача требует учета не только его должностных и профессиональных обязанностей, уровня знаний, но и определенных личностных качеств (Данилин Е.Н., 1977). При моделировании профессиограммы врачей различных специальностей учитываются такие показатели, как объем и сложность контактов с больными, их родственниками, официальными лицами, удовлетворенность своим трудом и т. д. Следует, однако, отметить, что в деятельности практических врачей положения психогигиены зачастую игнорируются в силу как плохой организации труда, так и недостаточной теоретической подготовки самих врачей в этой области. Негативными следствиями этой ситуации является учащение случаев состояний хронической усталости, синдрома "эмоционального выгорания", психосоматической патологии среди медицинских работников.

В психогигиене особое внимание должно уделяться вопросам охраны труда промышленных рабочих и устранению возможных производственных вредностей. Следствием технического прогресса явилось заметное изменение характера труда на производстве. Если автоматизация и механизация облегчает труд, то работа на полуавтоматах и конвейере требует значительного напряжения. Вибрация, производственные шумы, ускорение движущихся механизмов влияют на нервную систему. Задачи по устранению возможных вредностей на производстве решаются психоневрологами совместно с профпатологами и гигиенистами, их усилия в этом направлении должны быть интегрированы. Конкретная же задача психоневролога на производстве заключается прежде всего в изучении влияния условий труда на нервно-психическое здоровье, особенно на производствах, где в процессе работы приходится сталкиваться с вредными химическими веществами. Тщательный анализ клиники психопатологических нарушений, особенно начальных стадий острых отравлений и расстройств, вызываемых химической интоксикацией или действием некоторых физических факторов (шумы, вибрация, ионизация и т.п.), может послужить основой для разработки конкретных профилактических мероприятий. В некоторых случаях при наличии инициальных, но нарастающих симптомов интоксикации, не являющихся проявлением адаптации к условиям производства, рабочих следует отстранять от работы, связанной с профвредностями, и направлять на лечение.

Следующая задача психоневролога на промышленном предприятии заключается выявлении инициальных форм нервно–психических заболеваний и своевременном направлении, заболевших на лечение. В ее решении существенное значение имеет контакт с врачами других специальностей, работающими в фабрично–заводских поликлиниках, в первую очередь с терапевтами и невропатологами. Психиатр должен не только проводить спорадические консультации, но и участвовать в мероприятиях по диспансеризации и в выборочных медицинских осмотрах лиц, длительно работающих в цехах с повышенной профессиональной вредностью. Особое внимание должно уделяться часто и длительно болеющим. При осмотрах могут быть, с одной стороны, выявлены недочеты в условиях труда, а с другой — диагностированы начальные стадии некоторых нервно-психических заболеваний, манифестирующих в раннем периоде различными астеническими, астеноипохондрическими и другими состояниями.

Психогигиена семьи. Семья представляет собой малую группу, которая отличается целым рядом специфических особенностей. Эти особенности обусловлены сложившимися традициями, отношениями между старшим и младшими поколениями, единством жилья быта и другими факторами. Семья может способствовать раскрытию творческих возможностей человека,

стимулировать его к полезной деятельности или сковывать инициативу, подорвать морально. Брак оказывается счастливым в тех случаях, когда духовная и физическая близость составляют гармоническое единство. В разработке психогигиенических проблем семьи специалистами разработана концепция, в соответствии с которой все многообразие отношений между супругами может быть представлено в форме взаимодействия 5 брачных факторов: физического фактора, материального, культурного, сексуального и психологического. По определенной формуле вычисляют так называемый брачный потенциал. Если преобладающей является направленность брачных факторов на укрепление семьи, то брачный потенциал выражается положительной величиной, в противном случае величина оказывается отрицательной. При отрицательном брачном потенциале, а это и есть истинные сексуальные дисгармонии (дисгамии), нарушаются семейные связи и сексуальные взаимоотношения. При первично личностных несоответствиях всегда расстраивается сексуальная жизнь и распад семьи наступает быстрее, чем это происходит при первично сексуальном несогласовании. Для более высокого уровня семейной адаптации, гармоничного развития семейных взаимоотношений необходимы достаточный уровень развития личности, зрелость суждений и эмоциональных отношений.

Наиболее действенный путь к профилактике семейных конфликтов — тщательная подготовка к браку. Сюда относится забота о состоянии здоровья беременных, борьба с патологией родов, обеспечение правильного психофизического развития и воспитания детей, специальная подготовка лиц, вступающих в брак, диагностическая и лечебная работа в случаях семейно— сексуальных дисгармоний.

Воспитание детей должно быть четко ориентировано на полоролевое функционирование человека — в мальчиках поощряется мужественность, смелость, а у девочек женственность. В противном случае возможны нарушения психосексуального развития с формированием неадекватных эротических установок с закреплением неадекватных форм сексуального поведения.

Интерес к психологическим аспектам внутрисемейных отношений среди психологов и психиатров возрастает. К настоящему времени сложились такие понятия, как семейная психиатрия (термин предложен Гоуэлсом, интенсивно разрабатывающим это направление психиатрии) и семейная психотерапия. Нарушение внутрисемейных отношений может быть причиной неврозов, способствовать формированию психопатических черт характера у детей. Обследование семьи и каждого их ее членов завершается постановкой семейного диагноза. Распознавание семейно–сексуальной дисгармонии производится на трех уровнях: описательном, генетическом и динамическом. Описательный уровень предполагает изложение симптомов патологии семейных взаимоотношений (сексуальное несоответствие, ссоры, алкоголизм, невротические расстройства, психосоматические нарушения). На генетическом уровне рассматривается эволюция супружеских взаимоотношений, вскрываются причины неудач в браке (преждевременность брака, случайность, корыстные мотивы и др.). На динамическом уровне определяются стержневые конфликты, способы их разрешения, семейные роли и их искажения.

Всемирная организация здравоохранения, считая вопросы создания семьи и семейной психогигиены чрезвычайно актуальными, уделяет им специальное внимание, разрабатывает программы, касающиеся планирования и создания семьи. Межнациональный институт по изучению проблем семьи ведет активную научную работу в этой области. Так, по данным этого института, общая рождаемость детей

снизилась в связи с появлением современных методов предупреждения беременности. В то же время рождаемость детей у психически неполноценных женщин, напротив, увеличилась. Sherer и соавт. (1968) отмечают, что значительный скачок в повышении рождаемости совпал с введением в клиническую практику фенотиазина и других психотропных лекарственных препаратов, которые изменили весь облик психиатрических больниц и позволили большинству их пациентов покинуть клиники, вести образ жизни свойственный психически здоровым людям.

Следует однако помнить, что беременность, роды, заботы, связанные с уходом за ребенком, могут способствовать рецидивам психотических эпизодов. Поэтому женщины, имеющие в анамнезе нервно-психические заболевания, должны находиться под особенно тщательным врачебным наблюдением, по отношению к ним надо обязательно проводить профилактический курс соответствующей психотерапии. Нежеланный ребенок, рожденный психически неполноценной женщиной, значительно больше подвержен риску патологии социально-психологического порядка. Указывая на это обстоятельство, Abernethy и Grune–baum (1972) подчеркивают необходимость более широкой организации консультаций по применению контрацептивов для психически больных лиц и определения медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. Права умственно отсталых лиц по созданию семьи обсуждались в 1967 г. на Стокгольмском совещании международных обществ по защите психически неполноценных лиц.

Основные задачи психопрофилактики

Один из основоположников отечественной терапии М.Я. Мудров считал профилактику болезней основой деятельности врача: “Долг врача — взять в свои руки людей здоровых, предохранять их от болезней наследственных или угрожающих, предписывать им надлежащий образ жизни…, ибо легче предохранить от болезней, нежели их лечить”.

Психопрофилактика — это раздел общей профилактики, включающий совокупность мероприятий, которые обеспечивают психическое здоровье, включая профилактику личностных и профессиональных кризисов, предупреждение возникновения и распространения нервно–психических заболеваний.

Выполнение психопрофилактических мероприятий требует наличия у врача любого профиля кроме общей профессиональной подготовки специальных знаний в области клинической (медицинской) психологии, психиатрии и психотерапии. Это особенно важно, если учитывать тесную взаимосвязь физического и душевного здоровья человека: психическое состояние оказывает влияние на соматическое здоровье человека, так же как и соматические проблемы могут вызвать серьезное эмоциональное расстройство.

В нашей стране принята международная классификация этапов психопрофилактики. По терминологии Всемирной организации здравоохранения профилактика делится на первичную, вторичную и третичную.

Первичная психопрофилактика — это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение вредных воздействий на человеческую психику. На этом уровне система психопрофилактики состоит в изучении выносливости психики к воздействию вредных агентов окружающей среды и возможных путей увеличения этой выносливости, а также предупреждении психогенных заболеваний. Первичная психопрофилактика тесно связана с общей профилактикой и предусматривает

комплексное участие в ней большого круга специалистов: социологов, психологов, физиологов, гигиенистов, врачей. По сути это диспансеризация здорового населения с осуществлением широкого комплекса психогигиенических мероприятий, поскольку способствовать возникновению нервно–психических нарушений могут как неблагоприятные социально–психологические условия существования человека (информационные перегрузки, психическая травматизация и микросоциальные конфликты, неправильное воспитание в детстве и т.п.), так и факторы биологического характера (соматические болезни, травмы мозга, интоксикации, действие вредностей в период внутриутробного развития мозга, неблагоприятной наследственности и т.п.).

Особая роль в осуществлении первичной психопрофилактики отводится психиатрам, психотерапевтам и клиническим (медицинским) психологам, которые призваны осуществлять не только раннее выявление нервно–психических заболеваний, но и обеспечивать разработку и внедрение специальных психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий в различных сферах человеческой деятельности. Здесь задачи также сложны и многообразны. Они тесно смыкаются с социальной психологией, так как необходимо внимательное изучение групповой, коллективной деятельности, совместного поведения и общения, особенностей психического состояния индивида в группе. Серьезное внимание надо уделять применению медицинской и психологической экспертизы различных производств и технологических процессов, например разработке мероприятий, предупреждающих неблагоприятное, невротизирующее действие монотонности поточно–конвейерного производства.

Вторичная психопрофилактика — это максимально раннее выявление начальных фаз нервно–психических заболеваний и их своевременное (раннее) активное лечение. Она состоит в контроле за не утяжелением или в предупреждении негативных последствий уже начавшегося психического заболевания или психологического кризиса. Согласно рекомендации Всемирной организации здравоохранения под вторичной профилактикой подразумевается именно лечение. Некачественное, несвоевременное лечение при нервно–психических заболеваниях способствует их затяжному, хроническому течению. Успехи активных методов лечения, особенно достижения психофармакологии, заметно отразились на исходах психических заболеваний: повысилось число случаев практического выздоровления, увеличилась выписка больных из психиатрических больниц. Однако следует помнить, что вторичная профилактика направлена не только на биологическую основу болезни, она требует применения психотерапии и социотерапии в широком смысле этих понятий.

Третичная психопрофилактика — это предупреждение рецидивов нервно–психических заболеваний и восстановление трудоспособности человека перенесшего заболевание. Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение инвалидности при наличии у человека нервно–психического заболевания. Во многих случаях для предупреждения рецидива психического заболевания больному требуется применение поддерживающей психофармакотерапии. Например, при различных аффективных расстройствах типа маниакально–депрессивного психоза, с успехом применяются с профилактической целью соли лития. При неврозах главное место в поддерживающей терапии принадлежит психотерапии и т.д.

В поддерживающей терапии при психических заболевания большую роль оказывает использование труда в специально созданных условиях лечебно–трудовых мастерских, терапия занятостью (чтение, участие в самодеятельности) и

другие социотерапевтические меры, которые направлены не на биологическую основу болезни, а адресованы к личности больного. В любом случае при предупреждении утраты работоспособности при нервно–психических заболеваниях или профессиональных и личностных кризисах речь идет обычно о *профессиональной реабилитации* (поиск для профессионала новых ресурсов в профессиональной деятельности, возможностей профессионального роста или в ряде случаев возможной смене профессии); *социальной адаптации* (создание максимально благоприятных условий для больного человека при его возвращении в привычную окружающую среду) и поиске путей для *самоактуализации личности* (осознание личностью собственных возможностей для пополнения ресурсов роста и развития)

Реабилитация (лат. rehabilitatio — восстановление в правах) — система медицинских, психологических и социальных мер, предупреждающих дальнейшее развитие болезни, потерю работоспособности и направленных на возможно более раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду и активной социальной жизни. Лечение болезни может проводится без специальных реабилитационных средств, но реабилитация включает также лечебные средства для достижения своих целей. Важнейшими задачами реабилитации являются восстановление личного (в собственных глазах) и социального (в глазах окружающих) статуса больного — семейного, трудового, общественного. М.М. Кабановым (1978) были выделены основные принципы и этапы реабилитации при нервно–психических расстройствах.

Основные принципы реабилитации:

1) партнерство — постоянная апелляция к личности больного, согласованные усилия врача и больного в постановке задач и выборе способов их решения;

2) разносторонность воздействий — указывает на необходимость использовать разные меры воздействия от биологического лечения до разных видов психотерапии и социотерапии, привлечение к восстановлению больного семьи, ближайшего окружения;

3) единство психосоциальных и биологических методов воздействия — подчеркивает единство лечения болезни, воздействия на организм и личность больного;

4) ступенчатость воздействий — включает поэтапный переход от одних реабилитационных мер к другим (например, на начальных этапах болезни могут превалировать биологические методы лечения болезни, а на этапах выздоровления психо– и социотерапевтические).

Основные этапы реабилитации:

1) восстановительная терапия — лечение в стационаре, активная биологическая терапия с включением психотерапии и социотерапии, постепенный переход от щадящего режима к активизирующему;

2) реадаптация — начинается в стационаре и продолжается во внебольничных условиях, адаптация к семье, наряду с поддерживающей терапией применяют лечение трудом, а при необходимости обучают новой профессии;

3) реабилитация в собственном значении слова — рациональное трудоустройство, нормализация бытовых условий, активная социальная жизнь.

Краткое содержание и выводы

Психогигиена определяется как наука об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья. Она является составной частью более общей медицинской науки о здоровье человека — гигиены. Клиническая психология обычно рассматривается в качестве научной основы психогигиены. Психогигиена изучает влияния внешней среды (природных, социально–бытовых и производственных факторов) на психическое здоровье человека. Ее данные важны для создания государственных нормативов, регламентирующих условия различных видов социального функционирования человека, а также для использования в санитарном посвящении различных групп населения.

Психопрофилактика является областью психиатрии, а в более широком контексте — разделом общей профилактики. Она разрабатывает и внедряет в практику меры по предупреждению психических заболеваний и их хронизации, а также способствует реабилитации психически больных. Отличие психогигиены от психопрофилактики заключается в объекте их исследования и практического применения. Психогигиена направлена на сохранение психического здоровья, а психопрофилактика занимается субклиническими и клиническими нарушениями.

Выделяют первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. Первичная психопрофилактика включает мероприятия, препятствующие возникновению нервно–психических расстройств. Вторичная психопрофилактика объединяет мероприятия, направленные на предупреждение неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности.

Понятие “реабилитация” обычно относится к личности больного, который к моменту заболевания занимал активное положение в обществе. Она направлена на возможно раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к труду и активной социальной жизни. Реабилитация инвалидов включает в себя медицинскую (восстановительная терапия), профессиональную (рациональное трудоустройство) и социальную (бытовая и социальная адаптация) реабилитацию. Важную роль в реабилитации больных с любыми заболеваниями придается психологическим мероприятиям, активизации реабилитационного личностного потенциала. Наиболее адекватно целям реабилитации (также как и психопрофилактики) служит психотерапия.

Вопросы для самопроверки

1. Что является объектом исследования и практического применения психогигиены и психопрофилактики?
2. Какие основные пути существуют для реализации достижений психогигиены?
3. Какие основные разделы психогигиены можно выделить? Каковы основные положения психогигиены труда, в частности психогигиены работы врача?
4. Что собой представляют первичная, вторичная и третичная психопрофилактика?
5. Как дать определение понятия “реабилитация”? Что собой представляет медицинская, профессиональная и социальная реабилитация больного человека?
6. Каковы основные принципы и этапы реабилитации?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Общая, социальная и возрастная психология

Андреева Г.М. Социальная психология. — М., 1997
Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. — М.: МГУ, 1988
Годфруа Ж. Что такое психология (в 2-х томах). — М., 1992
Ждан А.Н. История психологии от античности до наших дней. — МГУ, 1990
Кон И.С. Психология ранней юности. — М., 1989, 255 с.
Кричевский Р.Л., Дубовская Е.М. Психология малой группы. — МГУ, 1991
Мухина В.С. Возрастная психология. — М., 1997
Немов Р.С. Психология (в 3-х томах).— М., 1995
Общая психология / Под. ред. А.В. Петровского. — М., 1986
Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. Пособие /Под общей редакцией А.А. Крылова, С.А. Маничева. — СПб: Издательство "Питер", 2000
Соколова Е.Е. Тринадцать диалогов о психологии.— М.,1995
Теории личности в западно–европейской и американской психологии (хрестоматия по психологии личности) /Под. ред. Д.Я. Райгородского. — Изд.Дом "БАХРАХ", 1996
Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. — С-Петербург, 1997
Шибутани Т. Социальная психология. — М., 1969
Шульц Д.П., Шульц С.Э. История современной психологии /Перев. С англ. — Изд-во "Евразия", 1998
Эльконин Д.Б. Детская психология. — М., 1960
Ярошевский М.Г. История психологии. — М, 1985

Клиническая (медицинская) психология

Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. — М.: "Кафедра-М", 1998
Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.С. Медицинская психология. — М., 1967
Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. Ростов-н\Д.: «Феникс», 1996
Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. Учебн./Перев. С нем.— М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999
Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: МГУ, 1986
Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб.: Специальная литература, 1996
Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. — Л., 1982
Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. — Л., 1980
Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. — Минск, 1993
Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине.— Авиценум, Медицинское издательство, Прага, 1983
Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. — М., 1984
Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. — Л., 1966

Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. — М: МГУ,1973
Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: “МЕДпресс”, 1998
Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. — МГУ, 1987
Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб: Издательство “Питер”, 2000
Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. — Л., 1984, 192 с.
Творогова Н.Д. Психология (Лекции для студентов медицинских вузов).— М., 1998
Тонконогий И.М. Ведение в клиническую нейропсихологию. — Л., 1973
Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт, 1981, 286 с.
Хомская Е.Д. Нейропсихология.— М.: МГУ, 1987

Психологические методы исследования

Анастази А. Психологическое тестирование /Пер. с англ. — М., 1982
Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. — СПб: “Стройлеспечать”, 1997
Мельников В.М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности. — М., 1985
Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности.— М.: ИПП-ИСП, 2000
Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. — МГУ, 1980
Шванцара Й. и др. Диагностика психического развития.-Прага,1978

Дополнительная литература

Амосов Н. Моделирование мышления и психики. — Киев, 1965
Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. — Ростов-н\Д: “Феникс”, 1998
Дубровский Д.И. Психические явления и мозг. — М., 1971
Зеркин Д.П. Основы конфликтологии. — Ростов-н/Д: “Феникс”, 1998
Ковалев А.Г. Психология личности. Л.,1963
Коломинский Я.Л. Человек среди людей. — М., 1976
Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М., 1975
Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — Л., 1985
Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: “Академический проект”, Екатиренбург: “Деловая книга”, 1999
Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — Л., 1960
Психотерапевтическая энциклопедия /Под. ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: “Питер”, 1998.
Рубинштейн С.Л. Общие основы психологии. — М.-Л., 1947
Рудестам К. Групповая психотерапия. — М., 1990
Узнадзе Д.Н. Экспериментальные исследования по психологии установки. — Тбилисси, 1958,5
Фэйдимен Д., Фрейгер Р. Теория и практика личностно-ориентированной психологии. — М., 1996
Худик В.А. Работа психолога в наркологическом стационаре. — Киев: “Здоровья”, 1989
Ярмоленко А.В. Очерк психологии слепоглухонемых. — Л., 1961

УКАЗАТЕЛЬ ПЕРСОНАЛИЙ

A
Abernethy, 770
Ach N., 151
Alexander F., 640, 644
Arvanitaki A., 41
B
Baars B., 68
Baddeley A., 112
Balint M., 670
Barker R., 675
Barsky A.J., 428
Beard G., 631
Beck A., 694
Beck A.T., 219
Bem, 542
Bergin A.E., 470
Bevan W., 110
Binet A., 353
Bleuler E., 282
Block A., 98
Blumer D., 98
Bodamer J., 88
Bowlby J., 114
Briquet P., 632
Bullock, 42
Bumke O., 172
Byrne D.G., 674
C
Cannon, 647
Carli L.G., 608
Cattell J., 354
Chalazonitis H., 41
Charcot, 88
Charcot J., 628, 632
Chomsky, 182
ClauB G., 353
Coue E., 746
Crick, 290
D
de M'Uzan M., 651
Dejerine J.J., 154
Demarest, 49
Dement, 293
Dittrich A., 303
Dollard, 469
Dubois P., 154, 746
Ducoste, 174
Dunbar F., 644, 657
Dupre E., 174
Durham N.S., 223
E
Edelman D., 68
Edwars A., 259
Ellis A., 219
Erikson, 554
Eron, 237
Esqurol, 633
Eysenck H., 354, 372, 469
F
Ferrier, 56
Field, 730
Fisch M., 734
Fisher, 435
Fleming K., 220
Flourense, 57
Foerster, 245
Frankl L., 52
Frankl V., 403, 469, 754
Freud S., 446
Friedman M., 657
G
Galton F., 354
Garfield S.L., 470
Goldsten K., 149
Gonda T.A., 98
Greenberg, 435
Griesinger, 165
Grof S., 686
Gross G., 163
Grune-baum, 770
Guilford J., 354
Gullen, 628
H
Hamilton M., 224
Harlow H.F., 115, 238
Heagarty M.C., 682
Heilbronn M., 98
Heim A., 684
Heinroth R., 639
Heszen–Klemens J., 670
Hofstatter P., 493
Hollander E., 586
Holmes T.H., 649
Huber G., 163
J
Jackson, 191
Jackson J.H., 174
Jacobi, 639
Janet P., 165, 634
Jaspers K., 613
Jessell, 40
Jilliffe, 643
Johnson R., 729
Jung C., 687
K
Kahlbaum, 221
Kalish R., 560
Kandel, 40
Karasu N., 751
Kihlsrom J.F., 425
Kincannon I., 317
Kinsey A.C, 238

Kleitman, 293
Klerman G.L., 219
Kraft-Ebing, 201
Kubbler–Ross, 681
Kussmaul, 191
L
Laborit H., 43
Lavater I., 384
Lazarus R.S., 650
Leuner H., 755
Levy–Bruhl, 141
Lewin K., 446
Liepmann, 244
Lindsley, 211
Lipowski Z., 676
Logre J.B., 174
Loomis A., 293
M
MacLean, 42
Maier, 140
Martlndale C., 303
Marty P., 651
Mayer-Gross W., 52
Mead G., 446
Medioni J., 352
Miller, 469
Minuchin S., 653
Mitscherlich A., 645
Moody R., 685
Morel, 386
Munk, 56
Murrey H., 259, 344
N
Noback, 49
Norman, 263
Noyels.R., 684
O
Orton, 191
Osis K., 684
P
Paterson A., 89
Pende N., 369
Pervin L.A., 425
Piaget J., 144
Pifster O., 686
Plater, 633
Poole, 503
Poppelreiter W., 89
R
Rahe R.H., 649
Ribot Th., 120
Ring, 685
Rogiewicz A., 732
Rosenman R., 657
Rostan L., 369
Rotter, 467
S
Salkovskis P.M., 428
Sapir, 182
Schaefer, 647
Schieschek H., 391
Schur M., 645
Shachov D., 270
Shaw M.E., 577
Sherer, 770
Sifneos P.E., 651
Sigaud C., 369
Simon Th., 353
Skinner, 461
Spearman C., 354
Spielberger Ch., 372
Spoerri, 184
Stassberg, 341
Steer R., 694
Storms B., 270
Strupp, 750
T
Tart Ch., 303
Thuiller P., 352
Thurstone L., 355
U
Urich M.F., 441
V
Vaysse G., 352
W
Wallas, 143
Warwick H., 428
Watson, 460
Weissman M.M., 219
Weizsacker, 643
Wernicke C., 164
Wharf, 182
Wilbrand, 88
Winnicott, 731
Wolpe, 469
Z
Zajonc, 357
Zangwill O., 89
Zazzo R., 287
Zung W.W.K., 223

А
Абрамова Г.С., 173, 663, 709, 710, 712, 713, 742, 744
Абрумова А.Г., 692, 695, 699
Августин, 10
Авербух Е.С., 282
Аверроэсе, 11
Адлер А., 340, 343, 440, 623
Айзенк Г., 314, 357
Аквинский Ф., 11
Александер Ф., 644, 665
Александров Ю.И., 68
Альвин Ж., 72
Альгазен, 11
Анаксимандр, 7
Анаксимен, 7
Ананьев Б.Г., 309, 383, 414
Анастази А., 351
Андреева Г.М., 568, 571, 577, 581, 583, 585, 607
Анохин П.К., 210, 243, 328
Ануфриев А.К., 70
Апгар В., 503
Аристотель, 8, 60, 106, 138, 231, 384
Асмолов А.Г., 383, 385
Ассаджиоли Р., 754
Аствацатуров М.И., 199
Б
Бадмаев Б.Ц., 24
Балинский И.М., 633
Балинт П., 89
Балонов Л.Я., 186
Бандура А., 459, 464, 466
Баннистер Д., 339
Бараш Б.А., 702
Бард Ф., 211
Басов М.Я., 232
Басс Б., 331
Бассин Ф.В., 156, 630, 641
Бахур В.Т., 285
Башина В.М., 301
Бейби-Брук А., 72
Бек А., 757
Бендлер Р., 748
Бентам И., 29, 708
Бергер Х., 290
Бергсон А., 413
Берд К., 587
Берн Э., 605
Бернс Р., 334
Бернштейн Н.А., 243
Берталанфи Л., 311
Бехтерев В.М., 23, 61, 282, 285, 462, 469, 581, 669, 764
Бине А., 358, 401
Бине-Сангле, 694
Бирдвистл К., 600
Биренбаум Г.В., 157
Бирс К., 22, 763
Блейлер Э., 140, 152, 156, 161, 282
Блейхер В.М., 21, 27, 157
Блонский П.П., 116
Блос П., 493
Богомольц А.А., 557
Бодалев А.А., 414, 553
Божович Л.И., 523, 531
Боллз Э.Б., 711
Боткин С.П., 641, 669
Ботнева Г.В., 541
Боулби Д., 114
Боухал М., 181, 236, 309, 670, 675, 702, 705, 709, 711
Брагина Н.Н., 301
Брайль Л., 83
Брейд Дж., 747
Бродбент Д.Е., 268
Брока П., 56, 185
Брукс Ч., 665
Брунер Д., 148, 468, 607
Бумке О., 172
Бунеев А.Н., 614
Бурдон Б., 275
Бут, 648
Бухановский А.О., 240
Быков К.М., 641, 647, 669
Бэкон Р., 11
Бюлер Ш., 404
Бюхер К., 183
В
Валлон А., 385
Ван де Кар Р., 502
Васильченко Г.С., 238, 239, 541, 544, 557
Васюков Н.М., 283
Вебер Э., 63
Векслер Д., 126, 353, 359
Вересаев В.В., 706
Вернике К., 56, 185
Вертгеймер М., 71, 117, 399
Видренко А.Е., 148
Виноградова Т.В., 672
Вистранд К., 731
Волков И.П., 585
Вольпе Д., 459, 469
Вольф Хр., 6
Вотчал Б.Е., 675, 724
Вудворте Р., 401, 464
Вундт В., 5, 22, 61, 183, 198, 281, 284, 399, 400, 467, 570
Выготский Л.С., 53, 116, 147, 149, 151, 181, 233, 281, 353, 385, 407, 468, 492, 494, 495, 504, 513, 521, 522, 677
Г
Гален К., 365
Галич А., 285
Галль Ф., 56, 384
Гальперин П.Я., 233, 409, 521
Гальтон Ф., 352, 401
Ганнушкин П.Б., 386, 389, 397, 669
Гарбузов В.И., 236

Гарднеры Р. и Б., 183
Гатри Э., 467
Гезелл А., 16
Геккель Э., 492
Геккер, 156
Гельмгольц, 11, 90, 106
Георгиевский А.С., 767
Гераклит, 6, 7
Гербарт И.Ф., 63, 210
Герцен А.А., 285
Гете И., 223
Гилфорд Дж., 355
Гиляровский В.А., 614, 669
Гиндикин В.Я., 386, 764
Гиппенрейтер Ю.Б., 9, 19, 409
Гиппократ, 7, 29, 221, 365, 706
Гнездилов А.В., 689
Годфруа Ж., 32, 291
Гоклкениус, 6
Головин Т.П., 83
Гольбин А.Ц., 295
Гольдшейдер А., 669
Гольдштейн К., 473
Горбов Ф.Д., 275
Гордон У., 589
Горелов И.Н., 183
Гоуэлс, 769
Гриндер Д., 748
Гриншпун, 184
Громбах А.М., 663
Гроф С., 477, 686
Грэхем Дж., 282
Губачев Ю.М., 655, 657
Гуревич М.О., 121, 125, 300
Гурьева В.А., 386
Д
Давыдовский И.В., 557
Данбар Ф., 644
Данилин Е.Н., 768
Дарвин Ч., 37, 106, 200, 207, 210, 385, 401, 441, 492
Деглин В.Д., 186
Дежерин Д., 154, 767
Декарт Р., 10, 12
Дельбрюк А., 174
Демин Н.Н., 292
Демокрит, 7
Джеймс В., 23, 210, 237, 284, 302, 400
Джоунс И., 338
Дильтей В., 403, 474
Добрович, 184
Доброхотова Т.А., 301
Добрынин Н.Ф., 264
Донская Л.В., 766, 768
Дубровский Д.И., 468
Дьюи Д., 401
Дюбуа П., 154
Дюпре Э., 173
Дюргеров А., 681
Дюркгейм Э., 692, 697
Е
Елагина М.Г., 523
Елисеев О.П., 227
Ермаков И.Д., 418
Ермолаев О.Ю., 280
Ершов П.М., 602
Ж
Жислин С.Г., 614
З
Зайцев В.П., 316
Зайцева Г.П., 180
Замадворов М.С., 695
Запорожец А.В., 385
Захарьин Г.А., 641, 669
Зейгарник Б.В., 107, 149, 155, 156, 157
Зиллер Р., 336
Зинченко В.П., 281
Зоммер К., 613
Зорин К.В., 707
Зубарев Ю.Г., 673, 677
И
Иваницкий, 133
Иваницкий А.М., 68
Иванников В.А., 231, 240
Иванов Н.Я., 674
Изард К., 154, 201
Ильин Е.П., 348
Иовлев Б.В., 611
Исаев Д.Н., 641, 654, 656, 663, 681, 765
Исурина Г.Л., 752
Итар, 16
К
Кабанов М.М., 772
Каган В.Е., 341, 663, 765
Калин В.К., 232
Калмыкова Е.С., 750
Кальбаум, 156
Камю А., 231, 403
Кант И., 201, 366, 400
Карвасарский Б.Д., 415, 631, 663, 705, 743, 746, 752, 760
Карнеги Д., 603, 720
Карпова Э.Б., 611
Квасенко А.В., 673, 677
Келер В., 117, 399
Келер Э., 513
Келлерман Г., 624
Келли Дж., 320, 338, 339, 581
Кемпински А., 635
Кербиков О.В., 386, 387, 674, 764
Кеттел Д., 22, 401
Кеттел Р., 312, 357, 580
Кимура Д., 273
Клейн М., 434
Клубова У.Б., 625
Клюблер–Росс Э., 681
Ковалев А.Г., 321, 379
Ковалев В.В., 497, 538, 670, 673
Коган А.Б., 292
Козырев Г.И., 622

Кольберг Л., 524
Кон И.С., 544, 545, 546
Конечный Р., 181, 236, 309, 670, 675, 702, 705, 709, 711
Кони А.Ф., 692
Конт О., 341, 400
Контарович Н.В., 469
Кордоз Д., 694
Королев В.В., 635
Короленко Ц.П., 764
Корсаков С.С., 121, 282, 285, 669
Корсакова Н.К., 55, 273
Коффка К., 117, 399
Кохут Х., 435
Кочюнас Р., 741
Кравцова Е.Е., 523
Крайг Г., 340, 495, 503
Краснушкин Е.К., 669, 670
Крегер Ф., 642
Крепелин Э., 156, 221, 274, 612
Кречмер Э., 23, 139, 258, 366, 369, 384, 614
Кудрявая Н.В., 707
Кудрявцев И.А., 27
Кузьмин Е.С., 581
Кукуев Л.А., 54
Кулагина И.Ю., 511
Курцин И.Т., 641, 647, 669
Кутявин Ю.А., 240
Куэ Е., 746
Кьеркегорон С., 403
Кэннон У., 211
Кэрр Г.А., 401
Кюльпе О., 222, 400
Л
Лазарус А., 469
Лазурский А.Ф., 72, 285, 379, 474
Лакан Ж., 715
Лакосина Н.Д., 21, 24, 173, 635, 674
Ланге Г., 210
Ланге Л., 412
Лапин И.П., 651
Ларичев В.П., 702
Лассуэлл Г., 340
Лацарус М., 570
Лебединская К.С., 517, 528
Лебединский В.В., 663
Лебединский М.С., 196, 323, 641, 669, 767
Леви–Брюль Л., 141
Левин К., 117, 259, 579, 583, 588, 589, 619
Левитов Н.Д., 384
Левонтин Р., 352
Лежепекова Л.Н., 672
Лейбниц Г., 64, 413
Леонгард К., 221, 389, 391, 397, 764
Леонтьев А.А., 184
Леонтьев А.Н., 72, 116, 128, 233, 307, 327, 328, 343, 353, 385, 407
Лесгафт П.Ф., 366
Либих С.С., 173, 671
Линчевский Э.Э., 766, 768
Липман Г., 139
Липпман У., 608
Литвак А.Г., 83
Литвак М.Е., 240
Личко А.Е., 389, 394, 530, 535, 549, 674, 764
Лищук В.А., 662
Лобзин В.С., 657
Локк Д., 280, 458, 493
Ломброзо Ч., 350
Ломов Б.Ф., 414
Лоуэн А., 754, 755
Луков Г.Д., 248, 251
Лурия А.Р., 27, 39, 50, 54, 99, 113, 125, 128, 147, 185, 189, 233, 245, 246
Лурия Р.А., 641, 670
Любан-Плоцца В., 642
М
Майер Г., 140
Макаренко А.С., 328, 581, 585
Макаров В.В., 743
Маккинли Дж., 315
Мак–Коннел Д., 120
Мак–Лин, 207
Марби Е., 584
Марголис Дж., 280
Маркова А.К., 709
Маркс К., 407, 449, 585
Марр Н.Я., 183
Марше Д., 534
Марютина Т.М., 280
Масгутова С.К., 534
Маслов В.М., 541
Маслоу А., 341, 344, 404, 422, 473, 477, 481, 664, 665, 685
Маунткасл В., 40
Меграбян А.А., 283
Медведева В.В., 423
Менделевич В.Д., 20, 382, 692, 716, 743, 745
Мерлин В.С., 370, 379
Месмер Ф., 566
Мечников И.И., 558
Мизухин И.А., 670
Миллер Д., 110, 468, 578
Милль Дж.С., 105
Михал В., 36
Модсли Г., 400
Моисеева Н.И., 292
Морган Л., 401
Моргун В.Ф., 709
Морель, 156
Морено Дж., 578, 580, 591
Морозов Г.В., 614, 641
Московиси С., 569, 574
Московичюте Л.И., 55, 273
Моссо А., 223
Мотульски А., 358
Мудров М.Я., 641, 669, 770
Муратова И.Д., 34
Мурзенко В.А., 550
Мэй Р., 404

Мюнстерберг Х., 22, 276, 401
Мясищев В.Н., 196, 259, 321, 322, 323, 379, 389, 414, 596, 614, 620, 629, 634, 654, 669, 734, 752, 758, 763
Н
Назыров Р.К., 621
Найссер У., 468
Небылицин В.Д., 350, 370
Немов Р.С., 279, 353
Николаева В.В., 642, 662
Ницше Ф., 441
Нуаре Л., 183
Ньюкомб Т., 579
О
Обухова Л.Ф., 513
Оккам В., 11, 12
Олдс Дж., 209
Олпорт Г., 310, 312, 402, 404, 579
Орлов Ю.М., 154
Орнстайн, 141
Осборн А., 589
Осегуэра-Наварро, 120
Осипов В.П., 282, 614
П
Павлов И.П., 50, 78, 106, 209, 216, 232, 268, 289, 297, 365, 369, 370, 458, 459, 460, 462, 628, 647, 669, 756
Панферов В.К., 597
Папес Дж., 211
Парсон Т., 601
Партс О.П., 286
Пашкова В.А., 530
Пезешкиан Н. и Х. (отец и сын), 748
Пельдингер В., 642
Пенфилд У., 113
Перлс Ф., 117, 754
Петровская Л.А., 553
Петровский А.В., 233, 323, 383, 530, 581, 585
Петровский Б.В., 663
Пиаже Ж., 144, 145, 182, 468, 488, 507, 515, 521, 587
Пиз А., 385
Пинель Ф., 16, 763
Пирогов Н.И., 669
Платон, 8, 138, 384, 694
Платонов К.И., 154
Платонов К.К., 21, 173, 248, 251, 321, 763
Платтер, 164
Плотин, 10
Плучек Р., 624
Познанский А.С., 670
Полищук И.А., 148
Полищук Ю.И., 699
Поляков Ю.Ф., 21, 27, 157
Понугаева А.Г., 114
Поршнев Б.Ф., 568
Поспелов Д.А., 142
Поттер В.Р., 708
Примак Д., 183
Р
Равич–Щербо И.В., 357
Райх В., 664, 755
Рамон–и–Кахал, 40
Резникова Т.Н., 670
Рейнвальд Н.И., 672
Решетников М.М., 657
Рибо Т., 207, 285
Рогинский Я.Я., 39
Роджерс К., 404, 422, 480, 481, 483, 664, 754
Рожнов В.Е., 630
Рольф И., 665
Романес Дж., 401
Роттер Д., 467
Рохлин Л.Л., 282, 670, 673
Рубинштейн С.Л., 233, 309, 321, 383, 385, 407
Рудестам К., 470, 567
С
Салливан Г., 310, 343, 623, 643
Сандерс С., 689
Сапогова Е.К., 523
Сартр Ж.П., 231, 403
Сахарный Л.В., 186
Сахаров Л.С., 151
Свенсон, 683
Свядощ А.М., 629
Седов К.Ф., 183
Сельвер Ш., 665
Селье Г., 206, 647
Семенов С.Ф., 301
Серейский М.Я., 121, 125
Сеченов И.М., 14, 39, 106, 132, 231, 669
Сиденгам, 632
Симон Т., 358
Симонов П.В., 213
Симонов П.И., 342
Синг Дж., 16
Скворцов К.А., 670
Скиннер Б., 459, 461, 756
Скотт Д., 11
Скотт У.Д., 401
Слуцкий А.С., 695
Случевский И.Ф., 113
Случевский Ф.И., 283
Смирнов В.М., 670
Снегирева Т.В., 535
Соколов Е.Н., 269
Сократ, 9, 694
Соловьев В., 413
Сорокин В.М., 83
Спивак Д.Л., 303, 304, 305, 731
Спивак Л.И., 303, 731
Стабровский Е.М., 655
Станиславский К.С., 216
Стенько Ю.М., 766
Степанов А.Д., 672
Стивенс С., 64
Стотт Д., 527, 550
Стреляу Я., 373

Сутич Э., 477
Т
Тайлор, 7
Такмен Б., 584
Таптапова С.Л., 186
Тард Г., 573
Тарханов И.Р., 223, 238
Ташлыков В.А., 715, 752
Творогова Н.Д., 600
Телешевская М.Э., 556
Теплов Б.М., 350, 370
Тибилова А.У., 561
Тибо Д., 581
Тинберген Н., 207
Титченер Э.Б., 281, 399, 400
Тихоненко В.А., 698
Токарева О.А., 191
Толмен Э., 459, 464, 467
Томас А., 372
Тонконогий И.М., 88, 244
Торндайк Е., 459, 756
Торндайк Э., 460
Триплет Н., 579
Тупицин Ю.А., 631
Тхостов А.Ш., 663
У
Узнадзе Д.Н., 62, 288, 329, 385, 413, 630, 695
Уинникот Д., 435
Уитмер Л., 22, 401
Уманский Л.И., 581, 586
Унгар Дж., 120
Уотсон Д., 458, 460, 461, 463, 467
Ухтомский А.А., 268
Ушаков Г.К., 21, 24, 173, 286, 497, 674
Ушинский К.Д., 132
Ф
Фалес, 7
Фальре, 165
Фелинская Н.И., 614
Фельденкрейс М., 665
Фельдштейн Д.И., 496
Фере Ш., 223
Фестингер Л., 212, 335, 343
Фехнер Г., 64, 108, 223
Фишер, 32, 303
Фогель Ф., 358
Форель А., 747
Форманюк Т.В., 713
Франк С.Л., 411
Франкл В., 403, 754
Франселл Ф., 339
Фребель Ф., 492
Фрейд Анна, 434
Фрейд З., 23, 289, 294, 320, 329, 341, 343, 402, 414, 418, 440, 450, 452, 541, 544, 580, 623, 628, 645, 686, 693, 726, 752
Фрейденбергер Х. Дж., 712
Фридман И.К., 666, 676
Фролова Г.В., 765
Фромм Э., 343, 449, 570, 643
Фрумкин Я.П., 670
Фрумкина, 184
Футс Р., 183
Х
Хайдегер М., 231, 403
Хайдер Ф., 338
Хайкин Р.Б., 35
Хаймен Г., 579
Халл К., 464, 465
Харди И., 283, 680, 694, 701, 730
Хартман, 294
Хатуэем С., 315
Хебб Д., 118
Хекхаузен Х., 338
Хеппер П., 502
Херсонский Б.Г., 128
Хесс У., 209
Холл Г.С., 401
Холл Э., 599
Хоманс Д., 581
Хомская Е.Д., 26, 123, 179, 351
Хомский Н., 182
Хордвик Е., 681
Хорни К., 431, 443, 623, 643
Христозов Х., 217
Хэд Г., 97
Ц
Царегородцев Т.И., 641
Цингг Р.М., 16
Цуккерман И.И., 88
Ч
Чесс С., 372
Чехлатый Е.Г., 621
Ш
Шахматов Н.Ф., 560
Шевалев Е.А., 670, 673, 674
Шевандрин Н.И., 524
Шелдон У., 367, 384
Шериф М., 579
Шеффер, 648
Шингаров Г.Х., 641
Шогама И.И., 96
Шопенгауэр, 421
Шостром Э., 282
Шоу Б., 172
Шоу М., 577
Шпрангер Э., 403, 474
Штейнталь Х., 570
Штерн В., 359, 491
Шульц Д.П., 13, 418, 436, 460
Шульц И., 656, 748
Шульц С.Э., 13, 418, 460
Щ
Щепаньский Я., 601
Э
Эббингауз Г., 107, 117
Эйдемиллер Э.Г., 550
Экхарт М., 477
Эллис А., 470, 757
Эллис Х., 432

Эльконин Д.Б., 233, 409, 495, 496, 513, 581
Эмбер Р.Б., 72
Энджелл Д.Р., 401
Эриксон М., 747
Эриксон Э., 451, 493, 534, 554, 561, 623
Эткинд А.М., 227, 721
Эфроимсон В., 341
Ю
Юдчиц Ю.А., 173, 663, 709, 710, 712, 713
Юнг К., 314, 371, 436, 477, 664
Юстицкий В.В., 550
Я
Якубик А., 175
Якубов П.Я., 672
Якунин В.А., 10
Ярошевский М.Г., 581
Ясперс К., 231, 282, 297, 300, 403, 613, 627, 635

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А
Абазия, 632
Абреакция, 746
Абстиненция
  опийно–морфийная, 98
  сексуальная, 239
Абулия, 252
Аверсия, 461, 619
Автаркия, 286
Автоматизм, 257
  амбулаторный, 300
Аггравация, 675
Агевзия, 69, 95
Агнозия, 81, 82
  зрительная, 88
  обонятельная и вкусовая, 94
  слуховая, 90
  тактильная, 96, 99
Агорафобия, 634
Агрессия, 214, 450, 617
  агрессивность, 237, 341
  энергия агрессивная, 421
Адаптация, 663
  анализатора, 65
  инволютивная, 557
  ребенка к школе, 521
Ажитация, 257
Акалькулия, 194, 525
Аккомодация, 73, 83
Акмеология, 553
Акселерация, 531, 537
Аксиопсихотерапия, 702
Активное слушание (техника), 718
Активность, 371
  нервной системы, 50
Акупунктура, 98
Акцентуации характера, 389
Алалия, 188
Алгометр, 98
Алекситимия, 651, 667
Алексия
  литеральная первичная, 89
  тактильная, 100
Алкоголики анонимные, 593
Альтруизм (мотив), 340
Альцгеймера болезнь, 563
Амавроз, 87
Амбивалентность, 221
Амбитендентность, 255
Амблиопия, 69, 87
Аменция, 300, 362
Амимия, 256
Амнезия, 121
  диссоциативная, 633
  младенческая, 115
  ретроградная, 111
Амплификация, 428
Амузия (слуховые агнозии), 90
Анаболизм, 48, 49
Аналитическая психология Юнга, 436
Анальная стадия, 430
Анамнез, 35
Ангедония, 216
Анестезия, 68, 422
  истерическая, 69
Анима и Анимус, 438
Анимизм, 6
Анкетирование, 37
Анозогнозия, 100
Аномалоскоп, 87
Аномия, 55
Анорексия, 252, 656
  нервная (психическая), 540
Анормия, 215
Аносмия, 69, 94, 95
Антенатальная диспозиция, 446
Антилокализоцианизм, 57
Апатия, 215, 617
Апгар шкала, 503
Апноэ сонные, 295, 296
Апперцепция, 64, 70, 72, 139, 284
Аппетенция, 619
Апраксия, 244
Апрактоагнозия, 245
Апрозексия, 270
Аритмия (слуховые агнозии), 90
Арттерапия, 591
Археокортекс, 39, 42, 47
Архетип, 437
Асимметрия
  функциональная полушарий, 43
Асоциальность, 549
Ассоциативное направление, 117
Ассоциация, 105
Астазия, 632
Астереогнозис, 99
Атака паническая, 634
Атаксия, 99
  взора, 89
Атипичные аффективные состояния, 221
Атрибуция
  каузальная, 338, 608
  фундаментальная ошибка, 338
Атрофические процессы мозга, 184
Аттитюд, 329
Аттракция, 608
Аудиограмма, 92
Аудиометр, 93
Аутентичность, 582
Аутизм
  детский, 540
Аутоагрессия, 341, 695
Аутогенная тренировка, 172, 656, 748
  модификации, 749

Аутопсия психологическая, 692
Аутоэротизм, 432
Афазия, 185, 189
  амнестическая, 122
Афония, 186, 633
Аффект, 200
  патологический, 201
Аффективно-шоковые реакции, 627
Аффилиация (мотив), 340
Ашаффенбурга симптом, 79
Аэрофагия, 656
Б
Балинта синдром, 89
Бароэстезиометр, 96
Басса ориентационная анкета, 331
Баттаризм, 187
Бендера тест памяти, 127
Бентона тест памяти, 127, 361
Беседа
  познавательный аспект, 724
  сократическая, 9
  структура, 723
  типы вопросов, 36
  эмоциональный аспект, 725
Бессознательное, 289, 419, 448
  когнитивное, 425
  коллективное, 436
  общая характеристика, 18
Бессонница, 297
Биоинформатика, 63
Биоэнергетика, 665, 755
Биоэтика, 708
Бихевиоризм, 402, 458, 463, 756
  когнитивный Толмена, 464
  оперантный Скиннера, 461
Ближайшая зона развития, 494
Близнецовый метод, 352
Болезнь
  аутопластическая картина, 669
  внутренняя картина, 669, 670
  информационное поле, 670
  масштаб переживаний, 671
  морская (укачивание), 101
  переживания в динамике, 676
  переживания у детей, 677
  переживания у пожилых, 678
  психосоциальные реакции, 676
  тип личностной реакции, 672
  тип отношения, 674
Боль, 97
Больной терминальный, 687
Бондинг, 730
Брадилалия, 187
Брадифразия, 187
Брадифрения, 159
Брадихрония, 80
Брачная терапия, 593
Бред, 162
  воображения Дюпре, 174
  голотимный, 164
  параноидный, 164
  парафренный, 164
  паронояльный, 164
Брейнсторминг (мозговая атака), 143, 589
Бронхиальная астма, 658
Бруксизм, 296
Булимия, 253, 540
В
Вагабондаж. См. Дромомания
Вада метод, 186
Вебера-Фехнера закон, 63, 85
Векслера
  тест интеллекта, 359
  тест памяти, 126
Венна диаграммы, 152
Верагута признак, 222
Вербигерация, 185, 257
Вестибулярный аппарат, 100
Взросление, 530
Визионизм, 254
Визуальное общение, 600
Включенное наблюдение, 30
Влечение, 329
  импульсивное, 255
  компульсивное, 255
  пищевое, 238
  половое, 238
Внимание, 263
  исследование, 274
  модально-неспецифические нарушения, 272
  модально-специфические нарушения, 272
  модель фильтра, 268
  послепроизвольное, 264
  свойства, 265
Внушаемость, 258
Внушение, 572
Возбудимость эмоциональная, 214, 372
Возбуждение психомоторное, 257
Воздействие, 744
Возраст
  кризисы, 491, 495
  психологический, 488
Воля, 230
  исследование, 258
  нарушения, 252
  развитие у детей, 241
  функции, 232
Воображение, 170
Вопросы в беседе, 36
Восприятие, 70
Восприятия, 72
  свойства, 70
  фигура и фон, 71
Врач и его качества, 713
Вундта теория чувств трехмерная, 198
Выготского–Сахарова методика, 151
Вымещение, 427
Высшие психические функции
  формирование, 53

Вытеснение, 426
Вычурность. См. Манерность
Г
Габитуация, 66, 118
Габтическая функция руки, 99
Галлюцинации, 62, 77, 81, 299
  вербальные, 76
  висцеральные, 69
  воображения Дюпре, 174
  гемианоптические, 79
  ложные, 78
  обонятельные, 94
  функциональные, 76
Галоэффект, 608
Гамильтона шкала депрессии, 224
Гемблинг, 254
Гемералопия, 84
Гемианопсия, 87
Гемисоматоагнозия, 100
Гениальность, 350
Генитальная стадия, 432
Геном человека, 351
Геронтопсихология, 20, 487
Геронтофилия, 254
Гетероагрессия, 695
Гештальт, 399
Гештальтпсихология, 71, 117
Гипербулия, 253
Гиперестезия, 68
Гиперкатексис, 422
Гиперкинезия, 257
Гиперметаморфоза, 271
Гипермнезия, 113, 120
Гипернозогнозия, 671
Гиперпрозексия, 271
Гипертимия, 220
Гипертиреоз, 659
Гипертоническая болезнь, 657
Гипестезия, 68
Гипноз, 291, 747
  эриксонианский, 747
Гипобулия, 252
Гипокинезия, 256
Гипомнезия, 121
Гипонозогнозия, 671
Гипопрозексия, 270
Гипотеза, 31
  психосоматической специфичности, 643
  светлого пятна, 290
Гипотимия, 218
Гиппокамп, 42, 111, 112, 247
Глия, 42
Глоссадиния, 736
Глоссалгия, 736
Голод
  сенсорный, 504
Гомицидомания, 254
Гомосексуальность, 254, 447
Горевание, 688
Госпитализм, 505
Готовность ребенка к школе, 516
Градиент ретроградной амнезии, 112
Градуированная экспозиция, 756
Грезы, 171
Грештмана синдром, 100
Группа, 567
  динамика, 579, 583
  малая, 577
  механизмы динамики, 586
  модели развития, 584
  нормы, 582
  параметрический подход, 586
  референтная, 579
  стихийная, 571
  стратометрическая концепция, 585
  тренинга (Т-группа), 483
  устойчивая большая, 568
  членства, 579
  эмоциональная динамика, 585
Групповая терапия, 591
Гукание, 506
Гуление, 506
Гуманизм врача, 706
Д
Дальтонизм, 85
Дауна болезнь, 356
Двигательное невнимание, 273
Движения
  рабочие, 249
  тупиковые у младенца, 506
Дебильность, 362
Дееспособность, 250
Действия
  волевые, 235
  импульсивные, 256
  компульсивные, 255
  навязчивые, 166, 255
  насильственные, 256
Делинквентность, 549
Делирий, 299
  ночной старческий, 678
Деменция, 362, 562
  сенильная, 563
  сосудистая, 563
Дендрон, 40
Деонтология, 29, 708
Деперсонализация, 301
  аутопсихическая, 301
  витальная, 301
  соматопсихическая, 301
Депрессия, 218
  болевая чувствительность, 98
  возрастно-ситуативная, 560
  двойная, 220
  когнитивная триада, 757, 758
  лечение, 219
  скрытая, 70, 219, 640
Депривация, 114, 505, 515
  сенсорная, 79
  сенсорная, 51

эмоциональная, 453
Дереализация, 79
невротическая, 719
Детектор лжи, 62
Детерминизм психический, 419
Деформация профессиональная, 708
Деяние, 232
Деятельность, 233, 408
ведущая, 496
врачебная, 706
игровая, 511
макроструктура, 234
операции, 234
особенные виды, 234
учебная, 519
Джогари окно, 484
Диагноз
психологический, 32
Диалог
сократический, 404
Дивергенция (зрение), 73
Дидактогении, 173
Дизартрия, 188
Дизонтогенез, 538
Динамизмы в психоанализе, 421
Динамика
неврозов, 635
Дипсомания, 253
Дисграфия, 55, 192, 525
Дискалькулия, 525
Дископия, 55
Дископия–дисграфия, 55
Дислалия, 188
Дислексия, 191, 525
Дисмегалопсия, 79
Дисморфобия-дисморфомания, 540
Диснозогнозия, 671
Диспарантность, 73, 86
Дисперсионный анализ, 32
Диспозиции личностные, 327
Диссимуляция, 675
Диссонанс, 213, 343
Диссоциативные сумерки, 300
Диссоциация, 156, 422
Дистимия, 220
Дистресс, 205, 648
Дисфазия. См. Алалия
Дисфония, 186
Дисфория, 220
Дошкольник
переходный, 523
Дошкольный возраст, 514
Дромомания, 253
Дуализм, 12
Е
Евгеника, 352
Ж
Жалобы проблемные, 733
Желание, 236, 330
Жиль де ла Туретта синдром, 166
З
Забывание, 107
Задатки способностей, 350
Задача, 142, 330
Заикание, 187
Закон
ассоциации, 106
Вебера-Фехнера, 64
все или ничего, 50
Йорса–Додсона, 200, 342
обратного хода памяти, 120
силы Павлова, 50
Замещение, 427, 428
Запах, классификация, 94
Запоминание, 106
Запущенность педагогическая, 526
Заражение психическое, 572
Захарьина–Геда зоны, 98
Защита
психобиологическая, 617
психологическая, 623, 719
Защитные механизмы Ego, 425
Звука громкость и сила, 92
Звуковая тень, 91
Здоровье, 662
внутренняя картина, 663
Зейгарник эффект, 107
Значение, 281
Зона
ближайшего развития (Выготский), 353
Зоофилия, 254
Зрелость
поздняя, 555
ранняя, 554
социальная, 523
средняя, 554
физическая, 535
школьная, 523
Зрение, 86, 87
Зрительное невнимание, 272
И
Игнорирование, 426
Игровое перевоплощение ребенка, 175
Идеал, 330
Идеализм, 8
Идентификация, 427, 452, 607
интроективная, 427
Идентичность
психосоциальная, 452
Идеология, 568
Идея
доминирующая, 166
навязчивая, 164
сверхценная (бредоподобная), 164
Идиотия, 363
Иерархия потребностей, 343
Изоляция, 427
Иллюзия, 75, 77
противовращения, 100
Имбецильность, 362

Имидж, 573
Имматуризм, 175
Имплозия, 470, 757
Импринтинг, 113
Импульс нервный, 41
Инволюция, 556, 557
Индекс
  групповой сплоченности, 583
  Рогинского, 39
Индивид, 15, 16, 307, 308
Индивидуализация, 664
Индивидуальная психология Адлера, 440
Индивидуальность, 310
Индивидуация (Юнг), 439
Инкогеренция, 161
Инсайт, 143, 751, 757, 760
Инстинкт, 236
  обобщенный в психоанализе, 420
  пищевой, 238
  половой, 238
  самосохранения, 237
Интеллект, 145, 155, 353
  репрезентативный, 145
  фактор генеральный, 354
Интеллектуализация, 426
Интенция парадоксальная, 469, 754
Интервенция кризисная, 702
Интервью, 35, 742
  диагностическое, 35
  психотерапевтическое Салливана, 448
  типы вопросов, 36
Интерес, 330
Интериоризация, 144
  стадии, 53
Интоксикация метафизическая (философическая), 541
Интроверсия, 314
Интроверт, 436
Интроекция, 427
Интроспекция (самонаблюдение), 17, 30, 280, 284, 291, 401, 403, 458
Интуиция, 288
  в мышлении, 136
  картезианская, 12
Инфантилизм, 538
Инцест, 429
Истерическая личность, 736
Истерия, 630, 632
История психологии, 7, 10, 13, 22, 61, 63, 65, 90, 105, 108, 117, 399, 413, 418, 436, 440, 461, 462, 473, 494, 566
К
Кавана константа, 109
Каина комплекс, 533
Кальбаума галлюцинаторные воспоминания, 122
Кандаулезизм, 254
Кандинского псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания, 122
Кандинского–Клерамбо синдром, 258
Каппацизм, 188
Картография бессознательного Грофа, 686
Кастрации комплекс, 431
Катаболизм, 48, 49
Каталепсия, 296
Катарсис, 746
Катарсическая психотерапия, 746
Катексис, 421
Кинема, 600
Кинесика, 599, 719
Кларификация (прояснение), 733
Клептомания, 253
Климакс, 556
Клуб бывших пациентов, 591
Клятва профессиональная, 706
Когнитивная карта-схема, 465, 507
Когниция, 343
Кожи электрическая активность, 49
Коллектив, 567
Кома, 298
Комиссуротомия, 55
Коммуникация, 598
  парадоксальная, 600
Компенсация, 427
Комплекс
  аффективный, 201
  неполноценности, 340
  оживления, 208, 504
  стремления к превосходству, 441
  эмоциональный, 200
Компульсия, 166
Конвенциальное сотрудничество, 728
Конвергенция (зрение), 73, 83
Конверсия, 422, 643
Конгруэнтность, 482
Кондиционирование скрытое, 756
Конкуренция, 602
Консонанс, 212, 343
Константа
  ЭЭГ (Ливанова, Бергера), 119
Констипация, 656
Конституция
  мифоманическая, 174
Конструкт личностный, 320, 338, 339
Консультирование психологическое, 741, 742
Контакт психологический, 717, 728
  в акушерстве и гинекологии, 730
  в неврозологии, 733
  в психиатрии, 732
  в стоматологии, 734
  в терапии, 729
  в хирургии, 729
Контаминация, 127
Контент–анализ, 33
Контрактная модель отношений "врач–больной", 728
Контрперенос, 580
Конфабуляция, 123
  психологическая, 127

Конфликт, 603, 722
групповой, 643
двойной, 620
интрапсихический, 620
межличностный, 603
мотивационный, 259, 619
невротический, 629
поколений, 547
Конфликтология, 603
Конфронтация, 759
Концепция
возрастного развития Эльконина, 496
двухфазного вытеснения Митшерлича, 645
личностных профилей Данбар, 644
социальных представлений (Московиси), 569
типа личности, 314
черт личности, 312
Кооперация, 601
Копинг–механизмы, 630, 650
Копролалия, 254
Копрофагия, 254
Кора головного мозга, 44
Корректурная проба, 275
Коррекция психологическая (психокоррекция), 742
Корреляционный анализ, 31
Корригирующий эмоциональный опыт, 759
Корсакова синдром, 112, 121, 184
Кортиев орган, 90
Косса кубики, 152
Кошмары ночные, 296
Коэффициент
интеллектуальности, 359
корреляции, 31
наследуемости, 352
Крейцфельда-Якоба деменция, 563
Кречмера типология, 366
Кризис
идентичности, 534
малый (7 лет), 523
одного года, 508
пубертатный (13 лет), 533
середины жизни, 554
трех лет, 512
Криптомнезия, 123
Критерии психического здоровья, 663
Культурно–историческая концепция Выготского, 494
Л
Ла Маза метод подготовки к родам, 98
Лабильность
эмоциональная, 213
Ламбдацизм, 188
Лейкотомия, 52
Леонгарда опросник, 391
Лепет, 506
Лечение средой, 593
Лживость, 175
Либидо, 421
Лидер, 574, 586
Линка куб, 152
Липмана симптом, 79
Личное пространство, 599
Личностные типы А и В, 657
Личностный рост, 309
Личностный смысл, 698
Личность, 307, 308
в психаналитике, 423
волевые свойства, 242
динамические модели, 320
духовная организация, 474
измененность неосознаваемая, 336
мотивирование на успех (неудачу), 338
направленность, 330
нарциссическая, 432
определение, 16, 310
осознавание измененности Я, 336
патохарактерологическое (анормальное) развитие, 387
переживание непрерывности (self-continuity), 52
регресс, 337
сложность Я - концепции, 335
снижение, 337
структурные модели, 312
суицидальная, 692
суперфакторы "Большой пятерки", 315
типология Лазурского, 474
типология по инстинкту, 237
типология Шпрангера, 474
уровень притязаний, 338
фаллический тип, 431
Я–концепция, 334
Лоботомия, 52
Логика, 136
Логики законы, 153
Логопедия, 185
Логотерапия, 404, 754
Локус контроля, 233
Лонгитюдинальное наблюдение, 30
Луцидность, 286
Люшера тест, 227
М
Мазохизм, 254
Манерность, 258
Маниакально-депрессивный психоз, 184
Манипулирование, 744
Манипуляция, 282
Мания, 220
Мантизм, 162
Маразм психический, 337
Марафон, 591
Масса, 572
Массовые социальные движения, 573
Мастурбация, 542, 544
Материализм, 7, 14
Матрицы перинатальные Грофа, 687
Мацизм, 188

Медиатор, 41, 48, 212
Медитация, 749
  трансцендентальная, 302
Меланхолик, 373
Менталитет, 569
Ментизм, 162
Мерицизм, 656
Метакоммуникация, 601
Метаморфопсия, 79
Метамотвация, 474
Метапотребности, 474
Метапсихика, 63
Метод
  впечатления в изучении эмоций, 223
  выражения в изучении эмоций (Кюльпе), 211, 222
  двойной слепой, 32
  контрольных вопросов, 589
  сократической беседы, 9
Методика
  Q-сортировки, 337
  биологически обратной связи (БОС), 47
  дихотического прослушивания, 55
  запоминания 10 слов, 126
  классификации, 149
  Семантический дифференциал, 337
  сложные аналогии, 151
Методы
  FAST-методика, 600
  исследования в возрастной психологии, 487
Методы психологии
  анализ продуктов деятельности, 33
  беседа, 35
  наблюдение (описательный), 30
  эксперимент, 31
Механизмы
  неосознаваемые сознательных действий, 19
  присоединения к массовым движениям, 574
  произвольных движений, 244
  психологической защиты, 425, 476, 622
Миелин, 42
Миллера правило (число), 110
Миоклонии сонные, 296
Мировоззрение, 330
Миф
  болезни, терапевтический, 173
Младенец, 505
Мнемотехника, 106
Мнение общественное, 572
Моделирование, 33
Модель
  диатез-стрессовая, 315, 612, 653
Мозг
  асимметрия функциональная, 54, 86
  блоки функциональные, 50
  головной, 42
  локализация психических функций (концепции), 56
  ретикулярная формация, 50, 51
Монадология Лейбница, 64
Мория (лобная психика), 221
Морфологический анализ, 589
Мотив, 235, 326
Мотивационная сфера, 328
Мотивация, 327, 480
  власти, 340
Мотивировка, 327
Музыкотерапия, 591
Мутизм, 256
Мысли
  "автоматические" (Бек), 757
Мы–чувство, 571
Мышление, 133
  аморфность, 162
  асимметрия полушарная, 141
  атаксически-ассоциативное, 160
  аутистическое, 140, 152
  витиеватость, 160
  вязкое, 160
  генетическая классификация, 135
  детализированное, 159
  детское, 146
  дивергентное, 143, 354
  динамика, 158, 159
  индивидуальные особенности, 143
  инертность, 158
  конвергентное, 142
  конструктивное, 152
  лабильность, 158
  метод картирования внутрикоркового взаимодействия, 133
  методы, 138
  мотвационная (личностная) компонента, 156
  нарушения в нейропсихологии, 158
  нарушения в патопсихологии, 154
  нарушения в психиатрии, 159
  обстоятельное, 159
  операции, 134
  паралогическое, 161
  первобытное, 141
  позитивное, 154
  правостороннее, 141
  разноплановость, 157, 162
  разорванность, 158, 160
  резонерское, 160
  религиозное, 140
  саногенное, 154
  символическое, 162
  соскальзывания, 157, 162
  стереотипное, 136
  стратегии, 142
  творческое, 136
  теоретическое, 136
  типы, 139
  целенаправленность, 160

эмоций влияние, 140
эмпирическое, 136
Мюнстерберга методика, 276
Мюнхгаузена синдром, 654
Мюррея тест (ТАТ), 260
Н
Наблюдение
методы, 30
наблюдательность, 75
Наводнения лечебная методика, 470
Навык, 235
Навязчивости, 164
классификация, 165
Навязчивые влечения, 255
Направление
антропологическое, 643
психосоматическое, 640
социометрическое, 580
Направления
в зарубежной групповой психологии, 579
Направления в психологии
психодинамическое, 418
Напряженность психоэмоциональная, 215
Нарколепсия, 296
Нарциссизм, 254, 435, 451
Нарциссический тип, 389
Настроения, 204
Научение, 459, 759
викарное, 466
Невменяемость, 233
Невнимательность, типы, 269
Невоздержанность эмоциональная, 216
Неврастения, 629, 631
Невроз, 352, 628, 631, 734
адлерианский, 442
в бихевиоризме, 468
в гуманистической психологии, 478, 482
мистический (Юнг), 439
навязчивых состояний, 630, 633
ноогенный, 404, 754
пенсионный, 448
переноса, 726
принципы диагностики, 635
развития и реактивный, 634
сексуальный (Фрейд), 432
Невротизм, 314
Невротизм (нейротицизм), 372
Невротическое развитие личности, 635
Негативизм, 256, 257, 447
Нейроинформатика, 468
Нейролингвистика, 185
Нейролингвистическое программирование (НЛП), 747
Нейромедиатор, 40
Нейрон, 40
Нейроны внимания, 269
Нейропсихология, 26, 39
мозговые функциональные системы, 54
понятие фактора, 26
фактор, синдром, симптом, 55
эмоциональные нарушения, 212
Некрофилия, 254, 450
Необихевиоризм, 458, 463, 464
Неокортекс, 39, 42
Неонатальный период, 503
Неофрейдизм, 433, 643
Нервная система
вегетативная, 47
моторная (эфферентная), 44
сенсорная (афферентная), 43
Неустойчивость эмоциональная, 215
Нимфомания, 253
Новорожденность, 503
Норма реакции (генетика), 490
О
Обнубиляция, 299
Обобщение
искажение, 156
снижение уровня, 155
Образ
идеального врача, 715
идеального пациента, 716
последовательный, 61
Обсессия, 164
Обучение
неспособность, 525
программированное, 461
Общение, 179, 597
бесконфликтное, 604
бессловесное, 719
дистанции, 721
уровни, 415
функции, 597
Оглушение, 299
Огрубление эмоциональное, 215
Одаренность, 350
Олигофрения, 362
Олигофренопсихология, 28
Ольфактометр, 95
Онейроид, 174, 299
Ониомания, 254
Ониризм, 174, 299
Онихофагия, 166
Онкологические заболевания, 725
Опистотонус ночной, 296
Опросник
16 личностных факторов, 313
Айзенка, 315
Келлермана–Плутчека, 625
Миннесоткий многоаспектный личностный (MMPI), 315
мотивов, 259
Отношения к деятельности Каппони и Новак, 714
Оральная стадия, 429
Организация, 578
Ориентация сексуальная, 544
Осязание, 99
Отвергание (мотив), 340
Отношение, 412

Отношение личности, 614
Отождествление, 428
Отражение
при психологическом контакте, 733
психическое, 14
Отрицание реальности, 426
Ощущения, 60
болевые (ноцицептивные), 97
взаимодействие анализаторов, 66
висцеральные (интерорецептивные, органические), 101
вкусовые, 95
кинестетические (двигательные), 98
мозговые основы, 67
обонятельные, 93
подпороговые, 62
пороги, 62, 63
свойства, 61
статические, 100
стато–кинетические, 100
тактильные, 96
температурные, 97
П
Павлова типология, 369
Палеокортекс, 39, 42, 47
Палилалия, 184
Палилогия, 184
Палимпсест, 121
Память, 104
буферная (промежуточная), 111
генетическая, 113
двигательная, 115
декларативная, 112
долговременная, 111
емкость, 119
иконическая, 110
кратковременная, 110
методы изучения Эббингауза, 126
нарушения модально–неспецифические, 112, 123
нарушения модально–специфические, 124
образная, 115
оперативная, 113
процедурная (имплицитная, 112
рабочая, 112
сенсорная (мгновенная), 110
символическая
эмоциональная, 115
эхоическая, 110
Панглосс–Кассандра, 427
Панцирь
характерологический, 664
Папеса круг, 211
Парабулия, 253
Парагевзия, 95
Парадигмы
исследовательские, 508
Паракинезия, 257
Паралингвистика, 599
Паралич
эмоциональный, 214
Параллакс, 86
Паралогизм, 140, 152
Парамнезия, 122
Паранояльность, 696
Парапрозексия, 271
Парапсихология, 63
Парарексия, 259
Парасмия, 95
Парасуицид, 697
Паратимия, 221
Парафилия, 254, 259
Парафразия, 187
Парестезия, 69
Партиципация, 141
Патогенетическая психотерапия, 750
Патопсихология, 26, 27
Педология, 494
Педофилия, 254
Пейсмекерный потенциал, 41
Перверсия, 254. См. Парафилия
Перевоплощение игровое, 301
Переживание
трансперсональное, 686
Переменные, 31, 32
промежуточные в бихевиоризме, 464
Перенос. См. трансфер. См. трансфер
Переутомление, 250
Периодизация
возрастного развития в психиатрии, 497
психического развития Ковалева, 497
Персеверация, 160, 371
Персона, 438
Перфекционизм, 254
Перцепция социальная, 607
Пигмалионизм, 254
Пика беременных, 259
Пикацизм половой, 259
Пикник, 367
Пик–переживание, 476, 477
Пиктограмма, 128
Пиромания, 253
Пластичность, 371
Плацебо, 32
Побудители неосознаваемые сознательных действий, 19
Поведение
аддиктивное, 548, 698
антисоциальное, 548
голотимное, 164
девиантное, 548
делинквентное, 549
криминальное, 549
массовое (коллективное), 571
математические теории (Халл), 465
оперантное Скиннера, 461
патологическое у детей, 550
полевое, 232
просоциальное, 340
реактивное, 232

реактивное (рефлекторное), 462
респондентное, 462
ритуальный стиль, 607
саморазрушающее, 640, 693
социальное, 467
суицидальное, 697
у подростков, 547
фрустрационное, 617
Пограничные состояния, 613
Подавление, 426
Подражание, 573
Подросток, 532
Подход системный, 280
Пол
генетический (хромосомный), 356
Полифагия, 253
Полле синдром, 654
Полтерн, 187
Поля мозговые, 44, 45, 51, 71, 96
Бродмана, 52
Брока, 56, 185, 190
Вернике, 56, 185, 189
вкусовые, 95
зрительные, 86
обонятельные, 94
сенсомоторная область, 96
слуховые, 90
широкая зрительная сфера, 86
Помощь психологическая, 741
Понятие, 136
латентные свойства, 157
содержание и объем, 137
Поппельрейтера методика, 81
Пориомания, 254
Порропсия, 79
Постулат непосредственности, 400
Потребность, 235, 326
методы удовлетворения, 344
пирамида по Маслоу, 344, 474
по Мюррею, 344
Превосходства мотив, 340
Представление, 104
оптическая слабость, 88, 105
чувственная яркость, 105
Приапизм ночной, 296
Приближение к действительности, 733
Привычки "оральные", 430
Принцип
релятивности, 623
сенсибильности, 623
Принципы реабилитации, 772
Припоминание, 109
Проактивное торможение, 108
Проблема
меньшинства в социальной психологии, 574
психосоматическая, 641
психофизическая (психофизиологическая), 15
Прогрессивный паралич, 184
Проекция, 426
Прозопагнозия, 88
Проксемика, 599
Промискуитет, 429
Пропорция
диатетическая, 367
психэстетическая, 366
Просодия (слуховые агнозии), 91
Противоперенос, 726
Противоположная реакция, 426
Профессиография, 350
Процессы
идеомоторные, 249
сенсомоторные, 247
эмоционально-моторные, 249
Процессы совладания. См. копинг–механизмы
Прояснение (кларификация), 733
Псевдоамнезия, 123, 124
Псевдогаллюцинация, 78
Псевдология фантастическая, 121, 174
Псевдореминисценция, 108, 122
психологическая, 127
Псилогия, 63
Пси–феномены, 63
Психика
лобная, 221, 246
определение, 6
формы проявления, 17
Психические процессы
в психоанализе, 423
мнемические, 104
надсознательные, 19
Психические функции
низшие (натуральные), 53
Психические явления
классификация, 16
Психическое здоровье, 663
Психическое развитие
задержка, 525
Психоанализ, 402, 419, 643, 686
"культурный", 449
в социальной психологии, 580
гуманистический, 451
психосексуальные стадии, 429
Психогенетика, 20
Психогения, 613, 615
Психогигиена, 28, 763
воспитания, 764
обучения, 765
семьи, 769
труда, 766
Психограмма, 350
Психодиагностика, 32
Психологическая защита на уровне перцепции, 623
Психологическое "рождение", 446
Психологическое вмешательство, 743
Психологическое исследование
этапы, 30

Психология
ассоциативная, 105, 281, 399
возрастная (развития), 20, 487
гуманистическая, 404, 473
дифференциальная, 20, 379
духовности, 474, 707
инженерная, 20
интроспективное направление, 11
информационная, 468
когнитивная, 109, 119, 320, 467
кризис методологический, 402
медицинская (клиническая), 21
народов Вундта, 400
обучения, 521
общая, 19
объекты, предмет, 16
отношений, 411
педагогическая, 20
поведенческая (бихевиоризм), 458
понимающе–описательная, 403
пренатальная, 502
социальная, 20, 566
социальных классов, 569
специальная, 28
телесности, 664
трансперсональная, 477
физиологическая, 20, 44, 400
школы, направления, 401
экзистенциальная, 403
экспериментальная, 10, 399
этнических групп, 570
Психомоторика, 242
Психон, 40
Психопатия, 386
Психопатология, 27
Психопрофилактика, 28, 98, 770
Психосексуальные ориентации, 544
Психосинтез, 755
Психосоматическое заболевание, 639, 655
у детей, 656
Психосоматозы, 640
Психотерапия, 743, 750
бихвиориальная, 470
голотропная, психоделическая, 686, 755
групповая, 591
гуманистическая, 754
динамическая, 753
кататимно–имагинативная, 755
классический психоанализ, 753
клиент–центрированная недирективная, 483
когнитивная, 757
коллективная, 591
личностно–ориентированная (реконструктивная), 752, 758
малая повседневная по Вотчалу, 724
методы, 745
направления, 751
по Маслоу, 479
поведенческая, 469
позитивная, 748
профилактически - ориентированная, 702
психоаналитическая, 753
рациональная, 154
рационально-эмоциональная, 757
суппортивная, 658
через объекты восприятия, 72
шизофрении, 448
Психотизм, 315, 372
Психофармакология, 26
Психофизика, 63, 65
Психофизиология, 19, 44
векторная, 41
методы, 44
органов чувств, 83
Публика, 572
Пупиллометрия, 86
Р
Работоспособность, 249
Развитие
интеллектуальное, 545
психосоматичесое, 667
сексуальное, 541
социальное, 547
Раздражимость, 408
Раннего вмешательства программы, 509
Раннее детство, 509
Расстройства
психосенсорные, 79
соматоформные, 428
схемы тела, 79, 80, 100, 286, 301
Расстройство
обсессивно–компульсивное, 164
посттравматическое стрессовое, 205
соматоформное, 641
Растерянность, 216
Расторможенность двигательная, 540
Рационализация, 426
Рациональная психотерапия, 746
Реабилитация, 448, 772
Реактивная триада Ясперса, 613
Реактивность, 371
Реактивные образования, 426
Реактивные психозы, 627
Реакция
антигравитационная, 507
больных на повреждения лица, 737
мнимой смерти, 469
ориентировочная, 268
психосоматические, 639
психосоциальная на болезнь, 676
сенсоречевые, 249
утраты психологическая (горевание), 562, 688
Реальность психологическая по Роджерсу, 481
Реверберация, 119
Регрессия, 427
Резонерство, 156, 160
Рейхардта симптом, 79

Реминисценция, 108
Репрессия, 426
Репродукция, 109
Ретардация развития, 537
Ретенция, 107
Ретикулярная формация, 212, 268, 289
Ретифизм, 254
Ретроактивное торможение, 108
Рефлексия, 30, 607, 664, 667
Рефлексы
  новорожденного, 503
Рецептор, 44, 61, 89
Речь, 178
  автономная, 511
  жестовая, 180
  исследование, 193
  нарушения, 183, 186
  недоразвитие, 186
  скандированная, 187
  теории развития, 182
  эгоцентрическая, 181, 515
Решетки репертуарные, 339
Рибо–Джексона закон, 120, 121
Ригидность, 371
  эмоциональная, 214
Ринолалия, 188
Рисунок детский, 33
Ритм
  циркадный, 292
Ритуал, 166
Роды
  подготовка, 98
Розенцвейга тест фрустрации, 260
Роль социальная, 581, 596
Рольфинг, 665
Ротацизм, 188
Руководитель, 587
Руминация, 165
С
Садизм, 254
Саккады, 85
Самоактуализация, 404, 473
Самовнушение, 746
Самонаблюдение (интроспекция), 15, 17, 31, 458
Самообладание, 216
Самооговоры, 176
Самооценка, 334, 337
  в общении, 604
Самосознание
  нарушения, 300
  суицидента, 695
Самость (Self), 438, 482
Сангвиник, 373
Сатириазис, 253
Селф–объект, 653
Семейная терапия, 593
Семья
  нуклеарная (ядерная), 447
  психосоматическая, 653
Сенестопатия, 69
Сенсибилизация органов чувств, 66
Сенситивность, 371
Сенситизация, 118
Сенсорные расстройства элементарные, 96
Сигматизм, 188
Силлогизм, 139, 152
Символика
  социокультурная сердца, 729
Симптом
  "Никогда не виденного", 80, 174, 300
  "Уже виденного", 80, 122, 174, 300
  конверсионный, 639
Симптоматическая психотерапия, 746
Симптомы
  дизонтогенетические, 539
  патогномоничные, 635
  эмоциональных нарушений, 218
Симуляция, 675
Синапс, 40, 41, 114, 119
Синдром
  "беспокойных ног", 296
  Benedek (при сахарном диабете), 659
  верхнетеменной, 100
  дефицита внимания и гиперактивности, 267, 525
  изоляции, 298
  минимальной мозговой дисфункции, 268
  нарушения динамической (кинетической) составляющих движений и действий, 246
  нарушенного сознания, 297
  невропатии, 539
  нижнетеменной, 99
  одержимости ("икотка"), 423
  патопсихогический, 27
  поражения глубинных отделов лобных долей, 247
  предменструальный, 543
  префронтальный базальный, 247
  префронтальный конвекситальный (лобная психика), 246
  префронтальный медиальный, 247
  психосоматический функциональный, 639
  расщепленного мозга, 55
  страхов, 540
  уходов и бродяжничества, 540
  фазового опережения сна, 295
  фазовой задержки сна, 295
  философической интоксикации, 447
  хронического вегетативного состояния, 298
  хронической усталости, 710
  эмоционального выгорания, 712
Синектики метод, 589
Синектический штурм. См. Синектики метод
Синестезия, 67
Синкретизм, 147

Синтонность
эмоциональная, 287
Сиптомокомплекс патопсихологический, 27
Система
привязанностей, 114, 441
Системный подход, 311
Ситуация проблемная, 142
Склонность, 330
Скотома, 88
Скотофобин, 120
Слабодушие, 213
Слабоумие
старческое, 563
Слепота душевная. См. Агнозия зрительная
Слух
биауральный, 73, 91
контуры равной громкости, 93
фонематический, 91
Слуховое невнимание, 273
Смерть
биологическая, 680
детское понимание, 680
клиническая, 680
мозговая, 298
социальная, 680
социального атома, 448
Смесь Медуны, 686
Смешанные аффективные состояния, 221
Смысл, 281
Смысл личностный, 328
Сновидения, 294, 630
Содержание сознания, 284
Сознание, 279, 280, 419, 438
безличное, 285
бытийное и рефлексивное, 281
в момент смерти, 683
взаимодействие с бессознательным, 288
измененные состояния, 302, 755
лингвистические методы исследования, 304
нейропсихология нарушений, 302
общая характеристика, 18
онтогенез, 286
особые состояния, 300
при угрозе жизни, 684
рефлексивное, 287
сумеречное расстройство, 300
Сократовский диалог, 721, 754
Соматизация, 428
Соматогения, 668
Соматопарагнозия, 100
Соматопсихология, 25
Соматоформные расстройства, 98
Сомнамбулизм, 296
Сомоноленция, 299
Сон, 291
летаргический, 296
нарушения, 295
парадоксальный, 293
сновидения, 293
Сон (единица громкости звука), 92
Сопор, 298
Сопротивление, 419, 726
Сосание пальца, 166
Состояние
бодрствования, 285, 290
кризисное, 693
постсуицидальное, 700
сна, 291
стрессовое, 205
Социал-дарвинизм, 694
Социализация, 553, 664
Социальное чувство (Адлер), 441
Способность, 348
Спячка периодическая, 296
Стадия
когнитивного развития, 145
Стандартизация теста, 32
Старость
биологические подходы, 557
патологическая, 562
психологические подходы, 558
социологические подходы, 561
Статус, 581
Стенокардия, 657
Стереогнозис, 99
Стереотипизация, 571, 608
Стереотипия, 257
Стиль
жизни, 441
лидерства, 588
Страдание, 617
Страсть, 204
Страх, 217, 617
кастрации, 431
первичный, 446
предоперационный, 730
Страхи (ужасы) ночные, 296
Стреляу опросник, 374
Стресс
психологический, 205, 617
фазы, 206
хронический неспецифический, 647
Стрессовое напряжение, 648
Структурализм, 281, 399, 400
Ступор, 256
диссоциативный, 633
Сублимация, 422
Субститут, 429
Субъективный метод в психологии, 458
Суггеренд, 572
Суггестивная психотерапия, 746
Суггестор, 572
Суждение, 137
Суицид, 692
альтруистический (расширенный), 698
двойной, 698
Суицидальный эквивалент, 693
Суицидология, 692
Суицидомания, 254, 696

Сурдопсихология, 28, 93
Схема
рефлекторного кольца, 243
Схоластика, 11
Т
Табу
половые, 429
Тайна врачебная (конфиденциальность), 707
Такесика, 600
Тактильное невнимание, 273
Тахилалия, 187
Тахископия, 81
Тахифрения, 159
Тахихрония, 80
Творчество душевнобольных., 34
Телепатия, 62, 687
Телесность
у детей, 666
Темп реакций, 371
Темперамент, 365
Теория
"базальной тревоги" Хорни, 443
"подражания" Г. Тарда, 573
архетипов, 436
биологических побуждений, 342
взросления, 491
галлюцинаций, 78
десоматизации–ресоматизации Шура, 645
деятельности, 407
дифференциальных эмоций, 201
жизненных событий Холмса и Рейха, 649
идентичности Эриксона, 451
измененных состояний сознания, 303
интеллектуального развития Пиаже, 488
интеракционисткая, 402
интерперсональная Салливана, 446
когнитивная личностных конструктов, 339
когнитивная мотивации, 343
коллектива, 585
кортико–висцеральная, 647
личности феноменологическая Роджерса, 480
мобилизации ресурсов, 574
мышления периферическая, 460
нейропсихизма, 39
неспецифического стресса при психосоматозах, 646
нравственного развития Кольберга, 524
обоняния стереохимическая, 94
общения и личности Бодалева, 414
объектных отношений, 434
оптимальной активации, 342
относительной депривации, 574
отчуждения Фромма, 449
памяти, 117, 119
поля, 579
потребностно – информационная Симонова, 342
прожектора, 290
происхождения лидерства, 587
психодинамическая, 402
психодинамических конфликтов Александера, 643
психосоматической специфичности, 644
самоактуализации Маслоу, 473
системной динамической локализации ВПФ, 26, 55
слуха резонансная Гельмгольца, 90
социальная когнитивная, 466
социального научения, 464, 466, 467
социального сравнения Фестингера, 335
социодинамическая, 402
специфического стресса, 642
транзакций, 605
трехкомпонентная цветового зрения, 85
формирования умственных действий, 521
характеров, 386
харизматическая лидерства, 587
эмоций биологическая Анохина, 210
эмоций Джеймса–Ланге, 210
эмоций информационная Симонова, 213
эмоций когнитивная, 212
эмоций Кэннона–Барда, 211
Тест, 32
валидность, 361
интеллекта, 358
на переключаемость внимания, 275
надежность, 361
памяти Векслера, 126
проективный, 172
смысложизненых ориентаций, 404
трансактного анализа общения, 605
Тики, 166
Тип
научения, 118
суицидального поведения, 698
Тифлопсихология, 28, 83
Токсикопсихология, 25
Толерантность к фрустрации, 616
Толпа, 571
Томизм, 11
Торндайка законы научения, 459
Травма психическая, 627
Транзактный анализ. См. Теория транзакций
Трансвестизм, 254
Трансперсональная сфера, 687
Транссексуализм, 254
Трансфер, 726
Трансферт, 622
Трансцендентность, 685
Трансцендирующие самоактуализаторы, 477
Трансы, 633
Тревога, 217, 617
базальная, 444

личностная, 339
Трихотилломания, 166
Трихофагия, 166
Трудновоспитуемость, 527
методы изучения, 527, 550
Трудотерапия, 591
Тугоухость, 93
У
Убеждение
техники, 721
Увлечения, 204
странные детей, 541
Узнавание, 109
сукцессивное и симультанное, 81
Улыбка
социальная, 208
Умирание
психологические реакции, 681
Умозаключение, 138
Уплощение эмоциональное, 215
Управление, 744
Усталость, 250
Установка, 288, 329, 410, 413, 630
суицидальная, 695
Утомление, 250
Ф
Фаза
групповой динамики, 591
уравнительная, парадоксальная, ультрапарадоксальная, 50
Факт
психологический, 16
Фактор
конституциональный X, 644
Факторы
брачные, 769
группового мнения, 590
Фаллическая стадия, 430
Фантазии, 171
Фантазмы, 174
Фасилиатор, 752
Фасцинация, 598
Феномен
группового давления, 582
ложного узнавания, 80
мы–чувства, 590
сдвига риска., 590
Феноменологическое направление, 481
Феромоны, 94
Фетишизм, 254
Фехнера парадокс, 86
Фильтр доверия и недоверия., 598
Фи–феномен, 75
Флегматик, 373
Фобия, 217
классификация, 165
социальная, 634
Формирование, 744
Формирование реакции, 426
Формы
взаимодействия врача и больного, 727
Фрейдомарксизм, 664
Френологические карты Галля, 56
Френология, 384
Фрея методы, 96
Фрустрация, 206, 328, 341, 426, 615, 616, 659
экзистенциальная, 404
Фуга диссоциативная, 633
Функции
высшие психические, 16
Функционализм, 400
Х
Характер, 379
анальный, 430
генитальный, 432
дисгармоничный, 382
оральный, 430
социальный, 570
структура, 381
сциальные типы, 450
фаллический, 431
Хеда пробы, 89, 189, 194
Хитизм, 188
Холерик, 373
Холистическое направление, 482
Хоспис, 689
Храп во сне, 296
Хроматин половой, 357
Хроматопсия, 85
Ц
Цель в психологии, 327
Цензура, 419
Циклотимия, 221
Циркуль Вебера, 96
Цунга шкала
депрессии, 223
Ч
Черта
личности, 383, 387
Чувства, 203
взрослости, 531
знакомости, 109
интеллектуальные, 204
любовь, 204
моральные, 204
насильственные, 222
праксические, 204
филогенез, 207
Чувствительность, 408
диапазон, 62, 63
протопатическая, 97
Ш
Шелдона типология
Шизоидизация, 336
Шизоидная личность, 737
Шизофазия, 161
Шизофрения, 34, 156, 184
Шкала
Торонтская алекситимическая, 652

эмоций по Изард, 227
Школа "New Look" ("новый взгляд"), 607
Школьник
младший, 519
Шперрунг, 160
Шульте таблицы, 274
Шульте–Горбова таблицы, 275
Э
Эббингауза кривая забывания, 108
Эвтаназия, 689
Эго-психология Анны Фрейд, 434
Эгоцентризм, 515
детский, 146
Эдипа комплекс, 430, 431
Эйдетизм, 104, 110
Эйфория, 221
Экзальтация, 221
Экзистенциализм, 403
Экзистенция, 403
Экмнезия, 122
Эксгибиционизм, 254
Эксперимент
ассоциативный, 148
естественный, 31
лабораторный, 31
Эксплозивность, 214
Экстаз, 221
Экстраверсия, 314
Экстраверсия-интроверсия, 371
Экстраверт, 436
Экстралингвистика, 599
Экстрасенсорное восприятие, 62
Эксцесс
сексуальный, 239
Экфорирование, 109
Электроокулограмма, 86
Электроэнцефалограмма, 290
вызванные потенциалы, 304
состояния сна, 293
Электры комплекс, 430, 431
Элизабет Кюблер–Росс схема (умирание), 683
Эмерджентное свойство мозга., 280
Эмотивность, 214
Эмоции, 196, 201, 328
вегетативное сопровождение, 647
витальные, 198
ориентировочное состояние, 197
протопатические, 198
теории, 210
фундаментальные (Изард), 202
чувственный тон, 199
эпикритические, 198
Эмоциональная монотонность (холодность), 214
Эмпатия, 216, 607
Эмпиризм, 12, 13
Энграмма, 104
Энергия специфическая органов чувств, 65
Энкаунтер, 751
Энкопрез, 656
Энтелехия, 8
Энурез ночной, 296
Эпилепсия, 34, 94, 184
сновидные приступы, 174
Этапы
волевого акта, 239
реабилитации, 772
Этика медицинская, 29
Этнопсихология, 20, 570
Эустресс, 648
Эутимия, 218
Эфебофилия, 254
Эффект
ореола, 608
первичности и новизны, 608
плацебо, 32
правого уха, 273
Розенталя, 32
Хоторна, 32
Эхолалия, 185, 257
Эхомнезия, 122
Эхопраксия, 257
Ю
Юность, 534
Я
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, 658
Язвенный колит, 659
Язык, 178
филогенез, 183
Яктации, 296
Я–психология Кохута, 435
Ясновидение, 62
Ясность сознания, 282
Ятрогении, 173

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ....3
РАЗДЕЛ 1
ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ
Глава 1
ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГИИ, ЕЕ ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ....5
Исторические предпосылки возникновения понятия “психика”....5
Психика и нервная система....13
Социальная опосредованность психики человека....15
Предмет и объекты психологии, основные формы психических явлений....16
Задачи и отрасли психологической науки....19
Клиническая психология как отрасль психологической науки....20
Основные методы исследования в психологии....28
Дополнительные методы исследования в психологии....31
Краткое содержание и выводы....35
Глава 2
ПСИХИКА И МОЗГ
Клеточный уровень организации нервной системы....38
Структурная организация нервной системы....40
Центральная нервная система....40
Афферентная и эфферентная нервная система....41
Вегетативная нервная система....44
Основные функциональные блоки мозга....47
Теория системной локализации высших психических функций....49
Краткое содержание и выводы....54
РАЗДЕЛ 2
ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ
Глава 3
ПЕРЦЕПТИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ
Ощущения....57
Общие закономерности ощущений....58
Основные характеристики ощущений....59
Изменения чувствительности и процессы взаимодействия анализаторов....62
Мозговые основы ощущений....64
Расстройства ощущений....65
Восприятия....66
Основные свойства восприятия....67
Классификация восприятий....69
Расстройства восприятия....71
Исследование ощущений и восприятий....76
Психофизиология органов чувств....79
Зрительный анализатор....79
Слуховой анализатор....85
Анализаторы обоняния и вкуса....89
Общая (кожно-кинестетическая) чувствительность....91
Статическая чувствительность....95
Висцеральная чувствительность....96
Краткое содержание и выводы....97
Глава 4
МНЕМИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ
Представления, законы ассоциаций....99
Основные мнемические процессы....101
Типы памяти....104
Виды памяти....108
Формирование и развитие памяти....110
Теории памяти....111
Нарушения памяти....114
Методы исследования памяти....119

Краткое содержание и выводы ... 123
Глава 5
ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ МЫШЛЕНИЯ, ВООБРАЖЕНИЯ И РЕЧИ
Мышление ... 127
Операции процесса мышления ... 128
Виды мышления ... 129
Основные формы абстрактного мышления ... 130
Методы мышления ... 132
Типы мышления ... 133
Влияние эмоций на мышление ... 133
Функциональная асимметрия мозга и мышление ... 134
Стратегии мышления и решение проблемных ситуаций ... 135
Индивидуальные особенности мышления ... 137
Развитие мышления в онтогенезе ... 137
Исследование мышления ... 141
Законы логики и мышление ... 145
Нарушения мышления ... 148
Классификация нарушений мышления в патопсихологии ... 148
Клиническая классификация расстройств мышления ... 152
Краткое содержание и выводы ... 159
Воображение ... 162
Виды воображения ... 163
Ятрогении ... 164
Патологические формы воображения и их оценка ... 165
Краткое содержание и выводы ... 167
Речь и ее функции ... 170
Речь и общение ... 171
Жестовая речь ... 172
Соотношение мышления и речи ... 173
Теории развития речи ... 174
Нарушения речи ... 175
Расстройства фонационного оформления речи ... 178
Расстройства структурно–семантического (внутреннго) оформления речи ... 180
Нарушения письменной речи ... 182
Исследование нарушений речи ... 184
Краткое содержание и выводы ... 186
Глава 6
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ
Определение и общая характеристика эмоций ... 188
Основные свойства эмоций ... 189
Функции эмоций ... 190
Классификация эмоций ... 192
Развитие эмоций в филогенезе и онтогенезе ... 198
Нейрофизиологический субстрат эмоций ... 200
Теории эмоций ... 201
Индивидуально–психологические особенности проявлений эмоций и чувств ... 205
Патология эмоциональной сферы ... 209
Исследование эмоций и чувств ... 213
Краткое содержание и выводы ... 218
Глава 7
ВОЛЯ И ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ
Понятие воля ... 221
Побудительная и тормозная функции воли ... 223
Волевая регуляция деятельности человека ... 224
Воля и потребности ... 226
Этапы волевого акта ... 230
Возрастные особенности волевой регуляции и формирование волевых свойств личности ... 232
Двигательная активность: психологическое строение движений, действий и навыков ... 233
Рабочие движения и работоспособность человека ... 239
Патология волевой и произвольной регуляции ... 242

Исследование воли 248
Краткое содержание и выводы 249
ГЛАВА 8
ВНИМАНИЕ
Определение и функции внимания 252
Формы и уровни внимания 253
Свойства внимания 254
Развитие внимания у детей 255
Нейрофизиологические механизмы внимания 257
Нарушения внимания 258
Методы исследования внимания 262
Краткое содержание и выводы 265
Глава 9
СОЗНАНИЕ
Общая характеристика и основные понятия 268
Содержание сознания и уровень бодрствования 272
Формирование сознания в онтогенезе 275
Взаимодействие сознания и бессознательного 276
Бодрствование и сон — основные состояния сознания 277
Нарушения сознания 286
Состояния выключения сознания 287
Состояния помрачения сознания 288
Нарушения самосознания 289
Проблема измененных состояний сознания 290
Методы исследования сознания 292
Краткое содержание и выводы 293
РАЗДЕЛ 3
ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ
Глава 10
ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЮ ЛИЧНОСТИ
Личность, индивид, индивидуальность 296
Структура личности 300
Структурные личностные модели 301
Динамические личностные модели 308
Структурно-динамические личностные модели в отечественной психологии 309
Краткое содержание и выводы 312
Глава 11
НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ
Мотивационная сфера личности 314
Понятие о направленности личности 318
“Я” – концепция и мотивация личности 321
Изучение “Я — концепции” и мотивации личности 325
Основные теории и модели описания мотивации 329
Краткое содержание и выводы 332
Глава 12
СПОСОБНОСТИ И ИНТЕЛЛЕКТ
Способности и задатки способностей 335
Умственные способности (интеллект) 340
Генетические и средовые факторы в развитии интеллекта 343
Оценка интеллекта 345
Нарушения интеллекта 348
Краткое содержание и выводы 349
Глава 13
ТЕМПЕРАМЕНТ
Гуморальные теории темперамента 352
Конституционные теории темперамента 353
Тип высшей нервной деятельности и темперамент 356
Диагностика темперамента 357
Краткое содержание и выводы 363
Глава 14

ХАРАКТЕР
Определение характера ... 365
Соотношение социального и биологического в формировании характера ... 365
Структура характера ... 367
Типология характера ... 370
Характер и внешность человека ... 370
Акцентуальные теории характера ... 372
Краткое содержание и выводы ... 383
РАЗДЕЛ 4
ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ
Глава 15
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ
Начала научной психологии: структурализм и функционализм ... 385
Кризис методологических основ психологии и его результаты ... 387
Краткое содержание и выводы ... 390
Глава 16
ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ.
Понятие личности с позиций психологии деятельности ... 392
Психология отношений ... 396
Теория установки ... 397
Общение и формирование личности ... 399
Краткое содержание и выводы ... 400
Глава 17
ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ
Зигмунд Фрейд (Freud S.): психодинамическая теория личности ... 402
Основные положения психоанализа ... 403
Структура личности ... 407
Развитие личности: психосексуальные стадии ... 412
Патологический аспект: концепция психической патологии (сексуальные неврозы) ... 415
Дальнейшее развитие психоанализа: последователи З. Фрейда ... 417
К. Юнг (Jung C.): аналитическая психология ... 419
А. Адлер (Adler A.): индивидуальная психология ... 423
К. Хорни (Horney K.): теория “базальной тревоги” ... 426
Г. Салливан (Sillivan H.S.): интерперсональная теория ... 429
Э. Фромм (Fromm E.): теория отчуждения ... 432
Э. Эриксон (Erikson E.H.): теория идентичности ... 434
Краткое содержание и выводы ... 438
Глава 18
ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ (БИХЕВИОРИЗМ)
Начало бихевиоризма, классический (радикальный) бихевиоризм ... 442
Необихевиоризм ... 446
Бихевиоризм и когнитивное движение в психологии ... 450
Концепция невроза и поведенческая психотерапия ... 451
Краткое содержание и выводы ... 453
Глава 19
ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ
А. Маслоу (Maslov A.H.): теория самоактуализации ... 456
Карл Роджерс (C. Rogers): феномелогическая теория личности ... 463
Краткое содержание и выводы ... 467
РАЗДЕЛ 5
ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ И ВОЗРАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
Глава 20
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ
Предмет и методы возрастной психологии ... 470
Понятие возраста в психологии ... 471
Возрастная эволюция мозга и психики ... 472
Основные теории взросления ... 474
Отечественные концепции развития психики ... 477
Периодизация психического развития (по Д.Б. Эльконину) ... 478
Периодизации индивидуального развития в психиатрии ... 479

Краткое содержание и выводы 481
Глава 21
ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В ШКОЛУ
Психическое развитие ребенка от рождения до конца первого года жизни 485
Новорожденный 485
Младенец 487
Дети, требующие специального ухода 490
Раннее детство (преддошкольный период) 491
Дошкольный период 496
Психологическая готовность к школьному обучению 497
Краткое содержание и выводы 499
Глава 22
ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА
Психологические особенности детей младшего школьного возраста 501
Основные медико–психологические проблемы периода вхождения детей в школу 503
Адаптация ребенка к школе 503
Личностно–социальная готовность к школе 504
Интеллект и формирование учебной деятельности 507
Антидисциплинарное поведение (трудновоспитуемость) 508
Схема обследования ребенка при жалобах на трудности адаптации к школе 509
Краткое содержание и выводы 510
Глава 23
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА
Общая характеристика периода взросления 512
Психологическое развитие подростка и юноши 514
Физическое развитие и взросление 517
Сексуальное развитие и взросление 523
Интеллектуальное развитие и взросление 527
Социальное развитие и взросление 528
Краткое содержание и выводы 532
Глава 24
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ЗРЕЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ
Психология периода взрослости 534
Старение и психология старости 536
Краткое содержание и выводы 544
РАЗДЕЛ 6
ЛИЧНОСТЬ И ОБЩЕСТВО: ПСИХОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ
Глава 25
ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ПСИХОЛОГИИ БОЛЬШИХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП
Социальная психология как наука 546
Устойчивые большие социальные группы 548
Стихийные группы 551
Массовые социальные движения 553
Краткое содержание и выводы 554
Глава 26
ПСИХОЛОГИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ
Классификация малых групп 557
Структура и феноменология малой группы 560
Этапы и модели развития малой группы 562
Механизмы групповой динамики 564
Лидерство и руководство в малых группах 565
Эффективность деятельности группы 567
Групповая терапия 569
Краткое содержание и выводы 572
Глава 27
ЗАКОНОМЕРНОСТИ ОБЩЕНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЮДЕЙ

Психологические и общественные отношения ... 574
Общение и его структура ... 575
Коммуникативная сторона общения ... 576
Интерактивная сторона общения ... 579
Перцептивная сторона общения ... 584
Краткое содержание и выводы ... 586
РАЗДЕЛ 7
ЛИЧНОСТЬ И БОЛЕЗНЬ
Глава 28
ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Роль личности и психической травматизации при заболеваниях человека ... 588
Психогении и учение о психической травме ... 590
Фрустрация ... 592
Психологические (мотивационные) конфликты ... 595
Механизмы психологической защиты ... 599
Психогенные нервно-психические заболевания ... 603
Краткое содержание и выводы ... 612
Глава 29
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
Определение и вопросы классификации ... 615
История изучения проблемы психосоматических взаимосвязей ... 617
Психодинамические концепции и “гипотеза специфичности” психологических факторов в генезе психосоматозов ... 618
Стресс и “неспецифичность” роли психосоциальных факторов в генезе психосоматозов ... 622
Психосоматический подход в медицине, психологические аспекты диагностики и терапии психосоматических заболеваний ... 629
Краткое содержание и выводы ... 635
Глава 30
СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ
Внутренняя картина здоровья и психология телесности ... 638
Влияние болезни на психику человека ... 643
Внутренняя картина болезни ... 646
Типы реакции на болезнь ... 647
Переживание болезни во времени ... 651
Возрастные особенности внутренней картины болезни ... 652
Краткое содержание и выводы ... 653
Глава 31
ПСИХОЛОГИЯ УМИРАНИЯ
Поведение и субъективные переживания умирающих ... 655
Состояние сознания в момент смерти ... 658
Терминальный больной и качество его жизни ... 662
Краткое содержание и выводы ... 664
Глава 32
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
Психологические особенности личности суицидента ... 669
Диагностика суицидального поведения ... 671
Постсуицидальное состояние ... 675
Вопросы психотерапии и психопрофилактики суицидального поведения ... 676
Краткое содержание и выводы ... 677
РАЗДЕЛ 8
ВРАЧ И БОЛЬНОЙ: ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА
Глава 33
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВСЕДНЕВНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Врач как личность и профессиональная пригодность к медицинской деятельности ... 681
Больной и его образ “идеального” врача ... 690
Личность больного и эффективность психологического контакта с ним ... 691
Методики установления психологического контакта ... 692
Техники активного слушания ... 692
Первое впечатление больного от встречи с врачом ... 695
Техники убеждения ... 695

Спор и конфликт ... 696
Беседа: общая структура ... 697
Познавательный аспект беседы ... 698
Эмоциональный аспект беседы и самоконтроль врача ... 699
Основные формы психологического взаимодействия между врачом и больным ... 701
Характер заболевания и тип контакта ... 703
Особенности контакта с больными в терапевтической клинике ... 703
Особенности контакта с больными в хирургической клинике ... 704
Особенности контакта с больными в акушерско–гинекологической клинике ... 704
Особенности контакта с больными в педиатрической клинике ... 705
Особенности контакта с больными в психиатрической клинике ... 707
Особенности контакта с больными в клинике неврозов ... 707
Особенности контакта с больным в стоматологической клинике ... 708
Деятельность психолога в медицине ... 711
Краткое содержание и выводы ... 712
Глава 34
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ
Соотношение различных видов психологической помощи ... 715
Симптоматическая и патогенетическая психотерапия ... 719
Психодинамическое направление в психотерапии ... 726
Гуманистическое (экзистенциально–гуманистическое, феноменологическое) направление в психотерапии ... 727
Поведенческое направление в психотерапии ... 729
Личностно–ориентированная (реконструктивная) психотерапия ... 731
Краткое содержание и выводы
Глава 35
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ
Основы психогигиены ... 736
Основные задачи психопрофилактики ... 743
Краткое содержание и выводы ... 745
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ... 747
УКАЗАТЕЛЬ ПЕРСОНАЛИЙ ... 749
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ ... 757
СОДЕРЖАНИЕ ... 773