



А.П. БИЗЮК

ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

УЧЕБНИК

2-е издание, переработанное и дополненное

*Рекомендовано Межрегиональным учебно-методическим советом
профессионального образования в качестве учебника для студентов
высших учебных заведений, обучающихся по укрупненной группе
направлений подготовки 37.05.00 «Психологические науки»
(квалификация (степень) «клинический психолог»)
(протокол № 8 от 22.06.2020)*

Электронно-
Библиотечная
Система
znanium.com

Москва
ИНФРА-М
2021

УДК 616.89(075.8)

ББК 88.4я73

Б59

Автор:

Бизюк А.П., кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова

Бизюк А.П.

Б59

Основы патопсихологии : учебник / А.П. Бизюк. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ИНФРА-М, 2021. — 660 с. + Доп. материалы [Электронный ресурс]. — (Высшее образование: Специалитет).

ISBN 978-5-16-016701-5 (print)

ISBN 978-5-16-109294-1 (online)

Учебник является дополнением к курсу лекций, читаемых на факультетах психологии, где одним из разделов этой дисциплины выступает клиническая психология. В данное издание внесены изменения с учетом 11-й Международной классификации болезней, изменения в которой затрагивают и классификационные аспекты психических расстройств.

С целью реализации принципа системности в овладении знаниями по патопсихологии материал дается в контексте общей и клинической психологии, что облегчает целостное усвоение специфики этой науки и понимание ее места в ряду других смежных наук.

В соответствии с требованиями дидактики структурирование материала построено по принципу «от простого к сложному»; в конце каждого параграфа предлагаются проверочные вопросы, нахождение ответов на которые в тексте книги формирует стержневые знания читателя.


В главе, посвященной расстройствам конкретных психических функций, помимо общетеоретических данных, приводятся краткие описания психодиагностических методик, призванных оценивать качественные и количественные параметры регистрируемых изменений. При написании книги использован богатый отечественный и зарубежный материал, опубликованный в многочисленных источниках.

Соответствует требованиям федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования последнего поколения.

Предназначен для студентов психологических, педагогических и медицинских вузов, прежде всего клинических психологов, а также для широкого круга специалистов, работающих в информационном поле проблем соотношения нормальной и измененной психики.

УДК 616.89(075.8)

ББК 88.4я73

Материалы, отмеченные знаком ,
доступны в электронно-библиотечной системе Znanium.com

ISBN 978-5-16-016701-5 (print)

ISBN 978-5-16-109294-1 (online)

© Бизюк А.П., 2021

Введение

Проблема соотношения психического здоровья и многообразия изменений в психической деятельности, сопровождающих соматические заболевания, психогенные и эндогенные психические расстройства ставит перед наукой сложную задачу дифференциальной диагностики интроспективно и внешне регистрируемых симптомов, которые являются предметом анализа не только со стороны специалистов-психиатров, но и широкого круга клинических психологов. Рост интереса к психологической составляющей обусловлен не только идеями системного подхода, которые пронизывают современную медицину, но и практическими нуждами эффективной организации психотерапевтической и психокоррекционной деятельности, которая не может быть обеспечена без знания закономерностей формирования и качественной специфики различных вариантов отклонений от условной нормы. Понятие последней само складывается как производное не только от биологически ориентированного, но и социально-психологического контекста, меняющегося со временем, что заметно усиливает роль психологии в практической составляющей медицины вообще и психиатрии в частности. Необходимо считаться и с такими современными тенденциями в психопатологии, как понимание гетерогенности психических расстройств, и попытками дименсионного подхода (поиска многомерных моделей) при их оценке, а не только категориального способа квалификации.

Нельзя не учитывать и возникшей в последние годы тенденции к формализации и более жесткому критериальному подходу в постановке клинического диагноза, который предусматривает привлечение не только традиционных для медицины наблюдения, сбора анамнеза и аппаратурных способов оценивания, но и критериев, которые своими корнями уходят в технологии, присущие собственно психологической диагностике. Один из основных итогов деятельности клинического психолога — развернутый функциональный диагноз — должен становиться серьезной опорой как в характеристике текущего состояния пациента, так и являться базой для построения психотерапевтической и психокоррекционной деятельности, к которой привлекается и сам клинический психолог.

Успешное взаимодействие психолога и врача, несущего основное бремя ответственности как за корректность диагноза, так и за итоги терапевтического вмешательства, профессиональное доверие

между этими специалистами, концептуальная и практическая координация между ними, эффективность современного бригадного подхода могут быть достигнуты только в случае высокого уровня подготовленности клинического психолога, способного свободно и профессионально владеть понятийным аппаратом этой относительно молодой науки, тезаурус которой во многом совпадает с терминологическим арсеналом психопатологии. Практическая сторона деятельности психолога — это его свободная ориентация в основных методах и приемах патопсихологического исследования, результаты применения которых должны становиться дополнительным аргументом к решениям, принимаемым лечащим врачом, а в целом обеспечивать эффективность оказания и психиатрической, и психотерапевтической помощи нуждающемуся в них человеку.

Данный учебник подготавливался исходя из требований, сформулированных в Федеральном государственном образовательном стандарте высшего образования, и предназначен для изучения данного курса студентами, в структуру подготовки которых входит клиническая психология. Учебник может представлять интерес для психологов, работающих и в сфере специальной психологии.

Изучив данный материал, студент будет:

знать

- историю и основные теоретические концепции патопсихологии, ее предмет и прикладное значение;
- особенности структуры патопсихологических синдромов;
- спектр вариантов патологических изменений психических процессов разного уровня;
- специфику стратегий и технологий патопсихологического обследования клиента, принципы анализа получаемых эмпирических данных;
- структуру и содержание заключения, составляемого по результатам качественного и количественного оценивания состояния его психических функций;

уметь

- классифицировать направления патологических изменений психического функционирования;
- сопоставлять результаты комплексного патопсихологического исследования испытуемого с классификациями форм дизонтогенеза;
- выделять первичные и вторичные изменения психического функционирования у лиц с ограниченными возможностями здоровья, оценивать изменения психических функций как

симптомов психических расстройств и компонентов психологических синдромов;

- оценивать качество ремиссии, эффективность проводимой психо- и фармакотерапии;
- прогнозировать динамику изменений психических функций при переходе от состояния здоровья в сторону патологических изменений;

владеть

- знаниями об особенностях применения основных диагностических методов и методик;
- навыками самостоятельного планирования и оценки результатов психологического исследования;
- приемами работы со специальной литературой;
- навыками формулирования и представления результатов исследования, их интерпретаций;
- навыками учета получаемых диагностических результатов в коррекционной и психотерапевтической деятельности.

Глава 1

ОБЩАЯ ПАТОПСИХОЛОГИЯ

1.1. ПАТОПСИХОЛОГИЯ — ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Современная патопсихология представляет собой раздел клинической (медицинской) психологии.

По классическому определению, *объектом* ее исследования являются различные нарушения психической деятельности и свойств личности при психических или соматических заболеваниях, а *предметом* — закономерности этих нарушений или закономерности распада психики в сопоставлении с протеканием психических процессов в норме, «закономерности искажения отражательной деятельности мозга» [Зейгарник, 1986, с. 5].

В зарубежной англоязычной науке часто своеобразным аналогом патопсихологии выступает довольно расплывчатая по своему содержанию «патологическая психология» (*abnormal psychology*), которая благодаря изучению психологическими методами этиологии психических расстройств и различных отклонений психической деятельности в клинических целях может выступать и синонимом современной клинической психологии [Клиническая..., 2007]. Например, Р. Комер в своих «Основах патопсихологии» [Комер Р., 2001] (в оригинале: «Fundamentals of Abnormal Psychology») приводит следующее определение патологической психологии: это — «научное исследование патологического поведения с целью описать, предсказать, объяснить и изменить патологическое поведение». В англоязычном энциклопедическом руководстве по психологии под редакцией М. Айзенка патологическая психология выступает методологической альтернативой биологически ориентированной психиатрии в отношении подходов к определению психических расстройств, видения роли и оценки взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов в их возникновении [Решина, Воронцов, Юматова, 2003]. М.М. Кабанов в предисловии к одной из первых монографий, посвященных методам психодиагностики в клинике, пишет, что «патологическая психология» во многих странах обычно отождествляется с тем, что у нас называется «нарушением высшей нервной деятельности» (в трактовке школы И.П. Павлова) [Методы..., 1963].

Иногда в качестве предмета исследования психопатологии трактуется то, что в развитии болезни предшествует психопатологическим образованиям [Росин, 1976]. Подобное определение видится несколько ограниченным, поскольку в реальной практике психопатологу приходится иметь дело и с начальными этапами заболевания, и с уже достаточно оформившимися видами психических расстройств, благодаря которым субъект и попадает в поле зрения специалистов.

Весьма часто цитируемое и в том числе приведенное выше, «классическое» определение предмета психопатологии через изучение «закономерностей распада», как нам представляется, к сегодняшнему дню также становится избыточно узким, хотя бы в силу того, что не все феномены измененной психической деятельности могут быть адекватно описаны именно как продукт или следствие распада, либо как сам его процесс. Прежде всего, это имеет отношение к детской психопатологии с ее такими достаточно широко распространенными сферами оценки, как задержанное или отстающее развитие и иными формами дизонтогенеза, включая развитие психопатическое (патохарактерологическое) [Ковалев, 1979]. Применение категории распада не всегда уместно и по отношению к феноменологии «малой психиатрии».

При изложении дальнейшего материала мы будем руководствоваться следующим определением *предмета психопатологии*: это — процесс и экспериментально обоснованный результат анализа механизмов и закономерностей системных внутрипсихических изменений при психических, соматических и дизонтогенетических расстройствах, сопоставляемых с условно нормальным возрастным состоянием психики. *Объект психопатологии* — это сами психические процессы, функции и состояния, а также личность в целом и ее модели поведения в болезни, в то время как *задачи психопатологии* обуславливаются многочисленными целями (корректная постановка или уточнение нозологического диагноза, отслеживание эффективности терапии, прогнозирование, научный поиск и т.п.), реализуемыми через психодиагностическую исследовательскую деятельность.

Естественно, что анализ механизмов психических расстройств невозможен без выяснения детерминирующих их факторов, т.е. спектра их причин, часть из которых лежит в социальной среде, а часть — физиологична или интраиндивидуальна.

В частных случаях речь, действительно, может идти о распаде психики, но в самом общем случае, особенно в практическом отношении, под результатом психопатологического исследования

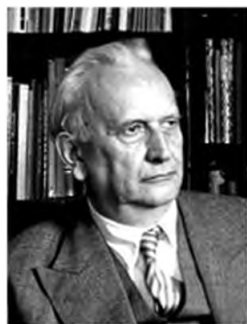
подразумевается качественный и количественный анализ структуры психического дефекта. Это понятие, уходящее своими корнями в работы Л.С. Выготского, к сегодняшнему дню связывается не только с соотношением первичных, вторичных и третичных симптомов, развивающихся в силу причинно-следственных отношений между физиологическими, психическими и отчасти социальными функциями (по вертикали), но и с конфигурацией профиля сохранной и болезненно измененной психической деятельности в разных ее модальностях «по горизонтали» и в динамике.

Многое из перечисленного роднит патопсихологию с такой сферой медицины, как *психопатология*, которая чаще всего рассматривается как теоретический раздел психиатрии, изучающий признаки психических заболеваний, их динамику в ходе течения болезни, симптоматические и синдромологические предпосылки постановки психиатрического диагноза и пользующийся для решения своих информационных задач медицинской семиотикой. Тот же терминологический арсенал, может быть, в несколько меньшем объеме, применяется и в патопсихологии. Направленность и патопсихологии, и психопатологии в конечном счете определяется потребностями клиники — решением диагностических задач и специфицированием лечебных или коррекционных мероприятий. Другими словами, патопсихология в своем научном и практическом звеньях, пытаясь заполнить зазор между психической нормой и очевидной психической патологией, является своеобразным ответом на запросы самой психиатрии. При этом сам диагноз в его клиническом понимании остается исключительной прерогативой врача-специалиста.

Философ и психолог Гуго Мюнстерберг (Hugo Münsterberg, 1863–1916), предложивший в немецкоязычных странах понятие «патопсихология», считал, что главное его отличие от психиатрического понятия «психопатология» заключается в том, что здесь предполагается континуум между нормальными и патологическими психическими процессами. Психические расстройства представляют собой лишь «ускорения или торможения нормального психического процесса»; наличие дефекта не предполагается. Исходя из этой предпосылки в патопсихологии вполне оправдано применение тех же методов исследования и постулируются принципиально те же закономерности, что и в «нормальной», не исследующей расстройства психологии [Клиническая..., 2007].

Мысли, сближающие психо- и патопсихологию, можно найти и у известного немецкого психиатра Карла Ясперса (Karl Jaspers, 1883–1969). Он писал: «Предметом исследования психопатологии

служат действительные, осознанные события психической жизни. Хотя основная задача состоит в изучении патологических явлений, необходимо также знать, что и как человек переживает вообще; иначе говоря, нужно охватить психическую реальность во всем ее многообразии. Нужно исследовать не только переживания как таковые, но и обуславливающие их обстоятельства, равно как и те взаимосвязи и формы, в которых они (переживания) находят свое выражение. Можно провести аналогию с соматической медициной, где конкретные случаи кажутся относящимися в равной мере к физиологии и патологической анатомии. Их взаимная зависимость не вызывает сомнений: они имеют единую основу и между ними невозможно провести сколько-нибудь ясную разделительную линию. Психология и психопатология также принадлежат друг другу и способствуют развитию друг друга. Между ними нет четкой границы, и многие общие проблемы исследуются психологами и психопатологами на равных правах» [Ясперс, 1997, с. 26]. Кроме того, патопсихология использует клинические критерии, так как без постоянного соотношения с ними она бы утратила свое практическое, прикладное значение. Естественно, что данные патопсихологического исследования в обязательном порядке должны соотноситься с психическим статусом больного, со стадией течения заболевания, с его динамикой [Блейхер, Крук, 1986].



К. Ясперс

Подводящий итоги дискуссии 1973–1977 гг. о соотношении предметов психопатологии и патопсихологии Ю.Ф. Поляков [1977] подтвердил, что психопатология традиционно изучает эпифеномены болезни, а сущность должна выясняться благодаря привлечению нейрофизиологии и экспериментальной патопсихологии.

Рассуждая о соотношении психиатрического и психологического видения душевной болезни, Б.С. Братусь [1994] пишет, что клиническое видение (психиатра) должно опираться на тонкие приемы наблюдения, формирующуюся в опыте постоянного общения с больными профессиональную интуицию, выработанные и зафиксированные в психиатрических трудах представления о смене состояний, симптомах и синдромах болезни. Основной единицей анализа здесь выступает целостный, представляемый в различных нюансах поведения образ больного и отнесение его к той или иной нозологической категории. Психолог же мыслит в ка-

тегориях потребности, мотива, деятельности, отношения, смысла. Основным инструментом его диагностики является не клиническое наблюдение, а эксперимент, то или иное тестовое испытание. Иначе говоря, психолог чаще судит о человеке не непосредственно, наблюдая его поведение, привычки и странности, а опосредствованно, орудийно, через данные экспериментов, опросников и тестов.

Таким образом, часть различий между психопатологией и патопсихологией лежит в сфере используемых ими методов. В то время как направленность психопатологического (клинического) исследования связана с выявлением и систематизацией нарушений психической деятельности (симптомов и синдромов) под углом зрения возможного клинического (нозологического) диагноза, задача патопсихологии — раскрытие закономерных и индивидуальных вариантов характера протекания психических процессов в их качественной и количественной специфике по сравнению с условной нормой. Типичным для психопатологии и психиатрии является клиничко-описательный метод (обычно анамнестический, изоциренного клинического наблюдения, беседы или те способы описания измененных психических процессов и личности, которые квалифицируются как качественные или идеографические), тогда как для патопсихологии ведущими оказываются психологические методы исследования и, в частности экспериментально-психологические, обеспечивающие возможность измерять, количественно сравнивать и сопоставлять, т.е. использовать тот инструментарий, который превращает диагностическое искусство в науку. Именно таким способом достигается возможность оценки особенностей нарушенного протекания и специфики структуры психических процессов, результатом которых становятся наблюдаемые в клинике расстройства. Итогом патопсихологического изучения в общем случае становятся критерии различения клиничко-психических расстройств, их отношения, а также причинные представления, дающие им объяснения.

Значительное место в патопсихологии занимает оценка влияния особенностей личности и ее индивидуального опыта на протекание сложных патопсихологических синдромов, их динамику, характер нарушений познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы, прогноз возможности коррекционных мероприятий.

Разумеется, что качественный подход в патопсихологическом диагностическом контексте, тонкая наблюдательность, эмпатические предпосылки и даже человеческая интуиция, опирающаяся на опыт работы и умение интегрировать всю доступную о испы-

тусмом (пациенте) информацию, и здесь продолжают оставаться актуальными.

Будучи интенсивно развивающейся ветвью клинической психологии, патопсихология распространяет свои интересы на контингент не только психиатрических, но и соматических клиник, изучая особенности психических процессов, личностных изменений оказавшихся там людей. Роль и место патопсихологии в структуре наук о человеке определяется еще и тем, что через познание болезненно измененных психических процессов осуществляется и познание того, как они совершаются в состоянии здоровья.

Возникнув относительно недавно, патопсихология не могла не вобрать в себя фрагменты и подчинить собственным целям предметные сферы и некоторых других, исторически более ранних психолого-ориентированных дисциплин, таких как *общая психология* (представления о нормальном, естественном протекании психических процессов и закономерностях становления личности), *нейропсихология* (связь изменений психической деятельности с локальными и диффузными поражениями мозга), *психодиагностика* (принципы экспериментального измерения психических функций и процессов в их сопоставлении с возрастными, половыми и другими нормами, разработка адекватных методических приемов, обеспечивающих анализ психопатологических явлений и объективную их интерпретацию) и *специальная психология* (закономерности развития, воспитания, обучения и подготовки к социальной адаптации, абилитации и реабилитации различных категорий детей с проблемами в развитии).

Спектр прикладных задач, упоминавшихся еще Б.В. Зейгарник, которые решает патопсихология, сводится к следующим [Клиническая..., 2002]:

1. Обеспечение дифференцирующих данных для уточнения в сложных случаях психологического диагноза (при атипичных и бедных клиническими проявлениями вариантах заболеваний, на начальных их стадиях и т.п.).

2. Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств, что играет самостоятельную роль в квалификации состояния больного и при установлении *функционального диагноза*. Сходная задача решается и при исследовании малоизученных форм заболевания (например, в рамках научного исследования).

3. Диагностика психического развития и выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения в детских и подростковых учреждениях при решении задач оценки степени и структуры различных форм дизонтогенеза.

4. Исследования личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза.

5. Оценка динамики нервно-психических нарушений и контроль эффективности психо- и фармакотерапии.

6. Использование экспериментально-психологических данных для принятия решения в многочисленных формах экспертиз (трудовой, воинской, судебной и т.п.).

7. Информационная поддержка психокоррекционной работы с больным, а также организация психотерапевтической среды в медицинских учреждениях. Патопсихологическое исследование может играть определенную роль в выборе методик психотерапии.

Помимо перечисленных задач, патопсихология обнаруживает свою полезность в охране психического здоровья населения, оценке интенсивности и характера влияния неблагоприятных экзогенных, экологических, в том числе производственных факторов на состояние отдельных психических процессов и личности в целом.

По мнению Л.М. Балабановой [1998], важной задачей патопсихологии является охрана психического здоровья в связи с изменением окружающей среды, урбанизацией, затруднением общения людей, возникновением новых профессий, требующих большого психического напряжения. Она включает нахождение мер коррекции по восстановлению трудового и социального статуса, профилактику развития аномальных потребностей (алкоголь). Патопсихологическое исследование имеет важное значение и при решении задач распознавания и профилактики разных профессиональных заболеваний.

Еще в 1982 г. Борис Дмитриевич Карвасарский (1931–2013) [Карвасарский, 1982] писал, что естественное стремление патопсихологии распространить психологические знания на возможно большее число аспектов медицины и здравоохранения следует

рассматривать не как ее недостаток, а как признание возрастающей роли психологии для медицины, прогрессивный и перспективный путь развития медицинской психологии.

Особой, отличающейся своим кругом задач, и относительно молодой ветвью общей патопсихологии является *детская патопсихология*, наиболее тяготеющая к специальной психологии и, в какой-то мере, к педагогике. Ее предметом является изучение любых возможных нарушений психического



Б.Д. Карвасарский

развития детей [Белопольская, 2000; Максимова, Милютин, 2000; Зверева, Казьмина, Каримулина, 2008], в том числе диагностика психического развития детей с отклонениями. Вопросы психического здоровья детей с позиции психологии рассматриваются и в зарубежной науке [Мэш, Вольф, 2003].

По мнению Н.В. Зверевой, О.Ю. Казьминой и Е.Г. Каримулиной [2008], в более конкретных формулировках детская патопсихология изучает:

- основные закономерности нарушенного психического развития детей;
- особенности возрастнo-специфических видов отклонений развития;
- психологические характеристики отдельных форм психических расстройств в детском возрасте;
- методы работы в области применения патопсихологической диагностики и коррекции в детском и подростковом возрасте.

К числу задач детской патопсихологии относятся: исследование проблемы психической нормы у детей, находящихся на разных ступенях возрастного развития, установление уровня развития ребенка, определение его соответствия или несоответствия возрастным критериям под влиянием социальной ситуации развития (школьная успеваемость и трудности в поведении), выявление патологических особенностей развития и раннее выявление симптомов искаженного, дисгармонического развития, дебюта психических заболеваний. Детский патопсихолог учитывает данные экспериментальных исследований при проведении коррекционных мероприятий, а также принимает участие в работе психолого-медико-педагогических комиссий и консультативной помощи семьям [Худик, 1997].

Специфика детской патопсихологии в отличие от взрослой состоит в том, что здесь нарушения психической деятельности рассматриваются в динамике, соответствующей развитию ребенка в процессе онтогенеза. Это значительно осложняет изучение предмета исследования, поскольку возникает необходимость учитывать сразу две переменные: динамику нарушений психической деятельности и динамику формирования психической деятельности ребенка, детерминированную созреванием мозговых структур [Максимова, Милютин, 2000].

Контрольные вопросы и задания

1. Что является объектом и предметом патопсихологии?
2. В чем различия между патопсихологией и психопатологией?
3. Раскройте позицию К. Ясперса по вопросу патопсихологии.

4. Предметные сферы каких наук ассимилируются патопсихологией?
5. Какие задачи решает патопсихология?
6. Что является предметом детской патопсихологии?

1.2. ИСТОРИЯ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Появление патопсихологии как специальной отрасли знаний связывается с двумя обстоятельствами в истории психологии: 1) внедрением в общепсихологическую практику экспериментального подхода, сменившего собой подход философско-умозрительный, и 2) осознанием, прежде всего клиницистами-психиатрами, необходимости заполнения теоретического вакуума, образовавшегося между достаточно очевидными феноменами грубых психических расстройств и системой представлений, существующей в «традиционной» психологии того времени. Обе эти тенденции возникли почти параллельно в конце XIX — начале XX в.

Хотя первые опыты в психологии начали проводиться в середине XIX в. Густавом Теодором Фехнером (Gustav Theodor Fechner, 1801–1887), наиболее серьезные экспериментальные исследования психических процессов связаны



В. Вундт

с именем немецкого врача и физиолога Вильгельма Вундта (Wilhelm Maximilian Wundt, 1832–1920), открывшего в 1879 г. в Лейпцигском университете психологическую лабораторию, на базе которой спустя несколько лет был создан Институт экспериментальной психологии. Основным методологическим принципом исследований в этом институте стал синтез интроспекции с психофизиологией, причем по мере накопления опыта происходил постепенный отход от физиологических работ в пользу более психологизированных, от исследований зрения, слуха, осязания, времени реакции к ассоциативным процессам, апперцепции и поведению.



Э. Крепелин

В психологии того времени возникает первый прецедент необходимости инструментальной проверки субъективного опыта. Появляется постепенное понимание недостаточности и ограниченности интроспекции как теории и метода научного познания явлений и необходимости новых объяснительных категорий и объективных методов исследования

психической реальности. Между психиатрами и порой идеалистически настроенными философами разгораются споры о том, кто должен разрабатывать экспериментальную психологию. С конца XIX в. экспериментальное направление надежно закрепляется в научной психологии и довольно быстро распространяется на все ее ветви, в том числе и медицинскую.

Ученик В. Вундта — Эмиль Крепелин (Emil Kraepelin, 1856–1926), а затем Карл Густав Юнг (Carl Gustav Jung, 1875–1961) стали использовать в психиатрии ассоциативный эксперимент, стремясь превратить его в клиничко-диагностический инструмент.

В Америке вундтовские традиции применительно к структуре сознания развивает Эдвард Титченер (Edward Bradford Titchener, 1867–1927), провозгласивший поиск его отдельных элементов и способов их комбинирования.

Особое направление в смежной с патопсихологией областью представлено работами ранних дефектологов преимущественно французской школы — Жана Эскироля (Jean Itienne Esquirol, 1772–1840), Эдуарда Сегена (Edouard Seguin, 1812–1880) и Альфреда Бине (Alfred Bine, 1857–1911), чьи попытки дифференцирования умственной отсталости как нарушения психического развития (дизонтогенетических проявлений в современном понимании) от психических расстройств (1838) и разработки экспериментальных приемов оценки умственной недостаточности (1905) являлись одной из предпосылок в формировании детской патопсихологии.

Во Франции основания научной психологии были сформулированы Теодюлем Арманом Рибо (Theodul Arman Ribot, 1839–1916). Именно он заложил представления о предмете экспериментальной психологии, которая должна заниматься не метафизикой или обсуждением сущности души, а выявлением законов и ближайших причин психических явлений. Болезнь он рассматривал в качестве эксперимента, поставленного природой, что наложило отпечаток на его известные



Э. Титченер



Ж. Эскироль



Э. Сеген



А. Бине



Т.А. Рибо



Л. Уитмер

работы («Болезни памяти», 1881; «Болезни воли», 1883; «Болезни личности», 1885). Т. Рибо впервые ввел термин «патологическая психология» [Корнилова, 2002; Вольф, 2004].

Конец XIX в. ознаменовался еще одним событием — открытием учеником Вундта Лайтмером Уитмером (Lightner Witmer, 1867–1956) при Пенсильванском университете первой психологической клиники (1896) для отстающих и душевнобольных детей, а также введением им понятия клинической психологии и основанием журнала «Психологическая клиника» (1907) (хотя к этому времени в немецкоязычных странах уже существовало несколько научных и практических направлений, фактически разрабатывавших клиническую психологию в более широком плане, чем ее понимал Уитмер, сконцентрировавшийся на диагностике и лечении отклонений в умственном развитии).

К началу XX в. психические болезни начинают трактоваться как эксперимент природы, нуждающийся в специальном изучении, а в мировой науке возникает мысль о допустимости суждения о роли и месте того или иного психического процесса в составе сложных психических явлений по его изменениям в результате заболевания, т.е. появляется возможность использовать патопсихологические явления в качестве критериев при оценке правильности психологических теорий. В частности, известный немецкий психолог и психопатолог Густав Штерринг (Gustav Störing, 1860–1946) одним из первых в своей книге «Психопатология в применении к психологии», переведенной на русский язык и изданной в Санкт-

Петербурге в 1903 г., указал на возможность и желательность трактовки нормальной психической деятельности через исследование ее патологических изменений.

В 1920-х гг. начинает оформляться еще одно направление исследований, совпадающее со сферой интересов патопсихологии. Это опиравшаяся на общие морфологические характеристики

строения тела человека типология характеров (темпераментов) немецкого психиатра и психолога Эрнста Кречмера (Ernst Kretschmer, 1888–1964). Этот видный представитель западной науки считал, что обобщения о темпераменте «могут быть развиты лишь из психиатрии и поняты лишь с точки зрения последней» [Кречмер, 2003] [«Körperbau und Charakter», 1921]. Кречмер соотносил тип телосложения с психическими заболеваниями, причем предполагал, что между нормой и психическим заболеванием нет резкой грани: биотипы индивидуальности нормального человека могут перерасти в аномалии характера, а затем и в психическое заболевание. В 1922 г. Кречмер выпустил один из первых учебников по медицинской психологии («Medizinische Psychologie»), а в 1923 г. вышел и аналогичный по названию учебник известного французского психолога Пьера Жане (Pierre-Marie-Félix Janet, 1859–1947).



Э. Кречмер

В истории разработки патофизиологической тематики велика и роль отечественных ученых.

Один из учеников Вундта — отечественный психиатр В.Ф. Чиж после возвращения из Германии в 1885 г. создал первый в России (в Петербурге, в больнице св. Пантелеймона) кабинет, предназначенный для экспериментальных психологических исследований [Журавель, 2005]. Позднее он унаследовал лабораторию Крепелина в Дерпте (Тарту), где со своими последователями продолжил проводить многочисленные эксперименты. В 1885–1886 гг. Владимир Михайлович Бехтерев (1857–1927) (психиатр по образованию, родоначальник экспериментальной психологии и основоположник патофизиологии) и Сергей Сергеевич Корсаков (1854–1900) при психиатрических клиниках открыли лаборатории в Казани, Москве и Санкт-Петербурге, а в 1907–1908 гг. В.М. Бехтерев в Санкт-Петербурге организовал Психоневрологический институт, позднее получивший его имя, и Институт по изучению мозга и психической деятельности (1918).



В.М. Бехтерев

В 1907–1910 гг. были опубликованы три тома книги «Объективная психология», в которых Бехтерев призвал отойти от психологии как науки «о фактах и явлениях сознания» и включить в нее «изучение внешних проявлений психической деятельности, поскольку они служат для определения особенностей и характера психической деятельности; а также изучение биологических процессов, стоящих в ближайшем соотношении с психическими процессами» [Бехтерев, 1991].

Уже в 1888 г. он четко заявил о необходимости использования для изучения психики процессов объективных экспериментальных методов исследования. Он предложил отказаться от субъективного (по сути интроспективного) подхода в исследовании психологических явлений, а позднее положил в основу их объяснения рефлексологический принцип организации нервной деятельности (в более поздних работах у Бехтерева произошел уже полный отказ от психологии и ее терминологии в пользу анализа поведения как суммы отличающихся по сложности рефлексов).

В.М. Бехтерев один из первых пытался определить содержание патологической психологии, указывая на закономерную близость нормальных проявлений душевной деятельности и их патологических форм. Он мотивировал это тем, что изучение ненормальных проявлений психической сферы «освещает задачи психологии нормальных лиц» [Бехтерев, 1991, с. 6]. С его участием были разработаны экспериментально-психологические приемы исследования душевнобольных, защищены ряд диссертаций патопсихологической направленности, определены принципы патопсихологического исследования (использование комплекса методик, качественный анализ расстройств психики, личностный подход, соотнесение результатов исследования с данными нормы для соответствующего возраста, пола, образования), сформулированы основные требования к самим экспериментальным методикам. Но большинство усилий такого рода Бехтеревым осуществлялось в дорефлексологический период творчества. Позднее он, пытаясь создать «объективную психологию», начинает опираться на идею рефлекса или «сочетательного рефлекса», осуществляющегося с участием головного мозга и проявляющегося во внешнем поведении и деятельности личности. Психика, трактуясь как эпифеномен, стала выводиться за пределы научного анализа.

Во всех открытых в конце XIX — начале XX в. лабораториях работали врачи-невропатологи и психиатры, совмещавшие свои психологические исследования с врачебной практикой в клинике.

Исключение составляла психологическая лаборатория в Новороссийском университете (в Одессе), которая, в отличие от других, была создана на историко-филологическом факультете (1896) профессором философии Николаем Николаевичем Ланге (1858–1921) с целью развития психологии как объективной науки и преподавания ее как дисциплины [Психологическая..., 1997; Ярошевский, 1996]. Ланге, ранее работавший в Лейпцигской лаборатории Вундта, становится последовательным сторонником эксперимента в психологии.

Николай Яковлевич Грот (1852–1899) — профессор Московского университета, с 1888 г. возглавивший Московское психологическое общество, исходил из того, что психология должна быть объективной естественной экспериментальной наукой, что именно она должна лежать в основе наук о человеке. Грот был активным сторонником практического использования психологии, ее связи с педагогикой, медициной и юриспруденцией. В своей работе «Основания экспериментальной психологии» (1896) Н.Я. Грот писал, что развитие экспериментальной психологии имеет большое значение не только для будущего развития психологии, но и для всех гуманитарных наук, что новое развитие психологической науки связано с объединением, конвергенцией разных психологических теорий на основе эксперимента [Ярошевский, 1996].



Н.Я. Грот

Вскоре в Университете Св. Владимира в Киеве под руководством философа и психолога Георгия Ивановича Челпанова (1862–1936) (автора «Введения в экспериментальную психологию» [1915]) стал проводиться психологический семинарий, при котором были организованы лабораторные занятия для студентов, а в 1907 г., когда Г.И. Челпанова пригласили на должность профессора в Московский университет, семинарий и кабинет перевели туда. Еще несколько лет спустя на их базе в 1914 г. был создан один из лучших по устройству и оснащению в мире Психологический институт [Сироткина, 1995].



Г.И. Челпанов



С.С. Корсаков

Одним из основоположников московской школы психиатрии и приверженцем экспериментального направления в изучении душевных процессов был и Сергей Сергеевич Корсаков (1854–1900), инициатор создания первого в России «Журнала невропатологии и психиатрии». Он придерживался мнения, что только знание основ психологической науки делает возможным правильное понимание распада психической деятельности душевнобольного. В 1889 г. на Парижском конгрессе по психиатрии он впервые не только описал характерные расстройства памяти, но и предложил гипотезу о ее механизмах. Другая известная патопсихологическая работа С.С. Корсакова посвящена психике микроцефалов, характерной чертой которой он считал преобладание более примитивных ассоциаций над ассоциациями «по смыслу». В 1895 г. по его инициативе была создана психологическая лаборатория при психиатрической клинике Московского университета. Заведовать ею стал ближайший помощник Корсакова А.А. Токаровский (1859–1901).



А.Н. Бернштейн

Русский психиатр, ученик С.С. Корсакова, работавший в психологической лаборатории Московской психиатрической клиники, один из основателей Общества экспериментальной психологии (1910) для пропаганды применения тестов в педагогике и психиатрии, Федор Егорович Рыбаков (1868–1920) выпустил первый в России сборник психологических методик, куда вошли тесты и методические приемы Ф. Гальтона, Г. Мюнстерберга, Л. Бурдона, Г. Эббингауза, А. Бине, В. Апри, Э. Крепелина, А.П. Нечаева, А.Н. Бернштейна и других [Атлас для экспериментально-психологического исследования личности с подробным описанием и объяснением таблиц, составленных применительно к цели педагогического и врачебно-диагностического исследования. М., 1910] [Рыбаков, 2008]. В 1911 г. Александр Николаевич Бернштейн (1870–1922) опубликовал первое в России руководство «Клинические приемы психологического исследования душевнобольных» [Бернштейн, 1921]. Ученик С.С. Корсакова, действительный член Московского общества психологов Ардалион Ардалионович Токаровский (1859–1901)

первым в России в конце XIX в. начал преподавать экспериментальную психологию и психотерапию.

Заметным явлением в развитии пато-психологии и, в частности, детской пато-психологии стали работы Григория Ивановича Россолимо (1860–1928), основавшего в Москве в 1911 г. Институт детской психологии и неврологии. В рамках «Плана исследования детской души» в 1909 г. Россолимо разработал количественную систему 10-балльной оценки 22 психических функций, получившую название «Психологический профиль» и применявшуюся для сравнительной характеристики различных сторон нервной и психической патологии, в том числе у детей с умственной отсталостью.

Еще раньше в российской науке благодаря трудам Ивана Михайловича Сеченова (1829–1905) формировались прогрессивные идеи, построенные на новом понимании представления о рефлекторной деятельности мозга, о родственности психического и физиологического, об обусловленности поведения внешними влияниями. Сам И.М. Сеченов в своем труде «Кому и как разрабатывать психологию?» так писал по этому поводу:

«Мысль о психическом акте, как процессе, движении, имеющем определенное начало, течение и конец, должна быть удержана как основная» [1953, с. 251–252]. Преемники Сеченова — Иван Петрович Павлов (1849–1936) и В.М. Бехтерев продолжили изучение психики с позиции экспериментальной психологии. В дальнейшем Павлов отнес свои исследования к учению о высшей нервной деятельности, а Бехтерев — к рефлексологии (1904), стремившейся для научных выводов использовать исключительно объективные методы. Здесь имелась в виду не только регистрация рефлексов, но и соотнесение их с теми внешними раздражителями, которые служили первоначальными источниками реакции. В рефлексологии стала просматриваться тенденция замены психологии как науки учением об условных рефlekсах и объяснения всех форм сознательной деятельности людей законами образования и функционирования условных рефлексов независимо от сложности совершаемых человеком действий.



Г.И. Россолимо



И.М. Сеченов

Таким образом, на смену интроспекционистской ориентации приходит новый подход, суть которого выражается в следующих характеристиках [Кольцова, 1997]:

- 1) объективный способ изучения всех проявлений человека;
- 2) антропологическая ориентация: точкой отсчета является человек как целое в его взаимодействии с окружающей его действительностью;
- 3) материалистическая трактовка психики как производной от деятельности организма и осуществляющихся в нем энергетических преобразований, при умалении отражательной природы психики;
- 4) антипсихологизм или игнорирование психики как предмета исследования.

По указанным причинам к концу 1920-х гг. наблюдался спад увлечения рефлексологией и усилился скепсис по отношению к ее реальным возможностям. Но важную роль для будущей патопсихологии сыграло то, что В.М. Бехтеревым впервые в отечественной психологии была сформулирована идея комплексного исследования человека не только различными науками, но и с использованием многоуровневого сравнительного анализа данных, характеризующих проявления человека в норме и в патологии, в экспериментальных условиях и во время клинических исследований, при сопоставлении отклонений и видоизменений психики с ее проявлениями у здоровых. Примечательно то, что в организованном Бехтеревым Психоневрологическом институте одновременно читались курсы общей психопатологии и патологической психологии, т.е. за ними стояли разные дисциплины [Зейгарник, 1986].

Во второй половине 1920-х — начале 1930-х гг. И.П. Павлов и его ближайшие сотрудники непосредственно перешли к разработке проблем патопсихологии, был выдвинут ряд конструктивных принципов, оказывающих влияние не только на понимание «нормально» функционирующей психики, но и на интерпретацию ее патологических отклонений. Среди них важное место занимали учение о двух сигнальных системах, представление о типах высшей нервной деятельности (носители разных типов по-разному реагируют на патогенные факторы), критика с позиции рефлексологической теории взглядов ряда зарубежных ученых идеалистической направленности.

Важный вклад в разработку разделов физиологии, ориентированных на психологию, был сделан Николаем Александровичем Бернштейном (1896–1966) [Бернштейн, 1990], изучавшим принципы обратных связей, вопросы самоорганизации движений

и возможных последствий расстройств их механизмов на разных уровнях мозговой организации. Его идеи позднее нашли свое развитие в трудах Петра Кузьмича Анохина (1898–1974), разработавшего общую теорию функциональных систем с ее важнейшим компонентом — механизмом опережающего отражения действительности, воплощенном в понятии «акцентора действия».

Заметная роль в разработке арсенала диагностических техник, полезных и для психологии, принадлежит видному представителю школы В.М. Бехтерева Александру Федоровичу Лазурскому (1874–1917). Он считал, что высшие уровни психики людей следует изучать так же конкретно, как клиницист изучает их физическую и физиологическую организацию, для чего интенсивно работал над созданием методических приемов, адекватных такого рода исследованиям. Он предложил и широко использовал метод систематического наблюдения, сочетая его со специально подобранными методиками экспериментальной психологии. Наибольшей известностью пользуется созданный А.Ф. Лазурским к 1910 г. метод естественного эксперимента, благодаря которому устраняется искусственность лабораторного опыта и значительно возрастает ценность данных наблюдения, поскольку испытуемый не вырывается из привычной для него среды, но при этом ставится в строго запрограммированные и контролируемые условия.

Кроме того, он выдвинул концепцию отношений личности, развитую видным советским психологом, учеником А.Ф. Лазурского Владимиром Николаевичем Мясищевым (1893–1973), который применил ее, в частности, в клинике неврозов и пограничных состояний [Мясищев, 1960, 1998]. Психическая болезнь, по его мнению, изменяет и разрушает сложившуюся систему отношений, а нарушения в системе отношений личности, в свою очередь, могут привести к болезни. И напротив — психотерапия как способ



Н.А. Бернштейн



А.Ф. Лазурский



В.Н. Мясищев

воздействия на больного человека может выстраиваться как метод коррекции нарушений в этой сфере. В.Н. Мясищев одним из первых публично поддержал преимущества тестовых методов исследования личности в клинике. В 1966 г. он совместно с М.С. Лебединским выпускает книгу «Введение в медицинскую психологию» — первую отечественную монографию, посвященную психологическим аспектам в клинике вообще и патопсихологии в частности.



П.Б. Ганнушкин

Рассматривая проблемы формирования характеров и психопатий, выдающийся российский и советский психиатр Петр Борисович Ганнушкин (1875–1933) еще в 1924 г. также определенно высказался в пользу союза психиатров и психологов: «Можно, думаю, с достаточной определенностью считать, что изучение характеров, темпераментов — нормальных или патологических — это все равно, здесь сколько-нибудь принципиальной разницы нет — должно вестись при совместной работе психологов и психиатров; эта точка зрения несомненно расширяет компетенцию психиатра, но она с несомненностью вытекает из существа дела; нужно признать, что учение о характерах должно быть предметом дисциплины, находящейся на рубеже между психологией и психиатрией» [Ганнушкин, 1964].

На патопсихологические исследования существенное влияние оказали идеи Льва Семеновича Выготского (1896–1934), ставшего инициатором ряда работ, в которых изучалось смысловое и системное строение психики, были очерчены закономерности распада высших психических функций на различных ступенях развития. Сам Л.С. Выготский руководил патопсихологической лабораторией при Московском отделении ВИЭМ на базе клиники имени С.С. Корсакова. Он экспериментально исследовал психологию умственной отсталости, что дало материал, имевший принципиальное значение для построения теории о связи познавательной и мотивационной сфер. Одна из многочисленных заслуг Л.С. Выготского состоит в том, что он первым ввел в область детской психологии исторический принцип, реализованный в культурно-исторической концепции развития психики.

В соответствии с этой концепцией, позднее развиваемой многочисленными учениками и последователями Л.С. Выготского, объяснение развития ребенка включает в себя центральный тезис

о том, что структура и развитие психических процессов человека порождаются культурно опосредованной исторически развивающейся практической деятельностью. Самим Л.С. Выготским данная мысль была сформулирована следующим образом: «...Всякая функция в культурном развитии ребенка появляется на сцену дважды, в двух планах, сперва — социальном, потом психологическом, сперва между людьми, как категория интерпсихическая, затем внутри ребенка, как категория интрапсихическая... сам механизм, лежащий в основе высших психических функций, есть



Л.С. Выготский

слепок с социального. Все высшие психические функции суть интериоризированные отношения социального порядка... вся их природа социальна; даже превращаясь в психические процессы, она остается квазисоциальной» [Выготский, 1960, с. 197–198]. Внешне это проявляется в том, что психические функции приобретают осознанность и произвольность.

Вторая идея Л.С. Выготского, также лежащая в плоскости культурно-исторической теории, — идея об опосредовании культурного поведения и развития человека орудиями и знаками, причем первые направлены «вовне», на преобразование действительности, а вторые «вовнутрь» — сперва имея форму внешней деятельности, затем — управляя поведением самого человека. Именно знак лежит в основе развития каждой из высших психических функций, приобретаясь ребенком при общении со взрослыми.

Такое понимание природы и сущности высших психических функций в контексте морфофункциональных особенностей мозга человека и специфики нарушений психики при его поражениях позволило Л.С. Выготскому выдвинуть целый ряд положений, значимых для будущих патопсихологических и нейропсихологических исследований.

Воззрения Л.С. Выготского получили свое развитие в трудах многих советских ученых, в частности Александра Романовича Лурия (1902–1977), считающегося основоположником отечественной нейропсихологии. В годы войны А.Р. Лурия с другими известными психологами (Александром Владимировичем Запорожцем (1905–1981), Борисом Герасимовичем Ананьевым (1907–1972), Алексеем Николаевичем Леонтьевым (1903–1979), Вольфом Соломоновичем Мерлиным (1898–1982) и др.) в тыловых госпиталях и эвакуированных институтах разрабатывались научно обо-



А.Р. Лурия



А.Н. Леонтьев



Б.Г. Ананьев

снованные методы восстановления различных психических функций: двигательных, гностических, речевых, интеллектуальных. Наибольшие успехи были связаны с восстановлением речи и памяти. На более поздних этапах войны актуальными становятся задачи трудового обучения и реабилитации инвалидов с повреждениями центральной нервной системы и с посттравматическими психическими изменениями.

Ученица Курта Левина и сотрудница Л.С. Выготского — Блюма Вульфовна Зейгарник (1900–1988), в послевоенные годы возглавлявшая лабораторию патопсихологии Института психиатрии, выпускает широко известный учебник «Патопсихология», являвшийся изложением основных разделов одноименного курса, читаемого на факультете психологии МГУ. Она ввела в психологию понятие патопсихологического эксперимента, разработала проблематику личностно-мотивационного компонента в опосредовании психических отклонений и классификацию расстройств мышления, позиционировала патопсихологию как междисциплинарную науку, занимающую промежуточное положение между психологией и психиатрией.

На основании анализа результатов большого количества экспериментально-психологических исследований познавательных процессов и эмоционально-личностной сферы у больных с разными психическими заболеваниями клиническими психологами выделялись основные патопсихологические синдромы.

А.Н. Леонтьев, уделяя основное внимание разработке проблемы практической деятельности, в частности способности с ее

помощью корректировать нарушения деятельности психической, о роли нейро- и патопсихологии писал: «Их общепсихологическое значение состоит в том, что они позволяют увидеть деятельность в ее распаде, зависящем от выключения отдельных участков

мозга или от характера тех более общих нарушений его функции, которые выражаются в душевных заболеваниях» [Леонтьев, 1983, с. 164].

Начиная с 60-х гг. XX в. по всей стране начали открываться факультеты психологии, что заметно оживило интерес к клиническим аспектам этой науки и привлекло значительное число молодых специалистов в сферу патопсихологии, сделало востребованными знания, накопленные на предыдущих этапах в русле познания психических отклонений вообще и отклонений в психическом развитии в частности. Появились монографические работы и учебные пособия, отчетливо позиционирующие себя именно в патопсихологии. В этом ряду, помимо «Патопсихологии» Б.В. Зейгарник и «Экспериментальных методик патопсихологии и опыта применения их в клинике» Сусанны Яковлевны Рубинштейн (1911–1990), особо следует выделить работы В.М. Блейхера «Клиническая патопсихология» [1976] и «Патопсихологическая диагностика» [1986], написанную совместно с И.В. Крук, в которых, главным образом, описывались различные структуры нарушений психической деятельности, наблюдаемые при конкретных психических заболеваниях.

Сводные материалы по патопсихологии приводятся в учебных пособиях И.Ю. Левченко «Патопсихология: теория и практика» [2000], в «Патопсихологии детского возраста» Н.В. Зверевой, О.Ю. Казьминой и Е.Г. Карамулиной [2008], в «Клинической психологии» под редакцией Б.Д. Карвасарского [2006], «Сборнике трудов по патопсихологии детского возраста» Э.С. Мандрусовой, А.Я. Ивановой [2015] и в ряде других работ. Специфика преимущественно американской традиции в подходе к детской патопсихологии представлена в монографиях Э. Мэша и Д. Вольфа «Детская патопсихология» [2003], Р. Комера «Основы патопсихологии» [Fundamentals of Abnormal Psychology, 2001], французская, психоаналитическая по направленности трактовка патопсихологии задана в сборнике «Патопсихология. Психоаналитический подход: теория и клиника» под редакцией Ж. Бержерс [2008].

Известны и другие отечественные и зарубежные попытки выделить и осветить основные проблемы патопсихологии [Братусь, 1988; Балабанова, 1998; Мягков, Боков, Часва, 2003; Середина,



Б.В. Зейгарник

Шкуренко, 2003; Комер, 2005; Вольф, 2004; Карсон, Батчер, Минска, 2004; Астанов, 2006 и др.].

Контрольные вопросы и задания

1. Какие предпосылки в истории науки связываются с возникновением патофизиологии?
2. Какова история возникновения экспериментальной психологии?
3. Охарактеризуйте деятельность отечественных психологов и психиатров конца XIX — начала XX в. по созданию предпосылок патофизиологии.
4. Каков вклад французских и других зарубежных ученых в формирование теоретических взглядов и экспериментального направления в клинко-ориентированной психологии.
5. Оцените роль Л.С. Выготского в разработке теоретических принципов психологии.
6. Чьи работы закрепили понятие патофизиологии как самостоятельной предметной сферы психологических исследований во второй половине XX в.?

1.3. ПОНЯТИЕ НОРМЫ И ЗДОРОВЬЯ В ПАТОФИЗИОЛОГИИ И ПСИХОПАТОЛОГИИ

Важнейшей базовой категорией, используемой в патофизиологии, выступает понятие нормы, по отношению к которой производится сопоставление моторных и сенсорных реакций, когнитивных функций, эмоционально-волевых, мотивационных процессов, а также личности в целом. В явной и неявной форме норма всегда противопоставляется «ненорме» и тем самым позиционирует свои границы.

Существует несколько подходов к решению проблемы нормы и к ее определению, каждый из которых оказывается ограниченно полезным для осуществления конкретных прикладных задач клиники и смежных сфер деятельности психолога.

1. *Бытовой подход*, опирающийся на житейский опыт и интуицию. Сфера нормального всегда имеет в сознании людей свои границы. Здесь подразумевается способность любого человека, даже не обладающего специальными знаниями, с достаточной степенью успешности идентифицировать в окружающей среде лиц или оценивать их психические процессы как «нормальные» или «ненормальные», причем степень адекватности такой оценки может быть достаточно высока. Реально в основе интуитивного критерия лежит та или иная комбинация уже существующих, ранее выработанных критериев, порой заимствованных из средств массовой инфор-

мации, книг или общения с окружающими, либо выработанная путем «примеривания» сомнительных форм поведения к себе.

2. *Интроспективный подход* подразумевает, что единственно надежным критерием «ненормальности» того или иного состояния является суждение самого пациента, источник которых — наблюдения за самим собой. В этом случае оценочное решение выносится на основании отчета испытуемого о своих ощущениях: наличии субъективного дискомфорта, тревожности, растерянности, болезненности и т.п. В подобных случаях нерешенной остается проблема адекватности самооценки человека и его способности на языковом уровне (словарный запас, образность, точность) передать свое состояние.

3. *Клинический подход*, построенный на традиционном противопоставлении («от противного») нормы достаточно очерченным и не вызывающим разногласий формам психической патологии. Из-за последнего обстоятельства сама психиатрия долгое время не испытывала потребности в теоретическом осмыслении «нормы». Данный вопрос, тем не менее, возник со временем в тех областях психиатрии и психологии, которые имели дело с так называемыми пограничными явлениями: психопатиями, неврозами, клиникой и педагогикой проблемного детства, судебно-психиатрическими феноменами и др.

4. *Статистический подход*. В самой примитивной форме, на ранних этапах развития данного подхода, нормальным признается то, что присуще большинству представителей рассматриваемой популяции, т.е. то, что при измерении или на качественном уровне наиболее часто встречается в популяции и обычно соответствует вычисляемой средней. Современная психология уже давно ушла от узкого рассмотрения этого относительно простого, но абстрактного (отсутствующего в реальности) статистического параметра в качестве критерия нормы. Более перспективным и реально применяемым в экспериментальной практике является некоторым образом выбранный, консенсусный диапазон вокруг «средней психики», а к области патологии или расстройства относится все, что выходит за пределы этого диапазона. Обычно речь идет об определенной части так называемого нормального закона распределения, расположенной в центральной его зоне, в зависимости от жесткости оценивания включающей примерно 67–95% популяции, по материалам которой данный закон (колоколообразная кривая частоты встречаемости признака в популяции) был построен. Наиболее широкое применение статистический подход получил при разработке шкал различных измерительных процедур и тестов.

Несмотря на массу преимуществ этого подхода, являющегося инструментом научных исследований, статистические критерии имеют и ряд существенных недостатков:

- определение нормы как среднего или околосреднего, типичного для популяции исключает из этой категории все необычные психические проявления не только отрицательного, но и положительного характера, например гениальность;
- поведение, характерное для одной популяции, например, национальной группы, может восприниматься редчайшей аномалией в рамках другой популяции. То же имеет отношение и к дифференциации по половому признаку или по признаку обитания в конкретной природно-климатической или социальной, культурной среде, в определенный исторический период. Еще П.Б. Ганнушкин в предисловии к изданной в 1928 г. «Истории психиатрии» Ю.И. Каннабиха [1994] писал, что патопсихология и психиатрия стоят в самой определенной корреляции (связи) с состоянием биологии, социологии, философии данного отрезка времени;
- наличие широко распространенного признака не обязательно является свидетельством его «нормальности» (например, высокая вероятность гельминтозов у населения Центральной Африки);
- если статистические критерии достаточно успешно применяются для оценки какого-то одного параметра функционирования психических процессов, например определения IQ, то при характеристике целостной («многомерной») личности в силу ее естественной уникальности могут возникать существенные трудности. Проблема осложняется еще и тем, что в процессе эволюции происходит не только дифференциация психических процессов, но и их взаимная координация, подгонка друг к другу, которые сами по себе определяют эффективность их реализации;
- статистические критерии в силу своей безликости размыывают индивидуальность.

5. *Адаптационный подход.* В соответствии с ним все, что способствует выживанию, отвечает «природной целесообразности», является нормальным, а все, что этому противодействует, — ненормальным. При таком подходе критерием нормального развития становится сохранность личности, а к патологии относится все, что связано с повреждением или распадом личности, ее смертью как целого. В основу данного подхода положены биологически ориентированные взгляды, характерные для обоснования естественного отбора. Однако не все психические расстройства носят для больного

угрожающий характер или укорачивают его жизнь, т.е. соответствуют основному критерию биологической дизадаптированности.

6. *Функциональная норма*. Ее идея заимствована из физиологии и может рассматриваться как частный случай адаптационного подхода. Одним из наиболее глубоких представлений о норме для живых систем, изложенных в отечественной литературе, является характеристика ее как *функционального оптимума*. В выдвинутой концепции оптимального состояния норма трактуется как интервал функционирования живой системы с подвижными границами, в рамках которых, применительно к человеку, обеспечивается: 1) наилучшая связь со средой и 2) согласование всех функций организма при учете уникальности и неповторимости пути развития каждого индивида, а также при сопоставлении предположительных отклонений с его «персональным» трендом. Данный подход несет в себе некоторое противопоставление индивидуальных характеристик среднegrupповым. Очевидно, что при переходе от физиологического к социальному уровню регулирования и оценивании психики под углом зрения адаптированности, могут возникать и дополнительные трудности, поскольку приспособление к одной стороне социальной жизни вполне может комбинироваться с дизадаптацией к другой. В некоторых случаях характеристика функциональной нормы дается с позиции обеспечения достижения цели.

7. *Предписывающий (морально-этический) подход* к понятию нормы предполагает существование в обществе системы официальных и неофициальных правил, которые предписывают человеку некий достаточно широкий коридор поведения, выход за пределы которого может интерпретироваться как ненормальность. Поведение в рамках данного подхода может рассматриваться в диапазоне конформности — девиантности. Проблема подобной трактовки нормы заключается в частой противоречивости требований различных социальных групп и слоев, а также в том, что медико-биологические нормы обычно задаются как «данные», а морально-этические и правовые — как «должные» и имеющие довольно размытые границы. Применительно к психопатологии, например, наличие правонарушения может объясняться результатом неумяемости, не несущей в себе последствий обвинения. По сути, речь идет о сопоставлении поведения человека с внешней для него системой ценностей.

8. *Идеальностный подход*. Нормативность поведения может даваться не только «от противного», но и позитивными средствами путем либо прямого указания на конкретного человека, воплоща-

ющего желаемые черты, к которым следует стремиться, либо выработки сложного, по возможности непротиворечивого эталона, указывающего вектор развития общества. Наиболее ярко подобная тенденция выражается в системе религиозных представлений, в недавнем прошлом — в «кодексе строителя коммунизма», в предлагаемых через средства массовой информации образцах «преуспевающего благородного бизнесмена» и т.п. Во всех подобных случаях имеется некоторая унификация нормы, пренебрегающая индивидуальными ее вариантами.

В отношении ребенка известный польский психолог Ладислав Пожар выделяет следующие критерии его нормального развития, когда:

1) уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста с учетом развития общества, членом которого он является;

2) ребенок развивается в соответствии с его собственным общим трендом (тенденцией, вектором), определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения;

3) ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости [Л. Пожар, 1996].

Г.М. Дульнев и А.Р. Лурия [Принципы..., 1973] условиями нормального развития считают:

- нормальную работу головного мозга и его коры;
- нормальное физическое развитие ребенка;
- сохранность органов чувств;
- систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, детском саду и в общеобразовательной школе.

По мнению В.М. Сорокина [2003], в число факторов, учитываемых при оценке нарушенного или нормального развития ребенка, входят континуальность, т.е. отсутствие четкой границы между ними, многовариантность развития и многоуровневый подход в оценке характера развития.

В более общем случае доминирующие современные представления о норме человеческого организма и психики предполагают объективное существование их нормального развития и функционирования как интервала, оптимальной зоны психофизиологических изменений, в границах которой сохраняются опти-

мальные же в данных конкретных условиях жизнедеятельность и работоспособность [Корольков, Петленко, 1977]. Помимо социального обусловливания, здесь важную роль играет и сохранность морфофункционального субстрата психики — головного мозга. Однако высокая его пластичность как архисложной, прежде всего нейронной, системы допускает возможность некоторой диссоциации между степенями его структурного развития, функциональными возможностями и отдельными сторонами психики, а также между объективно определяемыми состояниями нормы и здоровья и субъективными их критериями.

Огромное разнообразие проявлений и сочетаний личностных особенностей приводит к тому, что у заведомо психически здоровых людей могут наблюдаться неадекватные поступки, вызывающие подозрение в возникновении у них психической патологии. В то же время у психически больных на протяжении какого-то периода времени может присутствовать вполне адекватное поведение. А это значит, что индивидуальная норма всегда конкретна, специфична и динамична, хотя и сопоставима с общими, существующими в данной сфере критериями.

Категория нормы обычно соотносится с понятием здоровья, которое также неоднозначно описывается в современной науке. Часто пользуются его определением (также допускающим критику), предлагаемым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Общее здоровье определяется как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие. Основными критериями общего здоровья являются:

- структурная и функциональная сохранность органов и систем;
- свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде;
- сохранность привычного самочувствия.

Может возникнуть допущение, что норма и здоровье — это совпадающие категории, но в реальной практике это не так. Наличие здоровья не обязательно означает оптимальный уровень функционирования, необходим лишь достаточный уровень жизненного, в том числе социального приспособления и адаптации. С этой точки зрения, аномалии в некоторых пределах (например, извращенное расположение органов), имеющие с нормой не только различия, но и общие черты, могут не нарушать биологической и социальной жизни, тем самым не исключать здоровья и рассматриваться как варианты индивидуальной изменчивости.

Таким образом, патология (отклонение от нормы в стрессии, функционировании и адаптации) не означает болезни, поскольку здоровье не исключает патологию, не достигающую степени заболевания, но норма (идеальное состояние оптимального функционирования) — это всегда здоровье. Некоторые ученые в связи с этим считают уместным говорить о «практическом здоровье». Вышеприведенные соображения в полной мере приложимы и к психическим заболеваниям.

Важнейшим составляющим общего здоровья является здоровье психическое. Его критериями по ВОЗ считаются:

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;

- 2) чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

- 3) критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

- 4) соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

- 5) способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

- 6) способность планировать и реализовывать собственную жизнедеятельность;

- 7) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

По отношению к ребенку эта достаточно известная в отношении здоровья позиция ВОЗ должна быть дополнена тремя критериями:

- 1) оптимальностью уровня достигнутого развития — соматофизического, психического и личностного, его соответствием хронологическому возрасту;

- 2) позитивной психической и социальной адаптацией, определенной толерантностью к нагрузкам, сопротивляемостью по отношению к неблагоприятным воздействиям;

- 3) способностью к формированию оптимальных адаптационных и компенсаторных реакций в процессе роста [Дмитриева, 1998].

В современной клинической психологии, равно как и исторически, допускается существование различных «степеней здоровья», в которых реализован вероятностный подход к оценке степени «риска», «состояния дизадаптации», «предболезни» и т.п. Довольно часто, даже при расхождении в диагнозе, в качестве основного критерия здесь выступает потребность в помощи психолога или специализированного медицинского персонала. Соответствующие пере-

ходные ступени здоровья, представляющие интерес в работе психолога, с наибольшей полнотой описаны С.Б. Семичевым [1986].

1. Без отклонений от нормы

1. Идеальная или абсолютная норма (полное здоровье). Это нулевая вероятность болезни, которая практически означает невозможность установить предрасположенность к какому-либо заболеванию вообще, что, в частности, может быть связано и с отсутствием достаточно чувствительных диагностических средств. Идеальная норма предполагает и «чистый анамнез», т.е. отсутствие тех или иных ограничивающих моментов в прошлом, способных явно или неявно отразиться на душевном состоянии индивида в настоящее время.

2. Диссимуляция отражает реально встречающиеся факты отказа обследуемого от сотрудничества (например, психодиагностическая методика заполняется формальным образом). Диссимулятивное поведение может быть направлено и на то, чтобы скрыть явную патологию.

2. Типологическая норма

1. Конституциональная норма устанавливается отнесением индивида к тому или иному конституциональному типу. Отличается от предыдущей группы тем, что означает предрасположенность к тому или иному достаточно широкому кругу заболеваний, поскольку всякая конституция — это всегда некоторая уязвимость в отношении одних и устойчивость в отношении других заболеваний. Конституция как почва для развития тех или иных заболеваний, разумеется, не предполагает фатальной неизбежности их в будущем. Основоположниками конституционального подхода являются немецкий психиатр и психолог Эрнст Кречмер и американский врач и психолог Уильям Шелдон (1898–1977).

2. Акцентуации характера или личности. Понятие акцентуаций введено немецким неврологом, психиатром и психологом Карлом Леонгардом (1904–1988) [Леонгард, 2000]. Отличаются особой выраженностью тех или иных психологических черт, что и предопределяет специфику уязвимости психики и увеличивает по сравнению с конституциональной нормой вероятность того или иного круга заболеваний. Пока акцентуант остается адаптированным, нет оснований говорить об отклонениях от нормы, которые бы требовали специализированного психопрофилактического вмешательства. Сам К. Леонгард рассматривал наличие акцентуации как вариант нормы, а никакой вариант нормы не может быть ущербным.

К области акцентуаций следует отнести всевозможные аномалии личности, а также одностороннюю одаренность, если они не сопровождаются снижением адаптации. При необходимости они могут стать предметом забот воспитателей или педагогов, но по сути своей — это не медицинская проблема.

3. Потенциальный повышенный риск

Для этой группы пока отсутствуют какие-либо признаки дизадаптации или нарушения функционального оптимума, но определенные предпосылки для возникновения болезни уже имеются.

1. Ситуативный спектр — подразумевается психологическая ситуация повышенного риска, т.е. экстремальные или крайне неблагоприятные условия (например, стихийные или социальные бедствия). Лицо, находящееся в данной ситуации и подвергающееся воздействию психотравмирующих факторов, продолжает функционировать нормально, что не должно служить основанием для отказа от настороженности. Труднее установить ситуацию, когда речь идет об обыденной психотравмирующей обстановке (например, внутрисемейный конфликт) в совокупности с особенностями самой личности.

2. Временной спектр (частный случай ситуативного). Сюда относятся временные периоды, на протяжении которых человек становится особенно подверженным тем или иным стрессовым влияниям или заболеваниям (вступление в брак, освоение новой социальной роли, траур, призыв в армию и т.п.).

3. Возрастной спектр — критические или переходные возрастные периоды (пубертатный, климактерический, инволюционный), где необходим учет и эндокринных сдвигов, и психосоциальных факторов, присущих тому или иному возрастному периоду.

4. Спектр соматогенных расстройств. Предполагается наличие какого-то соматического заболевания, особенно отличающегося предпочтительной склонностью к образованию нервно-психических осложнений. Сюда же относятся и так называемые психосоматические заболевания. В частности, может иметь место соматизация жалоб (тенденция откликаться на внешние психогенные стимулы болезненными реакциями со стороны внутренних органов) без достаточных к тому органических оснований.

5. Спектр пограничных расстройств, к которому относятся те или иные формы псевротического или личностного реагирования по данным анамнеза.

6. Экзогенный спектр предполагает наличие того или иного воздействия безотносительно состояния самого индивида (шум, вибрация, токсины и т.п.).

7. Эндогенно-психотический спектр включает случаи с наследственной отягощенностью психическими заболеваниями, а также на указания в анамнезе на психотические эпизоды (например, галлюцинации).

8. Органический спектр, к которому относятся данные о перенесенных менингитах, энцефалитах, родовых травмах, судорожных припадках и т.д.

9. Спектр сосудистых расстройств

10. Алкогольный (и наркотический) спектр.

4. Психическая дизадаптация

1. Непатологическая психическая дизадаптация. Такие состояния, которые могут проявляться, как захватывая лишь отдельные формы жизнедеятельности, так и тотально. Обычно расстройства проходят сами по себе, их психологическая картина включает типичное превалирование проблемы над симптоматикой. Помощь клинического психолога желательна, но вмешательства специального медицинского персонала необязательны. При «застревании» и неокказании бытовой помощи возможно скатывание в болезнь.

2. Предболезненное психическое расстройство. Здесь симптоматика доминирует над «проблемностью». Симптоматика отличается более тяжелыми формами, но носит мозаичный характер с плохо очерченными рамками (невротизация, поведенческие расстройства). Однако человек раньше не обращался за помощью и продолжает трудиться, а также не нуждается в больничном листе и не готов к социальной роли больного. Он способен усилием воли подавить имеющиеся у него расстройства. Помощь врача-психиатра делается желательной, но при согласии самого пациента.

3. Вероятно болезненное состояние. Есть основание предполагать наличие конкретного психического заболевания, но ставить заочный клинический диагноз (без непосредственного контакта с человеком, например, по анкетному опросу) не корректно. Сам человек активно предъявляет жалобы и считает, что он болен, согласен лечиться. В анамнезе часто обращения к врачам иного профиля, у которых был признан здоровым, либо переадресован к другим специалистам. В отличие от всех остальных степеней, пациента можно считать «практически больным».

5. Верифицированная (подтвержденная) болезнь

Для более строгого, стандартного описания рамок привлекаемых показателей состояния здоровья в 2001 г. ВОЗ была разработана

Классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), в которой важное место занимают так называемые домены (функционально объединенные компоненты) «активности» (исполнения задач) и «участия» (вовлеченности в ситуацию), проявляющие себя на разных уровнях жизнедеятельности, т.е. в контексте социальных аспектов жизни, а не только ее медицинских или биологических сторон. Например, эти домены включают в себя такие разделы, как «Общение», «Мобильность», «Самообслуживание», «Бытовая жизнь», «Межличностные взаимодействия и отношения», «Главные сферы жизни», «Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь». Для психолога представляют интерес и многочисленные критерии, заложенные в разделы «Умственные функции» (включая функции сознания и ориентированности), «Сенсорные функции и боль», а также учет при сборе психологического анамнеза параметров, присутствующих в разделе «Факторы окружающей среды».

Параллельно разрабатывалась и уточнялась версия, предусматривающая критерии здоровья для детей и подростков до 18-летнего возраста (МКФ-ДП), где, помимо оценки анатомических структур организма, основной акцент был сделан на проблеме прогрессивного развития ребенка, его формах самореализации и отношениях с окружающей средой, прежде всего с «семейной системой».

Благодаря фактическому отсутствию понятия диагноза в этих концептуальных схемах, характеристика здоровья — нездоровья лежит в рамках одной универсальной шкалы жизнедеятельности.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие теоретические подходы существуют по отношению к понятию нормы в психологии?
2. Перечислите преимущества и недостатки статистического подхода к норме.
3. Каковы особенности интерпретации нормы в отношении психической деятельности ребенка?
4. Приведите критерии ВОЗ в отношении понятия психического здоровья.
5. Каковы переходные ступени здоровья к подтвержденному психическому расстройству?
6. К чему сводится основная идея МКФ?

1.4. ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Термин «*патология*» (от греч. *páthos* — страдание, болезнь) может трактоваться под двумя углами зрения. В первом случае он

обозначает болезненное отклонение в функционировании организма (часто с акцентом на биологические компоненты), которое приводит к нарушению процесса развития и негативно сказывается на здоровье, подчиняет работу организма и психики каким-то качественно новым и своеобразным законам. Во втором случае патология — это название науки, изучающей закономерности возникновения, течения и исхода заболеваний, а также отдельных патологических процессов в организме человека и животных.

Болезнь — специфическое состояние всего организма в целом, отрицательно влияющее на функционирование всех его частей. В клинической медицине существует понятие нозологической формы. Когда говорят о ней, то подразумевают, что эта болезнь (патологическое состояние) отличается от других патологических состояний по ряду критериев. Такими критериями выделения какого-либо состояния в самостоятельную нозологическую форму, как правило, служат: знание причины (*этиологии*) данной болезни, физиологических механизмов ее развития (*патогенеза*), внешних и внутренних проявлений (*симптомов*), которые, будучи связаны друг с другом патогенетически, объединяются в устойчивые и закономерные симптомокомплексы — *синдромы*, совокупность которых, в свою очередь, формирует *клиническую картину* болезни, а также ее течения (времени появления и исчезновения симптомов и синдромов, закономерности их смены, изменения под влиянием сопротивляемости организма и лечения) и *исхода* (выздоровление, ремиссионное течение, хронизация, смерть). Причем если для физиологических параметров работы организма могут быть установлены относительно четкие диапазоны их количественных характеристик, то для психической деятельности, в силу ее оценочной интерпретации, этого сделать не удастся.

Основной причиной профессионального интереса патопсихолога к тому или иному человеку является наличие у последнего психических отклонений или психического расстройства (заболевания), т.е. наличие того, что является содержанием патологии. И в этом случае возникает неизбежный вопрос о том, какими качествами должна обладать подобная патология, чтобы рассматриваться как психическое расстройство (предпринимаются даже попытки дифференцировать понятия «заболевание» как относящееся к объективной физической патологии и «болезнь» как совокупность субъективных недомоганий). Например, взятые изолированно проблемы с сенсорным функционированием или дефекты в решении мыслительных задач, даже если они имеют заметную выраженность, термином «психическое расстройство» обычно не мар-

кируются. Это значит, что для подобной квалификации необходим еще какой-то фактор, наличие которого переводит квалификацию феномена отклонения от нормы с одного уровня на другой. Таким фактором является включенность в болезненные процессы того, что традиционно рассматривается как личность, а по существу — вовлеченность многоуровневой системы мотивации и отношений человека с биологическими и социальными аспектами внешней среды. Соответствующая мысль звучит и в указаниях Российского общества психиатров: «...изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств» [Психические..., 1998, с. 9]. В известной степени приведенная формулировка созвучна взгляду на болезнь как на процесс ослабления или даже срыва адаптационных механизмов человека [Мерсон, 1981; Агаджанян, Басевский, Берсенева, 2006]. Ситуация осложняется тем, что психические отклонения могут сопровождаться наличием страдания со стороны самого индивида на почве осознания своей нетипичности (эгодистоничности) либо ее приятием (эгосинтоничности).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) понятие «психическая болезнь» вообще заменено на термин «*психическое расстройство*», которое определяется как «болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия «психическое здоровье» (в настоящее время ВОЗ опубликован проект МКБ-11, после окончательной редакции которого отдельные дефиниции могут быть изменены). Рекомендованное использование понятия расстройства обусловлено и этическими соображениями — тем, что в его содержании предполагается обратимость болезненного явления, по сравнению с болезнью, которое субъективно многими воспринимается как своеобразный приговор.

По мнению Н.Л. Белопольской [2000], ставить вопрос об отклонении от психической нормы можно в том случае, если обнаруживается соответствие трем критериям:

- 1) неадекватности эмоциональных реакций, поступков, речевых высказываний, мимики, жестов и поведения в целом;
- 2) снижению или отсутствию критичности к своим поступкам, физическому и психическому состоянию;
- 3) непродуктивности деятельности.

Очевидно, что эти индикаторы в качестве обратной стороны во многом созвучны аналогичным критериям ВОЗ для психического здоровья. Кроме того, в качестве критериев психического расстройства упоминаются и такие, как: заметно большая частота тех или иных нетипичных реакций на протяжении заданного отрезка времени; наносящая ущерб неспособность реализовывать желаемые цели; наличие собственных или чужих страданий на почве поведения индивида. В целом речь идет о присутствии комплекса специфических признаков (соотношения симптомов), обеспечивающих необходимую достоверность диагноза.

Квалификация психических расстройств у детей сталкивается с целым рядом дополнительных трудностей, к числу которых относится неразвитость самой психики ребенка, неотчетливость и рудиментарность внешних проявлений симптомов, плохая осознанность расстройства, а часто в силу несформированности речевой деятельности — неумение выразить фактически имеющиеся переживания. Нельзя не учитывать и такой фактор, как особенности воспитания ребенка в семье, делающих его уязвимым по отношению к тем или иным психогенным воздействиям. Р. Гудман и С. Скотт [2008] считают, что большинство синдромов в детской психиатрии состоит из комбинаций симптомов в четырех основных сферах: эмоциональной, поведенческой, развития и взаимоотношений.

При патопсихологической оценке текущего состояния больного необходимо учитывать, что различные психические расстройства отличаются по типу своего течения:

- процессуальный тип — постепенно развивающееся «с нуля» расстройство, заканчивающееся дефектом психической деятельности (например, деменция, шизофрения и т.п.), при этом процессуальный характер течения не исключает временные остановки развития патологии или влияния компенсаторных механизмов;
- приступообразный, фазовый тип характеризуется чередованием периодов обострения расстройства и «светлых промежутков» (например, маниакально-депрессивный психоз или биполярное аффективное расстройство по МКБ-10);
- реактивный тип определяется прямой зависимостью возникшего психического расстройства от влияния внешней причины (например, невротические расстройства);
- смешанный тип.

В отношении исхода именно психических расстройств, ссылаясь на Zerssen, Майнрад Перс и Урс Бауманн [2007] приводят следующие его варианты:

1) *исцеление, выздоровление (индивид здоров)*. Достигается тот же уровень, что и перед вспышкой расстройства, причем расстройство больше не появляется в течение определенного минимального промежутка времени. Структура личности перед вспышкой описывается понятием *«преморбидная личность»*. Исцеление предполагает какое-то минимальное время полной ремиссии;

2) *полная ремиссия*. Никаких признаков или симптомов расстройства уже нет, но при этом остается открытым вопрос, не появится ли расстройство снова. Решение об этом может быть принято только спустя некоторое время на основании комплексного процесса принятия решения: заключение «здоров» или «диагноз X с полной ремиссией»;

3) *частичная ремиссия*. Еще имеются отдельные симптомы или признаки, однако они не удовлетворяют критерию расстройства;

4) *переход в хроническую форму*. Расстройство держится на минимальном уровне (критерии выполнены) довольно долгое время, иногда до самой смерти;

5) *изменение личности*. После улучшения изначальный личностный уровень уже не достигается (например, при некоторых формах шизофрении). Здесь используют понятие *постморбидной личности*.

6) *смерть*. При психических расстройствах существует повышенный риск смертности, причем особое значение имеют суициды и несчастные случаи.

Контрольные вопросы и задания

1. Сформулируйте основные критерии, позволяющие отличать одну болезнь от другой.
2. Каковы основные типы течения психических расстройств?
3. Перечислите основные варианты исхода психических расстройств.

1.5. ФОРМЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Особое место среди нежелательных психических феноменов занимают те их формы, которые возникают на почве различных отклонений онтогенеза.

Онтогенез — в основном постепенное индивидуальное развитие организма и психики от менее совершенного к более совершенному структурному устройству и функционированию. Онтогенез в широком понимании должен быть отнесен ко всему периоду жизни человека от рождения до смерти, а это значит, что он может включать

не только прогрессивные, но и регрессивные, инволюционные изменения, на определенном этапе жизни сочетающиеся между собой. Каждая ступень онтогенеза представляет собой качественные и количественные преобразования функционирования, в том числе и психики, которые предусматривают не только выработку новых форм интеграции отдельных ее ветвей, но и надстраивание над частично сохраняющимися более ранними вариантами.

Онтогенез как процесс находится под влиянием двух основных факторов: исходно биологически заданной генетической программы, в основном выражающейся видовыми и конституциональными особенностями индивида, и столь же мощными прижизненными влияниями как природной, так и социальной среды.

Анализ онтогенеза в его более распространенном понимании применительно к детскому возрасту, когда динамика изменений наиболее интенсивна, должен учитывать факт «закономерной неравномерности» в развитии психических процессов и соответствующих им систем головного мозга, обозначаемый как *гетерохронность* развития, а также наличие относительно кратковременных *критических (сенситивных) периодов* возрастного становления, на протяжении которых, с одной стороны, происходит накопление дисгармоничных изменений, требующих революционных, экстренных перестроек в сторону качественно нового уровня функционирования, а с другой — возникает диалектически противоречивый феномен как исключительно высокой чувствительности к усвоению новых стратегий психической деятельности, так и высокой податливости в отношении патогенных факторов (в ряде работ сенситивные периоды трактуются как благоприятные для развития, тем самым противопоставляясь критическим как неблагоприятным). Гетерохрония в этом отношении выступает как один из механизмов, обуславливающих формирование критических периодов. Разработка основных понятий и представлений, связанных с онтогенезом и его расстройствами, принадлежит Л.С. Выготскому.

Сам Л.С. Выготский [1984] обращает внимание на следующие возрастные кризисы: кризис новорожденности, кризис 1 года, кризис 3 лет, кризис 7, 13 и 17 лет.

Дизонтогенез — достаточно стойкое отклонение от условно нормального развития. Сам этот термин был введен в 1927 г. немецким анатомом и антропологом Густавом Швальбе (Gustav Albert Schwalbe, 1844–1916) применительно к отклонениям во внутриутробном развитии организма ребенка, но позднее стал использоваться в расширительном значении, причем преимущественно в отношении развития психики.

Если понятия «расстройство» и «болезнь» в строгом значении уместны в отношении тех случаев, когда повреждается и перестает нормально осуществляться функция, которая ранее была сохранена и находилась на обычном для возраста ее носителя уровне развития, то отклонения в онтогенезе, нарушения индивидуального развития (*дизонтогенез*) в полной мере под этот критерий не подпадают. В последнем случае имеет место не разрушение «построенного», а исходно неверное «строительство».

Психический дизонтогенез выделяется как компонент общего дизонтогенеза [Ковалев, 1979, 1981], связанный с реализацией таких механизмов, как: *ретардация* (незавершенность, запаздывание отдельных периодов развития, перехода от простых, преимущественно природно-психических свойств к более сложным — социально-психическим, что сочетается с отсутствием инволюции более ранних форм), *акселерация* (избыточно раннее, ускоренное, несоответствующее возрасту развитие функции) и *асинхрония* (диспропорциональное, искаженное психическое развитие при выраженном опережении развития одних психических функций и отставании темпа и сроков развития других функций и свойств). Ретардацию и акселерацию обычно рассматривают как частные случаи асинхронии, хотя последняя может приобретать и качественно новые черты, выражающиеся в особом способе организации психических процессов и соответствующих им клинических проявлений.



В.В. Лебединский

Для характеристики общих форм дизонтогенеза чаще всего пользуются их эмпирической по характеру классификацией, предложенной Виктором Васильевичем Лебединским (1927–2008) [1985]. В соответствии с этой классификацией выделяются:

- 1) общее стойкое недоразвитие на почве генетических пороков развития и ранних диффузных повреждений мозга (умственная отсталость);
- 2) задержанное развитие, причиной которого могут являться разнообразные факторы как органического, так и социально-психологического происхождения (хронические соматические заболевания, неблагоприятные условия воспитания, инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, перинатального и раннего постнатального периода и т.п.); психика такого ребенка характеризуется мозаичностью, парциальностью поражения, сохранностью многих высших регу-

ляторных систем, что и позволяет, при соответствующих условиях воспитания и обучения, рассчитывать на благоприятный прогноз (задержка психического развития);

3) поврежденное развитие, при котором основное отличие данной категории детей от предыдущих групп связано с более поздним (после 2–3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения; в подобных случаях, в первую очередь, имеют место разрушения уже сложившихся функций и недоразвитие онтогенетически более молодых новообразований, имеющих отношение к работе поздно созревающей лобной коры (деменция);

4) дефицитарное развитие возникает на основе дефектов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, а также хронических инвалидирующих соматических заболеваний, порождающих депривацию и вторично приводящих к недоразвитию более поздних и зависимых от этих систем функций (*депривация* (от лат. *deprivatio* — потеря, лишение) — психическое состояние, возникновение которого обусловлено жизнедеятельностью личности в условиях продолжительного лишения или существенного ограничения возможностей удовлетворения жизненно важных ее потребностей); искаженное развитие, при котором наблюдается сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований, не присущих каждому из входящих в клиническую картину виду нарушенного развития (синдром раннего детского аутизма);

5) дисгармоническое развитие своей основой имеет врожденную либо рано приобретенную и стойкую диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере, смещающую акцент данного нарушения развития в социальную плоскость при отсутствии заметных прогрессирующих нарушений развития (психопатии и так называемые патологические формирования личности).

Данные клинического анализа показывают, что перечисленные выше варианты дизонтогенеза не являются абсолютно самостоятельными образованиями, а нередко выступают как синдромы аномального развития, которые могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего. Важную роль, определяющую характер психического дизонтогенеза, играют следующие факторы:

1) соотношение между повреждением частных, конкретных функций (гнозиса, праксиса, речи, сложных эмоциональных образований) и общих (энергорегулирующих, инстинктивных), что во многом отражает два вектора деятельности корковых и подкорковых структур мозга;

2) время поражения мозговых морфофункциональных систем, от которого зависит преобладание в картине дизонтогенеза явлений недоразвития или повреждения — чем раньше произошло поражение, тем более вероятно явление недоразвития и чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психической функции;

3) взаимоотношения между первичными (непосредственно вытекающими из биологического характера болезни) и вторичными дефектами (возникающими в процессе аномального социального развития), совпадение времени воздействия повреждающего фактора с сензитивным периодом;

4) нарушения межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза, обусловленные различными отклонениями в естественной гетерохронии (упоминавшимися выше ретардации, акселерации и асинхронии), при которых одна из функций в процессе своего развития либо лишается необходимого воздействия со стороны других психических функций, либо оказывается под фактически вредным влиянием патологически рано созревшей.

Пограничными между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза выступают так называемые возрастные симптомы, отражающие патологически искаженные и утрированные проявления нормального возрастного развития. Данные симптомы нередко более специфичны для возраста, чем для самого заболевания, и могут наблюдаться при самой разнообразной патологии.

Уточняющие изменения в классификацию В.В. Лебединского были внесены Н.Я. и М.М. Семаго [2003], которые при ее пересмотре опирались и на нейропсихологические подходы к отклоняющемуся развитию. Понимая достаточную условность предлагаемой классификации, авторы предусматривают в ней четыре больших класса: недостаточное, асинхронное, поврежденное и дефицитарное развитие, каждый из которых включает в себя виды или подгруппы этих расстройств.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое онтогенез и под влиянием каких факторов находится его реализация?
2. Какое содержание несет понятие гетерохронности?

3. Через какие механизмы может реализовываться дизонтогенез?
4. Охарактеризуйте основные формы дизонтогенеза по В.В. Лебединскому.

1.6. ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ СИМПТОМЫ

Понятие патопсихологического «симптома» и «синдрома» в отечественную практическую патопсихологию было введено Б.Ф. Зейгарник. Под первым понимались конкретные нарушения психических функций и эмоционально-личностной сферы, наблюдаемые у больных при экспериментально-психологическом исследовании. При этом изолированный симптом не специфичен для того или иного заболевания (может быть обусловлен разными механизмами), но оказывается индикатором разных заболеваний и должен быть оценен только в комплексе с другими проявлениями расстройства, данными целостного патопсихологического исследования, т.е. с помощью большого числа диагностических инструментов.

Внешне регистрируемые признаки заболевания традиционно классифицируются на первичные и вторичные, что позволяет правильно понять механизмы патологического процесса и грамотно построить лечебные или коррекционные мероприятия. Еще К. Ясперс [1997] указывал на разнообразие смыслов, вкладываемых в понятия первичности и вторичности, что побудило его вычленить наиболее существенные стороны этих двух явлений.

Он писал, что первично то, что *непосредственно обусловливается* болезненным процессом, а вторично то, что *уже затем обуславливается* этими первыми, непосредственными воздействиями и носит побочный по отношению к ним характер. В современной трактовке отношения между первичными и вторичными симптомами объясняются причинно-следственными отношениями, существующими между функциональными системами или их звеньями, которые обеспечивают протекание психического процесса или их комплексов. Признак побочности при этом утрачивает свою смысловую нагрузку, поскольку регистрируемые вторичные нарушения и их симптомы также являются органической составляющей общего патологического контекста. Наличие сложных взаимоотношений внутри организма и центральной нервной системы во многих случаях позволяет говорить и о третичных симптомах, которые своеобразно надстраиваются над вторичными и часто отсрочены во времени. В некоторых случаях третичные симптомы рассматриваются как попытки организма и психики адаптироваться к возникшей патологии и как-то ее компенсировать.

Под несколько иным углом зрения первичность и вторичность трактуется Л.С. Выготским, который применительно к дефектологии предложил аномальное развитие ребенка рассматривать как сложный по структуре процесс, в котором повреждение одного анализатора, либо одного вида интеллектуальной деятельности не сопровождается выпадением только одной ограниченной функции, а в силу причинно-следственных отношений приводит к последовательному разворачиванию целого комплекса генетически взаимосвязанных психических изменений, складывающихся в целостную картину такого развития, что и даст ключ к методике его исследования. В подобном процессе созревания дефекта Выготский призывал видеть первичное по происхождению ядро, обусловленное биологическим фактором и вторичные, иногда третичные, даже четвертого порядка признаки — часто социально ориентированные нарушения, имеющие отношение к высшим психическим функциям, реализующимся в социальной среде и находящимся под ее влиянием. Например, первичное по природе органическое поражение мозга, сопровождающееся снижением умственного развития, в последующем усугубляется чувством неполноценности ребенка, в свою очередь накладывающим отпечаток на его позицию в социальной сфере.

Л.С. Выготский в «Основах дефектологии» [2003] писал, что слепота или глухота есть нормальное, а не болезненное состояние для слепого или глухого ребенка, и указанный порок ощущается им лишь опосредованно, вторично, как отраженный на него самого результат его социального опыта. При этом вторичному недоразвитию у ребенка подвергаются те функции, которые непосредственно связаны с исходно поврежденной (например, глухота порождает нарушения в развитии речи) и те, которые на момент повреждения находились в сенситивном периоде своего развития.

Механизмы, стоящие за первичными и вторичными симптомами, могут взаимодействовать друг с другом, т.е. вторичные дефекты в свою очередь могут накладывать отпечаток на протекание первичных. Например, при ранних поражениях слухового анализатора недостаточное использование вторично недоразвитой речи будет приводить к ослаблению первично остаточного слуха.

По мнению Н.Ю. Максимовой и Е.Л. Милютиной [2000], особое место в группе вторичных дефектов занимают следующие личностные реакции на первичный дефект:

- *игнорирование* — часто встречается при олигофрении (умственной отсталости), оно связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности;

- *вытеснение* — относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций;
- *компенсация* — такой тип реагирования, при котором происходит осознание дефекта и замещение утраченной функции за счет более сохранных;
- *гиперкомпенсация* — усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам;
- *астенический тип* реагирования приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности.

Кроме деления на первичные и вторичные, психопатологические симптомы делятся на *позитивные* и *негативные*. Позитивные обозначают признаки патологической продукции психической деятельности, появление признаков, которые не встречаются при нормальной психической деятельности (сенестопатии, галлюцинации, бред и т.д.). Негативные соответствуют признакам обратимого или стойкого ущерба, изъяна, потери, дефекта, утраты того или иного психического процесса из целостной психической деятельности (амнезия, абulia, апатия и т.п.) [Обухов, 2007]. Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни выступают в единстве и сочетании [Носачёв, Баранов, 2006], а иногда их противопоставление вообще ставится под сомнение [Морозов, 1988] — и позитивные, и негативные расстройства не только переплетаются между собой, но и имеют целый ряд общих свойств: могут быть обратимыми, стойкими, стационарными и прогрессирующими, относительно простыми и сложными.

Концепция первичности-вторичности может быть рассмотрена и под углом зрения работы мозга. Гипотезу об устойчивом патологическом состоянии при различных заболеваниях мозга выдвинула Н.П. Бехтерева с сотрудниками [Бехтерева, Камбарова, Поздеев, 1978]. В соответствии с предлагаемой концепцией адаптация организма к изменившимся в результате болезни «внутренним условиям» происходит не только путем «восполнения» пораженных систем мозга его «здоровыми резервами», но и за счет формирования нового гомеостаза, нового устойчивого патологического состояния. Последнее формируется путем функциональной перестройки многих систем мозга, как пораженных болезнью, так и здоровых. Если патологический процесс прогрессирует, то функциональные системы вначале претерпевают количественные изменения, а затем,

пройдя фазу дестабилизации, — качественные, вызывающие поражение новых структур мозга и истощение компенсаторно-гиперактивных систем. Так возникает новое (вторичное), устойчивое патологическое состояние.

Очевидно, что разные симптомы в структуре синдрома играют различную роль: одни оказываются ведущими, обязательными, а другие — встречаются вероятно.

Применительно к детям чрезвычайно важным также представляется различение симптомов, связанных как с повреждением, так и с недостаточной функциональной зрелостью того или иного участка мозга [Микадзе, 2008].

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое патопсихологический симптом и патопсихологический синдром?
2. Дайте краткое описание основных патопсихологических регистр-симптомов.
3. В чем суть первичных, вторичных и третичных симптомов?
4. Охарактеризуйте особенности трактовки первичности и вторичности симптомов по Л.С. Выготскому.
5. Каковы основные типы психического реагирования на первичный дефект?

1.7. СООТНОШЕНИЕ РАСПАДА И РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ

Категория развития психики является одной из центральных в современной психологии, а соотношение развития психики и ее распада при различных формах патологии оказывается ключевой проблемой для специальной и патопсихологии.

Л.С. Выготский неоднократно отмечал, что вопросы распада высших психических функций — такой же неотъемлемый элемент общей теории развития психики, как и вопросы их формирования, а эти процессы приложимы не только к индивидуальной психике в целом, но и к каждому психологическому образованию. Одной из стартовых позиций, позволяющих понять роль и значение правильной оценки соотношения распада и развития психики, стала теория рекапитуляции немецкого естествоиспытателя Эрнста Генриха Геккеля (1834–1919), перенесенная на психологическую почву американским психологом Гренвиллом Стэнли Холлом (1844–1924). Согласно концепции Г. Холла становление индивидуального сознания рассматривается как сокращенное повторение исторических этапов развития общечеловеческого сознания. При этом последовательность и содержание этих этапов задаются

генетически и потому ни уклониться, ни миновать какую-то стадию своего развития ребенок не может.

Анализируя процесс развития и роль в этом процессе различных факторов, Л.С. Выготский пишет о двух его линиях: «Одна — это линия естественного развития поведения, тесно связанная с процессами общеорганического роста и созревания ребенка. Другая — линия культурного совершенствования психологических функций, выработки новых способов мышления, овладения культурными средствами поведения» [Выготский, 2005, с. 191]. Но высшие психические функции в своем генезе подчиняются иным по сравнению с «натуральными» закономерностям, и если «выяснение природного состава какой-либо высшей психической функции или операции есть совершенно законное и необходимое звено в полной цепи исследования», то ошибка предшественников, по мнению Выготского, заключалась в том, что «одно звено выдавалось за всю цепь, что анализ культурных форм поведения со стороны их состава подменял выяснение генезиса этих форм и их структуры» [Выготский, 2005, с. 221].

В филогенезе органическая и орудийная система активности представлены порознь, а в онтогенезе оба плана развития — животного и человека — сведены воедино и развиваются одновременно и совместно, обнаруживая двойственную обусловленность. Переход от одной стадии развития ребенка к другой происходит с первого момента жизни и совершается не по биологическим законам адаптации организма к среде, а под действием системы обучения, обусловленной конкретной культурой. А.Р. Лурия [2001] по данному поводу писал, что для формирования человеческого мозга потребовались миллионы лет, а история человечества насчитывает лишь тысячи лет, и теория мозговой организации высших психических функций должна объяснять такие процессы, как процесс письма, чтения, счет и т.д., зависящие от исторически обусловленных символов.

В процессе психического развития ребенка происходит не только внутреннее переустройство и совершенствование отдельных функций, но и коренным образом изменяются межфункциональные связи и отношения. В результате создаются новые психологические системы, объединяющие в сложном сотрудничестве ряд отдельных элементарных функций. Эти психологические системы, заступающие на место элементарных функций, Л.С. Выготский и определял *высшими психическими функциями*. С его точки зрения, каждый период умственного развития характеризуется определенной структурой психических процессов, в центре которой стоит

наиболее интенсивно развивающаяся в этот период функция, оказывающая влияние на все умственное развитие.

Но в случаях дизонтогенеза, одновременно в процессе дезадаптации не просто происходит расстройство нормальных механизмов функционирования, но и возникают различные новообразования, которые, с одной стороны, играют роль компенсаторных, защитных механизмов, а с другой — могут представлять собой и негативные личностные свойства. При этом главной особенностью аномальной психики ребенка Л.С. Выготский считал расхождение биологического и культурного процессов развития.

Распад психических функций при ряде патологических процессов, как это отмечалось еще со времен Т. Рибо и Х. Джексона, а позднее подтверждалось и работами И.П. Павлова, начинается с высших, наиболее поздних и сложных функций, т.е. этот порядок обратен порядку их построения. Сам Л.С. Выготский, анализируя одно из исследований Э. Кречмера, писал: «Мы видим, таким образом, что в самых разнообразных болезнях может обнажиться генетически более ранний механизм, который на известной стадии развития является нормальной ступенью... В этом отношении мы снова приходим к основному положению нашей методики — пониманию единства закономерностей, обнаруживаемых в патологическом и нормальном состоянии» [Выготский, 1984, с. 278].

Высшие психические функции тем самым обнаруживают свою повышенную «травмоопасность» по сравнению с функциями «примитивными», формирующимися ранее. В силу этого на существовавшем тогда этапе развития психологии и дефектологии сфера высших психических, как более поздних функций, признавалась навсегда закрытой и недоступной для ненормального ребенка.

Именно данный тезис и вызывал наибольшие возражения Л.С. Выготского, который указывал, что недоразвитие высших процессов не первично, а вторично обусловлено дефектом, и следовательно, именно они представляют собой то звено, которое является слабым местом всей цепи симптомов ненормального ребенка и которое может быть разорвано через процессы, в которых формируются высшие психические функции, через процессы социальные («коллективные»). Первичная симптоматика, напротив, часто порожденная мозговым дефектом, коррекции практически не поддается. В процессе культурного развития у ребенка происходит закономерное замещение одних функций другими, прокладывание «обходных путей» в тех случаях, когда ребенок не может достичь чего-нибудь прямым путем. За счет этого и может быть сформирован социальный вектор компенсации дефекта аномального ре-

бенка. «Без преувеличения можно сказать, что в создании обходных путей культурного развития заключается ее альфа и омега» [Выготский, 1984, с. 242].

Спецификой данного обстоятельства развивающаяся, пластичная психика (даже умственно отсталого) ребенка отличается от распадающейся, но уже ранее сформировавшейся психики больного взрослого, для которого система отношений с внешним миром уже сложилась. Таким образом, картина распада психики взрослого больного человека имеет лишь внешнюю аналогию и внешние параллели с обратной этапностью в развитии психики ребенка.

«Даже в тех случаях, когда болезнь поражает наиболее молодые, специфически человеческие отделы мозга, психика больного человека не принимает структуру психики ребенка на ранней ступени его развития. Тот факт, что больные утрачивают возможность думать и рассуждать на более высоком уровне, означает лишь, что ими утрачены более сложные формы поведения и познания, но подобная утрата не означает еще возврата к этапу детства. Распад не является негативом развития. Разные виды патологии приводят к качественно различным картинам распада». Эта мысль Б.В. Зейгарник [1986, с. 271] иллюстрируется ею несколькими примерами:

- содержательными различиями в мышлении больных с грубыми органическими поражениями мозга и детей (общим для которых являлась замена обобщенных форм систематизации предметов на конкретно-ситуативные, но при том, что больной взрослый, владея запасом прошлых знаний, не в состоянии овладеть системой новых связей, а ребенок принципиально обучаем);
- различиями в «откликаемости» («отвлекаемости») взрослых больных и детей (для взрослых — это расстройство, нарушающее нормальное течение мысли, а у ребенка — форма ориентировочной деятельности, обогащающая его развитие);
- различиями в нескритичности больного и беззаботностью ребенка (ребенок, в силу слабого запаса знаний и неумения выстраивать причинно-следственные связи, не в состоянии предусматривать последствия своих поступков, хотя сами поступки носят мотивированный характер, а у больного взрослого расстройства поведения, напротив, обуславливаются нестойкостью установок и намерений).

Специфическим системным образом выражается распад высших психических функций вследствие локальных поражений головного мозга. Он заключается в появлении «первичных» дефектов и их системных следствий, т.е. в возникновении единого нейропсихологического синдрома, в основе которого лежит нарушение опре-

деленного фактора (структурно-функциональной единицы работы мозга) [Хомская, 1996].

Таким образом, в психике ребенка с ограниченными возможностями здоровья сложным образом сочетаются процессы развития, недоразвития, а порой и распада, некоторая часть которых лежит в створе биофизиологических аспектов деятельности мозга, а часть — отражает социокультурный слой интериоризируемых знаковых отношений ребенка со средой. Различать, но не отделять — вот краткая формула, выведенная Л.С. Выготским относительно сплетения биологического и культурного в оценке своеобразия каждой возрастной ступени в развитии поведения и своеобразия типа детского развития.

Контрольные вопросы и задания

1. В чем суть теории рекапитуляции Геккеля — Холла?
2. Какие линии развития психических функций выделял Л.С. Выготский?
3. Дайте определение высшим психическим функциям.
4. Охарактеризуйте позицию Л.С. Выготского по вопросу соотношения распада и развития психических функций у ребенка.

1.8. ПРИЧИНЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

По мнению В.М. Блейхера и И.В. Крук [1986], ссылающихся на работы А.Р. Лурия и Ю.Ф. Полякова, в системе иерархии мозговых процессов различают следующие уровни:

1) *патобиологический*, характеризующийся нарушениями морфологической структуры тканей мозга, протекания в них биохимических процессов и т.п.;

2) *физиологический*, заключающийся в изменении течения физиологических процессов;

3) *пато- и нейропсихологический*, для которых характерно нарушенное протекание психических процессов и изменение связанных с ними свойств психики;

4) *психопатологический*, проявляющийся клиническими синдромами и симптомами психической патологии.

Помимо указанных зон приложения, качество, характер и уровень психических процессов, равно как и их расстройств, обуславливаются факторами социальными, информационными по своему характеру, включающими позицию субъектов, отношение смысла и значения воздействующих на него стимулов и событий.

Наличие подобной иерархии в организации психики человека порождает требование мультидисциплинарного подхода не только

к ее изучению, но и к пониманию многопричинности возможных неблагоприятных изменений со стороны психических процессов и личности в целом.

Считается, что примерно 20% всего населения земного шара страдает психическими расстройствами [Петраков, Петракова, 1984]. Причем не менее 5% населения страдает от серьезных психических расстройств, поддающихся клинической квалификации (диагнозу), и еще не менее 15% населения — «от менее серьезных», но потенциально инвалидизирующих их форм. Общий показатель распространенности психической патологии среди детей колеблется между 3,0–3,3% [Пронина].

В большинстве случаев современная наука не располагает точными данными о происхождении психических расстройств, но существует несколько тенденций, усматриваемых в их обусловливании, что не предотвращает споров о надежности подобных причинно-следственных отношений. Основные из них следующие:

- наследственная предрасположенность;
- биохимические нарушения в работе мозга, интоксикации;
- иммунные и эндокринные нарушения;
- инфекции и паразитарные инвазии;
- психотравма и депривационные факторы;
- физическая травма мозга и его органические заболевания;
- соматические заболевания.

При этом часть психических болезней многопричинна (полиэтиологична). Возникновение заболевания зависит от индивидуальных особенностей организма, массивности патогенного (болезнетворного) фактора, места его воздействия и т.п. Одно и то же воздействие может быть патогенным для одного организма и безвредным для другого. Более того, реакция организма на патогенный агент может изменяться в зависимости от условий внешней, в том числе социальной, среды; а один по качеству фактор может вызвать различные по форме и механизмам разветвления психические заболевания.

Клинические наблюдения показывают, что психическое расстройство может начать развиваться спустя недели, месяцы и даже годы после патогенного воздействия.

В большинстве случаев в психиатрии принято деление заболеваний на *эндогенные*, т.е. возникшие вследствие внутренних причин (шизофрения, биполярное аффективное расстройство и т.п.), и *экзогенные*, спровоцированные воздействием окружающей среды (инфекции, интоксикации, вследствие заболеваний внутренних органов, эндокринных заболеваний, опухолей головного мозга,

черепно-мозговых травм и вследствие травм психических). Обусловленность экзогенных выглядит более очевидной, хотя патогенез большинства психических болезней может быть представлен только на уровне гипотез.

Среди эндогенных выделяются так называемые *эндогенно-органические психические заболевания*, которые возникают вследствие органических поражений головного мозга обычно атрофического или сосудистого характера, т.е. формально под влиянием внутренних факторов. В число подобных патологий входит болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и некоторые другие.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы иерархические уровни организации психических процессов?
2. Назовите наиболее распространенные причины психических расстройств.
3. Как терминологически обозначаются внешние и внутренние причины психических расстройств?

1.9. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Одной из ключевых концепций в отечественной медицинской психологии стало введенное Романом Альбертовичем Лурия (1874–1944) в 1929 г. понятие *«внутренняя картина болезни»* (ВКБ) [Лурия, 1977]. Она понималась не только как реакция личности на болезнь или все то, что связано для больного с его приходом к врачу, но и как потенциально патогенетический фактор.

В психологическом плане ВКБ может рассматриваться как элемент самосознания [Березовский, Крайнова, Бондарь, 2001]. Ее можно трактовать и как сложный комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающих в психике больного патологические изменения в организме, и изменения условия существования личности, определяемые патологией.

В основе ВКБ, по-видимому, лежит особым образом перерабатываемая информация о проявлениях болезни и о механизмах и путях их преодоления, которая накапливается в долговременной памяти. При этом опыт организма и личности, полученный в условиях болезни, формируется на фоне доминирующей мотивации и эмоций, обусловленных представлениями о заболевании. Существенную роль здесь играет «схема тела», которую можно рассматривать как психофизиологический информационный аппарат, где постоянно формируются и сопоставляются динамический и статический образы тела, а также образы будущего движения [Смирнов, Резникова, 1983].

Однако образы тела используются не только в механизмах управления движениями, они становятся предметом самопознания и самосознания. При нарушении или ослаблении таких процессов может возникать недооценка или переоценка значения проявлений заболевания. На физиологическом базисе схемы тела формируется личностная надстройка, с помощью которой образуются психологические и эстетические образы тела, несущие уже и оценочную функцию (красиво — некрасиво, плохо — хорошо и т.п.). Эти образы связаны с такими процессами, как представление, воображение, мышление и т.п. (Подробнее проблемы, связанные с понятием «схема тела», рассматриваются в параграфе 2.2 «Восприятие и его расстройство».)

Формирование модели болезни, связанная с ней осознанная или неосознанная потребность избавиться от ее проявлений, угрозы инвалидизации или смерти ведут к формированию программ и целей личности, направленных на преодоление болезни. При этом образуются модель прогноза заболевания и модель ожидаемых результатов лечения. Первая выступает как эмоционально напряженный комплекс представлений больного о его вероятном течении и исходе. В зависимости от жизненного опыта, интеллекта, эмоциональной структуры личности больные по-разному просеивают течение своего заболевания во времени. При этом полярными параметрами являются полное выздоровление и смерть, между ними могут быть «промежуточные модели» — результаты с частичным выздоровлением.

Модель ожидаемых результатов лечения — образ или набор образов, предвосхищающих такой результат лечения, на который рассчитывает больной или который был внушен ему окружающими или врачом. Это эмоционально окрашенные представления, отражающие как реальные, так и мнимые изменения нарушенных функций в сторону улучшения или ухудшения. На личностном уровне оценка результатов лечения осуществляется путем сличения модели ожидаемых результатов лечения и модели получаемых результатов лечения [Смирнов, Резникова, 1983].

Большую роль в формировании ВКБ играет тип эмоциональных отношений больного к своей болезни, ее проявлениям, прогнозу и др. Существуют различные типы подобных отношений.

1. *Гипонозогностический тип.* Больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению и т.д. Человек может иметь отчетливые представления о серьезности своего заболевания и о негативных последствиях своего к нему равнодушия, но не реагирует на это ни эмоционально, ни поведенчески. У таких больных

иногда легко образуется неадекватно завышенная модель ожидаемых результатов лечения и избыточно оптимистичное видение прогноза своего статуса.

2. *Гипернозognостический тип*. У больного имеется преувеличенно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, переоценивается значимость отдельных симптомов и болезни в целом, может формироваться заниженная модель ожидаемых результатов лечения.

3. *Прагматический тип*. Больной находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, уделяет внимание оптимальной организации лечебных и профилактических мероприятий.

В отличие от ранних исследований этого феномена, в последние годы выделяют четыре уровня внутренней картины болезни, которые также могут быть названы ее информационными слоями: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный.

1. *Сенситивный (чувственный), или уровень ощущений* представлен различными видами болей, их локализацией, интенсивностью, продолжительностью, а также ощущением дискомфорта, качественными нарушениями чувствительности и всем тем, что становится базой для оценки себя как нездорового.

2. *Эмоциональный* включает различные виды реагирования на отдельные симптомы заболевания, доминирующими среди которых являются: *депрессивный* (подавленность, пессимизм вследствие реальных или воображаемых утрат сил и возможностей) и *тревожно-фобический* (переживание угрозы, утраты безопасности).

3. *Интеллектуальный, или рациональный*, представлен, в свою очередь, двумя слоями информации — тем, который определяется полученными из разных источников знаниями и представлениями больного о своих соматических расстройствах, и тем, который связан с проекцией возникших медицинских проблем на социальную жизнь человека, отношения с окружающими, на роль последних в объяснении причин своего заболевания.

4. *Мотивационно-волевой*, во взаимодействии с эмоциональным определяет усилия, направленные на борьбу с болезнью. Варианты реагирования на заболевания включают следующие типы [Личко, Иванов, 1980(а); 1980(б)]:

- *гармоничный или нормальный* — трезвая оценка тяжести состояния, активное участие в лечении, сохранение интереса к жизни и деятельности;

- *тревожный* — непрерывное беспокойство и мнительность, поиск новых способов лечения и авторитетов, интерес к объективным данным о болезни;
- *ипохондрический* — сосредоточение на субъективных болезненных ощущениях и стремление постоянно рассказывать о них, преувеличивая болезни, страдания, побочные действия лекарств, неверие в успех лечения. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание, но убежденность в наличии заболевания обычно раз от раза меняется, больной называет то одно заболевание, то другое, то два или более;
- *меланхолический* — удрученность болезнью и неверие в эффект лечения, депрессивность и пессимистичность вплоть до суицидных мыслей;
- *апатический* — полное безразличие к своей судьбе и результатам лечения, пассивное подчинение процедурам, утрата прежних интересов;
- *неврастенический* — раздражительная слабость, непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, раскаяние за несдержанность;
- *обсессивно-фобический* — тревожная мнительность, опасение возможных осложнений в болезни и неудач в жизни, ритуалы и вера в приметы;
- *сенситивный* — чрезмерные опасения негативного отношения к себе в связи с болезнью, боязнь стать обузой;
- *эгоцентрический* — уход в болезнь, демонстративность страданий, требования исключительной заботы или особого положения в связи с болезнью;
- *эйфорический* — необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни и лечению, желание получать от жизни все, несмотря на болезнь;
- *анозогнозический* — отрицание факта заболевания и возможных последствий, отказ от обследования и лечения, желание «обойтись своими средствами»;
- *эргопатический* — уход в работу, повышение интенсивности труда и его приоритет над здоровьем;
- *паранояльный* — уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, обвинение медицинского персонала в халатности и враждебности.

Перечисленные типы реагирования на болезнь были положены А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым в основу специальной методики, на-

правленной на оценку степени их выраженности — ЛОБИ (личностного опросника Бехтеревского института).

В зарубежной литературе также, но под названием «аутопластическая картина болезни» [Конечный, Боухал, 1983] описывается субъективная сторона болезни. Помимо уже перечисленных, в ней предлагаются следующие типы реагирования:

- *нозофильная* (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей);
- *утилитарная* (получение известной выгоды от болезни — материальной или моральной).

Возможны и такие реакции, как регрессия, уход в прошлое, фантазирование. Наблюдается определенная динамика внутренней картины болезни с различным соотношением ее элементов на разных этапах заболевания и в связи с возрастом. В детском и пожилом возрасте имеет место максимальный разрыв между субъективной и объективной оценками болезни.

Особый оттенок проблема ВКБ приобретает для психических расстройств, где рассматривается в двух аспектах:

- 1) измененности своего психического и физического «Я» на почве собственно психического расстройства;
- 2) под углом зрения критического отношения к изменениям в собственной личности или критики болезни.

Сложилась практика оценки критики болезни как полной, частичной или отсутствующей. Например, И.И. Кожуховская [1972, 1985] в понятие критики к психическому заболеванию вкладывает следующее:

- критичность к своим суждениям, действиям, высказываниям;
- критичность к себе в более глубоком личностном смысле;
- критичность к своим психопатологическим переживаниям, что часто рассматривается как критерий выздоровления.

Формирование внутренней картины болезни и многообразие типов реакций на нее обусловлено целым спектром факторов — наличием конкретных преморбидных и актуальных признаков (возраста, степени чувствительности, темперамента, особенностей личности больного, характером заболевания, обстоятельств, в которых протекает болезнь). Известную роль играют механизмы защиты и компенсации. Большое значение имеют также социальный статус личности больного, его роль в семейных и служебных отношениях, степень его трудоспособности, общественное положение, ценностные ориентации, вызванное болезнью ограничение поведения, сужение интерперсональных связей, сужение жизненной перспективы и т.д., которые могут создавать дополнительные, помимо

самой болезни, стрессовые ситуации, накладывая свой отпечаток на структуру психологических перестроек личности больного, что следует учитывать при его реабилитации.

Иногда раньше, а иногда одновременно с ВКБ создается другая, противоположная модель — *внутренняя картина здоровья* (ВКЗ) [Орлов, 1991], своеобразный эталон здорового человека или здорового органа, части тела и т.д. Этот эталон может быть достаточно сложным и включать различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений. Он также является регулятором поведения. По мнению И.В. Цветковой [2012], ВКЗ нельзя рассматривать как нечто обратное ВКБ, поскольку «это самостоятельный продукт познавательной и личностной активности субъекта, который можно определить как совокупность субъективных представлений о нормальном и патологическом состоянии, как переживание человеком статуса и динамики своего здоровья, осознание своих душевных и физических возможностей и ресурсов».

Существует целый ряд обстоятельств, при которых ВКЗ претерпевает изменения. Например, смена эталона здоровья неизбежно происходит с возрастом. Бессознательное или сознательное вытеснение идеала здоровья или «уход в болезнь» или подавление идеала здоровья довольно типично для неврозов, что в определенной жизненной ситуации является адаптивной реакцией. При изменении ситуации идеал здоровья может возрождаться. В случае анозогнозии, наоборот, образ здоровья становится жестким стереотипом, а динамический образ болезни либо не формируется, либо разрушается. «Образ здоровья» начинает доминировать над «образом болезни».

По мнению В.Е. Кагана [1993], человек считает себя больным лишь тогда, когда его переживания своего состояния не вписываются в картину его ВКЗ и, напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что охватывают широкий круг патологических состояний. Это не может не сказываться на формировании образа жизни, своевременности обращения за помощью, ожиданиях в отношении нее и удовлетворенности ею. В этом смысле ВКБ предстает как частный случай ВКЗ, так как болезнь практически никогда не воспринимается и не переживается сама по себе, но всегда — в контексте жизненного пути личности, т.е. в соотношении со здоровьем, как оно дано в прошлом и видится в будущем. В известном смысле, ВКБ — это ВКЗ в условиях болезни.

Знание ВКБ представляет интерес с точки зрения ее учета при разработке мер психотерапевтического и коррекционного воздействия.

Контрольные вопросы и задания

1. Кто и когда ввел понятие «внутренняя картина болезни»?
2. Каковы психологические предпосылки формирования ВКБ?
3. Охарактеризуйте уровни психической организации ВКБ.
4. Какой отпечаток могут накладывать психические расстройства на формирование ВКБ?
5. От каких факторов зависит специфика ВКБ и внутренней картины здоровья?

1.10. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ключевое место в патопсихологическом исследовании занимает анализ содержания того общего звена или патологического фактора, который обуславливает порождение и развитие конкретных симптомов, обнаруживаемых у индивида. Диагностическое исследование при психической патологии, как на этом настаивают представители школ А.Р. Лурия и Б.В. Зейгарник, требует установления не только нарушенных звеньев психической деятельности, но и ее *сохранных элементов*, обеспечивающих успешность восстановления или перестройки функциональных систем. Очевидно, что корректный учет всех имеющихся феноменов невозможен без реализации личностного подхода, при котором каждый симптом или признак расстройства функции рассматривается в контексте биографии человека, его мотивов, поступков и оценок, личностного отношения больного к ситуации эксперимента (например, активное, настороженное, формально-ответственное, пассивное, негативное). Роль системы отношений личности как фактора, опосредующего формы и направленность поведения, была проанализирована в работах В.Н. Мясищева (1998).

Патопсихологическое исследование должно быть комплексным, так как его цель — выявление не отдельных компонентов, а целостной структуры психической деятельности психически больных людей. Решение этой задачи возможно только путем сочетанного использования традиционных для экспериментальной психологии количественных (формализованных, стандартизованных, тестовых) диагностических методов и системного качественного анализа нарушенной психической деятельности или ее распада.

Многочисленность параметров, которые могут определять позицию конкретной диагностической методики среди остальных, порождает и многочисленность их классификаций [Шванцара, 1978; Гайда, Захаров, 1982; Дюк, 1994; Бодалев, Столин (ред.), 2000 и др.], а соответственно, и понимание ее роли в исследовании.

Весьма распространенным основанием деления психодиагностических процедур является степень их стандартизации (регламентированности) или формализованности.

Эксперимент

Среди нестандартизованных (или относительно стандартизованных, часто индивидуально программируемых) основным (но необязательным [Вассерман, Щелкова, 2004]) методом патопсихологии является *эксперимент*, в рамках которого создаются или моделируются искусственные условия, целенаправленно провоцирующие человека на выражение качеств и особенностей психической деятельности, недоступных для наблюдателя в обычных ситуациях. Иногда под экспериментом в современной психологии понимается использование любой диагностической процедуры для моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и особенностей личности, для проверки психологических гипотез, в рамках которых должны быть отслежены каузальные (причинно-следственные) связи [Корнилова, 2002]. Основные принципы построения патопсихологического эксперимента были разработаны Б.В. Зейгарник [1988] и С.Я. Рубинштейн [1998].

Строго говоря, эксперимент вообще связан с поиском связи между зависимой и независимой переменными, он отличается от других исследовательских процедур возможностью точного контроля над ними и целенаправленным вмешательством в исходные параметры воздействующих раздражителей или факторов. В частных случаях связь между переменными может выражаться прямолинейными (корреляции) и криволинейными зависимостями. Однако обратное возможно не всегда — установление факта корреляции вовсе не обязательно указывает на наличие связи, а может являться следствием влияния на обе переменные какого-то третьего, неучтенного фактора [Аткинсон и др., 2003], а порой и вообще артефактом.

Спецификой патопсихологического эксперимента является то, что вызывание психических процессов происходит в строго определенных, учитываемых исследователем условиях и предполагает возможность запланированного влияния на ход эксперимента. Ценность такого эксперимента в том, что он может многократно повторяться и позволяет отделить причину явления от тех условий, в которых она развивается.

Описываются три основных способа влияния на степень патопсихологических проявлений в течение эксперимента:

- 1) варьирование его условий или изменение всей ситуации;

2) изменения характера деятельности (как это, например, имеет место при проведении тестирования);

3) воздействие фармакологических средств, обычно возбуждающих или тормозящих.

Всякое экспериментально-психологическое исследование требует анализа взаимодействия человека и окружающей ситуации [Зейгарник, 1971]. Спецификой патопсихологического эксперимента по сравнению с обычным экспериментально-психологическим исследованием является то, что в первом случае он проводится с человеком, который уже страдает психическим заболеванием, что само может рассматриваться как «природный эксперимент». Нельзя не учитывать и того, что в любом эксперименте под контролем экспериментатора в принципе могут оказаться не все существующие и действующие условия, а лишь доступные для учета. Причинно-следственная связь регистрируется, если экспериментальная процедура исключает иные возможные объяснения.

Однако, по мнению Б.С. Братуся [1988], применение экспериментального метода в трактовке Б.В. Зейгарник, перенесшей на психологическое изучение больного многие принципы левинской школы (внимание к процессу, а не только к результату выполнения, варьирование условий внутри одной и той же ситуации, постоянное общение экспериментатора и испытуемого и т.п.), обнаруживает и ряд недостатков, «тормозов», важнейший из которых — оторванность от реальных смысловых контекстов, фоновость личности по отношению к познавательным, интеллектуально-мнестическим способностям испытуемых. Что касается экспериментальной детской психологии, то она, по свидетельству американского психолога Ури Бронфенбреннера (1917–2005), постепенно превратилась в «науку об искусственном поведении детей, помещенных в искусственные ситуации с необычно ведущими себя взрослыми» [цит. по: Братусь, 1988].

Помимо патопсихологического эксперимента, в качестве полноценных используются и такие *клинико-психологические* (по сути, экспертные) приемы, как наблюдение, беседа, анализ продуктов деятельности, анализ истории жизни заболевшего человека (анамнез), сопоставление экспериментальных данных (результатов тестов, проб) с историей жизни. В последнее время в патопсихологии активно используются проективные, а также психосемантические психодиагностические методы и методики. Во всех перечисленных случаях, как указывалось выше, акцент ставится на индивидуальности и неповторимости анализируемой личности.

Качественный подход позволяет психологу не столько определять, каков уровень развития той или иной психической функции, насколько он соответствует или не соответствует нормативному стандарту, сколько ответить на вопрос, как осуществлялся сам психический процесс, чем были обусловлены выявляемые при обследовании ошибки и трудности.

В отличие от клинико-психологических *стандартизованные* методы предполагают одинаковую форму предъявления специально подобранного, регламентированного стимульного материала, взвешенного по трудности и времени выполнения каждому испытуемому, что связано с основным требованием к подобного рода методикам — количественной сопоставимости способа и уровня выполнения задания с ранее разработанными нормативными данными (например, для оценки интеллектуальных функций). Кроме того, к этой группе методик предъявляются обязательные требования валидности и надежности, без реализации которых сам диагностический прием теряет всякий смысл. Следует учитывать, что даже формализованные количественные оценки, полученные при привлечении как стандартизованных, так и нестандартизованных методов, носят предположительный характер, т.е. не гарантируют обязательного наличия того или иного психологического качества, а лишь характеризуют его вероятность. Это касается и наличия у индивида какого-то отклонения в психическом функционировании.

Тесты

Тесты — специфические измерительные инструменты, отличающиеся высоким уровнем стандартизации разработанной инструкции, предъявляемого стимульного материала, времени предъявления, регламентированностью количественной обработки и интерпретации результатов. Тестам также часто приписывается такая их отличительная черта, как заведомое знание — какой ответ или какие действия должны трактоваться как верные или неверные, какое количество ошибок или какое время работы со стимульным материалом необходимо расценивать как критические. В силу последних обстоятельств, опросники и проективные методики в качестве тестов классифицированы быть не могут.

Основным преимуществом тестов перед другими психодиагностическими приемами является сопоставимость результатов по количественным параметрам, что позволяет сравнивать между собой различных испытуемых, их индивидуально-психологические особенности, в том числе лежащие и в сфере интеллекта (тесты ин-

теллекта) или развития навыков, сопоставлять полученные данные с нормативными значениями, предварительно разработанными для соответствующего показателя. Тем самым достигается более высокий уровень объективности диагностических выводов, мало зависящих от произвольных суждений экспериментатора. П. Клайн, ссылающийся на работы Р. Кеттелла, считает, что объективный тест — это тест, цель которого скрыта от испытуемого (а поэтому результаты нельзя фальсифицировать), и данные, полученные с его помощью, могут быть оценены независимо от лица, проводящего тестирование и интерпретацию [Клайн, 1994].

Решение вопроса о диагностическом значении тестов в психологии по ряду причин неоднозначно. Основная претензия, предъявляемая им в контексте данной клинической сферы, — это плохая чувствительность к качественной стороне психических процессов, привлекаемых для исполнения заданий теста, неумение уловить индивидуальные оттенки психической деятельности, которые, как правило, не поддаются количественному определению. Детальное описание тенденций современного психологического тестирования представлено в известной работе А. Анастаси и С. Урбина [2007].

Опросники

Опросники — большая группа психодиагностических методик, стимульным материалом которых выступает совокупность объединенных какой-то темой (фактором) вопросов или утверждений, требующих от испытуемого, как правило, альтернативного согласия — несогласия (в других случаях предусматривается и промежуточный или уклончивый ответ, либо группа уже готовых ответов, из которых необходимо произвести выбор). Теоретической основой данного метода можно считать интроспекционизм. Смыслом работы с опросником является выражение испытуемым своего отношения к тому, что сформулировано в вопросе. Это отношение может быть спроецировано или на себя, или на какие-то аспекты социального окружения. Формулировки большинства вопросов таковы, что в них нет прямого указания на реально изучаемую характеристику, а подход к ней достигается путем кумуляции смыслов ответов, вероятностно связанных с интересующей чертой.

Способ обработки большинства опросников стандартизован и предусматривает сведение исходных «сырых» результатов к какой-то шкале, хорошо согласующейся с нормальным законом распределения (колоколообразной кривой Гаусса) или частотой

встречаемости разной выраженности признака в той или иной популяции.

Другими словами, опросники в значительной степени отражают самооценочный компонент испытуемых, что делает весьма актуальным решение вопроса достоверности получаемых с их помощью данных. Не снимается со счета и влияние таких обстоятельств, как искренность испытуемого, его критичность, потребность выглядеть в глазах экспериментатора наилучшим образом (проблема социальной желательности) либо, напротив, непреднамеренное или преднамеренное желание привлечь к себе внимание тяжестью симптомов, глубина понимания задаваемых вопросов, тревожность, заинтересованность в конкретных результатах, влияние на результаты поведения психолога и многое другое.

Поэтому выявленные в исследовании индивидуальные личностные особенности должны сопоставляться с данными анамнеза, историей жизни и с конкретными ситуациями, в которых они формируются и проявляются, а без этого психологическая диагностика утрачивает свою глубину и содержательность.

Спектр опросников чрезвычайно широк: опросники черт личности, типологические опросники, опросники мотивов, ценностей и т.д. Несколько особняком стоят опросники-анкеты, в которых, как правило, не предусматривается получение информации о собственно личностных особенностях испытуемого, а основной акцент делается на сопутствующих, например социальных, аспектах его жизни, позволяющих лишь уточнять результаты тестирования и других форм исследования.

Проективные методики

Проективные методики — группа методик качественного по характеру исследования личности, работа с которыми испытуемого, а позднее интерпретация результатов по которым экспериментатором, проводятся в рамках проективного диагностического подхода (применительно к психодиагностическим методикам термин «проекция» впервые был использован американским психологом Леопольдом Франком в 1939 г., хотя ранее он широко применялся в контексте психоанализа, обозначая одну из форм психологических защит). Согласно этому подходу неопределенный, расплывчатый, неоднозначный или слабоструктурированный стимульный материал при соответствующей инструкции, часто маскирующей реальные цели исследования, должен порождать желание испытуемого неким образом упорядочивать и трактовать его, исходя из собственного опыта, мотивов и системы ценностей, что по-

зволяет выявлять наиболее глубокие, персонально значимые переживания и проблемы, сугубо индивидуальные особенности личности, не улавливаемые никакими иными диагностическими приемами.

Важным преимуществом проективных методик является меньшая по сравнению с опросниками подверженность фальсификации их результатов со стороны испытуемого. Но работа с проективными методиками требует исключительного мастерства, знаний и интуиции экспериментатора. Обычно проективные методики условно относят к числу стандартизированных, хотя по целому ряду признаков они таковыми не являются.

Поэтому в отношении проективных методик высказывается и ряд замечаний, касающихся отсутствия формализованных критериев оценки, отсутствия статистических норм, плохо проверяемой валидности, высокой зависимости результатов интерпретации от субъективного опыта психолога. Приходится также принимать в расчет, что уникальные преимущества проективных методик, реализуемые в клинической практике, оборачиваются отрицательной стороной в научных доказательствах, требующих опоры на математический аппарат (наличие измерения, психометрики, статистики).

Вместе с тем, по мнению ряда специалистов [Блейхер, Крук, 1986; Бодалев, Столин (ред.), 2000], разделение психодиагностических методов и методик на качественные и психометрические, т.е. служащие для измерения тех или иных психических функций, недостаточно обосновано, поскольку результаты методик, направленных на выявление качественных закономерностей психической деятельности больных, при известной изоциренности во многих случаях становятся доступными для статистической обработки, а использование психометрических тестов без качественного анализа получаемого с их помощью материала некорректно и приводит к ошибочным выводам.

Еще более размытым выглядит традиционное деление методов на «объективные», «субъективные» и «проективные» [Бурлачук, 1989, 1997], поскольку в рамках первой одноуровневой дихотомии остается открытым вопрос о балансе, мере персональной вовлеченности в диагностическую процедуру испытуемого и экспериментатора. В тестах интеллекта и в методах оценки отдельных психических функций, предусматривающих верный ответ либо фиксацию времени работы и аналогичных параметров, если нет попыток симуляции, уровень «объективности», действительно, оказывается достаточно велик, хотя и не «сто процентен», но в методах исследования личности (иногда не вполне корректно обозначаемых

как тесты личности), обычно построенных на отражении мнения о себе, субъективизм самого испытуемого абсолютен и в принципе не может редуцироваться ни процедурами нормализации, ни процедурами шкалирования.

Реально объективным оказывается лишь факт ответа, а не его содержательно-психологическая сторона. Кумуляция по существу субъективных ответов в рамках какой-то шкалы, выражающаяся числом, создает лишь иллюзию объективности. В крайнем случае провозглашаемая объективность может быть определена только как ее весьма условная форма, указывающая исключительно на отсутствие насаждающегося на ответы (но не их интерпретацию) мнения экспериментатора. «Субъективными» в данной классификации считаются те диагностические процедуры, где доминирует самоописание личности, плохо или вовсе не поддающееся количественному оцениванию. Таким образом, критерий «объективности — субъективности» начинает подменяться способностью результатов представлять в количественной или качественной форме, стандартизованностью или отсутствием таковой.

При заданном подходе проективные методы и по уровню «субъективности» испытуемого, и по степени влияния на конечные результаты опыта системы ценностей и личностной позиции экспериментатора дважды субъективны. На противоположном, «объективном» полюсе, по-видимому, расположены лишь аппаратные методы исследования, результаты которых практически не корректируются ни со стороны обследуемого, ни со стороны экспериментатора.

Принципиально важно при проведении психологического обследования умение экспериментатора не просто зарегистрировать те или иные нарушения психических процессов, но и ответить на вопрос о причинах произошедших изменений (т.е. не только на вопрос «что?», но и на вопрос «почему?»), увидеть патологию в контексте личности и в динамике ее развития. В какой-то степени это и объясняет разнообразие применяющихся в клинике методов исследования, позволяющих в таких случаях оценить все многочисленные слои происходящих системных и причинно-следственно обусловленных психических расстройств.

При этом один и тот же методический прием, одна и та же методика может обнаружить самые разные варианты расстройств психического функционирования, а характер исполнения разных методик может позволить уловить одну общую и, возможно, поврежденную черту, процесс или свойство. Например, нарушения мотивации, ее ослабление будут не только сказываться на общей активности испы-

туемого в процессе обследования, но и влиять на эффективность гностических функций, на упорядоченность деятельности, отражаться на избирательности эмоционального реагирования.

Важнейшей стороной патофизиологической диагностической деятельности является учет динамической стороны осуществляемых испытуемым операций — и мыслительных, и манипуляторных. Учет этой стороны может предусматривать констатацию ускорения или замедления темпа соответствующих процессов по сравнению с нормой, избыточную их лабильность и переключаемость, прерывистость либо вязкость и тугоподвижность.

По отношению к мыслительным действиям и их проявлениям внешне значимым становится качественный по характеру анализ способов осуществления задания, а тем самым, косвенно, и качества мыслительных операций (сравнения, абстрагирования и др.).

Главная задача *системного подхода* заключается не только в том, чтобы определить составляющие того или иного патологического явления, но и характеризовать способ их организации, увидеть, как те или иные патологические феномены вписываются в контекст общего развертывания психики, как один поврежденный психический процесс или функция влияют на другие. Результаты, полученные при исследовании каждого из выделенных аспектов, должны в этом случае взаимно дополнять друг друга. Другой важный принцип — необходимость рассматривать явление в его развитии, поскольку развитие выражает суть самого существования психики как системы, где психические состояния являются лишь моментами этой динамики.

В связи с этим воплощение системного подхода в рассматриваемых исследованиях предполагает существование четырех этапов анализа [Кудрявцев, 1999]:

1) установление на основе проведенных исследований соответствующих психиатрических и психологических феноменов;

2) соотнесение этих феноменов между собой, интерпретация клинических нарушений поведения в понятиях современной психологии и обратное концептуальное движение — определение клинической формы проявления тех или иных психологических содержаний, процессов, механизмов;

3) восстановление, реконструкция внешней логики развития изучаемого явления посредством нахождения закономерных связей между отдельными фактами, поступками, особенностями поведения;

4) уяснение внутренней логики изучаемого поведенческого феномена, раскрытие движения лежащих за ним психических механизмов, смыслов, установок, субъективных отношений, позиции (мировоззрения) личности.

Патопсихологическое исследование детей

Патопсихологическое исследование детей имеет свою специфику. Исследуя нарушения психической деятельности ребенка, необходимо учитывать не только характер нарушений, но и ту возрастную фазу, в которой отмечалось вредоносное воздействие, а также влияние первичного дефекта на возникновение вторичных образований, которые проявляются на момент исследования. При патопсихологическом обследовании подростков желательны определение наличия и типа акцентуации, характеристика мотивационной структуры личности, ее направленности и самооценки.

Выделение возрастных периодов жизни человека может происходить на разных основаниях — как апеллирующих к определенным этапам созревания центральной нервной системы и организма в целом, так и ориентирующихся на психологические и социально-психологические критерии. Указанные обстоятельства и порождают многочисленность отечественных и зарубежных вариантов возрастной периодизации.

Например, Б.Г. Ананьев [1968] наиболее пригодной для целей периодизации жизненного цикла признавал классификацию Д.Б. Бромлей [Bromley, 1966], охватывающую психологические и социальные характеристики, имеющую в своей основе смену способов ориентации, поведения и коммуникации во внешней среде и включающую пять возрастных циклов (внутриутробный, детство, юность, взрослость, старость), каждый из которых предусматривает и деление на определенное число стадий — от уровня зиготы (оплодотворенного яйца) до «болезненной старости».

В последние годы наиболее распространена следующая схема этапов развития человека:

Новорожденный —	от рождения до 28 дней
Грудной возраст —	28 дней — 11 мес. 29 дней
Раннее детство —	1–3 года
Первое детство (дошкольный) —	3–6 лет
Второе детство (ранний школьный) —	7–12 лет (мальчики); 8–11 лет (девочки)
Подростковый возраст (старший школьный) —	13–16 лет (мальчики); 12–15 лет (девочки)
Юношеский возраст —	16–21 год (юноши); 16–20 лет (девушки)

Зрелый возраст (1-й период) –	22–35 лет (мужчины); 21–35 лет (женщины)
Зрелый возраст (2-й период) –	36–60 лет (мужчины); 36–55 лет (женщины)
Пожилой возраст –	61–74 года (мужчины); 56–74 года (женщины)
Старческий возраст –	75–90 лет
Долгожители –	90 лет и старше

В связи с увеличением продолжительности жизни, а также ориентируясь на результаты исследования субъективного мироощущения современных людей, ВОЗ расширила диапазон молодого возраста до 44 лет.

Л.С. Выготским в 1930 г. по отношению к детям была сформулирована идея *социальной ситуации развития*, «системы отношений между ребенком данного возраста и социальной действительностью как «исходного момента» для всех динамических изменений, происходящих в развитии в течение данного периода и определяющих целиком и полностью те формы и тот путь, следуя по которому ребенок приобретает новые и новые свойства личности» [Выготский, 1984]. Составной частью этого подхода является мысль о том, что каждой возрастной степени развития присуще центральное, ведущее новообразование, вокруг которого группируются все остальные частные новообразования, характеризующие развитие отдельных сторон личности ребенка. Ведущему новообразованию соответствуют центральные линии развития данного возраста. С частными новообразованиями связаны побочные линии развития, которые на более поздних этапах могут стать центральными с соответствующими изменениями отношений между собой.

При этом возрастные изменения, как уже указывалось, предусматривают наличие двух чередующихся типов перехода между своими этапами: *литического* (плавного, постепенного, накапливающего) и *критического* (скачкообразного, переломного, отчасти связанного с отмиранием, свертыванием или распадом того, что являлось ключевым для более раннего возраста). Итогом критического периода становятся существенные перестройки во всей личности ребенка. Конкретные возрастные периоды кризисов могут быть определены лишь весьма условно (см. выше).

Пребывание ребенка в критическом периоде накладывает отпечаток на интерпретацию психологического исследования,

поскольку заведомо предполагает наличие закономерных сбоев в психической деятельности и в социально-психологическом функционировании, а кроме того, может сказаться на характере взаимодействия между экспериментатором и ребенком в процессе самой диагностической процедуры.

Достаточно популярна разработанная в контексте детской и педагогической психологии и опирающаяся на взгляды Л.С. Выготского периодизация Даниила Борисовича Эльконина (1904–1984) [1971], в соответствии с которой в зависимости от ведущей деятельности ребенка периоды детского развития делятся на две группы. Первая реализуется в системе «ребенок — вещь» («ребенок — общественный предмет»), а вторая — в системе «ребенок — взрослый» (взрослый как носитель определенных видов общественной по своей природе деятельности).

Расположенные в хронологической последовательности, выделенные Д.Б. Эльconiным ведущие виды деятельности ребенка образуют следующий ряд:

Непосредственно-эмоциональное общение —	первая группа (от рождения до 1 года)
Предметно-манипулятивная деятельность —	вторая (от 1 года до 3 лет)
Рольная игра —	первая (от 3 до 7 лет)
Учебная деятельность —	вторая (от 7 до 12 лет)
Интимно-личное общение —	первая (от 12 до 15 лет)
Учебно-профессиональная деятельность —	вторая (от 15 до 17 лет)

Вместе с тем возрастная классификация, построенная по подобному принципу, подвергалась и критике [Петровский, Ярошевский, 1998], указавшей на известную подмену понятия «социальная ситуация развития» понятием «ведущий тип деятельности» и на несводимость динамической системы многих деятельностей на каждом возрастном этапе лишь к одной, хотя и, казалось бы, важной. Один из аргументов, приводимых авторами критики, — всякое отсутствие подтверждающего экспериментального материала.

Также широко известны периодизация Ж. Пиаже [1986], выстраиваемая на ступенях эволюции детского мышления: 1) сенсомоторный период (от 0 до 15 мес.); 2) период недействительного интеллекта (2–8 лет); 3) период конкретного интеллекта (9–12 лет); 4) период логических операций (с 13 лет); комплексная пе-

риодизация В.С. Мухиной [1999], включающая два основных этапа: 1) детство (младенчество — от 0 до 12–14 мес.; ранний возраст — от 1 до 3 лет; дошкольный возраст — от 3 до 6–7 лет; младший школьный возраст — от 6–7 до 10–11 лет); 2) отрочество (от 11–12 до 15–16 лет).

Периодизация А.В. Петровского [Петровский, Ярошевский, 1998], ориентированная на вхождение ребенка в различные типичные для его возраста социальные группы, благодаря чему и выделяются три основных процесса, определяющих ход развития:

1) адаптация как присвоение индивидом социальных норм и ценностей при субъективно переживаемых утратах некоторых своих индивидуальных отличий (раннее детство, детсадовский возраст и младший школьный возраст — преобладание адаптации над индивидуализацией);

2) индивидуализация — мобилизация внутренних ресурсов для самоутверждения (подростковый возраст — преобладание индивидуализации над адаптацией);

3) интеграция как согласование собственной индивидуальности с потребностями общности и наоборот — трансформация потребностей общества в соответствии с позицией индивида (юношеский возраст — преобладание интеграции над индивидуализацией).

Для психопсихологических целей существенный интерес представляет периодизация возрастных уровней, предложенная В.В. Ковалевым [1979, 1985], учитывающая не только различные формы нервно-психического реагирования детей на те или иные патогенные факторы, но и возрастную предрасположенность к проявлениям различного вида расстройств:

1) соматовегетативный (0–3 года) — расстройства вегетативных функций (нарушения смены сна и бодрствования, аппетита и функций пищеварения, повышенная вегетативная и моторная возбудимость), тесно связанные с ними нарушения инстинктивных проявлений (понижение или повышение влечений, страх новизны, боязнь контактов с окружающими) и обусловленные ими патологические формы поведения;

2) психомоторный (4–10 лет) — расстройства психомоторики и экспрессивной речи — синдром гиперактивности, системные невротические и невротоподобные двигательные расстройства: тики, заикание, мутизм и некоторые другие (причина — интенсивная дифференцировка функций двигательного анализатора);

3) аффективный (7–12 лет) — синдромы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества (возможная причина — формирование самосознания);

4) эмоционально-идеаторный (12–16 лет) — психогенные ситуационные реакции (протеста, эмансипации и др.), сверхценный ипохондрический синдром, синдромы дисморфофобии, нервной или психической анорексии (отказа от приема пищи), синдромы сверхценных увлечений и интересов, в том числе синдром «философической интоксикации» и некоторые другие.

По мнению В.В. Ковалева, симптоматика, свойственная каждому уровню нервно-психического реагирования, не исключает проявлений предшествующих уровней, однако отодвигает их на второй план и, так или иначе, видоизменяет. Преобладание психических расстройств, свойственных онтогенетически более ранним уровням, чаще всего свидетельствует об общей или парциальной ретардации.

Вместе с тем, характеризуя усилия специалистов по разработке возрастной периодизации психического развития детей, В.В. Лебединский [1985] писал, что при всей важности выделения отдельных уровней нервно-психического реагирования и последовательности их смены в онтогенезе необходимо учитывать известную условность такой периодизации, поскольку отдельные проявления нервно-психического реагирования не только сменяют и отодвигают друг друга, но на разных этапах сосуществуют в новых качествах, формируя новые типы клинко-психологической структуры нарушения. Например (в отношении периодизации В.В. Ковалева), роль соматовегетативных нарушений велика не только в возрасте 0–3 лет, когда идет интенсивное формирование данной системы, но и в подростковом периоде, когда эта система претерпевает массивные изменения.

Ряд патологических новообразований пубертатного возраста (основной уровень которых квалифицируется в рамках «эмоционально-идеаторного») связан и с расторможением влечений, в основе которых лежит дисфункция эндокринно-вегетативной системы. Но нарушения развития аффективной сферы имеют большое значение и в младшем возрасте. Особое место среди них занимают расстройства, связанные с эмоциональной депривацией, приводящие к различной степени задержки психического развития. В возрасте от 3 до 7 лет в клинической картине различных заболеваний большое место занимают такие аффективные расстройства, как страхи. Психомоторные расстройства тоже могут занимать большое место в ди-зонтонгенезе самого раннего возраста (нарушения развития статических, локомоторных функций). Интенсивные изменения психомоторного облика, как известно, характерны и для подросткового периода. Наконец, разнообразные нарушения интеллектуального и речевого развития разной степени выраженности являются патологией, «сквозной» для большинства уровней развития.

Очевидно, что по мере возрастного дистанцирования от общебиологических форм реагирования на патогенные или дискомфортные раздражители и по мере становления личности, ее индивидуализации и дифференциации в картине возможных психических изменений все в большем объеме будут присутствовать специфические признаки, очерчивающие абрис конкретного расстройства.

Учет возраста и его психологической специфики, а также условий социального развития, теснейшим образом связан с другой проблемой — адекватностью подбора методик для исследования детей. Во многих случаях допустимо применение адаптированных методов и приемов исследования, традиционных для диагностики различных сторон психики взрослых, но наиболее корректно применение методов, специально разработанных для конкретных возрастных групп, хотя бы потому, что подобные инструменты, как правило, предполагают и наличие количественных ориентировочных норм.

Проведение патопсихологического эксперимента, применение тестовых по характеру или проективных методов, конечно же, должны учитывать стартовые позиции ребенка:

- степень сохранности анализаторных систем, через которые подается инструкция и стимульный материал;
- степень развития произвольных волевого регулирования как предпосылки принципиальной возможности работы с методиками;
- общий уровень владения речью, как в плане ее понимания, так и в способности ребенка продуцировать ответы в вербальной форме;
- степень сохранности моторики, обеспечивающая нормальное по возрасту выполнение методик, предусматривающих приложения графических навыков (если только состояние моторики не является специальным предметом исследования).

А это значит, что оценка указанных факторов должна быть произведена еще до планирования экспериментального этапа.

Широко используемыми приемами при работе с детьми, в том числе и в рамках патопсихологического обследования, является многократное повторение инструкции до ее понимания, показ выполнения задания-образца, начало работы с методик, гарантирующих успешность их выполнения, такое сочетание диагностических инструментов, при применении которых востребованы и произвольный, и непроизвольный уровни регуляции когнитивной сферы, до определенного возраста (примерно до 4–5 лет) ограничение методик, ориентированных на самооценку и акцент на экс-

пертные и проактивные способы характеристики ребенка, поиск дополнительных источников мотивации ребенка, ограничение времени работы с методикой, предусматривание перерывов и смены вида деятельности, использование игровых форм тестирования и др.

Достаточно специфический слой детской популяции составляют *подростки*, отличающиеся, с одной стороны, дисгармоничностью в строении личности, неустойчивостью эмоционального реагирования, свертыванием прежде установившейся системы интересов, протестующим характером поведения по отношению к взрослым [Фельдштейн, 1988], а с другой — началом осознания себя в социальной среде (ростом самосознания), формированием новой системы ценностей, критичности мышления, потребности в самоутверждении. Нельзя снимать со счета усиленный, а порой и акселерированный рост организма подростка и выраженные перестройки в его эндокринной системе.

А.Е. Личко [1983] выделяет целую группу подростковых моделей поведения (специфических реакций), характерных для данного возраста: реакции эмансипации, группирования со сверстниками, реакция увлечения (хобби-реакция) и реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, а также переносимые из детства в подростковый возраст реакции отказа, оппозиции, имитации, компенсации и гиперкомпенсации. В ряде случаев при осложненной социальной ситуации возможны суицидальные формы поведения, бродяжничество и некоторые другие.

Подобные модели могут быть вариантами поведения в норме или представлять собой патологические нарушения поведения (непсихотические и даже психотические). Это положение было сформулировано В.В. Ковалевым [1983] в отношении поведенческих реакций оппозиции, имитации и др. в детском возрасте. По его мнению, последние становятся патологическими, если распространяются за пределы той ситуации и микрогруппы, где они возникли, если к ним присоединяются невротические расстройства, а также если они затрудняют или нарушают социальную адаптацию. В ряде случаев вся совокупность преходящих психических изменений (патологических и непатологических), свойственных данному возрасту, обозначится как *пубертатный криз*.

Исследования подростков в связи с упомянутыми обстоятельствами требуют от патопсихолога большего внимания к особенностям формирующейся личности и к особенностям межличностных отношений, в пределах которых возникают и реализуются конфликты подростка. Благодаря развитию самосознания у старших подростков становится возможным во многих случаях

применять методы и методики исследования, в частности опросники и другие самооценочные по сути процедуры, традиционные для взрослого возраста. Расширяется и доступность методов исследования конкретных психических функций (памяти, внимания, разных форм мышления и т.д.), продолжают оставаться актуальными и прогностические способы получения информации. Подавляющее большинство специалистов, занимающихся вопросами подростковой психологии, рекомендуют в качестве весьма желательных использовать методики оценки принадлежности подростка к тому или иному типу акцентуаций, что позволяет не только выявить наиболее рискованные зоны личности и характера на данный момент, но и, благодаря типологическому подходу, сделать вероятностное заключение о возможном векторе поведения в будущих критических ситуациях.

Среди методов исследования детей с дизонтогенетическими отклонениями особое место занимает *обучающий эксперимент*, который можно рассматривать как особый принцип построения эксперимента, приложимый для видоизменения процедуры работы с любой из методик [Иванова, 1976]. В его основе лежит идея Л.С. Выготского о необходимости при изучении интеллектуального уровня детей учитывать зону ближайшего развития и сопоставлять ее с актуальным уровнем. Актуальный уровень умственного развития определяется как запас знаний и умений, которые сформировались у ребенка к моменту исследования на основе уже созревших психических функций, а понятие «зоны ближайшего развития» Л.С. Выготский раскрывает как большую или меньшую «возможность перехода ребенка от того, что он умеет делать самостоятельно, к тому, что он умеет делать в сотрудничестве» [1999, с. 229].

Эта возможность оказывается самым чувствительным симптомом, характеризующим динамику развития и успешности ребенка. Именно она и является основным предметом исследования в обучающем эксперименте: для детей одной возрастной группы подбирается такое задание, которое может быть выполнено через подражание или взаимодействие со взрослыми (экспериментатором), например, с помощью показа, наводящего вопроса, начала решения и т.п. Успешность — неуспешность выполнения задания будет определяться количеством помощи, которая необходима для его правильного завершения. Таким образом, с помощью диагностического обучающего эксперимента исследуется не актуальный уровень умственного развития ребенка, а оцениваются его потенциальные возможности в отношении овладения новыми способами умственных действий («зона ближайшего развития» —

по Л.С. Выготскому — функции, «находящиеся в процессе созревания, функции, которые созреют завтра, которые сейчас находятся еще в зачаточном состоянии, функции, которые можно назвать не плодами развития, а почками развития, цветами развития, т.е. тем, что только созревает» [1991, с. 400]. Другой аспект обучающего эксперимента связан с необходимостью отследить, способен ли ребенок перенести только что выработанные навыки и приемы на решение другой аналогичной, доступной по возрасту задачи.

Сходная ситуация исследования вполне пригодна и для работы со взрослыми при решении вопросов восстановления нарушенных функций — патопсихологическое исследование, выявив структуру измененных форм психической деятельности больного, должно также предусматривать информацию, касающуюся ее сохранных сторон и учитывать готовность больного самостоятельно производить поиск решения, либо эффективно пользоваться помощью экспериментатора [Клиническая..., 2002].

При выборе методик для исследования предлагается учитывать следующее:

- 1) специфику цели исследования, например, дифференциальную диагностику, определение глубины дефекта, изучение эффективности терапии и т.д.;
- 2) возраст, образование и жизненный опыт больного;
- 3) фактор или факторы, способные повлиять на эффективность контакта с больным (например, дефекты анализаторных систем) или на его способность понять декларируемые цели эксперимента.

По мнению Т.В. Корниловой [Методы..., 1988], наиболее существенное отличие экспериментальных патопсихологических методик от обычных задач и схем индивидуальных экспериментов — их нацеленность на проверку специального рода гипотез. Они построены на предположениях о механизмах регуляции, основанных на причинных и структурно-функциональных связях изучаемых свойств. Показатели любого испытуемого в той или иной методике зависят от общей структуры и индивидуальных особенностей актуализируемого в них базисного процесса. Таким образом, в гипотезе предполагается общепсихологическая закономерность, а проведение эксперимента даст картину ее единичного проявления.

Для того чтобы избежать искажающего результаты обследования воздействия внешних факторов, организация патопсихологического обследования должна учитывать наличие на данный момент времени осложняющих соматических заболеваний, приема фармакологических средств (например, психотропных), усталости, недосы-

пания, выраженного чувства голода или, напротив, расслабляющей сытости и др.

Подбор комплекса методик обуславливается той конкретной задачей, которую собирается решать патопсихолог при взаимодействии с врачом (именно он, как правило, и является основным «заказчиком» диагностически полезной информации). Эта информация собирается в результате патопсихологического обследования и передается ему в форме *заключения по обследованию*. Поэтому заключение всегда должно быть ответом на вопрос, поставленный клиницистом. Естественно, что контакт психолога с врачом предполагает и получение части полезных сведений от последнего, равно как и из материалов истории болезни.

По вопросу о форме заключения С.Я. Рубинштейн писала, что «подобно тому, как нет и не может быть стереотипного построения исследования, стереотипного подбора методик, не может быть и стандарта в составлении заключения» [1998, с. 142]. Однако общая схема такого заключения может быть примерно описана.

Оно включает:

- 1) паспортную часть;
- 2) краткую характеристику условий обследования;
- 3) предположительный или верифицированный диагноз;
- 4) характер запроса, по поводу которого проводится исследование (причина исследования, гипотеза исследования);

5) анамнестические и биографические данные (следует помнить, что в отличие от клинических условий, в которых под анамнезом понимают совокупность сведений о болезни и отдельных аспектах жизни (перенесенные в прошлом болезни, профессиональный путь, развитие семейных и интимных отношений, система межличностных отношений вне семьи, тяжелые события прошлой жизни, вредные привычки и т.п.), получаемых главным образом от самого больного, в отношении детей это понятие расширяется и начинает включать и историю развития ребенка (условия развития, способность к обучению, соответствие имеющихся знаний и навыков возрасту и т.п.), вмещающую в себя и историю болезни);

6) описание актуальных жалоб больного и / или лиц, его сопровождающих, описывающих (жалоб, связанных с психическими функциями, а не с соматическим здоровьем);

7) перечень отобранных для исследования методик и показателей (шкал), ключевых для понимания механизмов предполагаемого расстройства;

8) описание того, как больной работал с методиками (отношение к проводимому обследованию, сотрудничество с эксперименталь-

тором, понимание инструкций к методикам, поведение при исполнении различных проб, отношение к совершаемым ошибкам, восприимчивость к помощи, наличие установочного поведения и т.п.);

9) описание экспериментальных данных (качественное, сопровождаемое примерами, а в зависимости от направленности исследования — с приведением количественных — табличных, графических или избранных показателей), отвечающих на вопрос клинициста: характеристика выявленных нарушений и констатация сохранных элементов (результаты клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования). Традиционными сферами описания здесь являются:

- способность ориентироваться в пространстве, времени, в себе и в ситуации; отношение больного к имеющимся у него расстройствам;
- состояние основных сенсорно-перцептивных функций или их особенности, способные наложить отпечаток на исполнение психодиагностических проб;
- особенности эмоциональной и мотивационной сфер;
- характеристика произвольного волевого регулирования, наличие признаков истоцаемости;
- нарушения со стороны мнестических процессов и внимания;
- нарушения процессов мышления и особенности речи, их реализация в коммуникативной сфере;
- при необходимости — интегральная оценка интеллекта и его соответствие возрасту испытуемого (для детей);
- специфика моторики, как общей, так и мелкой; динамический праксис;
- специальное указание на степень сохранности компонентов соответствующих функций;
- для подростков (желательно) — их принадлежность к тому или иному типу акцентуации;
- сопоставление экспериментальных данных с историей жизни испытуемого;
- краткое резюме с указанием основного нарушения и описанием выявленного патопсихологического синдрома, индивидуального своеобразия, прогноза возможного развития, а также обращением внимания на противоречивость результатов по различным пробам (если таковая обнаружилась).

В отношении детей Н.Ю. Максимова и Е.Л. Милютина [2000] рекомендуют включать в резюме и следующие пункты:

- дифференцирующие нарушения психической деятельности самого ребенка от последствий влияния неблагоприятной микро-социальной ситуации развития;

- указывающие на преобладающий тип нарушения и характер его механизмов (рестардация, асинхрония и т.д.);
- указывающие на необходимость вмешательства в выявленные в качестве психологического диагноза феномены;
- рекомендующие — кем и на каком уровне может быть проведена коррекция нарушений развития ребенка.

Л.И. Вассерман и О.Ю. Щелкова [2004] также указывают на необходимость систематизации результатов разных методик на основе какой-либо теории.

Вся информация, связанная с проведением патопсихологического обследования, протоколируется, причем объем, качество и логика записей в протоколе должны позволять любому заинтересованному лицу по прошествии времени легко возвращаться к полученной информации и видеть аргументированность сделанного окончательного заключения. Технические и организационные аспекты деятельности патопсихолога, в том числе деятельности психодиагностической, отражены в методическом письме Минздрава РСФСР [Зухарь, Рубинштейн, Поперечная, 1975] и в ряде других документов (см. приложения 1–7), а также в работе Г.Л. Воронкова, В.М. Блейхера, С.П. Гарницкого [1980]¹.

По существу, содержательная часть заключения представляет собой развернутый функциональный диагноз данного испытуемого или больного человека.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое патопсихологический эксперимент, каковы его преимущества и ограничения?
2. Какие методы исследования относятся к клинико-психологическим и в чем их общая специфика?
3. Каковы основные формы стандартизованных психодиагностических методов?
4. В чем преимущества и недостатки проективных методов исследования?
5. Опишите проблему соотношения объективного и субъективного фактора в классификации психодиагностических методов и методик.
6. В чем суть системного подхода в патопсихологической диагностике?
7. Какие обстоятельства должны быть учтены при патопсихологическом обследовании детей и подростков?
8. Какие подходы встречаются при попытках возрастной периодизации человека?
9. Охарактеризуйте такой метод исследования, как обучающий эксперимент.

¹ См. также информационный ресурс: URL: <http://www.psyinst.ru>.

10. Какими обстоятельствами обуславливается выбор методик в психологии?
11. Каковы основные структурные элементы заключения по психологическому обследованию?

1.11. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Диагноз в переводе с древнегреческого означает распознавание, определение, а *диагностика* — особый вид деятельности, имеющий много общих черт с научным познанием. Установление и анализ признаков заболевания позволяют сравнить и идентифицировать полученную модель патологии с эталоном, в качестве которого выступает ранее описанная и общепринятая нозологическая форма (определенная болезнь).

Еще в 1936 г. Л.С. Выготский [2003], опираясь на работы А.А. Невского, вслед за ним выделил три ступени в развитии диагноза: *симптоматический* (эмпирический), *этиологический* и *типологический*. Первый ограничивается лишь констатацией фактически имеющихся признаков заболевания, подменяя сущность болезни ее симптомами. Второй — не только учитывает внешние демонстрируемые психологические особенности, но и пытается вскрыть их причины, что может быть затруднено динамикой симптомов и искажено излишней обобщенностью и малой содержательностью при указании источника. Третий — типологический — связан с определением пути, по которому пойдет развитие психики (в частности, психики ребенка), с его прогнозом и общей логикой развития расстройства. При этом Выготский предостерегает от отождествления психологического измерения и психологического диагноза, обосновывая это тем, что измерение относится к области установления симптома, а диагноз — к окончательному суждению о явлении в целом, обнаруживающем себя в этих симптомах, не поддающемся непосредственно восприятию и оцениваемом на основании изучения, сопоставления и толкования данных симптомов.

Развитие во второй половине XX в. теоретических представлений о природе психических расстройств сопровождалось формированием двух основных направлений обоснования психиатрического диагноза — нозологического (этиопатогенетического) и прагматического (или эклектического, зависящего от объяснимости или необъяснимости причин психического расстройства).

Но традиционный нозологический диагноз, находящийся в компетенции врача (психиатра, психоневролога и т.д.) в силу своей аб-

страктности не в полной мере удовлетворяет запросы практической психотерапии и реабилитации. В большей степени интересам и целям патопсихологии отвечает так называемый функциональный диагноз, способный учитывать компенсаторные образования, обеспечивающие адаптацию личности, дальнейшее течение и прогноз заболевания. Данное понятие ввел в клинический обиход Сергей Петрович Боткин (1832–1889) для оценки приспособительных реакций и компенсаторных возможностей больного и установления патологической зависимости, а также как средство, раскрывающее механизм болезней. Это диагноз не болезни, а больного в болезни, учет самочувствия больного в целом. Позднее функциональный диагноз стал рассматриваться в качестве одного из элементов клинического диагноза.

Основные принципы структурной организации функционального диагноза были разработаны В.М. Володиным [1975] и позволили рассматривать в качестве системообразующего фактора функционального диагноза адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие в конечном счете его биологический, психологический и социальный уровни адаптации. Акцент в этом случае начинает смещаться на личность больного и ситуацию, в которой он существует.

Функциональный диагноз традиционно предполагает отражение трех наслаивающихся аспектов психической жизнедеятельности:

- 1) *клинико-психопатологического*, изучающего характеристики заболевания и структуры психического дефекта с позиции возможного компенсаторного воздействия и влияния на социальную сторону адаптации больного;

- 2) *психологического*, определяющего личность больного и его систему отношений, значимую для социальной и профессиональной адаптации;

- 3) *социального*, отражающего фактическую жизненную ситуацию и позицию в ней больного с учетом его преморбидного (до болезни) опыта. Предметом психодиагностики в этом случае становится построение вероятностной модели состояния человека.

Особенно велика роль функционального диагноза при коррекционной работе с детьми [Корсакова, Микадзе, Балашова, 2000; Ахутина, Пылаева, 2003], которые имеют существенные отличия в мозговой (динамической) организации психических процессов, выражающиеся известной незавершенностью в становлении многих управляющих процессов. Важнейшими из них являются продолжающийся процесс кортикализации психических функций

и возрастная диффузность и пластичность функциональных мозговых органов детей.

С позиции критики функциональный диагноз не лишен и ряда недостатков, важнейшим из которых является то, что на практике реальное содержание «функционального диагноза» стало представлять собой набор самых разных феноменов [Коцюбинский, Зайцев, 2004] и может достигать 560 различных признаков, как, например, в монографии В.Д. Вида [1993]. Подобный подход существенно размывает границы функционального диагноза и превращает его в систему тщательно фиксируемых различных вненезологических характеристик.

По мнению тех же авторов, при постановке функционального диагноза, прежде всего, нужно ответить на вопрос о том, чего недостает в информации, содержащей разнообразные и разнородные сведения о больном.

Для практических целей наиболее существенным дефицитом будет отсутствие данных:

- об особенностях компенсаторно-адаптационных возможностей пациента;
- о пределе его психологических защитных сил;
- об особенностях социальной поддержки и в связи с этим о максимуме его социальных возможностей, на которые может рассчитывать врач.

В более поздней своей работе А.П. Коцюбинский и соавторы [2011] предлагают в пределах функционального диагноза сосредоточивать внимание на следующих четырех блоках, включающих данные об особенностях:

- 1) клинко-биологического адаптационного потенциала;
- 2) психологического блока функционального диагноза;
- 3) социального блока функционального диагноза;
- 4) интегративных характеристиках биопсихосоциального функционирования.

В *клинко-биологическом блоке*, отражающем особенности проявления заболевания, фиксируются семь характеристик:

- 1) показатель преморбидного биологического адаптационного потенциала (субклинические нервно-психические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адаптационно-компенсаторных возможностей организма и его готовности реагировать патологическим образом на внутренние и внешние стрессорные факторы, обозначаемые авторами как *психопатологический диатез*);

- 2) психопатологические расстройства (когнитивные, негативные, аффективные и позитивные симптомокомплексы);

- 3) тип течения заболевания;
- 4) скорость нарастания негативных проявлений (прогредиентность) заболевания;
- 5) острота состояния на момент диагностического обследования;
- 6) стадия заболевания (или характер его исхода) на момент диагностического обследования;
- 7) результирующий показатель адаптационно-компенсаторных особенностей текущего состояния — клинический диагноз.

В *психологическом блоке* функционального диагноза выделяются пять характеристик:

1) особенности различных сфер психологического функционирования:

- познавательной (патология внимания, памяти, расстройства мышления);
- эмоционально-волевой;

2) личностные особенности пациента:

- индивидуально-личностные, характерологические особенности, социальные свойства (невроты, психопатии, а также личностные нарушения, происходящие в результате эндогенных психических расстройств);
- ценностно-смысловые ориентации (содержательная сторона направленности личности);

3) механизмы психологической адаптации:

- копинг (механизм адаптации, при помощи которого человек осознанно осваивается в новой для него ситуации или социальной роли при вторжении в жизнь стрессовых обстоятельств, которые невозможно устранить);
- психологическая защита (бессознательный процесс, регулирующий уровень эмоционального напряжения, тревоги);
- внутренняя картина болезни (основным компонентом внутренней картины болезни является отношение к факту заболевания, которое определяет стратегию формирования адаптивного или дезадаптивного поведения пациентов);

5) психологические конфликты (мера осознания):

- конфликтогенные особенности личности;
- наличие конфликта в системе копинг-механизмов и механизмов психологической защиты;
- конфликт в системе ценностей личности.

Социальный блок функционального диагноза включает:

1) социальный статус больного (образование, характер трудовой деятельности);

2) характеристики социальной поддержки (внешние факторы) — семья и внесемейное окружение — на эмоциональном и инструментальном уровнях, качество работы социальных институтов;

3) результирующая характеристика психосоциальных адаптационно-компенсаторных особенностей пациента (социальные проблемы могут касаться материального положения, жилищных условий, медицинского обслуживания, юридических вопросов, взаимодействия с государственными органами и т.п.; межличностные конфликты — отсутствие согласия в сложившейся системе взаимодействия между людьми, столкновение противоположных целей, мотивов, точек зрения, интересов участников взаимодействия).

Из оценок личности, представленных через описанные блоки функционального диагноза, вытекают *интегративные характеристики биопсихосоциального функционирования*.

1. Тип приспособительного поведения:

1) *конструктивный* — наличие у пациента установки на сознательную мобилизацию своих жизненных ресурсов при решении поставленных задач, готовность к принятию ответственности за разрешение трудной ситуации, наличие достаточной самостоятельности и преимущественного расчета на собственные силы в преодолении повседневных трудностей, стремление к удержанию достигнутых социальных позиций вплоть до ригидной одержимости в достижении целей;

2) *регрессивный* — пассивная жизненная позиция, отступление от достигнутых социальных успехов, отказ от борьбы за социально значимые цели, фиксация ограниченного числа поведенческих стереотипов, преобладание индивидуалистических и эгоцентрических интересов, ориентированных преимущественно на достижение физического и психологического комфорта;

3) *морбидный* — актуальная психопатологическая симптоматика достигает такой выраженности, когда в основном она (а не особенности личности) определяет поведение.

2. Уровень функционирования в различных социальных сферах — мера успешности функционирования индивидуума в социуме с точки зрения общественных норм.

3. Качество жизни — субъективное восприятие человеком различных факторов, отражающих его психологическую адаптированность (физическое, психическое и социальное благополучие), которая при потерях здоровья больше зависит от особенностей личности больного, способности справиться со стрессовыми ситуациями, чем от выраженности психопатологических расстройств.

Помимо трактовки функционального диагноза, в которой основной смысловой акцент делается на учете обстоятельств, благоприятно или неблагоприятно влияющих на протекание психического расстройства, в патопсихологии широко распространено и его понимание как перечня доказательно выявленных с помощью психодиагностических приемов и интегрированных в систему качественных и количественных отклонений различных психических функций в различных сферах личности. Жизненный путь больного объединяет эти отклонения причинно-следственными связями, а между частью из них возникают и иерархические отношения, также обусловленные принципом первичности — вторичности. Весь объем подобной информации, инструментально подтвержденной, систематизированной, указывающей на функциональное место каждого симптома и описанной патопсихологом, по существу, и является функциональным диагнозом, выводящим исследователя на представление об имеющемся у больного патопсихологическом синдроме.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте ступени, которые выделяются в развитии диагноза.
2. В чем различия между психологическим и функциональным диагнозом?
3. Какие аспекты традиционно выделяются в рамках функционального диагноза?
4. Какие основные информационные блоки предлагается рассматривать при формулировке функционального диагноза в практическом отношении?

1.12. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Содержанием функционального диагноза выступает патопсихологический синдром. Любой диагностический эксперимент должен быть направлен на выяснение его структуры. Симптомы никогда не проявляются изолированно, в силу чего в психиатрической клинике большое значение имеет именно системный анализ, отражающий нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы. Подобные представления позволяют прогнозировать возникновение наиболее типичных для данного заболевания расстройств.

Большинство толкований понятия синдрома, несмотря на внешние различия, имеют довольно большое общее содержание. Например, В.Х. Василенко определяет синдром вообще как «устойчиво наблюдаемую совокупность симптомов, объединенных общим па-

тогенезом» [1985, с. 147], причем одни и те же синдромы могут наблюдаться при различных нозологических формах. Н.К. Корсакова дает более конкретное определение клинико-психологического синдрома: «закономерное возникающее сочетание симптомов нарушения познавательных процессов или личности, в основе которого лежит вызванная болезненным процессом недостаточность объединяющего их звена в системно-структурном строении психики» [1999, с. 142]. Ю.М. Антонян и В.В. Гульдан считают, что «патопсихологический синдром представляет собой неразрывную в реальности совокупность взаимосвязанных нарушений, сохранных сторон и индивидуально-типических особенностей психической деятельности личности» [1991, с. 33]. И.А. Кудрявцев [1988] характеризует патопсихологические синдромы как специфические комплексы внутренне связанных, родственных по происхождению (патогенезу) психологических симптомов — признаков нарушения поведения, эмоционального реагирования и познавательной деятельности, несущих информацию об уровне (глубине), объеме (тяжести) психического поражения и некоторых его нозологических характеристиках (диагностической «окраске»).

Психопатологический синдром В.М. Блейхер и И.В. Крук [1986] рассматривают как завершающий этап сложной патогенетической цепи, в принципе понимая под синдромом патогенетически обусловленную общность внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных признаков психических расстройств. Ю.П. Зинченко, Е.И. Первичко видят в синдроме «открытую саморазвивающуюся систему, обладающую качествами самоорганизации, саморегуляции и самодетерминации, способную эффективно решать задачи адаптации, как изменяя свои собственные структурные параметры, так и воздействуя на окружающую социальную среду» [2013, с. 11].

Разведение патопсихологического и психопатологического синдромов по их определению встречается с серьезными трудностями, поскольку феноменология и механизмы возникновения тех и других идентичны. Различия же сводятся к направленности анализа этой феноменологии: если психопатолог констатирует наличие в клинической картине тех или иных симптомов или синдромов психической патологии и специфику их течения, то патопсихологу предлагается свое исследование направить «на раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемой в клинике симптоматики» [Блейхер, Крук, 1986, с. 26]. Подобный подход к раскрытию патопсихологического синдрома сближает его содержание с целями нейропсихологии.

Патопсихологический синдром не является непосредственно данным. Для синдромального подхода в патопсихологии, как и в психиатрии, важно определение существенных особенностей нарушения психической деятельности, что обеспечивает полноту характеристики и обоснованность выводов исследователя, его введение на нозологическую принадлежность заболевания. То есть набор признаков, включаемых в подобный синдром, изначально неочевиден, а предполагает известный путь их анализа, обобщений и факторного мышления. Выделение синдрома сопровождается структурированием и интерпретацией получаемого в ходе исследования материала. При этом важно помнить, что характер нарушений не специфичен для того или иного заболевания или формы его течения. Он лишь типичен для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования [Зейгарник, 1986]. Поскольку каждое заболевание имеет свою динамику, то столь же динамичны и синдромы, которые могут меняться с течением заболевания в зависимости от таких характеристик заболевания, как форма, время возникновения, длительность течения, качество ремиссии, степень дефекта. Но с внешней стороны описание патопсихологического синдрома может выглядеть как своеобразный портрет непротиворечивых симптомов, помимо прочего отвечающий требованиям целесообразности в перспективе будущей коррекционной работы, психо- и фармакотерапии.

Систематика патопсихологических симптомов не является в достаточной степени разработанной. Первые попытки в этом направлении в рамках судебно-психиатрической практики были предприняты А.И. Кудрявцевым [1988], который в качестве основных выделил следующие: шизофренический, органический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации психической деятельности.

Для *шизофренического патопсихологического симптомокомплекса* наиболее характерны симптомы распада мыслительных процессов, признаки диссоциации личностно-мотивационной и операциональной сфер мышления, специфические нарушения динамики мыслительной деятельности. Эти основные расстройства проявляются при патопсихологическом исследовании в нецеленаправленности мыслительного процесса, непоследовательности суждений, специфическом эмоционально выхолощенном и бесплодном резонерстве, символике, искажении процессов обобщения с разноплановым подходом к выделению ведущих признаков, в актуализации слабых и латентных признаков предметов и понятий, феноменах патологического полисемантизма (многосмыслия), причудливости,

несоответствия, выхолощенности ассоциаций, фрагментарности восприятия, своеобразных изменениях внимания и умственной работоспособности, связанных с мотивационными расстройствами, в нарушениях критичности мышления, неправильной самооценке. Дополнительно наслаиваются расстройства в эмоциональной (обеднение эмоций, их неадекватность) и коммуникативной (аутистические тенденции) сферах.

«Ядро» патопсихологических нарушений *органического* симптомокомплекса имеет качественно иной характер. Преобладают изменения операциональной сферы мышления и процессов памяти по типу снижения интеллектуальных и мнестических возможностей, исследуемых в сочетании с относительной сохранностью личностно-мотивационной сферы мышления, достаточной адекватностью эмоциональных реакций. Отмечаются выраженная тенденция к образованию конкретно-ситуационных связей, обстоятельность суждений, снижение всех видов запоминания, замедленность, примитивность, стереотипность ассоциаций, нарушения умственной работоспособности с истощаемостью, лабильностью внимания, субъективной утомляемостью и колебаниями качества ответов по мере увеличения интеллектуальной нагрузки, снижение критичности мышления при относительно верной самооценке.

Психопатический симптомокомплекс *патопсихологических расстройств* складывается из характерных явлений нарушений самооценки, неадекватного уровня притязаний (чаще завышенного), аффективной обусловленности поведения, расстройств прогностической и регуляторной функций мышления со своеобразным эмоционально насыщенным рассуждением (резонерством), неустойчивостью мотивации в процессе обобщения, выраженной аффективной логикой суждений при затрагивании наиболее личностно значимых тем, явлениями парциальной (частичной) некритичности при оценке своего противоправного поведения и ситуации.

Основу *патопсихологического симптомокомплекса психогенной дезорганизации психической деятельности*, свойственного реактивным психозам, составляют характерные признаки специфической хаотичности, ненаправленности деятельности, своеобразные «искажения» процесса обобщения с выделением аффективно значимых признаков предметов, с аффективно обусловленными задержками, затруднениями, нарушениями в операциях опосредования, абстрагирования. Отмечается снижение уровня обобщений, чаще динамического характера (выделение конкретно-ситуационных признаков). Обнаруживаются затруднения при понимании логи-

ческих связей событий, неспособность осмысления относительно несложных наглядно-образных ситуаций с искаженной переработкой сюжета, вытеснением эмоционально значимого (отрицательно окрашенного) компонента. Характерны также динамические нарушения конструктивных способностей («праксиса»), привычных навыков, памяти (всех ее видов — оперативной, кратковременной, отсроченной, механического и смыслового запоминания), сочетающиеся с трудностями переключения внимания, замедленным и неравномерным темпом психической деятельности. Большинство из вышеописанных признаков психогенной дезорганизации психической деятельности обуславливается исходными расстройствами сознания.

Проведенное динамическое сопоставление повторных психиатрических нозологических и патопсихологических синдромальных диагнозов выявило высокую степень их соответствия, подтвердив диагностическую надежность и информативность патопсихологических симптомокомплексов.

В.М. Блейхер и И.В. Крук [1986] дополнили выше рассмотренный перечень, выделив в рамках органического экзогенно-органический и эндогенно-органический синдромы, в рамках психогенного — психотический и невротический, а в круге эндогенных психозов — шизофренический и аффективно-эндогенный. В итоге эти авторы предлагают оперировать следующими синдромами.

1. *Шизофренический* — в основном совпадает с характеристикой синдрома по А.И. Кудрявцеву.

2. *Аффективно-эндогенный* — в клинике ему соответствуют биполярное аффективное расстройство (*бывш.* маниакально-депрессивный психоз) и функциональные аффективные психозы позднего возраста. В депрессивном состоянии характерно безрадостное, подавленное и безысходное настроение, снижение скорости мыслительных операций, суицидальные тенденции, расстройства со стороны вегетативных функций, сна и аппетита. В маниакальном состоянии — неадекватно ситуации приподнятое или эйфоричное настроение, сопровождаемое ускорением темпа мыслительной деятельности, психомоторным возбуждением, переоценкой собственной личности, повышением инстинктивных видов деятельности, снижением дифференцированности внимания.

3. *Олигофренический* (соответствует умственной отсталости) — складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, из дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.

4. *Экзогенно-органический* — в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга: церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, интоксикации различной природы инфекционные процессы и т.п. Типичны явления астении в гиперстенической или гипостенической форме, некоторые потери со стороны мнестических функций, ослабление способности к сосредоточению внимания и снижение произвольного контроля за внешними проявлениями эмоций. В более тяжелых случаях начинает страдать «верхний эшелон» психической деятельности, имеющий отношение к нравственной составляющей личности (утрачивается деликатность, стыдливость, чувство дистанции), в интеллектуальной сфере — к сложным видам мыслительной деятельности, к процессам обобщения и отвлечения, доходя до уровня слабоумия.

Экзогенно-органический, в свою очередь, может быть структурирован в зависимости от локализации очага поражения головного мозга, что переводит вектор анализа содержания таких синдромов в нейропсихологическую плоскость. С достаточной полнотой основные нейропсихологические синдромы у взрослых (синдромы повреждения) и детей (синдромы незрелости) описаны в работах Н.К. Корсаковой, Л.И. Московичуте [2003] и А.В. Семенивич [2002].

5. *Эндогенно-органический* — в клинике — истинная (так называемая генуинная) эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге. Для эпилепсии, прежде всего — появление инертности и вязкости во всех видах психической деятельности, в мышлении — снижение уровня обобщения, склонность к застреванию на отрицательно окрашенных переживаниях, периодическая аффективная взрывчатость, повышенная озабоченность собственным здоровьем и болезненный педантизм. При атрофических процессах ведущей симптоматикой становится нарушение когнитивной функции и интеллекта с потерей ранее приобретенных навыков. На ранних стадиях — со склонностью к эмоциональной неустойчивости и депрессии, а на поздних стадиях — к апатии и абулии, потерей критики к своему состоянию, нарушениям координации движений, склонностью к немотивированным поступкам, постепенной деградацией личности, развитием деменции и маразма.

6. *Личностно-аномальный* — в клинике — акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции. Ключевым фактором для этого варианта синдрома выступает дисгармония эмоционально-волевой сферы, которая подчиняет себе все

остальные проявления расстройства. Степень разнообразия конкретных признаков специфических расстройств личности (современное обозначение психопатий) велика и во многом зависит от формы психопатии. Но для большинства лиц, отнесенных к данному варианту синдрома, типичны недостатки прогнозирования последствий своих поступков, социальная дезадаптированность, слабость самокритики, отсутствие учета опыта (в том числе и негативного) при относительной сохранности интеллекта.

7. Психогенно-психотический — в клинике — реактивные психозы, возникающие как ответ на сверхсильную психическую травму и принимающие форму:

- аффективно-шоковых реакций, сопровождающихся сужением сознания, неупорядоченностью поведения, «мнимой смертью» (оцепенением, безразличием и апатией) или «двигательной бурей» (бессмысленной и эмоционально насыщенной двигательной активностью, ярко выраженными вегетативными реакциями) по Кречмеру;
- истерических психозов с псевдодеменцией (имитацией слабоумия), амнезией, ступором (обездвиженностью и мутизмом) или нуэрилизмом (регрессом психической деятельности, появлением в речи и в действиях детских черт);
- реактивных депрессий с бредовыми идеями, суицидальными мыслями или без них;
- реактивных параноидов — образование сверхценных или бредовых идей (воздействия, отношения, преследования), при которых любые нейтральные события начинают трактоваться тенденциозно, порождая насыщенные эмоциональные реакции.

Методической основой выделения психогенных расстройств (в том числе и невротических) считаются критерии, предложенные Карлом Ясперсом и известные под названием «триады»: 1) болезнь возникает вслед за психической травмой (однако в конкретных случаях подобное соотношение событий во времени не означает наличие причинности); 2) содержание болезненных переживаний отражает содержание психотравмирующей ситуации; 3) психические расстройства редуцируются и исчезают после дезактуализации психотравмирующей ситуации.

8. Психогенно-невротический — в клинике — невроты и невротические реакции, в клинической и патопсихологической картине которых доминируют эмоциональные и вегетосоматические расстройства на почве преимущественно внутриличностного конфликта, который, согласно концепции В.Н. Мясищева [1960, 2005]

и ориентируясь на взгляды отечественных психиатров [Карвасарский, 1990], может выражаться: противоречивостью собственных тенденций (характерно для обсессивно-психастенического невроза), противоречивостью завышенных требований к себе, сочетаемых с ограниченностью личностных ресурсов (типично для неврастения) и завышенными претензиями к окружающим при игнорировании объективных реальных условий (специфично для истерического или конверсионного невроза).

Б.Д. Карвасарский к числу основных невротических синдромов причисляет: *астенический* (собственно астения, вегетативные проявления и расстройства сна); *обсессивный* (навязчивые сомнения, размышления, воспоминания, страхи, действия, ритуалы); *фобический* (выделенный из обсессивных: переживание навязчивого страха с четкой фабулой и преимущественно сохранной критикой к своему состоянию); *ипохондрический* (избыточная озабоченность своим здоровьем) и *синдром невротической депрессии* (сниженный фон настроения, не доходящий до степени тоски).

Поскольку указанные синдромы выступают как значимые признаки соответствующего психического расстройства, они часто обозначаются как регистр-синдромы.

Ориентируясь на отечественную психиатрическую классификацию, Носачёв [2004] дифференцирует несколько отличающиеся виды патопсихологических синдромов, каждый из которых может быть рассмотрен под углом зрения расстройств когнитивной, эмоциональной и мотивационной сфер:

1. Шизофренический.
2. Аффективный (гипер- и гипотимический).
3. Психотической дезорганизации.
4. Органический (ригидный, лабильный, мнестический).
5. Эпилептический.
6. Олигофренический.
7. Личностно-аномальный (возбудимый и торпидный).

При этом решение проблемы обобщения визуально и экспериментально регистрируемых данных может идти не только об очерчивании смысловых границ синдромов, но и о принципиальных подходах к их выделению. Например, И.А. Горьковская [2010], в отличие от предыдущих авторов, предлагает сконцентрировать внимание прежде всего на патопсихологических проявлениях психических расстройств в зависимости от их формы, стадии и течения заболевания, что действительно не лишено смысла в дифференциальной диагностике.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте содержание понятия «синдром».
2. В чем разница между психопатологическим и патопсихологическим синдромами?
3. Какова классификация патопсихологических синдромов?
4. Приведите критерии выделения психогенных расстройств по К. Ясперсу.

Глава 2

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

2.1. СЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Сенсорные процессы — это самые элементарные психические явления, результатом которых становятся ощущения — «сенсорные эффекты и есть ощущения» [Веккер, 1998, с. 78]. *Ощущения* — форма непосредственного отражения в сознании человека отдельных свойств предметов и явлений реальной действительности, воздействующих в данный момент на органы чувств человека, а также и состояния самого организма. Это самая элементарная форма психического отражения, благодаря которой организм идентифицирует качество (модальность) раздражителя, длительность и интенсивность его воздействия, а также его локализацию по отношению к органам чувств или по отношению ко всему организму. В физиологическом аспекте термином «ощущение» обозначают начальные процессы обнаружения и кодирования энергии физического мира [Шиффман, 2003], а это значит, что ощущения могут классифицироваться не только по своей модальности (качеству воспринимаемого свойства), но и по своей интенсивности.

Ощущение является исторически первой формой психического. Возникновение ощущения связано с развитием раздражимости нервной ткани. На определенном этапе эволюционного процесса у организма элементарная раздражимость перерастает в чувствительность, т.е. способность реагировать не только на жизненно важные раздражители, но и на раздражители, имеющие сигнальное (в известном смысле — предупреждающее) значение, что заканчивается ответами на них дифференцированными формами реакций.

Получение первичной психической информации осуществляется через органы чувств — *анализаторные системы*, состоящие из периферических рецепторов, выполняющих роль детекторов (определителей) по отношению к воздействующим раздражителям и роль преобразователей энергии внешнего раздражителя в энергию нервного импульса, проводящих путей (афферентных), некоторых подкорковых инстанций и центральной части — представительства в коре больших полушарий мозга. Иногда в структуре анализаторной системы выделяют и нисходящие волокна

(эфферентные), через которые осуществляется настраивающая регуляция деятельности нижних уровней анализатора со стороны высших, в особенности корковых, отделов.

Расположение рецепторов в пространстве организма не является случайным, это результат продолжительного эволюционного процесса, оптимизирующего структуру всей рецепторной системы сообразно вероятности встречающихся раздражений и сообразно функциональным отношениям органов, с которыми ощущения непосредственно или опосредованно ассоциированы. При этом имеется сочетание двух факторов, обеспечивающих формирование сенсорного образа — способности к одновременной активации многих рецепторов, воспринимающих сигналы разных модальностей и относительной функциональной их независимости друг от друга. Интеграция получаемой таким образом информации производится лишь в высших отделах ЦНС. В принципе, человеческое тело в целом можно рассматривать как единый, хотя и сложно дифференцированный анализатор сигналов — воздействий на человека со стороны окружающей его среды [Гинецинский, 1997]. Таким образом, для возникновения ощущения необходимыми условиями являются: источник раздражения, его энергетическое воздействие и среда, через которую это воздействие достигает рецепторного аппарата.

Другая закономерность, распространяющаяся на работу воспринимающих систем, — это процесс *сенсорной адаптации* (лат. *sensus* — чувство, ощущение и *adapto* — приспосаблию) — разнообразные изменения чувствительности анализатора, которые служат для его подстройки к интенсивности раздражителя. С одной стороны изменение пороговых характеристик анализатора обеспечивает предохранение органов чувств от избыточно сильных раздражителей, с другой — не позволяет маскировать новые информационно важные раздражители постоянно действующими, гася последние, а в-третьих — обеспечивает восприятие слабых, но субъективно значимых для поведения сигналов. Имеет место перестройка абсолютной и дифференциальной чувствительности. Патологическая утрата какого-либо сенсорного потока обычно сопровождается компенсаторными перестройками в деятельности других анализаторных систем.

Сенсорная организация ребенка характеризуется целым рядом особенностей. В силу слабой дифференцированности анализаторной чувствительности (незрелости коры) для новорожденного характерны генерализованные (преимущественно подкорковые) реакции на воздействия, причем эти реакции побуждаются

не столько внешними, сколько внутриорганизменными раздражениями. А позднее у детей начинают доминировать ярко выраженные ориентировочные реакции на явления уже окружающего мира, сопровождаемые высокой двигательной активностью, в свою очередь определяющей возможности ребенка в познании происходящего. Онтогенез, отражающий логику приспособления ребенка к внешней среде, обуславливает и неравноценную полезность различных анализаторов на разных этапах созревания, причем функциональное совершенствование позднее активирующейся анализаторной системы опирается на другие, уже зрелые анализаторы. После рождения ранее всего рефлексы начинают вырабатываться на вкусовые (жизненно важные) и вестибулярные (сопровождающие кормление) раздражители, затем созревают обонятельные и тактильно-кинестетические функции (хотя реакции на раздражение кожи обнаруживаются еще в эмбриональном периоде) а позднее — акустические и зрительные. В основных своих чертах сенсорная организация ребенка складывается примерно к 5–6-му месяцу, но ее совершенствование продолжается годами, определяясь такими внутримозговыми процессами, как миелинизация проводящих путей, совершенствование синаптической системы, а также изменениями со стороны глиальной ткани и рядом других.

В соответствии с классификацией английского нейрофизиолога Чарльза Шеррингтона (Charles Scott Sherrington, 1857–1952), выделяются следующие виды ощущений:

- *экстероцептивные* возникают при воздействии внешних раздражителей из внешней среды); они, в свою очередь, делятся на дистантные (слуховые, зрительные и, условно, обонятельные) и контактные (вкусовые и осязательные);
- *проприоцептивные* (кинестетические) при помощи рецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях и суставных сумках отражают и регулируют выполняемые движения, принимаемую позу и относительное положение частей тела в целом. Они также совместно с вестибулярным аппаратом сигнализируют о положении тела относительно направленности сил гравитации (ощущения равновесия);
- *интероцептивные* (органические) возникают при отражении обменных процессов и состояния внутренних органов (наличия в организме биологически полезных или вредных веществ, химического состава имеющихся в нем жидкостей, температуры тела, давления и многого другого). Сигналы, поступающие из внутренних органов, в большинстве случаев менее осознаваемы и относятся к субсенсорной области психики, имея те-

сное отношение к обусловливанию эмоциональных состояний (патология функционирования интероцептивных систем имеет определенное значение в развитии ипохондрического феномена [Орбели, 1949; Кербиков, 1955 и др.]). Причиной перехода этих «органических» раздражений в область отчетливых ощущений служат патологические изменения во внутренней среде организма. Таким образом, интероцептивные ощущения по отношению к параметрам гомеостаза выполняют сигнальную функцию. Однако в клинической практике нередко можно встретить феномен субъективно выраженных интероцептивных ощущений, для которых соответствующие материальные причины отсутствуют.

Английский невролог Генри Гед (Хэд) (Henry Head, 1861–1940) в эволюционном плане предложил различать протопатические и эпикритические ощущения.

Протопатические (подкорковые, витальные, ноцицептивные) — малодифференцированные, лишённые четкой локализации древние ощущения, тесно связанные с эмоциями и жизненно важными процессами. Вызываются угрожающими организму и его тканям раздражителями (например, при контакте сильными стимулами, вызывающими боль, при резких температурных воздействиях и т.п.). Ноцицептивная чувствительность кроме собственно боли субъективно может быть представлена также в виде различных неприятных интероцептивных ощущений, таких как изжога, тошнота, головокружение, зуд, онемение и т.п.

Эпикритические (корковые, гностические), или дискриминативные ощущения — эволюционно более молодые, четко дифференцированы, организованы для восприятия внешних стимулов и непосредственно связаны с процессами мышления. Они дают возможность организму ориентироваться в окружающей среде, воспринимать слабые раздражения, на которые организм может отвечать реакцией выбора (произвольным двигательным актом). Понижение или выпадение функции эпикритической чувствительности приводит к растормаживанию функции системы протопатической чувствительности.

Каждая анализаторная система имеет существенные ограничения в своей работе, т.е. эффект ощущения возникает лишь при определенном диапазоне интенсивности и качества раздражителя, определяемом нижним и верхним порогами раздражения. Даже полный комплекс анализаторных систем человека (равно, как и всех животных) способен отразить не всю информацию, гипотетически воздействующую на организм, а лишь ее небольшой спектр,

обеспечивающий эффективную адаптацию к внешней среде. Чувствительность постоянно изменяется в процессе развития и жизнедеятельности организма, приспособлявая его к раздражениям различной интенсивности.

Информация, прошедшая процесс переработки и анализа, далее либо осознается, либо остается на неосознаваемом уровне, но в любом случае влияет на поведение человека (например, через сосудистые, трофические вегетативные, секреторные реакции). Таким образом, понятие чувствительности уже, чем понятие реценции.

Традиционно различают *количественные* (понижение, повышение интенсивности ощущений, их потеря) и *качественные* (извращения) нарушения чувствительности. Первые характеризуются тем, что при них сохраняется правильность ощущения по существу (общий обзор вариантов симптоматики нарушений телесной перцепции см.: [В.И. Крылов, 2006]).

Количественные расстройства чувствительности

Гиперестезия — усиление восприимчивости, интенсивности ощущения. Раздражители, обычно располагающиеся в зоне физиологического комфорта, вызывают чрезвычайно интенсивную реакцию в связи с резким уменьшением нижних абсолютных порогов соответствующих рецепторов: обычный свет кажется ослепительно ярким, звуки ощущаются оглушительно громкими, случайные прикосновения — грубыми и т.п. В крайних случаях своего проявления гиперестезия может приводить к раздражению, несдержанности и дискомфорту. Этот вид расстройства может возникать при астенических состояниях, неврастении и истерии, при некоторых психозах и интоксикациях.

Гипестезия (гипопатия) — ослабление интенсивности ощущения вследствие резкого возрастания их нижних абсолютных порогов. Нарушение чувственного тона может касаться различных видов ощущений — зрительных, слуховых, тактильных, проприоцептивных, висцеральных.

Приведем примеры жалоб больных с гипестезией [Жмуров, 1994].

Снижение остроты зрительных ощущений проявляется в том, что интенсивность освещения окружающего кажется значительно меньшей, чем это свойственно нормальному восприятию. Яркое освещение воспринимается тусклым, матовым, вечерним, цвета кажутся угасшими, блеклыми, пастельными, оттенки цвета различаются с трудом, контуры предметов видятся неясными, размытыми,

лишенными четких очертаний, иногда слегка колеблющимися, неопределенными. Все вокруг воспринимается «как в тумане, через вуаль, пелену, дымку, завесу», как если бы глаза были «задернуты пленкой, зашторены».

Ощущение притупления слуховых восприятий проявляется в том, что звуки кажутся ослабленными, приглушенными, нечетливыми, плохо модулированными — «уши как заложены, будто вата в них». Гипестезия кожного чувства выражается жалобами на снижение ясности ощущений осязания, боли, холода, тепла: «Щипаю себя, колю и плохо это чувствую, как будто это не я... Трогаю предметы и не понимаю, холодные они, горячие, твердые или мягкие... Щека как замороженная, ничего не ощущает... Кожа над коленными чашечками будто одеревенела... Руки ниже локтя как онемели, ничего не чувствуют...».

Ослабление яркости обонятельных и вкусовых ощущений часто наблюдается одновременно. Пища кажется безвкусной, пресной, однообразной, не возбуждает аппетита: «Будто траву жуешь или резину, если не посмотреть, — не разберешь, что во рту...». Плохо ощущаются запахи, как приятные, так и неприятные, их оттенки не различаются.

Встречаются жалобы на снижение остроты или утрату кинестетических ощущений: «Ноги как ватные, плохо чувствую их... Руки онемели, как будто отлежал их...».

Иногда больные с беспокойством отмечают потерю ощущения движений своего тела: «Движения легкие, незаметные, будто суставы смазаны... Все делаю с какой-то необычной легкостью...». Нарушается восприятие положения частей тела: «Закрою глаза и теряю представление, как лежат руки, согнуты или вытянуты ноги, сжимаю кулак или нет... Не чувствую, в какую сторону повернула голову, лежу я или сижу...». Теряется ощущение веса предметов. Больные могут обратить внимание на чувство утраты или ослабления ощущений, исходящих изнутри: «Пусто в груди, животе, будто я полый... Внутри все замерло, затихло, точно там ничего нет...».

Причины гипестезии разнообразны — начиная от органических поражений мозга различной этиологии, депрессивных состояний, астенических синдромов и заканчивая алкогольным опьянением.

Анестезия — полная утрата чувствительности, в частности болевой, даже при значительных по силе раздражениях (например, при медицинском наркозе).

Количественные изменения чувствительности начинают влиять на протекание других психических процессов, прежде всего внимания и зависимых от него.

Качественные расстройства чувствительности

Сенестопатии — аморфные, в большинстве своем неприятные, сенсорно новые и необычные ощущения со стороны внутренних органов, для описания которых больные часто прибегают к сравнениям, метафорам или аналогиям. Локализация сенестопатий крайне изменчива, иногда носит мигрирующий характер. Они чрезвычайно разнообразны: человек может чувствовать жжение, давление, боли, распирание, перемещение жидкостей, натяжение и т.п. [Эглитис, 1977]. В отличие от соматических болей, которые всегда локализованы, имеют стереотипное содержание, связаны с анатомическими границами и расположением органов, для сенестопатий характерно отсутствие такой предметности переживаний. В большинстве случаев появление сенестопатий сопровождается эмоциональным напряжением, тревогой, тягостным чувством неопределенной витальной угрозы, ипохондрическими тенденциями. Наиболее причудливые сенестопатии встречаются на почве органических поражений головного мозга, а также при шизофрении.

В дошкольном возрасте (4–5 лет) впервые появляющиеся сенестопатии выступают в виде псевдоболевых ощущений преимущественно в животе и конечностях, и носят преходящий характер. В младшем школьном и препубертатном возрасте возникают более очерченные сенестопатические и сенестоипохондрические состояния [Обухов, Шустер, 2004], иногда сосредоточенные в области сердца.

Парестезии — более или менее элементарные кожные ощущения, возникающие без всякого внешнего раздражения: ползание мурашек, онемение, покалывание, жжение, пульсация, охлаждение, разогревание, боли в корнях волос, ощущение влажности кожи, движения по ней капель жидкости. Парестезии являются признаками заболеваний нервной системы, в том числе ее периферического отдела.

Извращение восприятия внешних раздражений, например: возникновение ощущения боли при холодном или теплом раздражении; ощущение большей величины осязаемого предмета; ощущение множества предметов или раздражений вместо одного (полиестезия); ощущение боли в другой зоне по отношению к месту укола; ощущение раздражения не в месте его нанесения; ощущение раздражения в симметричном участке с другой стороны; неадекватное восприятие различных раздражений.

Гиперпатия (от греч. *hyper* — над, сверх и *pathos* — страдание) по своей симптоматике и происхождению напоминает гиперестезию, но отличается от нее тем, что здесь имеют место не количественные нарушения процессов ощущения, а их качественные преобразования, т.е. переход от собственной модальности обычного

раздражителя к боли и другим неприятным ощущениям типа зуда, тяжести и т.п. Из-за этого гиперпатия иногда описывается как извращение чувствительности.

В норме соматическая сфера функционирует непроизвольно или автоматически, большинство физиологических процессов не сопровождается возникновением телесных ощущений. Наиболее частое проявление телесной гиперпатии — ощущение более сильных и / или более частых сердцебиений при объективно регистрируемой нормальной частоте сердечных сокращений, ощущение движения пищевого комка по пищеводу, каловых масс по толстой кишке. Более редкий вариант гиперпатии — обостренное восприятие ощущений, связанных с овуляцией и менструальным циклом [Крылов, 2006]. Иногда раздражения плохо локализуются больным, иррадиируют в другие зоны организма, отмечается длительное их последствие. Больные стараются уменьшать приток раздражителей: жмурятся, затыкают себе уши ватой, натягивают на голову одеяло, если лежат в постели, вздрагивают от ничтожного неожиданного звука или прикосновения, иногда сбрасывают с себя одежду, не перенося ее прикосновения к телу [Демьянов, 2004]. Проявления висцеральной гиперпатии наблюдаются при невротических расстройствах.

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое ощущение и какова их классификация?
2. Каковы структурно-функциональные особенности анализаторных систем?
3. Охарактеризуйте количественные расстройства чувствительности.
4. Опишите качественные расстройства чувствительности.
5. В чем различие парестезий и сенестопатий?

2.2. ВОСПРИЯТИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

В соответствии с самым распространенным определением, *восприятие* (перцепция) — это психический саморегулирующийся процесс отражения предметов и явлений действительности в совокупности их различных свойств и частей при непосредственном воздействии их на органы чувств. Результатом восприятия становятся два автономных или сочетанных феномена:

1) формирование субъективного *образа* (психической копии воспринимаемого объекта, их совокупности, пространства и временной последовательности событий, включая и мир в целом) впервые встречаемых предметов и явлений;

2) узнавание ранее знакомого объекта, что происходит как итог сопоставления реально воспринимаемого объекта с его идеальной

моделью, которая хранится в долговременной памяти. Полноценное восприятие завершается категоризацией, т.е. отношением воспринятого к определенному классу объектов или явлений. Это значит, что к перцептивным процессам привлекается и вербальный фактор — номинация (называние) узнанного.

Образ восприятия выступает как результат синтеза ощущений, возможность которого, по мнению А.Н. Леонтьева [2000], возникла в филогенезе в связи с переходом живых существ от гомогенной, предметно неоформленной среды к среде, предметно оформленной, дискретной. Выступая как сложная система процессов приема и переработки информации, как качественно новая ступень чувственного познания, восприятие становится предпосылкой и более совершенной формой ориентировки организма во внешней среде.

Восприятие невозможно без участия двигательной активности, которая сама находится под его коррекцией и контролем, в итоге образуя цепи обратных связей (рефлекторные кольца) [Бернштейн, 1990]. Благодаря им происходит настраивание восприятия на объект и обеспечиваются эффективные необходимые манипуляции (например, зрительное обследование контура невозможно без перемещения глаза — аккомодации, конвергенции и дивергенции, слежения; в слуховом восприятии активную роль играют слабые движения артикуляционного аппарата и т.д.). Формирование образа может обуславливаться как внутрианализаторными ассоциациями ощущений, так и межанализаторными в различных их комбинациях, но в любом акте восприятия обязательное участие принимают двигательные (кинестетические) ощущения.

В целом восприятие как психический феномен отражения характеризуется относительной яркостью и четкостью, проекцией субъективного образа в реальное пространство, отчуждением объекта восприятия и его образа от воспринимающего субъекта, а также невозможностью произвольного изменения образа [Бухановский, Кутивин, Литвак, 1998].

В соответствии с тем, какой анализатор играет в восприятии преобладающую роль, различают зрительное, слуховое, тактильное, кинестетическое, обонятельное и вкусовое восприятие. Возможен и другой тип классификации, основой которого являются формы существования материи. В соответствии с ней выделяют восприятие пространства (объема, формы, величины, удаленности), восприятие времени (последовательности, длительности, ориентировки во времени) и восприятие движения.

Восприятие также делят на два класса или уровня:

1) *непроизвольное*, которое может быть вызвано как выраженными особенностями окружающих предметов, так и случайным со-

ответствием этих предметов интересам личности. В нем нет заранее поставленной цели и отсутствует волевая активность;

2) *произвольное* исходно регулируется ранее возникшей задачей или ясной целью. Оно может быть включено в какую-либо деятельность, но может выступать и как самостоятельная деятельность, например, наблюдение. Эта форма восприятия в достаточно законченной форме появляется в дошкольный период.

И в том и в другом случае речь фактически идет о внимании, которое реализуется через процессы восприятия. Предметы и явления, которые становятся центром перцептивного внимания, называются *объектами восприятия*, а все прочее — *фоном*.

Восприятие, как и любой другой психический процесс, обладает рядом свойств, существенные изменения которых могут составлять предпосылку патологии.

1. *Целостность* — представлена образом предмета или пространственной предметной ситуации. В процессе восприятия отдельные качества предмета, информация о которых поступает через ощущения, интегрируются, обобщаются в единое системное целое (гештальт, символизирующий стремление к завершенности). При этом возникает новое свойство — независимость образованного целого от качества составляющих его элементов, которые могут воздействовать на воспринимающие системы как одновременно, так и последовательно. Степень отчетливости результирующего восприятия зависит от предвосхищения, которое всегда является функцией опыта, приобретаемого в результате перцептивной практики.

2. *Структурность* — это предпосылка целостности восприятия, благодаря которой отдельные воздействующие стимулы объединяются в целостные и сравнительно простые структуры, обеспечивающие отождествление воспринимаемого. Различные объекты начинают узнаваться благодаря устойчивой структуре их признаков, вычленению взаимоотношений частей и сторон предмета. И наоборот — изменение соотношения одних и тех же элементов будет сопровождаться преобразованием объекта в нечто иное (из одних и тех же деталей детского конструктора могут быть собраны разные игрушки). Но под структурностью может пониматься и способность человека при известных усилиях со стороны внимания вычленять из целого отдельные его элементы. Например, при прослушивании музыки возможно уловить отдельные звуки, тембры инструментов, но при обычных обстоятельствах все же восприятие мелодии или ее законченного фрагмента носит целостный характер. В известном смысле структурность является производной от пере-

хода сукцессивных (последовательных) перцептивных процессов в симультанные (одномоментные).

3. *Константность* — сохранение соответствия образа отражаемому объекту даже при изменении условий восприятия. Внешний мир находится в состоянии постоянного изменения. В частности, внешние объекты непрерывно меняются относительно воспринимающего субъекта, который сам подвержен возрастным и другим изменениям. Меняются и сигналы, поступающие на органы чувств. Это явление компенсируется активной работой перцептивной системы: многократное восприятие одних и тех же объектов при разных условиях позволяет выделить относительно постоянную (инвариантную) структуру отражаемого объекта — при восприятии объекта под разными углами, с разного расстояния, при разном освещении и т.п. он все равно идентифицируется как один и тот же. Кроме того, образ, формируемый в процессе отражения действительности, имеет высокую избыточность — совокупность актуально воспринимаемых компонентов образа содержит информацию не только о них самих, но и о перцептивно отсутствующих (например, таких не воспринимаемых в данный момент, как невидимая сторона предмета), т.е. об объекте в целом. Свойство константности, как и свойство целостности, — это приобретаемый в течение жизни результат.

4. *Предметность* — свойство восприятия, которое тройственно трактуется в современной психологии. С одной стороны, оно выражается в разделении общего перцептивного пространства на четко очерченные, замкнутые, обособленные в пространстве и времени отдельные физические объекты. Наиболее ярко данное свойство проявляется в феномене выделения конкретной фигуры из относительно аморфного фона. Важную роль здесь играют ограниченность предмета в пространстве и контрастность ощущений, которую этот предмет вызывает. С другой стороны, предметность часто рассматривается как способность отражать объект через его более обобщенные характеристики, например, через его функциональное назначение или через отнесение воспринимаемого к определенному классу. Перцептивный образ здесь выступает для человека не только как условная целостная фигура, наделенная сенсорными качествами, но и как имеющая определенное предметное содержание. Предметность обычно обуславливается человеческим, общественно-историческим опытом. Ее формирование в онтогенезе связано с первыми практическими действиями ребенка, которые имеют предметный характер, направлены на внешние объекты и приспособлены к их особенностям, местоположению и форме. С третьей стороны, встречаются и определения предметности вос-

приятия как отнесенности всех получаемых с помощью органов чувств сведений о внешнем мире к самим предметам, а, например, не к раздражаемым рецепторным поверхностям или структурам мозга, участвующим в обработке сенсорной информации. Эти дефиниции предметности можно рассматривать как взаимодополняющие.

5. *Обобщенность (категориальность)* — это качество, являясь «сквозным», занимает особое место в перечне свойств перцептивного образа и в общей совокупности основных эмпирических характеристик психических процессов. Обобщенность перцептивного образа заключается в том, что отображаемый единичный объект-раздражитель, выступая в адекватном перцептивном образе во всей своей индивидуальной специфичности, вместе с тем воспринимается в качестве представителя класса объектов, однородных с данным по каким-либо признакам. Эта отнесенность к классу получает свое объективное выражение в однородных исполнительных реакциях в ответ на действие разных экземпляров данного класса, а на специфически человеческом уровне — в однородных и адекватных словесных реакциях, обозначающих разные единичные представители данного класса одним и тем же словом [Веккер, 1998]. По мере расширения опыта восприятия образ, сохраняя свою индивидуальность и отнесенность к конкретному предмету, причисляется ко все большей совокупности предметов определенной категории. По мнению Р.М. Грановской [1988], обобщенность восприятия позволяет не только классифицировать и узнавать предметы и явления, но и предсказывать некоторые свойства, непосредственно не воспринимаемые (одно из свойств константности).

Между всеми перечисленными характеристиками восприятия есть определенное функциональное сходство. И константность, и предметность, и целостность, и обобщенность придают образу важную черту — независимость в некоторых пределах от условий восприятия и искажений. В этом смысле константность — это независимость от физических условий восприятия, предметность — от того фона, на котором объект воспринимается, целостность — независимость целого от искажения и замены компонентов, составляющих это целое, и, наконец, обобщенность — это независимость восприятия от тех искажений и изменений, которые не выводят объект за границы класса. Иными словами, обобщенность — это внутриклассовая константность, целостность — структурная, а предметность — семантическая константность [Грановская, 1988].

6. *Осмысленность* — воспринимаемое явление, которое оценивается с точки зрения уже имеющихся знаний и опыта, что дает возмож-

ность включить новую информацию в систему ранее сформированных представлений. Для этого воспринимаемому объекту или явлению приписывается определенный смысл или сущность, они обозначаются словами, классифицируются, относятся к определенной понятийной категории, что невозможно без использования такой мыслительной операции, как обобщение. Феномен осмысленности хорошо заметен при толковании двусмысленных рисунков, а его потеря — при такой форме расстройства восприятия, как агнозии.

7. *Апперцептивность* характеризуется тем, что в процессе построения образа субъект использует не только актуально поступающую информацию, но и ту, которая хранится в памяти и представляет содержание прошлого перцептивного опыта, с учетом отношения субъекта к воспринимаемому, его мотивов, эмоций, интересов и установок. Апперцептивность причинно связана с константностью.

8. *Избирательность* проявляется в преимущественном выделении одних объектов по сравнению с другими. Она зависит не только от объективных свойств предметов, которые привлекают внимание (например, благодаря своей яркости или подвижности), но и от субъективных условий, которые присущи самому воспринимающему человеку, в частности от его апперцепции. При выполнении индивидом той или иной задачи избирательно воспринимаются такие признаки, которые в какой-то мере соответствуют содержанию этой задачи.

Каждое из перечисленных свойств может своеобразно нарушаться.

Расстройства восприятия

Расстройства восприятия могут возникать по разным причинам: в результате как психических заболеваний, так и поражений коры и подкорковых структур головного мозга. К их числу обычно относят агнозии, псевдоагнозии, галлюцинации, псевдогаллюцинации, расстройства восприятия по темпу, так называемые психосенсорные расстройства и иллюзии.

Агнозии

Агнозии являются следствием органического поражения некоторых участков коры больших полушарий мозга. Они разнообразны по характеру симптоматики и по выраженности своих проявлений, зависящих от локализации поражения и его масштабности. Качественная специфика агнозий обусловлена тем, центральная часть какой анализаторной системы преимущественно затронута очагом

поражения, т.е. какая по модальности сенсорная информация (зрительная, слуховая, тактильная, кинестетическая) перестает интегрироваться в перцептивные образы. Для агнозий характерно то, что восприятие самих ощущений продолжает сохраняться, т.е. больной видит, слышит и т.д., но на фоне относительно сохранного интеллекта либо не идентифицирует воспринимаемый объект, либо вообще не понимает, с чем имеет дело. В более легких случаях узнавание воспринимаемого объекта происходит, но латентный период между его предъявлением и опознанием заметно, в несколько раз, увеличивается по сравнению с нормой. Есть все основания считать, что одним из механизмов в формировании агнозий является снижение обобщающей функции восприятия.

Существенный вклад в разработку агнозий внес А.Р. Лурия [2000]. (Современное описание агнозий, опирающееся на зарубежные представления о их классификации, можно найти в работе И.М. Тонконового и А. Пуанте «Клиническая психология» [2007].)

К симптоматике агнозий, возникших на почве поражения центрального отдела зрительного анализатора, относят: неспособность узнавать некоторые реальные или нарисованные (по-разному зашумленные) предметы, в том числе буквы и цифры; различать оттенки цвета; узнавать знакомые лица или дифференцировать их по полу и возрасту; утрачивается способность ориентироваться в координатах и пространственных признаках внешней среды или делается невозможным формирование целостной «сюжетной» картины из многочисленных фрагментов, из которых она реально состоит [Кок, 1967].

Слуховой анализатор в функциональном отношении разделен на две подсистемы — речевой и неречевой слух, каждый из которых обрабатывается разными полушариями. Поэтому поражения коркового представительства речевого слуха, обычно связанного с работой левого полушария, терминологически как агнозии не рассматриваются, а трактуются лишь как гностические и мнестические предпосылки речевых расстройств (афазий). Слуховые агнозии, как правило, возникают при поражениях правого полушария и выражаются либо неспособностью понимать смысл и значение самых простых предметных звуков (льющей воды, звона ключей и т.п.), либо утратой способности узнавать и воспроизводить ранее знакомые мелодии (этот эффект называется амузией), либо неспособностью воспроизводить довольно простые ритмы (аритмия).

В силу полимодальности сигналов, обрабатываемых кожно-кинестетическим анализатором, симптоматика его поражения от-

личается разнообразием. При преимущественных расстройствах тактильного синтеза больной не способен с закрытыми глазами на ощупь узнать предмет, особенно трехмерный (астероогноз) или его отдельные качества — материал, из которого он сделан, характер поверхности и т.д., в ряде случаев появляется феномен дермолексии — не узнаются буквы, цифры и геометрические фигуры, рисуемые на коже, больной с закрытыми глазами не может назвать пальцы на руке, противоположной поврежденному полушарию мозга. Следует принимать в расчет различную результативность пассивного и активного ощупывания, которая выше при втором его варианте, включающем в процесс опознания не только рецепторы кожи, но и кинестетическую информацию.

В качестве особой формы агнозии, также в значительной степени (но не только) имеющей отношение к патологии кожно-кинестетического анализатора, рассматриваются нарушения схемы тела (соматоагнозия).

Схема тела — это сложный, возникающий в мозге человека обобщенный образ расположения частей собственного тела в трехмерном пространстве и по отношению друг к другу, который формируется на основе совокупного восприятия кинестетических, болевых, тактильных, а также вестибулярных, зрительных и даже слуховых раздражений в сопоставлении со следами прошлого чувственного опыта. В психологическом смысле понятие «схема тела» означает не всегда осознаваемую объемную модель собственного тела человека и его частей, с распределенной плотностью и чувствительностью. Это психофизиологический информационный аппарат, система субъективных знаний о «Я» физическом или соматическом, образующаяся на основе восприятия себя через сенсорные каналы. В этой системе интегрируются: 1) динамический образ тела, создаваемый текущей чувствительной информацией от перемещающихся органов движения, и 2) статический образ тела (поза), приобретаемый при индивидуальном развитии путем обучения на основе долгосрочной памяти.

Эта перцептивная модель обеспечивает управление движениями, регулируемые как сознательными, так и бессознательными рефлекторными механизмами. В системе схемы тела формируются образы не только текущих, но и будущих движений. Во всех подобных случаях необходимы ощущения начального положения тела и его частей и учет обратной кинестетической афферентации при их изменении. Поэтому схема тела, определяющая пространственные координаты и взаимоотношения отдельных частей тела, — исходное основание для реализации любой двига-

тельной программы. Данное обстоятельство позволяет предполагать, что помимо указанных источников информации, схема тела опирается и на восприятие времени.

Предполагается, что у новорожденных схема тела еще отсутствует, хотя самая элементарная координация движений реализуется уже с рождения. Формирование схемы тела с возрастом происходит постепенно, преимущественно к 5–6 годам [Гурфинкель, Левик, 1979]. По мнению Н.И. Озерецкого [1941], автора известной шкалы моторной одаренности [Озерецкий, 1923], раньше в отношении правой половины тела (у правой), а затем — левой.

На физиологическом базисе системы схемы тела в процессе онтогенеза и социализации начинает формироваться личностная надстройка, с помощью которой образуются психологические и эстетические образы тела, несущие не только «прагматическую», но и оценочную функцию (красиво — уродливо, плохо — хорошо и т.п.). Поэтому схему тела можно назвать телесным «Я-образом» личности [Налчаджян, 1988]. Это связано с такими психологическими процессами, как представление, воображение, мышление [Тхостов, 2002], а с феноменологической точки зрения, по словам К. Ясперса, опыт переживания собственного тела тесно коррелирует с опытом чувств, влечений и сознания «Я» [Ясперс, 1997]. По-видимому, возникновение подобной надстройки обуславливается не только осознанием своего образа тела, но и восприятием тел других.

При углублении осознания себя все большая роль начинает принадлежать эмоциональной системе, которая придает сенсорному образу тела определенный эмоциональный тон, а психологическому — эмоционально-социальную оценку. К юношескому возрасту, когда физическое развитие в основном завершается и стабилизируется константность восприятия пространства вообще, схема тела становится относительно устойчивой подструктурой «Я-концепции» — более общих, сложных и порой противоречивых установочных представлений человека о себе самом в целом.

Соматоагнозия может проявляться в виде неосознания расположения частей собственного тела (больной с закрытыми глазами не может описать позу, которую придал ему экспериментатор — *аутоагнозия*), в недооценке тяжести имеющегося у него дефекта (например, больной утверждает, что свободно владеет парализованной рукой, — *анозогнозия*), в нераспознавании пальцев на своей руке (*фingereagnoзия*). К нарушениям схемы тела относятся также потеря ориентации в правой и левой сторонах тела, ощущение присутствия дополнительных (ложных) конечностей. Могут возникать патологические ощущения изменения величины

и формы тела (*аутометаморфозия*). Эти ощущения нередко сопровождаются развитием чувства страха и тревоги, которое исчезает при привлечении компенсаторного зрительного контроля.

Псевдогнозии

Псевдогнозии являются результатом нарушения мотивационного компонента восприятия, т.е. личностного к нему отношения, смысловой его стороны, что часто наблюдается при поражениях лобных долей, ответственных за формирование целей поведения и произвольных волевых усилий по их достижению. Нарушение направленности поведения, аспонтанность и утрата «пристрастности» восприятия сопровождаются выхватыванием из воспринимаемого случайных, контекстно второстепенных деталей, попыток их интерпретации без связывания перцептивной информации в единое целое (например, в заданиях на понимание смысла серии картинок либо при необходимости объяснить сюжет одной картинки, требующей выявления отношений между своими фрагментами).

Собственно восприятие при этом почти не страдает, а известная направляющая помощь экспериментатора по концентрации внимания больного иногда позволяет добиться от него правильного ответа. Псевдогнозии, помимо локальных органических поражений лобных долей мозга, могут встречаться при деменциях (на фоне интеллектуально-мнестического снижения), а также при психических расстройствах, важнейшим элементом которых становятся личностные изменения, просцируемые в том числе и в мотивационную сферу (шизофрения, эпилепсия). Часть псевдогнозий может формально интерпретироваться с позиции темпа перцептивной деятельности.

Расстройства восприятия по темпу в форме его замедления могут встречаться при депрессии, эпилепсии, органических поражениях головного мозга, а в форме ускорения — при маниакальных состояниях, при гиперстеническом синдроме [Антропов, Антропов, Незнанов, 2010]. Замедленный темп восприятия типичен для детей с умственной отсталостью.

Галлюцинации

Галлюцинации — один из видов нарушения восприятия, при котором возникающие и вынесенные вовне образы и представления не имеют под собой реального внешнего раздражителя («восприятие без объекта»). Благодаря своей интенсивности, чувственности и конкретности пространственно-временного расположения, они становятся для больного неотличимыми от реальности и начинают накладывать отпечаток на поведение человека.

Причины галлюцинаций (эндогенные и экзогенные) многообразны — психические заболевания, отравления, высокая температура тела, переутомление, органические заболевания мозга, фанатизм и т.д., но все их объединяют нарушения в работе центральной нервной системы. Конкретные механизмы возникновения галлюцинаций слабо изучены, но считается, что в их структуре всегда присутствуют два нарушенных компонента: само восприятие и суждение о воспринимаемом.

Выдающийся отечественный психиатр Василий Алексеевич Гиляровский (1876–1959) [1954] указывал, что галлюцинаторные расстройства не являются чем-то оторванным от внутреннего мира пациента, в них находят свое отражение различные нарушения психической деятельности, личностные качества и динамика болезни в целом. Галлюцинаторные образы имеют ту особенность, что они не представляют собой чего-либо нового в сознании, а лишь воспроизводят следы ранее возникавших ощущений, т.е. следы, извлекаемые из долговременной памяти. Данное обстоятельство не исключает того, что возникающие образы могут отличаться от действительных и порождать самые причудливые сочетания, комбинации различных ранее пережитых ощущений, что создаст для больного впечатление их новизны.

Существуют различные способы классификации галлюцинаций, самые распространенные из которых — это их деление в зависимости от происхождения в сфере той или иной анализаторной системы (зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые), деление на истинные и ложные, а также деление по принципу «простота — сложность».

Зрительные галлюцинации характерны тем, что возникающий образ располагается в воспринимаемом пространстве, ассимилируясь с ним. Это могут быть как относительно простые феномены (вспышки света, блески, туман, пятна, полосы, точки и т.п.), так и законченные сложные образы, имеющие предметное содержание (люди, животные, демонические, мифологические, сказочные персонажи, мнимые предметы, пейзажи, сценноподобные, сюжетные, разворачивающиеся во времени картины — поле боя и т.п.). Иногда больной что-то «видит» позади себя, вне поля зрения. Зрительные галлюцинации также часто содержат элементы символики.

Простые слуховые галлюцинации представлены перечисляемыми отдельными звуками: шорохами, шумами, вздохами, шагами, либо более осмысленными звуками типа работающего мотора, шума прибора, комариного писка и т.д., либо музыкальными или ритмическими образами.

Разновидностью слуховых являются *вербальные галлюцинации*, которые несут в себе фонематическую и семантическую составляющие. По сравнению со зрительными они отличаются меньшей внешней яркостью (нечеткие, неразборчивые голоса). Слышимые голоса по отношению к больному могут быть разными — некоторые враждебны, другие доброжелательны или носят нейтрально комментирующий характер, распространены случаи так называемых императивных вербальных галлюцинаций, повелевающих, приказывающих совершать антисоциальные или опасные (вплоть до убийства или самоубийства) поступки. Иногда они имеют отношение к поведению других лиц или носят характер диалога. Больной всегда хорошо различает локализацию голосов в пространстве: из-под земли, из космоса, из-за стены, от знакомых или случайных прохожих и т.д. Из-за слабости критики к вербальным галлюцинациям в целом и их смысловому содержанию они часто становятся причиной бредаобразования (например, по типу бреда преследования).

Истинные слуховые галлюцинации вследствие их связи с мыслительными процессами отражают более высокий уровень поражения, чем все остальные галлюцинации. Если зрительные галлюцинации больше ограничены сферой представлений и изменениями сознания, то слуховые часто протекают на фоне формально сохранного сознания, как, например, при шизофрении.

Тактильные галлюцинации — мнимые ощущения прикосновения, дотрагивания, ползания паразитов, давления, локализуемые на поверхности тела, внутри кожи или под нею — отчетливое ощущение резкого прикосновения, схватывания, появления влаги на коже, электрических импульсов, температурного воздействия на поверхность тела; больному может казаться, будто его кусают, щекочут, царапают и др.

Обонятельные галлюцинации обычно характеризуются появлением крайне неприятных, с тягостным содержанием мнимых запахов (например, дыма, газа, нечистот, гниения, трупный и т.п.), реже приятных или вообще не знакомых по прошлому опыту. Один и тот же запах устойчиво повторяется в различных реальных ситуациях. Проекция воспринимаемых мнимых запахов различна. Запахи могут исходить от окружающих или самого больного, от его внутренних органов. Появлению этих галлюцинаций предшествует повышенная чувствительность к запахам. При обонятельных галлюцинациях больной ведет себя соответствующе: у него наблюдается мимика отвращения или тревоги, он принюхивается, оглядывается, закрывает нос платком, высказывает идеи отравления либо — напротив, при переживаниях приятных запахов на его лице

выражается эмоция блаженства. Обонятельные галлюцинации часто оказываются первым признаком опухоли одной из височных долей (чаще правой).

Вкусовые галлюцинации обычно сосуществуют с обонятельными либо появляются позже их: пища приобретает отвратительный вкус или возникают затруднения с описанием вкусового обмана. Больной отказывается от еды.

Висцеральные галлюцинации — это такие нарушения интерпретации, которые оформляются в очерченные предметные восприятия, которые переживаются как живые существа или какие-то неодушевленные предметы, обычно находящиеся внутри тела или внутри конкретных органов. Такие галлюцинации часто сочетаются с идеями одержимости, воздействия, преследования и другими видами бреда.

Псевдогаллюцинации

В отличие от описанных выше истинных галлюцинаций, когда больной не отличает их от реальных предметов, существуют псевдогаллюцинации (впервые описаны Виктором Хрисанфовичем Кандинским (1849–1889) [2001]), переживаемые как новые, аномальные, особые, неестественные, кем-то «сделанные», навязанные.

В большинстве случаев псевдогаллюцинаторные образы возникают спонтанно, просцируются внутри тела больного, главным образом в голове, но если даже в редких случаях они возникают и вне ее, то лишены характера объективной реальности, свойственной истинным галлюцинациям и совершенно не связаны с реальной обстановкой. В соответствии с одним из критериев, больные с истинными галлюцинациями уверены, что и окружающие испытывают те же переживания, в то время как больные с псевдогаллюцинациями считают свои переживания сугубо личными. Человек убежденно говорит, что ему «показывают» картины, звучащие мысли попадают в голову «с помощью транзисторов» и т.п. При псевдогаллюцинациях больной продолжает правильно воспринимать реально слышимые голоса и видимые предметы. Несмотря на формальную критику, псевдогаллюцинации часто сочетаются с бредом воздействия.

Выявление галлюцинаций у детей представляет собой значительные трудности, так как, во-первых, они часто отождествляют их со сновидениями, а во-вторых, галлюцинации у детей трудноотличимы от эйдетических образных представлений (см. ниже). Чем младше ребенок, тем чаще у него преобладают зрительные и тактильные галлюцинации. Все галлюцинации у маленьких детей

носят нестойкий характер, возникают или усиливаются на фоне тревоги и страха, расстройств сознания, при ослаблении которых могут исчезнуть.

Следует иметь в виду, что галлюцинации могут возникать под влиянием различных факторов и у психически здоровых людей (внушенные под гипнозом, при воздействии некоторых токсических веществ, на пике высокой температуры при ряде соматических или инфекционных заболеваний, при патологии органов зрения и слуха, в условиях жесткой сенсорной депривации, при заболеваниях мозга и т.п.).

Эйдетические образы

Особое место среди феноменов восприятия занимают *эйдетические образы* — необыкновенно яркие, детализированные (зрительные, слуховые, кинестетические, вкусовые и др.) представления объекта, композиций или сцен, спонтанно возникающие или вызываемые сразу после прекращения актуального восприятия, а иногда всплывающие из памяти по прошествии даже лет, отличающиеся «фотографической точностью» и порой эмоциональным сопровождением. У ряда эйдетиков возникающие представления имеют очень высокую степень стойкости и не пропадают даже после продолжительного воздействия последующих стимулов, иногда приобретая характер навязчивости. Другие эйдетики оказываются способными к произвольному пробуждению эйдетических представлений и сознательному вмешательству в развертывание этих представлений. Эйдетические феномены не следует путать с галлюцинациями, поскольку при первых нет расстройств мышления и продолжает сохраняться критика к воспринимаемому. Это явление необычно, но не болезненно, хотя в отдельных случаях могут возникать признаки навязчивости. Эйдетизм характерен для части детей младшего и подросткового возраста, а у взрослых встречается редко, как правило, у людей художественного склада — композиторов, художников, писателей, артистов.

Психосенсорные расстройства

Психосенсорные расстройства — различные по своей структуре искажения (извращения) сложных восприятий вследствие нарушений сенсорного синтеза при сохранности ощущений, идущих от органов чувств. Они могут возникать как у психически нормальных людей, но находящихся под воздействием патогенного фактора, например интоксикации, так и при психических заболеваниях (эпилепсии, шизофрении), органических заболеваниях мозга.

При психосенсорных расстройствах на первый план выступает искаженное восприятие метрических, пространственных (форма, размер, локализация) качеств объектов при общем их узнавании и сохранении критического отношения к ним, а также различные расстройства восприятия и оценки времени.

К подобным расстройствам относится, в частности, *метаморфопсия* — искажение формы и величины окружающих предметов, которые могут казаться уменьшенными, увеличенными (курительщик гашиша может воспринять окуроч, лежащий перед ним, как имеющий размеры бревна, и высоко поднимет ногу, чтобы перепахнуть через него, — В.И. Гипенцинский [1997]), искаженными (объекты «перекручены», «изломаны», «скошены»), приближенными или удаленными. Иногда к метаморфопсиям относят и умножение числа воспринимаемых объектов.

Этот феномен часто рассматривается как составная часть более сложного, системного психосенсорного расстройства — *дереализации* (аллопсихической деперсонализации), выражающегося в тягостном чувстве нереальности, призрачности, чуждости больному окружающего мира. Внешний мир воспринимается отдаленным, ненастоящим, неотчетливым, застывшим, бесцветным, силуэтным, безжизненным [Снежневский, 1985; Носачёв, Баранов, 2006]. Все окружающее переживается как изменившееся, другое, «нарисованное», как бы во сне, выглядит декорацией, сценой, на которой люди разыгрывают придуманные роли. В силу вовлеченности здесь более высоких уровней отражения реальности, указанная симптоматика обоснованно трактуется и как один из основных вариантов расстройств самосознания (см. параграф 3.7).

Распространенной разновидностью дереализации являются симптомы «уже виденного» (*deja vu*) и «никогда не виденного» (*jamaïs vu*). Первый заключается в том, что больной, попавший в незнакомую обстановку, внезапно ощущает уверенность в том, что окружающее он видел раньше, ему знакомы окружающие предметы, незнакомые люди начинают восприниматься как знакомые, он знает последовательность событий и переживаний, которые будут происходить. Обратный характер восприятия наблюдается при симптоме «никогда не виденного». Больной начинает воспринимать привычную обстановку (например, собственную квартиру) как совершенно неизвестную. Эти расстройства, помимо перцептивных компонентов, также включают в себя нарушения памяти и сознания и сопровождаются ощущениями замедленного или необычайно ускоренного течения времени.

Сами *расстройства оценки времени* также многообразны и сочетаются с изменением восприятия реального мира. Время может субъективно:

- останавливаться — весь мир кажется обездвиженным;
- замедляться, и также замедляются перемещения объектов, движения людей и их мимика;
- ускоряться — время переживается более быстротекущим, чем в прошлом перцептивном опыте больного, измененным воспринимается все окружающее, люди — «суетливыми и быстро двигающимися»; больной хуже чувствует свое тело, грубо ошибается в определении длительности только что пережитого состояния;
- растягиваться — неподвижные предметы могут показаться двигающимися, «живыми», плоское — объемным;
- утрачиваться — ощущение, раскрываемое больным в выражениях: «времени нет... освободился от гнета времени», изменяется восприятие окружающего: предметы и люди кажутся более контрастными, собственное эмоциональное состояние — более приятным;
- течь обратно — в послеприступных самоописаниях больные говорят: «Время течет вниз», «Время идет в обратном направлении», «Я иду назад во времени»;
- ритмически повторяться — ситуация уже исчезла как реальность, но она мелькает в сознании больного вновь и вновь, будто она еще существует в настоящем времени и пространстве (как это, например, происходит при посттравматическом стрессовом расстройстве).

Встречаются и ошибки оценки давности событий: секунды назад состоявшиеся события кажутся бывшими «давным-давно» [Брагина, Доброхотова, 1988].

Системные искажения восприятия собственных психических процессов и собственного тела называются *деперсонализацией*. Она может встречаться при различных психических расстройствах и является реакцией, неспецифичной в отношении психопатологических единиц. Если у больного регистрируются изменения своего психического «Я», говорят об *аутопсихической деперсонализации*, при изменении восприятия телесного облика — о *соматической деперсонализации*. Данные явления также относятся и к разряду расстройств самосознания.

В первом случае деперсонализация проявляется в виде недостаточной отчетливости восприятия больным (отчуждения) процессов мышления, памяти, чувств, собственно восприятия, личности. Чувство измененности восприятия при деперсонализации носит целостный характер и сопровождается обычно мучительным сопоставлением отражения себя в данный момент с воспомина-

ниями о прежнем восприятии. Пациент сравнивает свое состояние с пребыванием во сне, говорит, что стал роботом, автоматом, плохо контролирующим тонкие и ранее привычные движения [Меграбян, 1962], возникает ощущение «подыгрывания в спектакле», искусственности того, что происходит с личностью, дистанцированности от собственных переживаний. Сознание может перемещаться за пределы тела, последнее воспринимается субъектом как бы со стороны, или сознание раздваивается, одновременно порождая восприятие и изнутри, и снаружи. Иногда пациент ощущает себя в двух разных местах одновременно [Попов, Вид, 2002], утрачивается способность предвидеть свои реакции на какие-то, даже стандартные, события. В рамках аутопсихической деперсонализации упоминается и патологическая рефлексия — насильственная прикованность внимания к происходящему в собственном «Я», ощущения какого-то наблюдателя за собственным внутренним миром со стороны. Все это происходит на фоне сохранности сенсорных процессов, способности к эмоциональному реагированию и понимания неестественной природы этого явления. При этом больной, как правило, за исключением особого бредового синдрома, также понимает, что переживаемые изменения не вызваны другими лицами или силами.

В случае соматической деперсонализации (аутометаморфозии) возникают нарушения схемы тела, которые частично были охарактеризованы в параграфе 2.2.

Кроме того, в медицинской литературе описываются следующие варианты подобных расстройств: синдром искаженного восприятия своего тела — его величины, формы, веса, положения в пространстве, состояния покоя или движения. Причем возможно искаженное ощущение как образа всего тела, так и его частей, например, субъективно увеличивается или уменьшается одна из конечностей, она приобретает необычную форму, возникает фантом ампутированной конечности, увеличивается число конечностей. Больной пытается найти конечность там, где ее нет, ощущает, что конечность отделилась от тела, путает правую и левую стороны тела, игнорирует (упускает из внимания) одну из половин тела, все тело представляется ему чрезмерно легким или тяжелым, спина и грудь меняются местами. Больной в эксперименте с закрытыми глазами не в состоянии определить расположение частей собственного тела в пространстве (*аутодиагнозия*). Своеобразные расстройства схемы, заключающиеся в игнорировании левой его половины, характерны для некоторых локальных повреждений правого полушария. Нарушение схемы тела может возникать в момент засыпания или пробуждения, иногда при определенном положении тела.

Ощущение увеличения или уменьшения величины тела или его частей исчезает при усилении зрительного контроля. Появление расстройств схемы тела нередко сопровождается развитием чувства страха, тревоги. Многие больные способны изображать нарушения схемы тела в рисунках и картинах.

Для проявления деперсонализации характерна утрата эмоционального компонента психических процессов. Это относится не только к классическим симптомам психической анестезии: потере чувств к близким, отсутствию эмоционального восприятия окружающей обстановки, природы, произведений искусства и т.д., но и к деперсонализации мышления, памяти, соматопсихической деперсонализации. У таких больных мысли проходят, не оставляя следа; нет ощущения их оконченности, так как они не сопровождаются эмоциональной окраской, они безлики; память не нарушена, но нет ощущения узнавания; прежние переживания, образы, мысли тусклы, как бы стерты, поэтому кажется, что в памяти ничего нет [Нуллер, 1981].

По данным В.М. Башиной [1978] и И.В. Макарова [2006], деперсонализация может возникать у детей с 3 лет в структуре ранней детской психозфрении как проявление неглубокого аффективного и невротоподобного уровня реагирования, а также и при синдроме Каннера (расстройстве аутистического спектра). У детей до 7 лет еще не установившиеся механизмы самосознания легко нарушаются, но их диагностика затруднена из-за сложности отражения этого феномена в словесном отчете ребенка. Наиболее часто деперсонализационные расстройства возникают в переходный пубертатный период.

Предложенная В.М. Башиной [1978] типология деперсонализационных феноменов у детей включает следующие психические проявления:

1. Самая легкая степень изменения самосознания, когда дети спрашивают, кто они, почему «я — это я», но знают при этом собственное имя. Нарушения эпизодические и легко исчезающие.

2. Нарушение сознания «Я» с заменой его иным «Я», но без раздвоения самосознания. Ребенок просит называть его другим именем, отказывается от собственного.

3. Раздвоение сознания «Я» — явление, близкое к феномену двойника. Ребенок ощущает присутствие своего второго «Я» рядом, не боится его, может просить принести пищу «для двоих».

4. Деперсонализация в структуре патологических игровых перевоплощений ребенка в различные одушевленные существа или неодушевленные предметы (содержание данного пункта дискуссионно из-за отсутствия критического отношения больного к происходящему).

5. Дерсализация с ощущением туманности и неясности при восприятии окружающего.

6. Утрата сознания своего пола.

7. Феномены отчуждения действий, когда больной утрачивал уверенность в совершении им тех или иных действий.

8. Нарушения восприятия физической целостности. В этом случае ребенок воспринимает свои части тела, как «плохие» или не принадлежащие ему.

9. Депрессивная утрата сознания «Я». У ребенка на фоне депрессивной симптоматики отмечается утрата сознания возраста, времени, своего «Я», своих чувств.

10. Полная утрата сознания «Я». В этом случае у детей наблюдается отказ от использования личных местоимений.

11. Деперсонализация при синдроме Каннера. В этом случае у больных отмечается нарушение становления самосознания в рудиментарной форме, когда они говорят о себе во втором или третьем лице.

В МКБ-10 синдром деперсонализации-дерсализации отнесен к рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные (психогенные, но скрывающиеся за соматическими симптомами) расстройства». В МКБ-11 деперсонализация-дерсализация фигурируют в разделе «Диссоциативные расстройства» (понятие диссоциативности в общем случае указывает на отрыв или отчуждение какого-то вида психической деятельности от обычной интегрированной реализации психики). Сравнительные катамнестические исследования деперсонализации у взрослых и детей показали, что у детей с возрастом деперсонализационные расстройства сглаживаются и полностью исчезают, в то время как у взрослых наблюдается склонность к затяжному течению синдрома [Макаров, 2006]. Деперсонализация и дерсализация часто встречаются как сопутствующие расстройства.

Иллюзии — ошибочное, ложное восприятие реально существующих в данный момент предметов и явлений. При этом понимание образов не всегда соответствует действительности и может иметь другой смысл. Иллюзии могут возникать и на почве противоречия признаков перспективы, глубины, формы и величины воспринимаемых объектов.

Иллюзии представляют собой по преимуществу неосознанное и с трудом поддающееся произвольной коррекции явление. Существуют разные подходы к классификации иллюзий, например, по характеру отнесенности к той или иной анализаторной системе, по механизмам, лежащим в их основе: физические (миражи, пре-

ломление предметов на границе двух сред), физиологические (ощущение движения окружающих предметов после остановки поезда), психические и т.п.

Чаще других описываются зрительные иллюзии, вызванные выраженными колебаниями настроения, экстазом, повышенным аффективным фоном (куст в темноте принимается за притаившегося человека), и парейдолические — случаи, при которых возникающий, как правило, причудливый, сказочный, фантастический образ начинает формироваться на почве комбинаторного восприятия контуров, линий, форм, цвета, рельефа какого-то объекта (трещин на стене, узора на ковре, проплывающих облаков и т.п.) [Артамонов, 1969; Рыбальский, 1983]. Темнота, вечернее время, желание спать усиливают частоту возникновения зрительных иллюзий и усложняют их сюжет. Часто в качестве самостоятельных выделяют вербальные иллюзии, которые заключаются в ложном восприятии содержания реально происходящих разговоров окружающих: человеку кажется, что эти разговоры содержат намеки на какие-то неблагоприятные поступки, издевательства, скрытые угрозы по его адресу, что сближает эти иллюзии с бредом отношения. Отличие вербальных иллюзий от последнего заключается в том, что при бреде отношения пациент слышит и пересказывает речь окружающих правильно, но понимает ее иначе, а при иллюзиях речь исходно воспринимается неверно.

Иллюзии — широко распространенное явление среди здоровых людей, особенно вследствие усталости, истощения, подозрительного отношения к окружающему или страха, в том числе среди детей, но они могут встречаться и как следствие психического расстройства или органического поражения головного мозга. Провести границу между некоторыми психосенсорными расстройствами и иллюзиями бывает затруднительным в силу их содержательной близости.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение процессу восприятия.
2. Охарактеризуйте основные свойства восприятия.
3. В чем отличие агнозий от сенсорных расстройств?
4. Что такое схема тела?
5. Какова отличительная черта псевдоагнозий?
6. Дайте определение галлюцинаций и опишите их особенности в соответствии с классификацией по модальности анализаторных систем.
7. В чем отличие псевдогаллюцинаций от истинных галлюцинаций и кто впервые описал их?

8. В чем отличие эйдетических образов от галлюцинаций и каким категориям лиц свойственны эйдетические феномены?
9. Какие признаки исходно составляют базу психосенсорных расстройств?
10. Опишите признаки аутопсихической деперсонализации.
11. Какой симптоматикой характеризуются расстройства схемы тела?
12. В чем особенность деперсонализационных расстройств у детей?
13. При каких обстоятельствах могут провоцироваться иллюзии?

2.3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕНСОРНЫХ И ГНОСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Исследования сенсорных процессов, несмотря на то что с их изучения начинались экспериментальная психология и психофизика (зарождение последней связано с именами таких известных немецких ученых XIX в., как Густав Теодор Фехнер и Эрнст Генрих Вебер), в настоящее время редко становятся специальной деятельностью психолога, смещаясь в плоскость некоторых разделов медицины. Актуальность подобной задачи возрастает в том случае, если объектом исследования становится ребенок, попавший в сферу интересов специальной психологии (например, по причине неуспеваемости в школе или при подозрении на проблемы с умственным развитием), либо в тех случаях, когда черепно-мозговые травмы или какие-либо патологические органические процессы локально затрагивают те участки коры больших полушарий мозга, которые несут функциональную ответственность за исполнение процессов ощущения и восприятия (узнавания) [см., например: Шипицина, Мамайчук, 2001].

Субъективный аспект сенсорных и психосенсорных расстройств легко устанавливается на основе жалоб больного, которые он предъявляет врачу во время клинической беседы, а сам факт таких проблем может быть зарегистрирован психологом по материалам истории болезни и сведений, почерпнутых из документации соответствующих специалистов (офтальмолога, сурдолога, невропатолога и др.).

В значительной части случаев суждение о состоянии аналитических систем и их функционировании выстраивается на сочетании двух источников информации: соответствующих жалобах испытуемого (собираемых с помощью беседы или клинического интервью) и аппаратных исследованиях, традиционно описываемых в экспериментальной психологии и психофизиологии. В самом общем случае предметом исследования становятся абсолютные и различительные (дифференциальные) пороги чувстви-

тельности соответствующего анализатора [Экспериментальная..., 1966]. Для конкретных анализаторных систем разработаны и специализированные методы исследования, учитывающие специфику реализации данного вида ощущений.

Например, в отношении зрительного анализа целесообразно учитывать четыре группы характеристик: энергетические (диапазон воспринимаемых яркостей, контрастность, слепящая яркость, относительная видность), информационные (пропускная способность), пространственные (острота зрения, поля зрения, объем восприятия) и временные (латентный период реакции, длительность инерции ощущения, критическая частота мельканий, время адаптации, длительность информационного поиска) [Основы..., 1977; Основы..., 1997]. Совокупность этих характеристик и их числовые значения определяют видимость объекта. Важную роль в оценке отклонений в ощущениях играет и характеристика цветовосприятия.

Широко распространенными приемами в офтальмологии являются:

- оценка остроты зрения с помощью таблиц Дмитрия Александровича Сивцева (1875–1940) [Головин, Сивцев, 1927], иногда предъявляемых на экранах мониторов с высоким разрешением (для исследования детей используются таблицы Е.М. Орловой);
- исследования полей зрения с помощью проекционного периметра Ферстера или его современных аналогов;
- исследования особенностей цветовосприятия с помощью полихроматических таблиц Е.Б. Рабкина [1971] или аномалоскопа.

Для слухового анализатора это абсолютный и дифференциальный пороги для разных частотных параметров звука (высоты звука), длительность звукового раздражителя, способного вызвать ощущение, дифференцировка двух звуков по высоте и интенсивности, оценка расстояния до источника звука и его расположение в пространстве при моноауральном и бинауральном прослушивании [Экспериментальная..., 1978; Вартанян, 1981]. Исследования большинства указанных параметров осуществляются при помощи аудиометров, различающихся функциональными возможностями и возможностями управления. Кроме того, в отоларингологии и сурдологии используются такие аппаратные приемы исследования слухового анализатора, как акустическая импедансометрия (измерения акустического сопротивления или акустической податливости звукопроводящих структур периферической части слухового анализатора), регистрация слуховых вызванных потенциалов (компьютерная аудиометрия), отоакустическая эмиссия (регистрация с помощью чувствительного микрофона, введенного

в слуховой проход ответного звукового сигнала через несколько миллисекунд после звукового стимула) и некоторые другие исследовательские приемы, включая функциональную диагностику.

Для кожно-кинестетического анализатора тактильная чувствительность характеризуется тремя взаимосвязанными пороговыми величинами [Веккер, 1998]: порогом интенсивности (абсолютным и относительным, измеряемыми по методу Фрея, с помощью набора калиброванных волосков различного диаметра, производящих давление на точку кожи), пространственным (минимальным ощущением раздельности прикосновений, которое исчисляется в миллиметрах расстояния между двумя одновременно прикасающимися ножками циркуля) и временным порогами (определяется различием раздельности последовательно сменяющих друг друга прикосновений к одному и тому же месту кожи) тактильного различения. Полный анализ функционирования кожно-кинестетического анализатора осложняется тем, что в перечень видов чувствительности, обслуживаемых им, входят также подчиняющиеся своим закономерностям развития и расстройств температурная, болевая, вибрационная, а также стоящая особняком кинестетическая, теснейшим образом связанная с двигательными функциями [Лурия, 2000].

В нейропсихологии, которая традиционно занимается исследованием расстройств перцептивных и гностических функций, разработаны десятки методов и проб с их качественной и количественной оценкой [см.: Лурия, 2000; Вассерман, Меерсон, Дорофеева, 1997; Глозман, 1999; Бизюк, 2005; Семаго, 2005; Егоров, 2006]. Психологический анализ исполнения многих из них показывает, что реальный механизм достижения испытуемым цели, сформулированной в инструкции, предполагает привлечение не только провозглашаемого психического процесса (в данном случае восприятия), но и целого ряда сопутствующих или производных — моторики, мышления, внимания, мнестических функций и др., что весьма затрудняет отнесение конкретной методики к группе чисто перцептивных. Очевидно, что расстройства соответствующих функций будут в патопсихологическом эксперименте сказываться и на характере деятельности в процессе пробы, и на итоговом ее результате. В то же время работа с любой психодиагностической методикой и с любым стимульным материалом в качестве обязательных включает в себя и перцептивные процессы. Поэтому часть методик, широко применяемых для оценки разных сторон восприятия, рассматривается нами в других параграфах, но со специальными ссылками на их потенциальные возможности в данной сфере.

К числу конкретных и достаточно распространенных методов исследования гностических расстройств относятся следующие.

Наложенные фигуры Вальтера Поппельрёйтера

(Walther Poppelreuter, 1886–1939)

[Poppelreuter, 1917–1918; цит. по: Лурия, 2000; Кок, 1967]

Представляют собой контурные наложенные изображения, требующие специальных перцептивных усилий (в том числе усилий со стороны общего и зрительного внимания) для выделения объекта из фона и его узнавания. Фоном служат другие контурные изображения, становящиеся для больного шумом. Данная проба предлагается больному в том случае, если он достаточно успешно справляется с опознанием реальных объектов и реальных полутонных или даже полноцветных реальных изображений заведомо знакомых предметов. Ее интерпретация осуществляется на качественном уровне — изображенные объекты опознаются или не опознаются, либо их опознание требует намного больше времени по сравнению с условной нормой, либо в опознание вплетаются побочные ассоциации, либо опознание происходит, но носит неполный (например, категориальный) характер.

Существует несколько версий указанных фигур. Приведем пример на рис. 2.1.

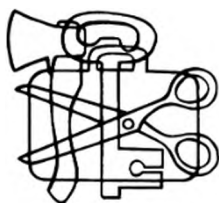


Рис. 2.1. Наложённые фигуры

Слабые результаты на узнавание (выделение из «шума») фигур Поппельрёйтера являются признаком предметной зрительной агнозии.

Помимо наложенных фигур, для обнаружения проблем зрительного восприятия и узнавания в других методиках также широко используются многочисленные варианты зашумления стимульных образов, их необычный поворот в пространстве листа, ограничение времени предъявления, недорисовывание значимых деталей, предъявления в контурной или профильной форме и т.п.

Методика «Компасы»

(автор неизвестен)

[Лучшие..., 1992; Практикум..., 2003]

Методика предназначена не только для характеристики пространственного гнозиса, но и для оценки пространственных представлений и даже пространственного и (косвенно) логического мышления (рис. 2.2). На специально бланке предлагается несколько десятков схематичных изображений так называемых слепых компасов, на которых отсутствуют традиционные обозначения сторон света (кроме одной, которая, как правило, смещена со своего обычного положения). На компасе имеется стрелка, показывающая одно из восьми (С, Ю, В, З, СВ, СЗ, ЮВ, ЮЗ) направлений, которое испытуемый и должен определить с учетом смещения системы координат. Поворачивать бланк с изображениями компасов во время эксперимента нельзя.

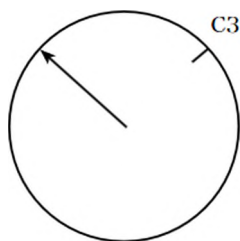


Рис. 2.2. Методика «Компасы» (пример стимульного материала)

Систематические ошибки в работе со стимульным материалом (при исключении других возможных их причин) являются признаком зрительной пространственной агнозии.

Методика «Кубики Коса»

(Samuel Calmin Kohs, 1890–1984)

[Kohs, 1920; Бурлачук, Морозов, 1999]

Методика изначально разрабатывалась для диагностики наглядно-действенного и конструктивного мышления и, в частности, нашла применение для констатации конструктивной апраксии. Вместе с тем в ее психологической основе лежат пространственный гнозис и пространственные представления, из-за чего она вполне применима и для оценки пространственной агнозии.

В стандартном варианте, наиболее известном из интеллектуальной батареи Дэвида Векслера [Филимоненко, Тимофеев, 2002], используется 16 одинаково раскрашенных кубиков (две противо-

положных грани красные, две белые и две по диагонали разделены на два треугольника — красный и белый) (рис. 2.3). Испытуемому поочередно показывают усложняющиеся по конфигурации и увеличивающиеся по размеру рисунки-орнаменты (узоры), которые должны быть составлены из верхних граней кубиков. Складывать орнаменты необходимо на столе, не накладывая кубики на образец.

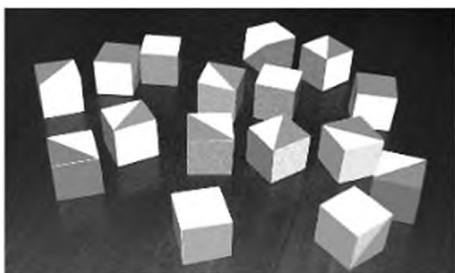


Рис. 2.3. Кубики Коса

При выкладывании сложных узоров испытуемый должен расчленить оптически однородные части узора на составляющие их пространственные элементы. При несовпадении единиц наглядно воспринимаемых деталей структуры с границами отдельных кубиков, из которых они должны быть составлены, и при нарушении пространственных отношений решение подобных задач человеком с расстройствами зрительно-пространственного гнозиса может быть затруднено [Лурия, 2000].

Время исполнения каждого задания регламентировано, а исследование прекращается после пяти неудачных решений.

Работа с испытуемым по этой методике требует от экспериментатора достаточной изоценренности, поскольку в ходе наблюдения, помимо собственно гностических расстройств, могут быть выявлены неустойчивость внимания, импульсивность, пониженная мотивированность работы, проблемы праксиса и программирования деятельности.

При необходимости для решения конкретных патопсихологических задач возможно отклонение от стандартного алгоритма деятельности.

В рамках шкалы интеллекта Векслера разработан и детский вариант методики «Кубики Коса» [Филимоненко, Тимофеев, 1992].

По данным Ю.Ю. Максимовой и Е.Л. Милютиной [2000], дети начинают выполнять самые простые задания кубиков Коса с 3,5 года, копируя их с образца, выполненного в кубиках того же

размера. После 4 лет ребенок выполняет эти же задания, копируя с образца, выполненного на бумаге, но пока еще в натуральную величину. С 5 лет образец на бумаге дается уже в уменьшенном размере. В норме ребенок 5 лет должен выполнить первые пять заданий кубиков Коса.

Для исследований наглядно-действенного мышления, помимо кубиков Коса, у детей дошкольного возраста могут использоваться и такие методики, как «Доски Сегена», складывание разрезанных на несколько частей картинок, рисование человека и некоторые другие.

Методика Т.Н. Головиной

[Головина, 1974]

Эта методика в основном предназначена для исследования способности детей к целостному восприятию формы предметов и для оценки состояния их графомоторных навыков.

Испытуемому предлагаются бланки с изображениями недорисованных кругов и треугольников, а также двух предметных изображений (бабочки и жука). Предлагается эти изображения закончить (дорисовать). В инструкции подчеркивается, что все треугольники имеют одинаковый размер (рис. 2.4).

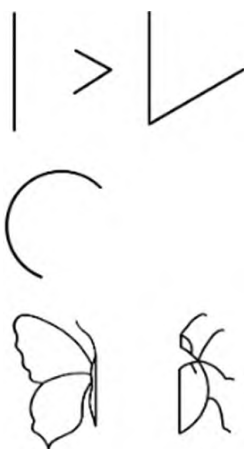


Рис. 2.4. Стимульный материал к методике Головиной

Дети старшего дошкольного возраста с нормальным интеллектом хорошо выполняли задание по восстановлению целостности геометрических фигур; при дорисовывании предметов они понимают принцип работы, хотя иногда допускают небольшую асимметрию.

Умственно отсталые дети справляются с этими заданиями в значительно более позднем возрасте. Наибольшие трудности возникают у них при необходимости дорисовать круг. Они замыкают контур, не производя при этом необходимых кругообразных движений, поэтому площадь «дорисованной» фигуры оказывается, как правило, уменьшенной. При дорисовывании треугольников умственно отсталые дети изменяют их площадь и форму, причем имеют место случаи распространения принципа дополнения трех верхних треугольников на нижний ряд подобных фигур; дети забывают, что все треугольники одного размера или «не узнают» равенства. При дорисовывании предметов изображений (бабочки, жука) они же допускают выраженную асимметрию и несоответствие заданному изображению, резкое увеличение или уменьшение дополняемой части, искажение формы.

Графический диктант Д.Б. Эльконина

[Рогов, 1995; Эльконин, 1997; Басина, 1988; Гуткина, 2000;

Практикум по..., 2002]

Методика, для успешного выполнения которой необходимы навыки пространственной ориентировки, предназначена для оценки:

- способности дошкольников и младших школьников к произвольному слухоречевому вниманию;
- умения точно выполнять сложную систему требований взрослого;
- самостоятельного действия по сформированному визуальному образцу.

Ребенок на листе бумаги «в клетку» от поставленных экспериментатором точек, ориентируясь на его команды, не отрывая карандаша от бумаги, рисует узор (рис. 2.5). Первый из них, наиболее простой, является тренировочным, отражающим понимание ребенком инструкции, и для оценки не засчитывается: «одна клетка вниз, одна клетка направо, одна клетка вверх, одна клетка направо, одна клетка вниз». Далее ребенок продолжает узор сам. В процессе выполнения можно подбадривать, но никакие дополнительные указания по выполнению узора не даются.

Второй (оцениваемый) узор: «Одна клетка вверх, одна клетка направо, одна клетка вверх, одна клетка направо, одна клетка вниз, одна клетка направо, одна клетка вниз, одна клетка направо» с самостоятельным продолжением.

Третий (оцениваемый) узор: «Три клетки вверх, одна клетка направо, две клетки вниз, одна клетка направо, две клетки вверх, одна клетка направо, три клетки вниз, одна клетка направо, две клетки

вверх, одна клетка направо, две клетки вниз, одна клетка направо» с самостоятельным продолжением.

Четвертый (оцениваемый) узор: «Три клетки направо, одна клетка вверх, одна клетка налево, две клетки вверх, три клетки направо, две клетки вниз, одна клетка налево, одна клетка вниз, три клетки направо, одна клетка вверх, одна клетка налево, две клетки вверх» с самостоятельным продолжением.

Между рисованием узоров ребенку предоставляются примерно 2 минуты отдыха.

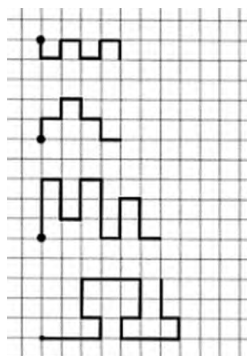


Рис. 2.5. Графический диктант Д.Б. Эльконина

Первое задание (рисование со слов) считается выполненным хорошо (4 балла), если есть точное воспроизведение (неровность линий, «дрожащая» линия, «грязь» не снижают оценку). Если при воспроизведении допущены 1–2 ошибки — средний уровень (3 балла). Низкая оценка, если при воспроизведении имеется лишь сходство отдельных элементов (1 балл) либо сходство вообще отсутствует (0 баллов).

Если ребенок смог самостоятельно продолжить узор без дополнительных вопросов — задание выполнено хорошо (4 балла); неуверенность ребенка, допущенные им одиночные ошибки при продолжении узора — средний уровень (3 балла). Если ребенок допускает множественные ошибки, но в целом выполняет задание — 1 балл; отказался продолжать узор либо не смог нарисовать ни одной правильной линии — низкий уровень выполнения (0 баллов).

Таким образом, действия под диктовку и правильность самостоятельного продолжения узора оцениваются независимо друг от друга.

При исследованиях по данной методике необходимо обращать внимание на детей-левшей, так как в предваряющей эксперимент

инструкции ребенку напоминают, что рисовать нужно той рукой, которая привычно держит карандаш. Кроме того, дети дошкольного возраста могут путать не только правую и левую сторону, но также верх и низ листа бумаги, а также ошибаться в отсчитывании одной, двух или трех клеток.

Оценка слухового гнозиса требует специальной звуковоспроизводящей аппаратуры, с которой производится предъявление испытуемому моноаурально или бинаурально:

- бытовых звуков (льющейся воды, звона ключей, шума ветра, звука работающего мотора и т.п.);
- отрывков музыкальных произведений, которые требуется воспроизвести напеванием;
- коротких и простых ритмических структур.

Слуховой гнозис может исследоваться и с помощью высококачественной речевой аудиометрии, для которой подбираются слова, отвечающие определенным фонетическим и лексическим требованиям по частотности звуков, смыслу и по частоте встречаемости слов в обыденной речи. Существуют специальные таблицы слов, обеспечивающие реализацию этих требований. Интенсивность вербальных стимулов может варьироваться, включая в том числе и громкость, соответствующую шепотной речи.

Помимо собственно слухового гнозиса, в исследованиях такого рода важную роль играют и процессы модально специфического слухового внимания.

Тактильный гнозис может быть исследован с помощью нескольких проб, традиционно используемых для нейропсихологической диагностики.

1. Проба на стереогноз.

Испытуемому с закрытыми глазами предлагается опознать на ощупь несколько вкладываемых в руку заведомо знакомых предметов (очки, авторучку, ключ, монету и т.п.). Сначала проба выполняется одной (каждой) рукой, а затем — двумя руками.

Для исследования детей используется мешочек, в который вкладываются знакомые ребенку игрушки (например, фигурки разных животных).

2. Проба на опознание текстуры предмета.

Для проведения этой методики подбираются одинаковые по форме и размеру предметы, например, детский резиновый мячик, мяч для тенниса, шар от бильярда, аналогичные по размеру моток шерсти, металлический, деревянный и выточенный из камня шары. Испытуемому предлагают оценить характер их поверхности и сказать, из какого материала сделан данный предмет. В другом случае в качестве

стимульного материала служат наклеенные на картон или фанеру похожие куски разных материй (кожа, шерсть, шелк, резина и т.п.).

3. Проба на дермолексию (проба Ферстера).

Испытуемого просят закрыть глаза, после чего, обычно на тыльной стороне ладони, экспериментатор рисует буквы, цифры или геометрические фигуры, которые должны быть опознаны. В этой пробе, помимо кожного чувства, сохранными должны оставаться и символические функции.

Исследование температурной и вибрационной чувствительности производят с помощью специальных приборов.

Исследование сохранности схемы тела

Среди разнообразных приемов исследования схемы тела наибольшей известностью пользуются следующие.

Проба Хэда. Экспериментатор с просьбой повторить показывает испытуемому различные нарастающие по своей сложности позы рук относительно тела и лица; наиболее распространенной ошибкой является показ позы зеркально (рис. 2.6).

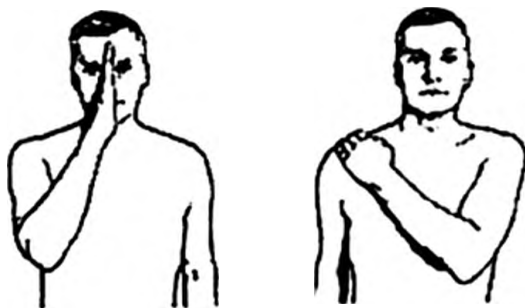


Рис. 2.6. Проба Хэда (пример поз)



Рис. 2.7. Проба на фингерагнозию (пример позы)

Проба на фингерагнозию. Испытуемому показывают различные позы пальцев (например, большой и указательный пальцы сомкнуты в кольцо, остальные расправлены и т.п.) и просят повторить аналогичное положение пальцев на соответствующей руке; в другом варианте просят назвать пальцы рук, показываемые психологом, или при закрытых глазах предлагают назвать пассивно двигаемые пальцы (рис. 2.7).

Контрольные вопросы и задания

1. Какие сферы психологии преимущественно занимаются изучением процессов ощущения и их расстройствами?
2. Какие характеристики ощущений разных анализаторных систем целесообразно учитывать при проведении диагностического обследования?
3. Нарушения каких психических процессов могут наложить отпечаток на оценку гностических функций?
4. Какая форма стимульного материала используется в методиках для выявления зрительной предметной агнозии?
5. Для решения каких диагностических целей может использоваться методика «Компасы»?
6. Как может меняться изображение дорисованных предметов в методике Головиной у детей с умственной отсталостью?
7. На оценку каких функций направлена методика «Кубики Коса» и с какого возраста ребенок может исполнять ее отдельные задания?
8. Опишите технологию проведения методики «Графический диктант» и критерии оценки ее выполнения.

2.4. ПАМЯТЬ И ЕЕ РАССТРОЙСТВА

Память — способность живых систем запоминать, хранить и воспроизводить ранее полученную информацию. В более широком контексте это предпосылка формирования опыта и обучения, обеспечивающих адаптацию к внешней среде, поскольку в памяти сохраняются не только образы и мысли, но и стратегии поведения (в том числе социальные), сопровождавшиеся в прошлом удачными и неудачными последствиями для индивида. В известном смысле: «Я — это то, что я о себе помню».

Память — достаточно универсальный, сквозной механизм, атрибут практически любой психической деятельности, что и обуславливает его включенность в причинно-следственные отношения при патологическом изменении этой деятельности.

Традиционно в памяти как активном психическом процессе различают три основные составляющие, а по сути, этапы: регистрацию (запоминание), хранение и воспроизведение (извлечение) информации. Каждая из этих составляющих достаточно сложна, и их развертка во времени подчиняется собственным законам.

Например, процесс исходного *запечатления* следов, по сути, является прямым продолжением восприятия. *Запоминание* представляет собой два последовательных процесса — кодирование информации (перевод информации в форму, отличную от исходной) и консолидация следа (также называемого энграммой) — объеди-

нение его с информацией, полученной ранее. В этом виде психической деятельности у памяти человека, по мнению В.В. Шульговского [2003], есть две важные черты:

1) возможность разбиения переработки информации на ряд этапов;

2) ограниченность емкости каждого этапа обработки.

В процессе *хранения* полученные данные продолжают обобщаться, свертываться и реконструироваться, в результате чего в памяти по прошествии времени остается лишь важнейшее, подвергнувшееся смысловой обработке. Вместе с тем в ряде работ по исследованию памяти показано, что полноценное хранение наглядной информации может происходить и без придания информации смысла (без *семантического кодирования*).

Эффективность *воспроизведения* (восстановление запечатленного) зависит от используемой стратегии поиска необходимого; эта стратегия и сама может варьировать в зависимости от предшествующего обучения, мотивации, эмоционального состояния и проблемной ситуации, для которой желаемая информация извлекается. При этом воспоминание, в свою очередь, сопровождается декодированием и сопоставлением с требованиями задания. Обычно выделяют две основные формы воспроизведения — припоминание (активное самостоятельное) и узнавание. Первое считается более сложным, поскольку в этом случае мнестические процессы проходят через все свойственные им этапы (поиск нужного следа путем перебирания ассоциаций, декодирование информации и сопоставление результата с целями, что требует известных волевых усилий). Важным фактором поиска информации в памяти является наличие приоритетных признаков (месток) поиска или классов ассоциативных связей, ведущих к нужной информации [Клацки, 1978]. При узнавании процесс упрощается, поскольку выбор искомого стимула происходит из ограниченного числа вариантов и в основном сводится к компарации (сравнению) предъявляемых стимулов с информацией, извлекаемой из памяти. Усилия внимания при узнавании минимальны.

Иногда в качестве самостоятельного и активного рассматривается и процесс *забывания*, «угасания» следов. Помимо естественного угасания следов, например, из-за неостребованности информации, в нем важнейшую роль играет механизм интерферирующих воздействий (интерференция — наложение). Обычно рассматривают два типа интерференции: ретроактивную и проактивную. В первом случае вновь полученная информация свособразно «затирает» уже имеющуюся, а во втором — напротив, старая

мешает эффективному усвоению новой. Это и объясняет тот факт, что воспроизведение информации делается более сложным, если она гомогенна (схожа) с другой информацией и образует сходные ассоциации с воспоминаниями.

Забывание, как и запоминание, носит избирательный характер, поэтому оно зависит от не всегда осознаваемых самим человеком установок, выражающих специфическую направленность его личности. Забывается то, что перестает быть для личности существенно важным, а отчасти и то, что идет вразрез с ее устремлениями [С.Л. Рубинштейн, 2000]. В некоторых из подобных случаев речь может идти о реализации защитных механизмов подавления и вытеснения.

Согласно исследованиям американского психолога Ричарда Аткинсона [Аткинсон, 1980] различают два основных аспекта системы памяти: постоянные структурные характеристики памяти и процессы управления памятью, протекающие при непосредственном контроле индивида. Структурные характеристики определяют общий путь прохождения информации — через сенсорную память (точный эквивалент внешней стимуляции) в кратковременную (перцептивные знаки) и далее в долговременную память (семантическая форма) — и являются независимыми от индивида. Процессы управления памятью влияют на то, какая информация пройдет этот путь и каким образом она его пройдет. Они носят произвольный характер, осуществляются под непосредственным контролем индивида [Апчел, Цыган, 2004]. Процессы управления — поступление, накопление и извлечение информации — осуществляются с учетом контекста функционирования системы памяти, обеспечивая формирование эффективных стратегий выполнения задачи в меняющихся условиях.

В силу высокой степени разработанности проблемы классификация видов памяти носит развернутый характер и определяется многочисленными основаниями, которые закладываются в качестве дифференцирующего фактора. Это может быть продолжительность удержания следа, связанность с анализаторными системами или видами деятельности, уровень произвольности, источник происхождения (врожденная, импринтинг, прижизненная), качество хранимой информации и т.д. Очевидно, что перечисленные факторы не являются взаимоисключающими.

Чаще всего используемая классификация по длительности удержания следа выделяет следующие виды прижизненной (в отличие от врожденной) памяти [Линдсей, Норман, 1974]:

- непосредственную (мгновенную, сверхкратковременную, сенсорную, иконическую, эхоическую);
- кратковременную (первичную, оперативную);
- долговременная память.

Непосредственная память сохраняет информацию в точности в том виде, в котором она была получена, т.е. в виде сенсорных стимулов (отсюда названия: иконическая (образная) для зрительной или эхоическая память для слуховой модальности). Физиологическим эквивалентом непосредственной памяти является возбуждение нейронов первичных и вторичных корковых зон соответствующего анализатора. Считается, что объем непосредственной памяти неограничен, поскольку анализаторные системы фиксируют, хотя бы кратковременно, всю поступающую информацию. Длительность сохранения следа в непосредственной памяти соответствует длительности возбуждения рецепторных нейронов, что составляет доли секунды. Примером работы непосредственной памяти могут служить написание слов под диктовку или их устное повторение за кем-либо, рисование с натуры и др. Во всех подобных случаях обеспечивается механизм перехода от сукцессивных (последовательных и дискретных) процессов к симультанным (целостным или гештальтным).

Следует иметь в виду, что определение «непосредственная» также используется в отношении памяти в другом значении — при намерении ее противопоставить памяти опосредованной. В этом случае «непосредственная» подразумевает слабую обработку запоминаемого материала и отсутствие специальных средств запоминания (кодирования содержания, образного, графического моделирования, связывания материала с ранее усвоенными знаниями и включения его в систему).

В *кратковременной памяти* информация удерживается от нескольких секунд до нескольких минут (или до нескольких часов). Кратковременная память содержит только то, что необходимо в данный момент для решения актуальных задач. Поэтому другое название кратковременной памяти — оперативная или рабочая (иногда их выделяют в качестве самостоятельных). От сенсорной памяти кратковременная отличается тем, что удерживаемая информация представляет собой не точный отпечаток событий, а их непосредственную интерпретацию. Она является актуализированной, активной частью памяти, в которой доминирует вновь приобретенный опыт.

Объем кратковременной памяти ограничен. В норме кратковременная память состоит в среднем из семи (от пяти до девяти) ячеек

(«магическое число Джоржа Миллера» [Миллер, 2013]), в каждую из которых может быть помещен как отдельный признак, например, звук или цвет, так и целостный сенсорный образ, слово, словосочетание или даже довольно сложный смысловой фрагмент. Информация, хранящаяся в одной ячейке («кошелек») кратковременной памяти, получила название *структурной единицы кратковременной памяти*, или чанк (от англ. *chunk* — кусок). Это единица, в которой предъявляется материал. Укрупнение структурных единиц кратковременной памяти возможно благодаря активному обращению к предыдущему опыту индивидуума, т.е. к долговременной памяти, а также благодаря выделению смысловой составляющей запоминаемых стимулов (упоминавшемуся выше семантическому кодированию). Предотвращение потерь информации из кратковременной памяти можно обеспечить и с помощью процесса «мысленного повторения».

Нормальное функционирование кратковременной памяти в значительной степени зависит от процессов внимания.

Оперативную память в качестве специального вида выделяют в тех случаях, когда особо хотят подчеркнуть наличие выраженных помех в процессе запоминания или хранения информации либо из-за требования удержания в памяти промежуточной информации, необходимой для дальнейшего привлечения в продолжающейся деятельности. В подобном контексте в оперативную память могут привлекаться сведения и из памяти долговременной. Одним из отличий оперативной памяти от кратковременной считается различие целей и задач запоминания. Если в кратковременной памяти запоминание обычно является самоцелью, то в оперативной памяти, напротив, запоминание и воспроизведение подчинены целям и задачам текущей деятельности и тесно связаны с ее содержанием.

Долговременная память характеризуется неограниченным объемом и способностью сохранять информацию в течение сколь угодно долгого времени, до продолжительности жизни. Существует несколько классификаций долговременной памяти. Согласно одной из них, долговременная память разделяется на декларативную и процедурную [Блум, Лейзерсон, Хофстедтер, 1988].

Декларативная память представляет собой память о фактах (объектах, событиях), что включает как память о событиях жизни, так и общую осведомленность. Ее задача — ответить на вопрос «что?». Эта память является сознательной и при своей актуализации требует значительных ресурсов внимания (как, например, при узнавании зашумленного объекта). Ее делят на память событийную (или эпизодическую) и символическую (или семантиче-

скую). Такое деление долговременной памяти было предложено в 70-х гг. прошлого века канадским психологом Эндем Тулвингом [Tulving, 1972].

Эпизодическая память содержит воспоминания о датированных по времени происшедших событиях жизни и о связях между ними (автобиографическая память), чему противопоставляются воспоминания о фоне, на котором эти события развивались. Содержание эпизодической памяти индивидуально для каждого человека и пополняется в течение всей жизни. Данный вид памяти наиболее уязвим по отношению к различным патологическим процессам.

Семантическая память — это память на вербализованные понятия (в частности, знание языка) и обозначения для окружающих явлений в их связи с самими явлениями, на формальные правила и абстрактные идеи. По-видимому, данный вид памяти организует и алгоритмы манипулирования символами, понятиями и отношениями, обеспечивает хорошую организацию хранения материала, способствующую эффективному его воспроизведению (например, в процессе речи). Формируется семантическая память, в основном, в раннем детском возрасте. Ее содержание до определенной степени совпадает у представителей одной культуры и социального слоя. Эффективное взаимодействие между семантической и эпизодической памятью складывается примерно к 3–4 годам — возрасту, с которого ребенок начинает манипулировать осознанными воспоминаниями, нанесенными на временную шкалу.

Важное различие между эпизодическим и семантическим видами памяти заключается в том, что первая постоянно обуславливается новыми задачами и изменяется в результате их выполнения, тогда как семантическая память во времени остается относительно стабильной.

Процедурная память представляет собой усвоенные на протяжении жизни навыки деятельности, двигательные, перцептивные и когнитивные стратегии и даже условные рефлексy (память «как?»), которые могут вырабатываться даже до двухлетнего возраста. В индивидуальном развитии человека процедурная память появляется раньше декларативной. При этом сам факт того, что научение произошло, не осознается, а актуализация процедурных знаний обычно не требует существенных умственных усилий со стороны субъекта. Свидетельством сохранности следа в процедурной памяти выступает более успешное выполнение какого-либо когнитивного задания при повторном его предъявлении.

По уровню осознания долговременную память разделяют также на *произвольную* и *непроизвольную*. Первая из них характерна

только для человека и предполагает наличие сознательной установки на запоминание, т.е. наличие цели запоминания и участие процессов мышления, мотивации, а также эмоционального фактора.

Непроизвольная память установки на запоминание не имеет, и оно в большинстве случаев становится побочным результатом какой-то деятельности, не связанной явно с мнестическими процессами. При этом в ряде случаев эффективность непроизвольного запоминания как онтогенетически более раннего может превышать эффективность произвольного.

Память в эксперименте может характеризоваться своим объемом, скоростью и точностью запечатления, временем, на протяжении которого происходит забывание контрольного материала (либо, напротив, его полное удержание), количеством повторений, необходимым для безупречного воспроизведения, латентным периодом между постановкой задачи и извлечением необходимого материала из памяти, числом допущенных ошибок, которые могут сводиться к пропуску элементов информации, либо к их замене (искажению).

Расстройства памяти

По мнению В.В. Захарова, Н.Н. Яхно [2003], существуют три основные (но не единственные. — *Примеч. авт.*) причины расстройств памяти.

1. *Патологическая инертность* мнестической деятельности приводит к нарушению переключения внимания с одного этапа мнестических операций на следующий. Характерный симптом такой инертности — повторение воспроизведения одних и тех же элементов (слов, зрительных образов или информации другой модальности). Например, больной запоминает и воспроизводит группу из трех слов «холод, рама, книга» как «холод, рама, холод». Очевидно, что подобные инертные повторения являются одним из вариантов персевераций (по сути навязчивостей), которые обычно сопровождают нарушения регуляции произвольной деятельности.

2. *Нарушения избирательности* мнестической деятельности сопровождаются неточным или неправильным запоминанием информации или ошибками при воспроизведении в результате недостаточности контроля. Нарушения избирательности обычно проявляются после отвлечения внимания больного на другую деятельность. Характерные симптомы нарушений избирательности — замены, искажения и вылетения. *Замены* — это небольшие неточности при воспроизведении, не влияющие принципиально на качество информации. *Искажения* — это более грубые замены,

которые деформируют запоминаемый образ или содержание информации. *Вплетения* — ошибки воспроизведения, когда информация содержит посторонний материал, запоминание которого вообще не было целью мнестической деятельности.

3. *Нарушения перехода информации из кратковременной памяти в долговременную.* Больной может пользоваться только кратковременной памятью, имеющей ограниченный объем, из-за чего происходит вытеснение из памяти недавно полученной информации вновь поступившей.

Первые две причины в основном обуславливаются дисфункцией лобных отделов мозга, отвечающих за выбор цели, построение программы и, что самое важное в данном контексте, — за контроль конечного и промежуточного результатов деятельности. Нарушение динамики мнестической деятельности может возникать и вследствие эмоциональной неустойчивости человека. Третья причина (проблемы консолидации следа) в основном обусловлена расстройствами в работе височных отделов лимбической системы.

Существуют различные способы классификаций расстройств памяти, что в силу разнообразия ее форм отражает сложность выбора ключевых оснований для их деления. Чаще всего для оценки мнестических нарушений пользуются терминами «*гипомнезия*», «*амнезия*», «*гипермнезия*» (часто объединяемыми одним понятием — «*дисмнезии*»), которые обычно рассматриваются под углом зрения количественных изменений памяти. Качественные ее расстройства или искажения описываются как *парамнезии*.

Гипомнезия

Гипомнезия — ослабление памяти, ухудшение способности к запоминанию или точному воспроизведению информации. Она является наиболее распространенным видом нарушения памяти. Ослабление памяти может идти как равномерно, так и неравномерно в отношении всех основных ее процессов — фиксации следов, их сохранения и репродукции. Гипомнезия может быть временной, эпизодической, но может иметь и стойкий, необратимый характер.

Один из ранних признаков гипомнезии — нарушение избирательного воспроизведения в виде невозможности вспомнить какой-либо факт, необходимый в данный момент, хотя позже он всплывает в памяти сам по себе. Гипомнезия часто начинается с забывчивости на даты, термины, понятия, фамилии, числа, т.е. с проблем запоминания и воспроизведения так называемого справочного материала и хронологической последовательности событий прошлого (страдает ориентировка во времени и нарушается чувство времени).

Если даже воспоминания воспроизводятся, то они все равно продолжают сопровождаться сомнениями. Признаком сравнительно легкой степени является также забывание того, что о каком-либо факте больной уже сообщал ранее данному лицу [Жмуров, 1994]. Объяснением этого может служить как ухудшение внимания, особенно после переключения на какую-то иную деятельность, так и увеличение чувствительности к влиянию интерферирующих воздействий. При более тяжелой форме из памяти выпадает множество подробностей и значительных событий, касающихся личной и общественной жизни.

Критическое отношение к ослаблению памяти у больных с гипомнезией обычно сохраняется — это отражается в соответствующих жалобах, в попытках компенсировать возникшую неспособность (ведение записей, вязание узелков, использование мнемотехники, стремление класть предметы на одно и то же или видное место, привычка перепроверять себя и др.). Снижение памяти способно вызывать типичные острые эмоциональные реакции на человека.

Гипомнезия может быть следствием сосудистых и травматических поражений ЦНС, она входит в структуру многих психопатологических синдромов (невротического, психоорганического и др.), а также является симптомом умственной отсталости и задержки психического развития, характерна для астенических состояний, депрессии, органических расстройств, сопровождает возрастные изменения.

Амнезия

Амнезия — существенное ослабление или полная утрата памяти. Выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени. Существует целая группа амнезий, различающихся причинами своего возникновения и ведущей симптоматикой.

Прогрессирующая амнезия — постепенная и далеко идущая утрата памяти, чаще вследствие сосудистых заболеваний мозга и его атрофии. Вначале нарушения памяти проявляются лишь на фоне глубокого утомления и выражаются в забывании малозначачащих событий, новых имен и дат. Затем теряется способность локализовывать события во времени: давно прошедшие из них кажутся ближе к настоящему и наоборот. Воспоминания далекого прошлого могут переживаться как происходящее в данный момент. При этом эмоциональная память может еще сохраняться, но с развитием болезненного состояния утрачивается и она. Особенной

стойкостью обладают наиболее часто воспроизводившиеся связи двигательного анализатора — манера держаться, походка, жесты, автоматизированные навыки, привычки, что начинает граничить с распадом личности. На последнем этапе прогрессирующей амнезии могут сохраняться разрозненные и очень скудные воспоминания, относящиеся в основном к детским годам жизни.

Утрата запасов памяти происходит в определенной последовательности, подчиняющейся закону регрессии Т. Рибо: от частного — к более общему, от позднее приобретенного — к тому, что было приобретено ранее; от менее эмоционально насыщенного — к эмоционально значимому.

Эта разновидность мнестических расстройств развивается при тяжелых органических прогрессирующих заболеваниях мозга, как, например, при болезни Альцгеймера, старческом слабоумии.

Фиксационная амнезия — утрата способности запоминать новую информацию, из-за чего не происходит приобретения новых знаний, и одновременно быстро забываются текущие события, а также собственные состояния, переживания и ощущения. Больные почти сразу забывают содержание только что сказанного или задают одни и те же вопросы, не помнят, что они делали, ели, читали. Появляется дезориентированность в обстановке, времени, окружающих лицах, в ситуации. Если фиксационная амнезия выражена нерезко, то больные сохраняют к этому частичную критику, пытаются компенсировать свой дефект — например, воспроизводят требуемые сведения по догадке. Большинство авторов объясняют трудности усвоения новой информации ослаблением процесса консолидации следа памяти.

Фиксационная амнезия лежит в основе *антероградной амнезии*, распространяющейся на события, следующие за периодом острого нарушения мозговой деятельности, какого-то расстройства психики. У таких больных в основном страдают вербальные навыки и в меньшей степени — невербальные, способность к обучению, которые могут даже сохраняться. События, происходящие в данный момент времени, оставляют след лишь в виде кратковременных обрывков воспоминаний. Степень выраженности этой амнезии существенно зависит от интенсивности, продолжительности и характера повреждающего фактора. Ее симптоматика может распространяться на значительные промежутки времени, достигающие нескольких дней, месяцев и даже лет.

Ретроградная амнезия — выпадение памяти на события, которые предшествовали сильной психической или физической травме, повреждению головного мозга, самоповешению, отравлению (например, угарным газом), развитию острого психотического рас-

стройства либо воздействию типа электрошока. Больной в течение ряда дней после травмы не может назвать свою фамилию, имя, адрес, не помнит места своей работы, членов семьи и т.д. Сроки существования пробелов примерно такие же, как и при антероградной амнезии. Они могут быть стойкими, стационарными, но во многих случаях со временем воспоминания частично или полностью возвращаются. Кратковременная память отличается более высокой чувствительностью к повреждающим воздействиям, поэтому впечатления, непосредственно примыкающие к началу болезненного эпизода, восстанавливаются в памяти хуже.

Психогенная амнезия — выпадение памяти на отдельные уже зафиксированные важные психотравмирующие события, что можно рассматривать как проявление защитных механизмов по типу вытеснения (все, что может спровоцировать непереносимые переживания, не допускается до сознания) или отрицания. Наиболее типичные пусковые факторы — переживание смертельной угрозы с ощущением невозможности избежать ее, унижающего стыда или оскорбленного самолюбия, актуальная или предвосхищаемая потеря эмоционально значимого объекта. Психогенная амнезия возникает и в результате панической реакции на собственное переживание (агрессивное, сексуальное), субъективно неприемлемое с морально-этических позиций. Утрачиваются, прежде всего, воспоминания о неприятных переживаниях, действиях, ущемляющих чувство собственной ценности, а также о ситуациях и событиях, окрашенных выраженными отрицательными эмоциями.

Психогенная амнезия характеризуется внезапно начинающейся ретроградной амнезией у лиц с хорошей памятью (больной дает нелепые ответы на вопросы, касающиеся содержания психотравмирующего события, хотя память на индифферентные факты того же времени может полностью сохраняться). Способность к заучиванию новой информации тоже сохранена.

В подобных случаях всегда присутствует явное или неявное стремление к уходу от стрессовой ситуации, но само возникновение амнезии не подчиняется сознанию. Психотерапевтические воздействия и, в частности, погружение в состояние гипнотического сна позволяют преодолеть сопротивление утраченным воспоминаниям, и они могут быть восстановлены. Психогенная амнезия наблюдается преимущественно у подростков и молодых людей и реже — у пожилых; у женщин чаще, чем у мужчин.

Явление смежное, а порой рассматривающееся как частный случай психогенной амнезии, — *амнезия истерическая*. Здесь также имеется вытеснение субъективно неприемлемых событий, но фоном

для этого выступает уже имеющийся истерический синдром, а утрата памяти на некоторые события очевидно несет отпечаток «выгоды» для больного, выигрыша в каком-то отношении. Степень выраженности утрат памяти может быть более значительной, чем при обычной психогенной амнезии — человек забывает не только отдельные эпизоды, но и все, что касается его личности, в том числе и собственное имя. При попадании в ранее знакомую обстановку или при встрече с людьми, являвшимися свидетелями забытых событий, воспоминания, как могло бы ожидать, не оживают, а напротив — амнезия усиливается. В некоторых случаях при истерической амнезии потери памяти могут длиться всю жизнь или существенный ее отрезок. И напротив, как только «выгодность» забывания перестает быть актуальной, память может самопроизвольно вернуться. Не следует путать эти нерегулируемые сознанием больного мнестические феномены с целенаправленной симуляцией, которой предшествует осознанный замысел утаить информацию. При истерической амнезии способность усваивать новую информацию не нарушается.

Аффектогенная амнезия — утрата воспоминаний о событиях, происшедших во время собственной бурной эмоциональной реакции — аффекта. Выявляемая после выхода из состояния патологического аффекта, эта амнезия обуславливается временным сужением сознания.

К более частным вариантам амнезий относят *алкогольную амнезию* — выпадение памяти на события, сопровождаемые опьянением больных алкоголизмом. При этом отчетливых нарушений сознания в забытом периоде времени не наблюдается. Известны случаи, когда страдающие алкоголизмом лица, будучи трезвыми, забывали впечатления периода опьянения, но при повторном алкогольном эпизоде вновь их вспоминали.

Несколько особняком от всех остальных рассматривается так называемая *детская (инфантильная) амнезия* — естественный, а не патологический феномен отсутствия воспоминаний у детей примерно до 3 лет, равно как и смутные воспоминания взрослого об этом периоде. Предположительно явление детской амнезии есть свидетельство не отсутствия памяти вообще, а: 1) преимущественной ее направленностью в этом возрасте на накопление опыта в моторной и эмоциональной сферах, наиболее важных на данном жизненном этапе; 2) известной несформированностью нейронных систем мозга ребенка, обеспечивающих перевод информации из кратковременной памяти в долговременную, благодаря чему, будучи закрепленной, она могла бы позднее обрабатываться на смысловом уровне.

Гипермнезия

Гипермнезия — болезненное обострение памяти, проявляющееся чрезмерным обилием произвольных воспоминаний, резким увеличением объема и прочности запоминаемого материала по сравнению с нормативными показателями. В патологических и пограничных случаях характеризуется удержанием в памяти множества малосущественных деталей и незначительных событий прошлого, которые носят яркий чувственно-образный характер, самопроизвольно всплывают с необычайной легкостью и охватывают как события в целом, так и мельчайшие его подробности. Ассоциации вспоминаемых рядов выстраиваются беспорядочно или по упрощенной схеме: по контрасту, сходству или смежности в пространстве и времени. Известны случаи, когда в состоянии нарушенного сознания больные с фотографической точностью воспроизводили тексты прочитанных ранее книг, говорили на иностранных языках, забытых в обычном состоянии. По выздоровлении ожившие следы памяти вновь терялись. Гипермнезия бывает парциальной, избирательной, проявляясь, например, только повышенной способностью к запоминанию и воспроизведению цифр [Жмуров, 1994].

Гипермнезия — термин достаточно условный, поскольку обычно речь идет не об усилении всей памяти, а лишь об обострении ее низших форм — механической и образной памяти за счет ослабления высшей смысловой памяти [Случевский, 1957]. Она не зависит от уровня интеллекта и встречается даже при его заметном снижении. В последнем случае может носить врожденный характер.

Гипермнезия встречается при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, в начальных стадиях алкогольного и гашишного опьянения, в начальных стадиях прогрессивного паралича, при шизофрении, в состоянии гипнотического сна. Она возможна и при депрессии — тогда отчетливо вспоминаются самые незначительные эпизоды прошлого, созвучные пониженной самооценке и идеям самообвинения. Явления гипермнезии изредка наблюдаются в клинической картине инфекционных психозов. Случаи подобного мнестического расстройства отмечались при лихорадочных состояниях, мозговых травмах, при электрическом раздражении определенных участков коры больших полушарий мозга, эпилептических переживаниях перед припадком, при истерических переживаниях, а также при серьезной угрозе жизни (например, падения с высоты).

Гипермнезию не следует смешивать с *феноменальной памятью* — редкой, но не патологической способностью хранить и при необходимости воспроизводить большие объемы информации, поскольку

процессы памяти и механизмы их произвольной регуляции здесь не нарушаются. Объяснения феноменальной памяти можно найти и в регулярной тренировке ее носителя.

Парамнезии (псевдомнезии)

Парамнезии (псевдомнезии) — общее название различных обманов памяти, ее искажений по типу ложных воспоминаний или феноменов смещения настоящего и прошлого, реального и воображаемого. Это качественные нарушения памяти, которые могут встречаться как самостоятельно, так и в сочетании с количественными.

Выделяют несколько типов парамнезий.

Псевдореминисценции (по С.С. Корсакову — «иллюзии памяти») — воспоминания о действительно имевших место событиях, которые начинают переноситься больным в другой временной период (обычно из прошлого в настоящее). Например, человек, давно находящийся в больнице, говорит о том, что только что «пришел с работы». Это расстройство локализации события во времени.

Конфабуляции (по С.С. Корсакову — «галлюцинации памяти») — ложные воспоминания, вымыслы, связанные с событиями прошлой жизни, которые заполняют пробелы в памяти (например, при фиксационной амнезии). Содержание конфабуляций может носить внешне правдоподобный характер, быть фантастическим или обращенным в далекое прошлое (в детство). Больной полностью уверен, что сообщаемые им факты и события действительно происходили. Конфабуляции отличаются от псевдореминисценций большей продуктивностью, разнообразием, необычностью, элементами ирреальности, наличием патологической деятельности воображения.

Криптомнезии — тип парамнезии, при котором происходит присвоение чужих воспоминаний: исчезают различия между событиями, происходившими в действительности, и теми, о которых больной слышал, читал или которые увидел во сне, либо событиями, вообще ранее известными. Например, увиденное в кино вспоминается как пережитое или продуманное больным, либо больной присваивает себе авторство каких-то научных идей или произведений искусства — воспоминания о знаниях замещаются ощущением личного творческого акта, что квалифицируется как «неумышленный плагиат». Подобные криптомнезии называют истинными. А при ложных их вариантах, напротив, реальные события из жизни больного начинают ему представляться как происходившие с кем-то иным, как услышанное, прочитанное или увиденное на сцене. И при истинных, и при ложных криптомнезиях имеет место нарушение способности идентифицировать источник воспоминаний.

Эхомнезии — обманы памяти, при которых новое событие воспринимается как уже происходившее, но обычно без способности указать, где и когда. В таких случаях воспринимаемое одновременно проецируется и в настоящее, и в неопределенное прошлое. Другое название этого вида парамнезий — уже упоминавшийся в разделе расстройств восприятия феномен «уже виденного», «уже слышанного» или «уже обдуманного». В иных случаях возможна разновидность воспоминания «уже пережитого», при которой человек только отмечает некоторое сходство ситуации, но понимает, что оно не идентично прошлому событию.

В другой трактовке эхомнезии — это субъективное переживание повторяемости одних и тех же событий или одного и того же воспоминания. Человек несколько раз подряд ощущает себя в одной и той же ситуации, которой соответствует повторяющееся воспоминание и в течение небольшого времени (нескольких минут) как бы отключается от текущего восприятия.

Феномены «никогда не виденного» (*jamais vu*), «не слышанного», «не пережитого» и др. Знакомое, известное, привычное воспринимается как новое, ранее не встречавшееся, возникает переживание непредсказуемости предстоящих событий.

В современной медицинской психологии установлена связь парамнезий с некоторыми пограничными состояниями (стресс, острое и хроническое переутомление) с психастенией, а также рядом психических расстройств и органических поражений мозга.

Корсаковский синдром

Корсаковский синдром — сочетание антероградной, ретроградной, фиксационной амнезий и конфабуляций, впервые описанное выдающимся отечественным психиатром С.С. Корсаковым в 1887 г. у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Позднее было обнаружено, что развитие корсаковского синдрома также возможно и при энцефалитах, сосудистых заболеваниях, опухолях и травмах головного мозга, старческих психозах, при отравлении окисью углерода, гипоксии мозга в связи с самоповешением и в ряде других случаев. Значительная роль в патогенезе отводится двустороннему поражению некоторых структур лимбической системы головного мозга, в частности гиппокампа, маммиллярных тел, свода мозга.

Основным механизмом мнестических расстройств при корсаковском синдроме является нарушение долговременного запоминания текущих событий, новой информации независимо от ее модальности — затрудняется перевод следов из кратковременной

памяти в долговременную. Мнестические расстройства при данном синдроме преимущественно затрагивают произвольную эпизодическую память, т.е. субъективно осознаваемую способность запоминать и воспроизводить происходившее недавно или только что. Из-за этого больные могут по несколько раз здороваться с одними и теми же людьми, задавать одни и те же вопросы, не могут сказать, чем они только что занимались, что ели, неделями читают одну и ту же страницу в книге, тут же забывая прочитанное. Наиболее заметно нарушается вербальная память, в меньшей степени — образная, еще меньше нарушена так называемая эмоциональная память, в связи с чем, совершенно не помня содержания неприятного события, человек способен прийти в плохое настроение в обстановке, где оно произошло, или при виде лица, имевшего к нему отношение. При попытках ответить на затруднительный вопрос о недавнем прошлом, больным могут спонтанно предъявляться фантастические конфабуляции (у детей ложные воспоминания, как правило, отсутствуют или выражены слабо). Память на отдаленные события прошлой жизни остается относительно сохранной, а некоторые воспоминания о таких событиях даже отличаются особенной яркостью.

На этой же почве, в зависимости от тяжести заболевания, начинают страдать ориентировка во времени, процессы внимания, восприятия, мышления и вся структура личности в целом, хотя по сравнению с собственно мнестическими расстройствами эти явления могут быть и незначительными. В большинстве случаев больным свойственна та или иная степень интеллектуальной недостаточности, которая выражается в ослаблении продуктивности, в стереотипности и монотонности суждений, выраженной их зависимости от внешних впечатлений, неспособности замечать противоречия в собственных высказываниях, обнаруживать несовместимость ложных воспоминаний с реальностью. В то же время некоторые больные отличаются известной сообразительностью и в пределах конкретной ситуации умело маскируют дефекты памяти. Они сохраняют способность разумно рассуждать, делать верные умозаключения, если не требуется опоры на воспоминания о текущих событиях.

Некоторые больные могут не помнить, что они все забывают и начинают отрицать наличие у себя расстройств памяти. Другие, напротив, критически относясь к своему недостатку, пытаются к нему адаптироваться. Относительно сохранны сознание и мотивация (кроме пожилых людей, у которых могут наблюдаться признаки апатии). Общие представления (семантическая память), ус-

восные в течение жизни навыки (процедурная память), а также произвольное запоминание и воспроизведение остаются почти незатронутыми.

Псевдоамнезия

Псевдоамнезия — нарушение памяти как деятельности. Возникает при массивных поражениях лобных долей мозга, когда грубо нарушается процесс формирования намерений, планов и программ поведения. Следствием становится и нарушение произвольного запоминания, и ослабление желания вспомнить уже зафиксированное. Воспроизведение часто превращается в персевераторное повторение одного и того же. Сама память как таковая страдает лишь вторично, как производная от неполноценности волевых и мотивационных процессов. В силу этого обстоятельства произвольное запоминание у больных с лобным синдромом, как и при корсаковском синдроме, может оставаться достаточно сохранным.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение памяти и опишите содержание ее процессуальных составляющих.
2. Какие виды и подвиды памяти выделяются в современной психологии?
3. Каковы основные причины расстройств памяти?
4. Как терминологически обозначаются количественные и качественные расстройства памяти?
5. С каких признаков обычно начинается развитие гипомнезии?
6. Какой порядок расстройств памяти описан в законе регрессии Рибо?
7. Какие формы амнезий могут выделяться на фоне различных психических и соматических заболеваний?
8. Почему гипермнезия не может рассматриваться как позитивное явление?
9. Опишите качественные характеристики различных форм парамнезий.
10. Благодаря каким особенностям некоторые расстройства памяти были выделены в корсаковский синдром?

2.5. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ

Методы исследования памяти отличаются большим разнообразием как по характеру материала, предназначенного для запоминания, так и по степени соучастия других психических процессов, через которые мнестические функции реализуются [Блейхер, Крук, 1986; Зейгарник, 1986; Рубинштейн, 1998; Захаров, Яхно, 2003]. Можно выделить несколько основных способов работы испытуемых с материалом. Это запоминание:

- увеличивающихся рядов элементов (цифр, слов, бессмысленных слогов и т.п.) до «отказа», т.е. неспособности после однократного (или иногда трехкратного) предъявления безупречно воспроизвести весь ряд;
- стандартного набора элементов с целью регистрации числа повторений, после которого весь набор воспроизводится безошибочно;
- некоторого набора элементов-эталонов (например, графических), которые затем должны быть обнаружены (узнаны) в других больших по объему наборах;
- элементов с помощью ассоциативного опосредования;
- смысла (рассказов) в отличие от их буквального запоминания;
- взаимного расположения (пространственной композиции) элементов на рисунках с их воспроизведением по памяти;
- ритмических или звуковысотных последовательностей, а также тактильных образов (по модальности).

С научными целями используются и иные, реже встречающиеся методы исследования памяти: метод определения отсутствующего элемента, метод частичного воспроизведения (способ проверки иконической памяти, при котором после тахистоскопического предъявления стимульного материала, например матрицы, от испытуемого требуется воспроизвести только ту ее часть, на которую будет указание инструкции уже после окончания экспозиции) и др. [Зинченко, 2000].

По мнению Б.В. Зейгарник [1986], в исследовании патологии памяти наиболее важными представляются следующие вопросы:

- 1) проблема строения мнестической деятельности опосредованного и непосредственного, произвольного и непроизвольного запоминания;
- 2) вопрос о динамике мнестического процесса;
- 3) вопрос о мотивационном компоненте памяти.

Заучивание 10 слов

[Схема..., 1973; Рубинштейн, 1998; Лурия, 2000]

Данная методика, предложенная А.Р. Лурия, является одной из наиболее распространенных в психологии. Испытуемому предлагается прослушать 10 простых, не связанных по смыслу, обычно односложных или двухсложных слов, которые необходимо повторить в любом порядке сразу после прочтения. Воспроизведенные слова помечаются в специальном бланке (см. образец), после чего процедура вновь повторяется от 5 до 10 раз до тех пор, пока без ошибок не будут воспроизводиться все слова. По проше-

ствии 50–60 минут экспериментатор вновь просит повторить запомненные слова. В другой версии число попыток ограничивается пятью.

Образец бланка

Слова	1-я попытка	2-я попытка	3-я попытка	4-я попытка	5-я попытка	Спустя час
Лес						
Хлеб						
Окно						
Стул						
Вода						
Брат						
Конь						
Гриб						
Игла						
Мед						
Огонь						

Полученные в соответствии с бланковыми данными результаты переносятся на график, в результате чего вырисовывается кривая запоминания, которая и становится основным предметом дальнейшей интерпретации. По характеру кривой достаточно хорошо видна динамика мнестических процессов, в значительной степени связанная с устойчивостью внимания. Если в норме после очередного повторения количество запомненных слов увеличивается, то в ряде случаев начинают упорно воспроизводиться одни и те же слова, т.е. характер кривой начинает напоминать плато. В других случаях на фоне утомления и астенизации после повторения число запомненных слов может уменьшаться («куполообразная» кривая), в-третьих — из-за эмоциональной неустойчивости или колебаний внимания характер кривой становится зигзагообразным. В число запомненных испытуемым могут приноситься и посторонние слова — факт, нуждающийся в дополнительном анализе причин своего происхождения.

В норме взрослый здоровый испытуемый к третьему повторению воспроизводит 9–10 слов, а количество правильно воспроизведенных слов после первого прослушивания может характеризовать объем кратковременной слуховой памяти.

Запоминание зрительных образов

[Meily, 1961; цит. по: Блейхер, Крук, 1986; Зинченко, 2000; Бизюк, 2005]

Данный методический прием включает в себя несколько вариантов проведения эксперимента, общим для которых является одновременная или последовательная экспозиция каких-то комплектов изображений, различающихся по сложности восприятия. К числу таких изображений могут относиться реалистические изображения бытовых предметов, животных, средств транспорта и т.п., хорошо опознаваемые геометрические фигуры, контурные или профильные фигуры, не имеющие словесного эквивалента (данный стимульный материал наиболее «чисто» характеризует зрительную память), знаки-символы и т.д.

Поэтому дальнейшее течение эксперимента, а также предшествующая ему инструкция могут варьироваться.

В версии Р. Мейли методика проводится в два этапа.

Первый этап заключается в исследовании зрительной памяти с помощью двух серий по 30 карточек, на каждой из которых имеется изображение (картинка) определенного предмета. Картинки предъявляются с интервалом в 2 секунды одна за другой.

Стимульный материал 1-й серии.

На карточках изображены: *горшок, осел, ключ, тачка, колокольчик, стол, вишня, сапог, вилка, рыба, бочка, голова, буфет, роза, паровоз, кресло, флаг, петух, ножницы, зонтик, ваза, корова, диван, голубь, часы, старик, очки, лампа, нога, пианино.*

После показа картинок первой серии делают перерыв на 10 секунд, а затем проверяют, сколько предметов запомнил обследуемый. Инструкция сообщает обследуемому, что предметы можно называть в любом порядке. Называемые предметы регистрируются, так как возможны повторения и привнесение не фигурировавших в задании.

Вторую серию картинок лучше предъявлять на второй день, причем других исследований памяти в промежутке между первой и второй сериями желательно не проводить.

Стимульный материал 2-й серии.

На карточках изображены: *ракушка, кровать, труба, груша, метла, коза, букет, трамвай, пила, стул, мальчик, молоток, бутылка, подвода, расческа, пушка, дерево, яблоко, книжка, шляпа, дом, собака, скамейка, дверь, чашка, река, печь, скрипка, портсигар, конь.*

При обнаружении значительной разницы в результатах и исключении возможной роли в этом факторов внешней среды можно подозревать лабильность мнестической функции и слабость концентрации внимания.

В другом варианте проведения методики карточки (5–10 штук) с изображениями сразу после экспонирования убираются или закрываются, а перед испытуемым выкладывается другой, больший по составу комплект. В нем необходимо найти запомненные фигуры или нарисованные предметы. Эта процедура повторяется несколько раз.

В третьем случае опора на повторно предъявляемые образы не предусматривается, и испытуемый по прошествии 2–3 минут должен вербально воспроизвести запомненные образы или нарисовать их (например, невербализуемые фигуры), причем качество рисунков в расчет не принимается, а предметом оценки становится факт воспроизведения изображения.

Оценка кратковременной памяти методом Джекобсона

[Пашукова, Допира, Дьяконов, 1996]

Существенная особенность этого метода заключается в том, что объем кратковременной памяти измеряется по количеству изолированных единиц информации, которые могут быть правильно воспроизведены в заданном порядке после одного предъявления. Испытуемому предъявляют (зрительно или на слух) по одному ряду стимулов постепенно нарастающей длины и устанавливают максимальное количество отдельных членов ряда, при котором испытуемый еще в состоянии безошибочно воспроизвести весь ряд. Обычно применяют ряды из 4–12 стимулов. (Наиболее известной из подобных процедур является субтест на запоминание числовых рядов из шкалы интеллекта Векслера.)

Во избежание случайностей испытуемому предъявляют больше одного ряда каждой длины и продолжают опыт после того, как испытуемый впервые допустит ошибку.

Объем кратковременной памяти вычисляется по формуле: $V = A + m / n + 1/2$, где V — объем кратковременной памяти; A — максимальное количество цифр в ряду, при котором все ряды воспроизводятся полностью; m — число правильно воспроизведенных рядов с количеством цифр, большим, чем A ; n — количество проб с одной и той же длиной ряда.

Опосредованное запоминание

[Леонтьев, 1981; Рубинштейн, 1998]

Основная теоретическая концепция данного диагностического приема заимствована из разработанной Л.С. Выготским и А.Р. Лурия «функциональной методики двойной стимуляции», которая строится по принципу введения в экспериментальную за-

лачу, предлагаемую испытуемым, кроме основных исходных стимулов еще второго дополнительного ряда стимулов (стимулов-средств), способных служить испытуемым тем «психологическим инструментом», с помощью которого они могут решить данную задачу. Подобная организация мнестической деятельности характерна именно для высших ее форм.

Для проведения эксперимента необходимо иметь заранее подготовленные наборы изображений (30 карточек с отчетливыми рисунками предметов и животных) и наборы из 15 слов. Рекомендуется использовать стандартные списки, но не исключается возможность и отбора собственных, под конкретные задачи исследования. Карточки раскладываются перед испытуемым так, чтобы все они были одновременно видны. После этого поочередно зачитываются слова из подготовленного набора с просьбой испытуемому выбрать одну из картинок, чтобы впоследствии она помогла вспомнить предложенное слово, но сами изображения не должны являться прямой к нему иллюстрацией. Строго говоря, квалификация подобранных пар с позиции «правильно — неправильно» не предусматривается. Подбрав нужный рисунок, обследуемый должен объяснить мотивы своего решения. Отобранные карточки откладываются в сторону.

Стимульный материал может быть представлен двумя сериями.

1-я серия

На карточках изображены: *диван, гриб, корова, умывальник, стол, ветка земляники, ручка для перьев, аэроплан, географическая карта, щетка, лопата, грабли, автомобиль, дерево, лейка, дом, цветок, тетради, телеграфный столб, ключ, хлеб, трамвай, окно, стакан, постель, экипаж, настольная электрическая лампа, картина в раме, поле, кошка.*

Слова для запоминания: *снег, обед, лес, ученье, молоток, одежда, поле, игра, птица, лошадь, урок, ночь, мышь, молоко, стул.*

2-я серия

На карточках изображены: *полотенце, стул, чернильница, велосипед, часы, глобус, карандаш, солнце, рюмка, обеденный прибор, расческа, тарелка, зеркало, перья, поднос, дом-булочная, фабричные трубы, кувшин, забор, собака, детские штанишки, комната, носки и ботинки, перочинный нож, гусь, уличный фонарь, лошадь, петух, черная доска, рубашка.*

Слова для запоминания: *дождь, собрание, пожар, день, драка, отряд, театр, ошибка, сила, встреча, ответ, горе, праздник, сосед, труд.*

После окончания этапа запоминания (а иногда и по прошествии нескольких десятков минут) испытуемому поочередно предлагают отобранные карточки с просьбой вспомнить связанные с ними слова. Предметом исследования здесь становится не только память,

но также характер и адекватность образованных ассоциаций, корректность логических построений при объяснении своих воспоминаний, припоминание близких по смыслу слов вместо фактических, наличие побочных, самостоятельных ассоциаций, не связанных с соответствующим словом или карточкой.

Экспериментально доказано, что образование опосредованных связей у умственно отсталых затруднено или невозможно, а подбор карточек у лиц с психическими расстройствами, в частности с шизофренией, и при образовании ассоциаций и их мотивировке обнаруживает связи по второстепенным, весьма далеким или вообще плохо понимаемым с позиции здравого смысла признакам, либо — подбор карточки к слову оказывается вообще невозможным, хаотичным.

В видеоизмененной (упрощенной для детей) методике А.Н. Леонтьев предлагает 5 слов и 16 карточек.

Карточки с рисунками: *столовый прибор, школьная доска, булочная, расческа, солнце, глобус, кувшин, петух, забор, детские штанишки, уличный фонарь, ботинки, часы, заводские трубы, карандаш.*

Слова: *пожар, дождь, труд, ошибка, горе.*

В итоге работы с детьми по методике опосредованного запоминания А.Н. Леонтьев приходит к выводу, что способность ребенка устанавливать элементарные ассоциативные связи между словом и картинкой еще не является моментом, единственно определяющим процесс опосредованного запоминания. Ребенок, который способен установить между ними некоторую ассоциативную связь, может вместе с тем оказаться неспособным инструментально употребить связанную со словом карточку. Правильно подобранная картинка в дальнейшем даже мешает — она участвует в процессе не вместе с основным стимулом, а наряду с ним.

Метод двойной стимуляции может применяться и в другой модификации. При назывании слов испытуемый не сам подбирает картинки, а экспериментатор показывает их по своему усмотрению. Последующее воспроизведение проводится следующим образом: предъявляют по одной картинке и предлагают по каждой из них вспомнить соответствующее слово, которое раньше читал экспериментатор. Количество правильно воспроизведенных слов в обеих модификациях является показателем степени развития активного установления осмысленных связей в процессе запоминания и использования при этом различного рода вспомогательных приемов.

Известен и более простой вариант проведения исследования, предложенный в 1935 г. Л.В. Занковым и сводящийся к запоминанию конкретного слова с помощью определенного изображения на картинке путем установления связи между ними: например, между словом «игра» и изображением куклы.

Пиктограммы

[Рубинштейн, 1998; Лурия, 2000; Зинченко, 2000; Херсонский, 2003; Семаго, 2005; Психолого-педагогическая диагностика..., 2006]

Этот метод исследования памяти предложен Л.С. Выготским и разрабатывался его коллегами, в частности А.Р. Лурия. Несмотря на то что внешне данная методика связана с оценкой механизмов опосредованного запоминания, фактически ее основная нагрузка имеет отношение к процессам мышления, воображения и образования ассоциаций.

Для проведения методики необходимы специально подготовленные наборы слов (понятий), бумага и карандаш.

Рекомендован стандартный набор, состоящий из различающихся по уровню своей абстрактности 18 таких понятий, из которого могут быть отобраны 12–16. С учетом того, что эти понятия отбирались около 50 лет назад, возможно привлечение и других слов, представляющих интерес для опосредования.

Стандартный набор: *веселый праздник, тяжелая работа, развитие, вкусный ужин, смелый поступок, болезнь, счастье, разлука, ядовитый вопрос, дружба, темная ночь, печаль, справедливость, сомнение, теплый ветер, обман, богатство, голодный ребенок.*

Испытуемому поочередно зрительно или на слух предъявляются указанные слова или фразы и предлагается их запомнить, а для лучшего запоминания разрешается делать на бумаге какие-либо простые зарисовки или ставить условные знаки. Записывать что-либо словами или числами запрещается.

После того как ряд слов обозначен подобным образом, больному предъявляют сделанные им рисунки, по которым он и должен воспроизвести нужные понятия. Тем самым в качестве вспомогательного средства для запоминания испытуемый использует характерные признаки стимула, доступные для условного изображения.

К числу анализируемых в дальнейшем данных можно отнести:

- содержание образов-пиктограмм;
- пояснения к рисункам, даваемые испытуемыми;
- данные наблюдения за поведением испытуемого в период эксперимента;
- формальные качества пиктограмм (размер, способ расположения и т.п.).

Критериями оценки при работе с методикой являются:

1. Доступность обобщенной символизации слова, особенно по отношению к словам, сложным для опосредования («справедливость», «сомнение», «развитие» и т.п.). Трудности подобного рода возможны при умственной отсталости и эпилепсии.

2. Адекватность ассоциаций в отличие от выхолащиваемости, бессодержательности, бедности, нелености, что вытекает не только из содержания самих пиктограмм, но и из получаемых к ним пояснений. Негативная сторона этого качества типична для шизофрении. Восприятие сквозь призму своих вкусов и стремлений, эгоцентричность восприятия наблюдается у эпилептиков и некоторых психопатов (С.Я. Рубинштейн).

3. Конкретность (без логической переработки) — абстрактность либо метафоричность, способная достигать степени неопределенности.

4. Стандартность (банальность) — оригинальность (оценивается по степени совпадения образов у разных испытуемых).

5. Восстанавливаемость понятий, т.е. удельный вес понятий, которые удалось удачно воспроизвести с опорой на соответствующие пиктограммы.

К регистрируемым особым феноменам относятся: ассоциации по созвучию; сверхабстрактность символики; недифференцированные изображения; «шоковые» реакции; употребление буквенных обозначений; стереотипии; высказывания испытуемых и т.д.

Здоровые испытуемые имеют высокую продуктивность опосредованного запоминания при наличии ошибок замены синонимического характера и при преобладании атрибутивных (вырисовывается типичный фрагмент ситуации, через которую реализуется понятие: «веселый праздник» — «флажок») и конкретных, лишенных эмоциональной значимости пиктограммах.

У больных шизофренией складывается специфический симптомокомплекс, состоящий из следующих элементов [Херсонский, 2003]:

- 1) недостаточное или искаженное понимание смысла задания;
- 2) снижение числа атрибутивных и стандартных образов;
- 3) снижение числа адекватных образов в пользу пустой символики, ассоциаций по звучанию, на основании чувственного впечатления, отдаленных связей;
- 4) наличие атипичных стереотипий, приобретающих форму персевераций — переноса элемента из рисунка в рисунок;
- 5) часто вычурное употребление букв, при придании им сходства с конкретными изображениями, замещение рисунка буквой;
- 6) атипичное расположение рисунков.

Данные изменения выражены не у всех больных шизофренией, различной может быть и степень их проявления, что зависит от формы течения, стадии заболевания, особенностей психопатологического синдрома. Наиболее ярко эти изменения проявляются

у больных в состоянии обострения, при выраженной аффективной патологии (исключая депрессию).

По данным Б.Г. Херсонского, согласующимся с более ранними исследованиями Гиты Васильевны Биренбаум (1903–1952) [Биренбаум, 1934], при наличии органических изменений со стороны мозга симптомокомплекс, улавливаемый с помощью использования пиктограмм, сводится к следующим изменениям:

1) недоступность понимания смысла задания, что связано со снижением уровня интеллекта и проявляется либо в полном непонимании инструкции, либо инструкция понимается искаженно, в ней улавливается лишь один элемент;

2) невозможность выбора образа на абстрактные понятия;

3) отсутствие геометрических и грамматических символов;

4) снижение числа атрибутивных и метафорических образов;

5) в структуре конкретных образов — преобладание фотографических, часто фрагментированных;

6) чрезмерно выраженная стереотипия, имеются прямые персеверации;

7) недостаточная дифференцированность изображения;

8) снижение продуктивности опосредованного запоминания (иногда испытуемые не запоминают даже те понятия, на которые выбраны адекватные образы).

Очевидно, что подавляющее большинство регистрируемых симптомов при работе с данной методикой имеет отношение не только к мнестическим процессам, но и к процессам мышления, мотивационной сфере и они приводятся в данном параграфе для обеспечения соответствующих ссылок.

При анализе образов пиктограмм также следует учитывать их абстрактность, индивидуальную значимость, частоту встречаемости (стандартные, повторяющиеся, оригинальные), адекватность.

Метод парных ассоциаций

[Calkins, 1894; цит. по: Экспериментальная..., 1973; Блейхер, Крук, 1986; Зинченко, 2000]

Методика, разработанная М. Калкинсом, а также Г. Мюллером и Л. Пильцеккером (под названием метода удачных ответов), является одним из вариантов исследования опосредованного запоминания. Испытуемому последовательно предлагаются пары стимулов (слов, слов, чисел, фигур и т.п.). Чаще всего используются слова, которые четко через паузы зачитываются испытуемому со специальным ударением на первом слове пары. Например: река — море, яблоко — груша и т.д. Весь ряд предъявляется один

или несколько раз, но число предъявлений (с учетом длины ряда) не должно обеспечивать 100% правильных ответов.

Затем экспериментатор зачитывает первое слово каждой пары, а обследуемый должен назвать второе слово. При этом порядок следования пар изменяют, чтобы преодолеть влияние положения отдельных пар в ряду. Количество правильно воспроизведенных вторых элементов пар является показателем прочности образовавшихся ассоциаций. Обычно здоровые обследуемые выполняют задание после двух повторений, а иногда сразу после первого зачитывания слов.

Анализ словесных отчетов позволяет устанавливать характер ассоциаций, к которым прибегают испытуемые для запоминания.

С целью отслеживания влияния различного характера ассоциативных отношений на процессы запоминания В.М. Блейхер и И.В. Крук рекомендуют применять модифицированный вариант парных ассоциаций, разработанный Ю.А. Машком.

В этой версии обследуемому для запоминания предлагается 10 групп парных ассоциаций, составленных по определенному принципу смысловой связи. Это различные отношения понятий:

- противоположные понятия (*юг — север, любовь — ненависть*);
- понятия различной величины (*холм — гора, страх — ужас*);
- вместилище и вмещаемое (*графин — вода, шкаф — одежда*);
- причина и следствие (*укол — боль*);
- часть и целое (*слово — фраза, зерно — колос*);
- орудие и объект труда (*земля — лопата*);
- абстрактные и конкретные понятия (*искусство — картина*);
- образующие суждение (*орел — птица*);
- привычные словосочетания (*точка — тире*);
- трудносочетаемые слова (*курица — портсигар*).

После проверки запоминания каждой группы слов устраивается перерыв на 2 минуты, а после предъявления пяти групп — на 30 минут. Сопоставление получаемых результатов у одного и того же больного при исследовании пробами на запоминание позволяет судить о большей или меньшей сохранности механической и логической (смысловой) памяти, сравнить показатели непосредственного и опосредованного запоминания.

Тест зрительной ретенции Бентона

(Arthur Lester Benton, 1909–2006)

[Benton, 1974; Блейхер, Крук, 1986; Вассерман, Меерсон, Дорофеева, 1997; Бурлачук, Морозов, 1999]

Методика предназначена для исследования зрительной памяти и пространственного восприятия по репродукции предъявляемых

большому геометрических фигур (рис. 2.8) (ретенция — удержание или сохранение). Материал методики включает три эквивалентных серии карточек (*C, D, E*) по 10 карточек в серии, на каждой из которых изображены простые геометрические фигуры (1–3). Каждый образец для запоминания на 10 секунд показывается испытуемому, после чего он должен его воспроизвести на листе бумаги или специальном бланке с максимальной точностью по форме, величине и взаимному расположению фигур, если их несколько. Успешность оценивается по числу правильно воспроизведенных изображений (правильно — 1 балл, неправильно — 0 баллов). Например, на картинке для исследования по Бентону нарисованы две главные, крупные фигуры и одна мелкая.

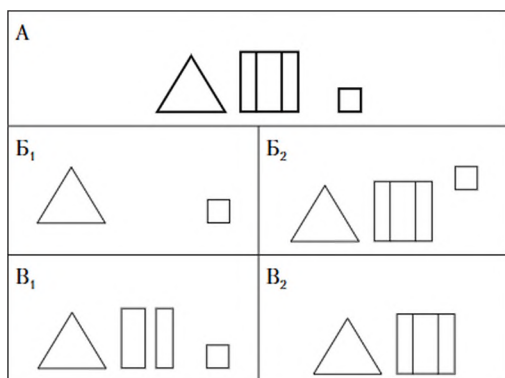


Рис. 2.8. Тест зрительной ретенции Бентона (образец стимульного материала)

Неправильным считается ответ, в котором присутствует хотя бы одна из нижеперечисленных ошибок:

- пропуск целой фигуры;
- деформация фигуры;
- персеверация (ошибочное повторение фигуры с предыдущей карточки);
- ротация (поворот фигуры на 45, 90 или 180°);
- неверная локализация;
- неверная величина.

Таким образом, оценка за одну серию из 10 картинок будет лежать в диапазоне от 0 до 10 баллов. При необходимости может учитываться и время воспроизведения рисунка, а для исследования

конструктивных функций больного возможна замена инструкции с запоминания на копирование рисунков с визуальной опорой на образец.

Больные с органическими поражениями мозга обычно получают не более 4–5 баллов; больные неврозами в среднем — 6–8 баллов; больные шизофренией (с дефектом) — 6–7 баллов. В норме — в среднем 8–9 баллов, но может быть 7 и даже меньше — при сниженном интеллекте [Вассерман, Меерсон, Дорофеева, 1997].

Для патофизиологии большую ценность представляет качественный анализ хода исследования и полученных результатов.

В частности, В.М. Блейхер и И.В. Крук [1986] предлагают выделять так «органические» ошибки, встречающиеся у лиц, страдающих церебральной патологией: больной разделяет на фрагменты одну из основных фигур (иногда такое расчленение оригинала приводит к невозможности опознания фигуры-образца) либо воспроизводит все фигуры в одной величине; наблюдается полный или частичный пропуск малых фигур; повторение (дубликация) малых фигур; дубликация основной фигуры; расположение периферической фигуры между главными или внутри главной; поворот фигур на рисунке на 90°.

Примерами ошибок при тяжелой органической церебральной патологии являются: тенденция к деформации фигур по размерам, повторение главной фигуры в одном и том же образце, повторение элементов фигуры в образце, контаминация (сплавление) фигур, тенденция к персеверации фигур, значительное искажение фигур, вставки в фигуры, полный пропуск образца.

Отмечено, что наличие одной «органической» ошибки возможно и у психически здоровых лиц, что может быть объяснено фактором переутомления. Наличие двух «органических» ошибок представляет большую редкость даже у очень старых, но психически здоровых обследуемых.

Разработаны две дополнительные усложненные формы *F* и *I*, каждая из которых содержит 15 заданий по 4 набору фигур.

Воспроизведение рассказов

[Бернштейн, 1921; Bartlett, 1932; Бартлетт, 1959; Альманах..., 1995; Рубинштейн, 1998; Бизюк, 2005; Семаго, 2005]

Данная методика построена на теоретических и экспериментальных изысканиях английского психолога Фредерика Чарльза Барлетта (Fredrick Charles Bartlett, 1886–1969), который, в отличие от немецкого психолога Германа Эббингауза (Hermann

Ebbinghaus, 1850–1909), отказался от «чистого» исследования памяти с помощью бессмысленных слогов и перешел к более естественному и «экологически корректному» запоминанию текстовых фрагментов, в качестве которых выступали отрывки из сказок американских индейцев.

С.Л. Рубинштейн (2000) по этому поводу писал, что осмысленное запоминание подчинено иным закономерностям, чем механическое воспроизведение на основе ассоциаций по смежности. При воспроизведении осмысленного текста его основные, наиболее существенные по смыслу части воспроизводятся значительно лучше; забывается по большей части второстепенное, несущественное. Вместо механического воспроизведения смежных частей, которое должно было бы иметь место согласно законам ассоциации, фактически происходит значительно более сложный процесс смыслового отбора. Сам текст при этом подвергается более или менее значительной реконструкции. Воспроизведение в этих случаях определяется не смежностью, а может совершаться вопреки связям по смежности, в соответствии со смысловыми ассоциациями.

В современной версии испытываемому зачитывается короткий и, как правило, несложный по сюжету рассказ (если не ставятся специальные сравнительные цели исследования) и предлагается по памяти повторить или записать его. Затем то же самое проделывается с другими заранее подготовленными рассказами.

Довольно часто в качестве стимульного материала используются басни или поучительные рассказы Льва Толстого и других авторов, позволяющие впоследствии обсудить их смысл и мораль.

Приведем примеры нескольких текстов.

Галка и голуби

Галка услышала, что голубей хорошо кормят; выкрасилась в белый цвет и полетела в голубятню. Голуби подумали, что она тоже голубь, и приняли ее. Но она не удержалась и закричала по-галочьи. Тогда голуби увидели, что она галка, и выгнали ее. Она вернулась к своим, но те ее не признали и тоже не приняли.

Самые красивые

Летела сова. Навстречу ей летели другие птицы. Сова спросила:

- Вы не видели моих птенцов?*
- А какие они?*
- Самые красивые!*

Рассказ для маленьких детей

Жил-был мальчик. Звали его Ваня. Пошел Ваня с мамой на улицу гулять. Побежал Ваня быстро-быстро, споткнулся о камень и упал. Ударил Ваня ножку. И у него ножка сильно болела. Повела мама Ваню к доктору. Доктор завязал ножку, и она перестала болеть.

В итоге воспроизведения этих и аналогичных рассказов устанавливается, насколько полно больной передаст содержание каждого из них, не вылетает ли он в пересказ дополнительные ассоциации, не смешиваются ли элементы разных рассказов, нет ли искажений при сравнительно метком понимании подтекста, нет ли замены одних действующих лиц другими.

Довольно часто подобные симптомы, сопровождающиеся персеверациями и инертностью, встречаются при сосудистых заболеваниях головного мозга. С.Я. Рубинштейн [1986] указывает, что больные психозом, которые в состоянии ремиссии не обнаруживают явных расстройств мышления в устной речи, начав письменный рассказ, иногда такие расстройства демонстрируют.

Довольно грубые дефекты воспроизведения рассказов встречаются при корсаковском синдроме, старческом слабоумии, на фоне выраженной спонтанности, являющейся признаком расстройства мотивационной сферы. Некоторого улучшения воспроизведения в ряде случаев можно добиться путем наводящих вопросов.

У умственно отсталых детей слабость мышления мешает им выделить существенное в подлежащем запоминанию материале, связать между собой отдельные его элементы и отбросить случайные, побочные ассоциации. В ряде исследований показано, что при воспроизведении рассказов ученики вспомогательных школ повторяют отдельные слова, фразы из рассказов, но не могут изложить своими словами основной смысл или сюжет [Рубинштейн, 1986].

Материал методики, помимо мнестических процессов позволяет эффективно оценивать когнитивные и эмоциональные особенности испытуемых, особенно детей, когда речь идет о принципиальном понимании смысла рассказа, а особенно — понимании его скрытого смысла. Решающую роль в качественном оценивании этой стороны играют задаваемые ребенку вопросы [Семаго, 2005].

Контрольные вопросы и задания

1. Какие виды запоминания обычно используются в методиках, предназначенных для характеристики памяти?
2. Ответы на какие важные с позиции психологии вопросы должны быть даны при исследовании мнестических процессов?

3. Какой аспект мнестической деятельности исследуется с помощью методики «Заучивание 10 слов»?
4. Опишите характер исследования по методике запоминания зрительных образов.
5. Какова технология работы со стимульным материалом при оценке кратковременной памяти по методу Джексона?
6. В чем специфика экспериментального исследования опосредованного запоминания?
7. Какие психические процессы могут исследоваться с помощью методики «Пиктограммы» и какие симптомокомплексы улавливаются при подобном обследовании?
8. Опишите технологию проведения исследования опосредованного запоминания методом парных ассоциаций.
9. Какие варианты неправильных и патопсихологически значимых ответов возможны при исследовании по методике «Тест зрительной ретенции»?
10. Каковы теоретические предпосылки и цели исследования по методике «Воспроизведение рассказов»?

2.6. ВНИМАНИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

Корректное определение *внимания* в современной психологии встречается с проблемой неоднозначной его трактовки разными учеными. При этом доминируют две точки зрения, каждая из которых имеет своих сторонников.

В соответствии с первой из них внимание является самостоятельным видом психической деятельности, содержанием которой становится *контроль* за любой формой другой психической деятельности [Гальперин, 1958]. Результатом внимания выступает улучшение результативности той деятельности, на которую этот контроль направлен.

В соответствии со второй точкой зрения внимание своего психического содержания не имеет и определяется как *состояние* других психических процессов и сознания в целом, заключающееся в их *направленности* на определенные объекты и явления, имеющие для личности известную значимость в момент деятельности. Таким образом, сосредоточенность начинает пониматься как степень погружения в какие-либо операции деятельности [Добрынин, 1959]. По словам С.Л. Рубинштейна, «внимание выражает специфическую особенность процессов, направление которых регулируется деятельностью, в которую они включены» [2000, с. 456].

Возможен подход к вниманию как фильтру, обеспечивающему селекцию приоритетной информации в процессе ее приема и переработки, как ресурсу психической энергии, привлечение которой зависит от требований текущей деятельности, как управлению

и согласованию субъектом внешних и внутренних операций в процессе приема и переработки информации.

При попытке обобщить дефиниции, описывающие внимание с его феноменологической стороны, в большинстве случаев оно определяется как два независимых, взаимосвязанных или параллельных психических процесса, обеспечивающих: 1) *избирательность в выделении из всего доступного информационного потока той его части, которая существенна для текущей деятельности* и 2) *контроль за развертыванием любой внешней или психической деятельности в целом*. Данная часть информации удерживается в фокусе сознания, в зоне своей обработки, где она приобретает большую ясность и осознанность по сравнению с тем, что остается за пределами зоны внимания. Но, подчиняясь задачам деятельности или под давлением внешних факторов, содержание фокуса внимания может меняться, т.е. возникает эффект замены того, что находилось на периферии внимания или вообще вне его, тем, что уже было воспринято или обработано, и наоборот. Этот процесс может расцениваться и как смена содержания сознания.

Внимание, равно как и мнестический фактор, универсально или атрибутивно для всех остальных психических явлений, что делает возможным его трактовку в структуре психической организации и как процесса (развернутость во времени), и как состояния (например, сосредоточенности), и как личностного свойства (внимательности, бдительности).

Благодаря включенности в психическую регуляцию, которая может осуществляться на разных уровнях, а также благодаря разным способам своего осуществления, принято выделять непроизвольное, произвольное и послепроизвольное внимание.

1. *Непроизвольное внимание* — это эволюционно и филогенетически более ранняя его форма, включенная в контекст инстинктивной деятельности и обеспечивающая исходные механизмы адаптации к внешней среде — выделения из нее тех раздражителей, которые в силу своих интенсивностных характеристик, а также нетипичности для контекста своего возникновения или прекращения, а также из-за своей новизны могут нести в себе повышенную угрозу. Непроизвольное внимание может привлекаться и раздражителями, отвечающими базовым потребностям организма. Единственным источником своего порождения здесь выступает специфика объекта, на который такое внимание направлено, а поэтому оно не требует никаких внутренних усилий, т.е. оно непосредственно и реактивно. С этой разновидностью внимания ребенок рождается, и у него оно приобретает форму ориентировочного рефлекса, который может

наблюдаться уже с первых месяцев жизни (поворот глаз в сторону раздражителя, прекращение побочных видов деятельности, отчетливый комплекс дыхательных, кожно-гальванических и сердечно-сосудистых реакций) [Лурия, 1973].

Очевидно, что повторное столкновение с одним и тем же первоначально новым раздражителем без каких-либо последствий для организма будет сопровождаться постепенным затуханием непроизвольного внимания, чем заметно отличается внимание взрослого человека от внимания ребенка. Но у взрослого непроизвольное внимание может регулироваться и более сложными факторами, своими корнями уходящими в социальный опыт и усвоенную на протяжении жизни культурную систему ценностей (например, выделение из общего перцептивного потока информации такой, которая соответствует критериям прекрасного или безобразного, либо каким-то иным плохо осознаваемым критериям).

По-видимому, морфологической базой непроизвольного внимания являются обнаруженные в 1960 г. канадским нейрофизиологом Гербертом Джаспером (Herbert Henri Jasper, 1906–1999) *нейроны новизны*, активирующиеся при появлении новых раздражителей и ослабляющие свою активность по мере их повторного возникновения.

2. *Произвольное внимание* расценивается как высшая его форма, зарождающаяся и созревающая прижизненно, только как следствие взаимодействия с социальной средой и при опосредовании речью. Оно характеризуется наличием у человека осознаваемой и вербализованной цели, а также наличием волевого усилия по удержанию этой цели вопреки многочисленным слабым и сильным отвлекающим помехам, провоцирующим увод деятельности с заданной цели на побочные и неактуальные. В качестве помех могут выступать не только внешние факторы — частным, хотя и распространенным их случаем может являться столкновение мотивов или конкурирующих интересов, ставящих перед человеком проблему выбора или принятия решения. Помехой произвольному вниманию могут становиться и некоторые состояния организма, например, недосыпание, утомление, изматывающее заболевание и т.п.

Н.Н. Ланге [1976, ориг. — 1893] отмечал следующее важное внутреннее отличие произвольного внимания от непроизвольного: цель процесса заранее известна субъекту. Иными словами, у него имеется предваряющее знание об объекте внимания (пусть даже и неполное). На произвольном внимании лежит отчетливый отпечаток должностования. Осознанная необходимость как намерение становится главным детерминантом произвольного внимания.

У ребенка генетическая сторона произвольного внимания опосредуется его включением в речевое взаимодействие со взрослыми, важнейшей составляющей которого является вербальная по форме инструкция, призывающая ребенка направить свое внимание на выделенный из окружающей среды объект (взрослый одновременно показывает ребенку и называет предмет). Если в раннем возрасте произвольное внимание диктуется только теми целями, которые формулируются взрослыми, что отчетливо обнаруживается начиная примерно со второго года жизни, то ребенок примерно с пяти лет начинает осуществлять эту функцию самостоятельно, под влиянием самоинструкции. Поддержание произвольного внимания на каком-то объекте или явлении на протяжении длительного времени, являясь энергоемким процессом, требует от ребенка заметных усилий, что и сопровождается быстрым развитием утомления. Из-за этого период удержания внимания у детей 2–3 лет в несколько раз короче, чем в старшем дошкольном возрасте. Произвольные формы внимания, несомненно, связаны с деятельностью и уровнем зрелости лобной коры [Лурия, 1973; Семенович, 2005], период функционального совершенствования которой продолжается на протяжении почти двух десятков лет.

3. *Послепроизвольное внимание* часто рассматривается как новый уровень в развитии произвольно, отличаясь от последнего тем, что для его поддержания нет необходимости в волевом усилии, поскольку его осуществление поддерживается ценностью объекта и несомненным интересом к нему, происходит как бы «захват деятельностью» (по К. Марксу — «наслаждение трудом как игрой физических и интеллектуальных сил» [Добрынин, 1976, с. 258]). Благодаря своим качествам, совмещающим произвольные и непроизвольные механизмы, послепроизвольное внимание сопровождается наиболее продуктивными формами деятельности.

Как правило, для экспериментальной оценки внимания привлекают такие его свойства, как устойчивость, концентрация, объем, распределение, переключаемость и направленность. Но этот перечень нельзя рассматривать как общепризнанный, поскольку разные авторы в этих свойствах могут усматривать разное содержание, а кроме того, часть свойств может интерпретироваться как производная (зависимая) от других.

Устойчивость — это временная характеристика внимания, длительность привлечения внимания к одному и тому же объекту или к одной и той же задаче. Устойчивость внимания может выступать и как косвенный индикатор умственной работоспособности (сопротивления утомлению). Как уже указывалось касательно по-

слепроизвольного внимания, существенными факторами, благоприятствующими устойчивости, являются отношение к объекту и живой интерес к нему, т.е. эмоциональные аспекты, а также содержание и разнообразие материала, на котором происходит сосредотачивание, — возможность постоянно раскрывать в объекте новое содержание [Рубинштейн, 2000].

Экспериментальные исследования показали, что внимание подвержено периодическим закономерным изменениям. Период выхода из состояния устойчивости лежит в диапазоне от нескольких секунд до нескольких минут и зависит от возраста человека, функционального состояния нервной системы и степени утомления. Кроме того, внимание имеет тенденцию меняться в соответствии с суточными и недельными ритмами.

Каких-либо общепринятых показателей длительности, по которым можно было бы относить внимание к категории устойчивого или неустойчивого, не разработано. Устойчивость внимания может оцениваться различно в зависимости от вида внимания, а также содержания и характера производимой деятельности.

Иногда в качестве самостоятельной характеристики внимания, противопоставляемой устойчивости, но являющейся нормальным феноменом, рассматривают его *колебания*, под которыми может пониматься различное содержание. В ряде случаев под колебаниями подразумевают произвольные изменения его интенсивности, выражающиеся в изменениях ясности ощущений, в других случаях их отождествляют с динамическими характеристиками внимания, выражающимися в смене образов при восприятии двойственных изображений. Колебания внимания при этом могут возникать даже при самом сосредоточенном и устойчивом внимании.

Концентрация (сосредоточенность) внимания — это производная характеристика, в известной степени противопоставляемая объему внимания и включающая в себя ограниченность поля восприятия и повышение интенсивности внимания в этом поле. Это степень сосредоточенности на одном объекте или одной операции, предполагающая отвлечение от помех и всего постороннего. Оценка этой характеристики обычно производится по числу отвлечений (допущенных ошибок) при переработке заданного объема информации или за заданный период времени. Физиологической основой сосредоточенного внимания являются оптимальная интенсивность возбуждательных процессов тех участков коры головного мозга, которые связаны с данным видом деятельности при одновременном развитии сильных тормозных процессов в остальных частях коры. По мнению Э.Б. Титченера, способом исследования концентрации

внимания мог бы стать эксперимент с воздействием постепенно усиливающегося побочного раздражения до его «заметности» для занятого какой-то деятельностью испытуемого.

Объем внимания (широта) — максимальное количество объектов, элементов или ассоциаций, которые могут быть одновременно (менее чем за доли секунды) восприняты с одинаковой степенью ясности. По мнению В.И. Гинецинского [1997], этот параметр имеет пространственно-временной смысл. Объем внимания взрослого здорового человека обычно составляет 5–7 не связанных между собой по смыслу простых объектов (цифр, букв, геометрических фигур и т.п.), а у детей — 3 ± 2 аналогичных объекта. Возможности внимания в отношении семантически ассоциирующих, даже сложных объектов возрастают, особенно если они могут быть объединены в осмысленное целое. Здесь просматривается теснейшая связь с объемом восприятия и кратковременной памяти. Несомненную роль в определении объема внимания играет ситуационная или индивидуально-личностная значимость того, что попадет в зону внимания. Ограниченность объема воспринимаемого и перерабатываемого материала заставляет человека непрерывно дробить поступающую информацию на части и определять последовательность ее анализа.

Распределение внимания — способность человека совершать несколько рядов действий или следить за несколькими независимыми процессами, не теряя ни одного из поля внимания [Рубинштейн, 2000]. Это свойство тесно связано с объемом внимания, но здесь подразумевается параллельное существование не одного, а по крайней мере двух фокусов внимания. Характеристиками распределения внимания в эксперименте являются временные показатели, полученные в результате сопоставления длительности правильного выполнения одной задачи и выполнения этой же задачи совместно с другими (двумя или более) задачами. Замечено, что для успешного выполнения одновременно двух видов деятельности один из них должен быть доведен до автоматизма, причем легче вмещать двигательную и умственную деятельность.

В ряде исследований существование такой специальной характеристики внимания, как распределение, ставится под сомнение. Вероятнее всего, впечатление распределения создается за счет способности человека быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, успевая возвращаться к продолжению прерванного до того, как наступит забывание.

Это значит, что распределение внимания и его концентрация в ряде случаев находятся в определенных отношениях между

собой — чем выше концентрация внимания, тем более затруднено его распределение. Но эта закономерность реализуется только тогда, когда между выполняемыми психическими операциями имеется конкуренция. Если, например, одно из действий осуществляется в автоматизированном режиме, а второе требует волевых усилий, противоречий между распределением и концентрацией внимания не возникает.

Переключаемость (гибкость) внимания — сознательное, преднамеренное перемещение, перенос его направленности и сосредоточенности с одного объекта на другой или с одного вида деятельности на другой в связи с изменившимися условиями или постановкой новой задачи. Данная сторона внимания проявляется в скоростных характеристиках этого переноса. В целом переключаемость внимания означает способность быстро ориентироваться в сложной ситуации.

Переключение внимания может осуществляться как на произвольном, так и произвольном уровне. При первом обстоятельстве в частных случаях это может свидетельствовать о его неустойчивости, но, с другой стороны, то же свойство внимания благоприятствует временному отдыху ранее загруженной функциональной системы, сохранению и восстановлению работоспособности ЦНС в целом (например, при утомлении ребенка). При напряженной деятельности в нервных клетках наступает охранительное торможение, в результате которого в тех центрах, которые до этого были заторможены, повышается активность, и внимание спонтанно переключается на посторонние раздражители. Преднамеренная перестройка внимания всегда сопровождается некоторым нервным напряжением, реализуемым волевым усилием.

Легкость / трудность переключения внимания зависит от целого ряда причин: наличия или отсутствия связи между содержанием предшествующей и последующей деятельности, наличия интереса к объектам внимания, степени законченности предыдущей деятельности, значимости и ясности цели деятельности, свойств нервной системы испытуемого и др.

Направленность (избирательность) внимания — его обращенность к тем или иным объектам внешнего мира либо мыслям, чувствам и воспоминаниям, настроенность на них. В этом аспекте внимания определенно присутствует компонент ориентировочно-исследовательской деятельности, частично осуществляющейся на уровне подсознания. Избирательность внимания связана с ограниченностью произвольной регуляции объема внимания при разрозненных стимулах, что требует постоянного выделения субъектом

каких-либо объектов, находящихся в сенсорно-перцептивной зоне, а невыделенные объекты начинают для них выполнять функцию фона. Избирательность внимания может рассматриваться и в моторном отношении, как затормаживание одних движений в пользу других, способствующих облегчению восприятия.

Количественным параметром избирательности внимания считается скорость осуществления испытуемым выбора стимула из множества других, а качественным — точность, т.е. степень соответствия результатов выбора исходному интересу, мотиву, внешней или внутренней инструкции.

Ряд авторов указывает, что если само внимание понимать как направленность психической деятельности, то последняя оказывается лишь его феноменологической характеристикой и, следовательно, не может выступать как свойство внимания.

Все упомянутые свойства внимания, обладающие количественными и качественными характеристиками, при общепатологических состояниях, в том числе и при соматических заболеваниях, могут изменяться или искажаться с различной степенью выраженности и в разных направлениях. Нарушения внимания возможны и у психически здоровых лиц на фоне аффективно-эмоциональных реакций и состояний.

Подобные изменения крайне редко носят изолированный характер и обычно представлены комбинированной симптоматикой.

На бытовом уровне одно из наиболее распространенных расстройств внимания квалифицируется термином «*рассеянность*», который фактически описывает два противоположных по смыслу явления. В первом случае ключевым механизмом выступает слабость произвольного управления собственными психическими процессами, в том числе и целенаправленностью внимания, из-за чего многочисленные побочные или второстепенные раздражители переадресуют вектор внимания на себя, утрачивается способность к сосредоточению. В итоге ведущий вид деятельности или психический процесс (например, восприятия или мышления) не доводится до конца. Будучи типичной для детского возраста, эта форма рассеянности получила название «школьной».

Вторая форма рассеянности в своей основе имеет избыточную сосредоточенность на каком-то объекте или процессе, из-за чего все остальные, в том числе важные для актуального реагирования потоки информации, перестают учитываться и поведение приобретает форму «чуждаковатого» (отвечает невпопад) или социально дезадаптивного. Это и позволило данный вид рассеянности условно квалифицировать как «профессорскую».

Рассеянность может описываться и в более строгих категориях — отвлекаемости и сужения объема внимания.

Отвлекаемость (неустойчивость, поверхностность) внимания характеризуется преобладанием непроизвольного внимания над произвольным, быстрым изменением своей направленности, неспособностью сосредоточиться на нужном объекте, уменьшением глубины и ослаблением наблюдательности. Больные не завершают начатое дело, возникшая мысль до логического итога не доводится, вопросы выслушиваются невнимательно, ответы не продумываются и с заданными вопросами не соотнобразуются. Внимание больных все время переключается на посторонние объекты, события, воспоминания и соображения.

Патологическим фоном для отвлекаемости могут выступать астенические или маниакальные состояния, церебральный атеросклероз. Существенная утрата способности сосредотачиваться наблюдается при поражениях лобных долей мозга, что находит свое внешнее выражение в «полевом (хаотичном) поведении», при расстройствах сознания, также часто обусловленных расстройствами со стороны центральной нервной системы, при умственной отсталости.

Гиперметаморфоз (букв. избыточное превращение) — специфическая сверхотвлекаемость, сверхизменчивость непроизвольного внимания, типичная для состояния или аффекта крайней растерянности и даже спутанности. В этом состоянии при незначительных изменениях в окружающем (движения врача, колеблющаяся занавеска, случайные звуки — бой часов, звук каплюющей из крана воды и т.п.) больной реагирует на них мимикой, движением или словами регистрирующего содержания («На Вас белый халат»; «Вот вода капает»; «Часы пробили»). Высказывания больных, как спонтанные, так и при задаваемых им вопросах, бедны словами, сбивчивы, прерываются паузами, продолжительным молчанием. Логическая последовательность мышления утрачивается. Это расстройство внимания наблюдается при острых экзогенно-органических психозах, а также может возникать на высоте маниакального возбуждения. Гиперметаморфоз обнаруживает себя и при отсутствии каких-либо заметных внешних раздражителей [Морозов, Шумский, 1988].

Сужение объема внимания проявляется неспособностью удерживать в поле произвольной целенаправленной деятельности ожидаемое число объектов, образов и представлений и свободно оперировать ими. Легко теряются из виду различные требования к деятельности, перестают приниматься в расчет необходимые условия, больные становятся рассеянными и забывчивыми, случайное отвлечение в беседе не позволяет вернуться к прерванной

мысли, а прерванная деятельность может сопровождаться утратой ее конечных целей. Сужение объема внимания особенно заметно по ошибкам в умственной деятельности, при которой количество операций или промежуточных результатов становится большим, чем может удержать активное внимание (например, при последовательных устных расчетах). Яркий пример резкого сужения объема внимания приводит О. Блэйлер [1920]. Больной прогрессивным параличом прыгает из окна за увиденным на земле окурком, забывая, что находится на втором этаже здания и прыжок опасен [цит. по: Жмуров, 1994]. Очевидно, что сужение объема внимания будет сопровождаться и смежным расстройством — ослаблением способности к его распределению. Сужение объема внимания характеризует астенические состояния разного, чаще органического генеза.

Тугоподвижность (инертность) внимания — неспособность к быстрому и частому переключению внимания с одного объекта, явления или деятельности на другие, возникает избыточно выраженная концентрация внимания на том, что уже потеряло ситуативную значимость. Больной не в состоянии следовать за изменением тематики завязавшейся беседы или следить за переменной окружающей его обстановки. Регистрируются такие уже проецирующиеся в личностную сферу качества, как инертность установок, прилипчивость, склонность к детализации.

В некоторых случаях эти феномены могут проявляться как индивидуальная особенность, в основе которой лежат генетически предопределяемые факторы (основные свойства нервных процессов), но они могут становиться либо следствием неврологической патологии, например, при эпилепсии, при органических изменениях со стороны мозга, либо на почве паранойяльных тенденций.

Своеобразные формы тугоподвижность внимания приобретает у некоторых детей, увлеченных каким-либо занятием — ребенок перестает откликаться на обращенные к нему призывы и реагировать даже на значимые для него изменения во внешней среде.

Истощаемость внимания — прогрессивное ухудшение способности к удержанию интенсивности внимания на каком-то продолжающемся явлении или деятельности (особенно монотонной), быстрый уход с произвольного внимания на непроизвольное. После некоторого периода поглощенной и продуктивной работы появляется чувство усталости, теряется интерес к исполняемой деятельности, снижается темп работы, возникает потребность в отдыхе, сонливость или непоседливость, появляется желание заняться чем-то иным, в эксперименте по мере исполнения задания нарастает число ошибок. Наблюдается как эффект утомления, при астениче-

ских состояниях, неврастении, при органических поражениях мозга различной этиологии.

Нарушение направленности внимания — внимание становится избыточно избирательным и включает в свою сферу лишь отдельные субъективно значимые явления, которые, приобретая свойство навязчивости, вытесняют все остальные стороны жизни. Это может трактоваться как частичная ущербность высших произвольных его форм внимания, утрата контроля над направленностью внимания. К подобного рода расстройствам может быть отнесена так называемая патологическая рефлексия (болезненная поглощенность самоанализом, неспособность переориентировать внимание на внешнюю среду), ипохондрическая фиксация — полная сосредоточенность на болезненных ощущениях и на собственном самочувствии, ограниченность содержания мышления и эмоционального резонанса только мрачными сторонами действительности или только прошлым, болезненная прикованность внимания к межличностным отношениям и своей роли в них и т.п. Все остальное теряет всякий смысл. Вместе с тем, как отмечает ряд исследователей, рефлексия может сопутствовать дезадаптивным тенденциям, но сама по себе их причиной не является.

Специфика нарушений направленности внимания несет в себе деформацию мотивационного и когнитивного компонента поведения, содержания, высвечиваемого в зоне осознания, а не преимущественно количественных или скоростных характеристик этого процесса, что типично для ранее описанных расстройств данной сферы.

Патологическая рефлексия характерна для шизофрении, особенно если она дебютирует в подростковом и юношеском возрасте.

Апрозексия — отсутствие у больного как произвольного, так и непроизвольного внимания, потеря интереса к происходящему и невозможность инициировать этот интерес с помощью внешних средств поощрения или обещаний наказания. Наблюдается в большинстве случаев при вовлеченности в патологический процесс некоторых участков лобных долей и глубоких структур мозга при умственной отсталости, ранней детской шизофрении, черепно-мозговых травмах.

Парапрозексия — своеобразный качественный феномен со стороны внимания, в том числе и у практически здорового человека, описываемый как блокада напряженным ожиданием способности заметить появление значимого объекта или события — реакция «мимо» (спортсмен на старте пропускает выстрел стартового пистолета), как противоречие произвольных намерений и фактиче-

ского результата. Иногда под термином «парапрозексия» понимают и нарушения направленности внимания.

Расстройства внимания могут рассматриваться и в нейропсихологическом контексте. Здесь выделяют два класса расстройств внимания.

1. Модально-специфические, обусловленные разрушением тех зон мозга, которые являются корковыми проекциями различных анализаторных систем. При подобных локализациях очага дефект внимания распространяется только на раздражители, поступающие через соответствующий (зрительный, слуховой или кожно-кинестетический) сенсорный канал. Например, частным случаем расстройства модально-специфического внимания выступает явление игнорирования стимулов, поступающих со стороны левой половины сенсорного поля, что типично для поражений задних отделов правого полушария.

2. Модально-неспецифические, вызванные поражениями энергорегулирующих морфофункциональных систем мозга, что сопровождается ухудшением внимания во всех сферах, в отношении разных раздражителей и в разных видах деятельности. Повреждения отдельных компонентов многоуровневых неспецифических структур могут отличаться по балансу потерь со стороны произвольного и непроизвольного внимания.

Известной спецификой обладает внимание и при ряде психических расстройств. Например, больные шизофренией, как указывает В.А. Гиляровский [1954], обычно не обращают на окружающих никакого внимания, не отвечают на вопросы и вообще не реагируют на окружающее и иногда кажутся даже находящимися в состоянии затемнения сознания, но потом обычно оказывается, что все происходившее не прошло мимо их внимания, причем ими были замечены некоторые мало заметные явления и совсем не бросающиеся в глаза детали. Аналогичные описания больных можно найти и у О. Блэйлера, а также при расстройствах аутистического спектра.

Одним из распространенных расстройств у детей является широко дискутируемый *синдром дефицита внимания и гиперактивности* (СДВГ), в структуре которого заметное место занимают собственно расстройства внимания, для которых в DSM-5 (американской классификации болезней) были определены следующие признаки или формы проявления. Так, ребенок либо взрослый, у которого признаки этого синдрома продолжают сохраняться, часто:

- не способен сосредоточивать внимание на деталях и допускает ошибки из-за невнимательности, небрежности в школьных за-

даниях, при работе и других видах деятельности (например, пропускает или теряет детали, выполняет работу неаккуратно);

- с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр (испытывает трудности с концентрацией внимания во время лекций, бесед, длительного чтения);
- складывается впечатление, что не слушает обращенную к нему речь (мысли где-то витают даже при отсутствии явного отвлекающего фактора);
- не придерживается предлагаемых инструкций и не может до конца выполнить уроки, домашнюю работу или обязанности на рабочем месте (начинает выполнять задание, но быстро теряет фокусирование на нем и легко отвлекается);
- испытывает сложности в организации выполнения заданий и своей деятельности (сложно организовать выполнение задания из последовательных действий, трудно сохранять в порядке материалы и вещи, работа выполняется неаккуратно и неорганизованно, плохо распределяет время, не укладывается в назначенные сроки);
- избегает, высказывает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного умственного напряжения (школьных заданий, домашней работы, для старших подростков и взрослых — подготовка отчетов, заполнение форм, изучение длинных текстов);
- теряет вещи, необходимые для выполнения какой-либо работы или заданий (школьные принадлежности, карандаши, книги, инструменты, кошельки, ключи, рабочие бумаги, очки, мобильные телефоны);
- легко отвлекается на посторонние стимулы (для старших подростков и взрослых это могут быть посторонние мысли);
- проявляет забывчивость в повседневных ситуациях (например, выполнение работы по дому, поручений, для старших подростков и взрослых — ответные звонки по телефону, оплата счетов, приход на назначенные встречи) [Заваденко, 2014].

Очевидно, что соотношение проявлений гиперактивности (поведенческого самоконтроля, в требующих того ситуациях), невнимательности (неспособность удерживать внимание на задачах, интерес к которым не поддерживается стимуляциями извне или наградами) и импульсивности (немедленные действия в ответ на стимулы без обдумывания и без учета последствий и рисков) у разных детей будет отличаться.

Контрольные вопросы и задания

1. В чем неоднозначность теоретической трактовки феномена внимания?
2. Охарактеризуйте качественные различия произвольного и непроизвольного внимания.
3. Какие характеристики внимания могут подвергаться изменениям вследствие различных психических расстройств?
4. В чем проявляются нарушения направленности внимания?
5. Как подразделяются виды внимания в нейропсихологии?
6. Перечислите признаки СДВГ в соответствии с критериями DSM-5.

2.7. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ ВНИМАНИЯ

Приведем примеры методов исследования расстройств внимания.

Корректурная проба

[Bourdon, 1895; Психологический..., 2003; Семаго, 2005]

Методика предназначена для оценки степени концентрации и устойчивости внимания, изучения вработываемости, темпа деятельности, признаков утомления, при соответствующей инструкции — переключаемости и влияния различных форм мотивации на продуктивность. Общие принципы исследования по данной пробе были предложены французским психологом Бенъямином Бурдоном (1860–1943) в 1895 г., а ее модификации для отечественной популяции — Владимиром Яковлевичем Анфимовым (1879–1957) в 1908 г. и Анатолием Георгиевичем Ивановым-Смоленским (1859–1982) в 1928 г. Известны и детские варианты этой пробы [Богданова, Корнилова, 1994; Марцинковская, 1998; Бизюк, 2005 и др.].

Исследование производится при помощи специальных бланков с рядами расположенных в случайном порядке букв, цифр, особым образом ориентированных геометрических фигур (как, например, колея Ландольта) или рисунков (для детей). Испытуемому предлагается на протяжении контрольного времени, не отвлекаясь, зачеркивать один из обозначенных в инструкции знаков, просматривая строки бланка как при чтении. В другом варианте ограничением длительности работы является не время, а объем знаков на одном или более бланках. В этом случае специально регистрируется время, затраченное на выполнение всего задания. В любом случае через каждые 30 или 60 секунд по команде экспериментатора («Черта!») испытуемый делает отметку в том месте таблицы, где в это время находится его карандаш.

На рис. 2.9 показаны фрагменты различных корректурных проб (размер изменен).

С Х А В С Х Е В И Х Н А И С Н Х В Х В К С Н А И С В Х В Х Е Н А И С Н Е В Х А К
В Н Х И В С Н А В С А В С Н А Е К Е А Х В К Е С В С Н А И С А И С Н А В Х Н В К
Н Х И С Х В Х Е К В Х Р В Х Е И С Н Е И Н А И Е Н К Х К И К Х Е К В К И С В Х И



Рис. 2.9. Фрагменты различных корректурных проб

После окончания работы с помощью шаблона («ключа») подсчитывается общее число просмотренных знаков, правильно вычеркнутых знаков, а также количество знаков за каждый из отмеряемых периодов и количество допущенных за эти периоды ошибок (пропусков нужных знаков и лишних зачеркиваний). По полученным числовым данным и по выбранным временным интервалам строится совмещенный график, отражающий динамику (колебания) рассматриваемых показателей. Характер кривых, их форма и наклон, помимо общей продуктивности работы, являются важными индикаторами состояния внимания, в частности, свидетельствующими и об отношении человека к исследованию.

С.Я. Рубинштейн [1998] в качестве важнейших рассматривала два показателя этой пробы: скорость (число просмотренных за минуту знаков) и точность (число ошибок за минуту). Чрезвычайно быстрый темп работы, сопровождающийся неточностью, наблюдается при маниакальных и паралитических синдромах, а чрезвычайно медленный — при депрессии. Показатель точности является более чувствительным индикатором общей работоспособности и утомляемости внимания. Психически здоровые молодые люди при 10-минутной работе (по буквенным корректурным пробам) допускают от одной до 10–15 ошибок, а больные с сосудистыми и иными органическими поражениями мозга за то же время — 40–60 ошибок. Поступательное увеличение числа ошибок к концу работы убедительно свидетельствует о пресыщении и истощении внимания.

В психодиагностической литературе предложено довольно много формул количественной оценки результатов корректурной пробы вплоть до подсчета пропускной способности испытуемого в битах. Приведем простейшие из них, позволяющие сравнивать между собой результаты двух и более испытуемых.

Точность работы (А):

$$A = M / N,$$

где M — число правильно зачеркнутых знаков; N — общее число знаков, которые следовало зачеркнуть.

Продуктивность (Р):

$$P = A \times S,$$

где S — общее число просмотренных знаков.

Концентрация внимания (К):

$$K = C^2 / \Pi,$$

где C — число строк таблицы, просмотренных испытуемым; Π — количество ошибок (пропусков или ошибочных зачеркиваний лишних знаков).

При необходимости инструкция к корректурной пробе меняется. Например, может осуществляться зачеркивание не одной, а двух или даже трех букв (цифр и т.д.), следующих в определенном порядке. По ходу пробы, начиная с определенной минуты, экспериментатор может менять зачеркиваемый знак, например, если в первой половине пробы необходимо было букву A зачеркивать, а C обводить кружком, то с четвертой минуты C нужно зачеркивать, а A — обводить кружком. Зачеркиваемые знаки можно менять и построчно. В данном случае предметом исследования становится переключаемость внимания, которая будет оцениваться путем сравнения числа ошибок до изменения инструкции и после него, особенно в первую минуту, а также общее количество допущенных ошибок по сравнению с пробой, где смена знаков не предусматривалась.

Детям дошкольного возраста (с 6 лет) целесообразно предлагать лишь графические или картиночные корректурные пробы, а в младшем школьном возрасте — использовать бланки с меньшим числом буквенных или цифровых символов большего размера (стандартный бланк для взрослых содержит 40 строк по 40 знаков в строке). Естественно, что перед началом проведения пробы необходимо убедиться в сохранности остроты зрения испытуемого.

Отыскивание чисел по таблице Шульце

(Walter Schulte, 1910–1972)

[Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Бурлачук, Морозов, 1999; Кулешова, 2003; Психологический..., 2003]

Методика применяется для исследования темпа сенсомоторных реакций, распределенности и устойчивости внимания, в частности,

скорости зрительных ориентировочно-поисковых движений. Может использоваться для обследования детей с 7–8 лет.

Исследование проводят с помощью пяти специальных таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25 (рис. 2.10). Обследуемый должен находиться на таком расстоянии от таблицы, чтобы видеть ее целиком. Необходимо отыскивать числа по порядку, показывая каждое число и называя его вслух. Затем процедура повторяется для всех последующих таблиц. Время, затрачиваемое на каждую таблицу, фиксируется секундомером. Дополнительно можно учитывать количество чисел, найденных за 30 секунд, или время, за которое отыскиваются очередные пять чисел.

5	14	12	23	2
16	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

Рис. 2.10. Отыскивание чисел по таблице Шульте

После окончания пробы выстраивается график, позволяющий сопоставлять время, затраченное на каждую таблицу («кривая истощаемости»). Существенное значение имеет отслеживание темпа выполнения задания. Обычно здоровые обследуемые ведут поиск чисел в таблицах равномерно, а иногда и с ускорением темпа сенсомоторных реакций при работе с последующими таблицами. Если же поиск неравномерен, необходимо уточнить, является ли это признаком повышенной истощаемости или запоздалой вработываемости.

«Кривая истощаемости» довольно объективно отражает характер развивающейся астении. При гиперстеническом варианте астении кривая, построенная по таблицам, характеризуется высоким начальным уровнем, резким спадом и тенденцией к возврату к исходным показателям. При гипостенической форме астении кривая истощаемости отличается невысоким исходным уровнем, постепенным и неуклонным снижением показателей деятельности испытуемого без заметных их колебаний в сторону улучшения. Гиперстеническая форма астении более благоприятна в прогностическом отношении.

Иногда при выраженных расстройствах активного внимания больной допускает в работе ошибки: пропускает отдельные числа, показывает вместо одного другое, внешне похожее (например, 8 вместо 3). Сочетание нарушенного внимания и повышенной истощаемости проявляется в увеличении количества ошибок при поиске чисел в каждой последующей таблице. Возможны ошибки, при которых испытуемый вместо однозначного числа показывает соответствующую цифру в двухзначном (2 находит в 21). Иногда при наличии слабоумия это происходит из-за неточного понимания инструкции [Блейхер, Крук, 1986].

При работе с детьми младшего школьного возраста рекомендуется руководствоваться следующими критериями оценки [Виноградова, Коновалова, Михаленкова, Посохова, Хилько, Шишicina, 1995]: после расчета среднего времени работы с одной таблицей 1-й уровень — 30–39 секунд, 2-й уровень — 40–49, 3-й уровень — 50–59, 4-й уровень — 60–89, 5-й уровень — 90 секунд и выше.

Существуют усложненные варианты данной пробы, например модификация Ф.Д. Горбова, в 25- или 49-клеточной таблице которой в случайном порядке расположены два ряда чисел — красные и черные. Их поиск необходимо производить в возрастающем и убывающем порядке [Горбов, 1971; Полищук, Видренко (ред.), 1979]. В других модификациях в таблицах, помимо цифр, проставляются и буквы, которые испытуемому необходимо записывать для контроля корректности поиска. В данной модификации дополнительным фактором, влияющим на результаты, становится переключаемость внимания.

Методика Пьерона — Рузера
(для детей дошкольного возраста)
(Henri (Анри) Piéron, 1881–1964)
[Семаго, 2005; Немов, 2001]

Как и при корректурной пробе, целью исследования является определение уровня концентрации внимания, его переключения и распределения, встраиваемости в деятельность и утомляемости. Методика, в основном предназначенная для исследования детей, даст представление о скорости и качестве формирования простой программы деятельности, степени развития элементарных графических навыков, зрительно-моторной координации.

Перед началом выполнения задания ребенку показывают бланк и объясняют, как с ним работать: в каждой из фигур нужно проставить тот знак, который задан в образцах, расположенных в верхней части бланка. В некоторых случаях целесообразно верхние четыре

фигуры на бланке оставлять пустыми для демонстрации того, как их нужно заполнять. Важно, чтобы метки в фигуре не совпадали с ее формой. Знаки нужно расставлять подряд и построчно.

На рис. 2.11 приведен фрагмент методики.

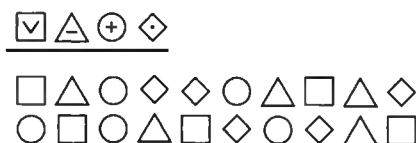


Рис. 2.11. Методика Пьерона — Рузера

Экспериментатор в ходе исследования контролирует время с помощью секундомера и подает команды «Начали!» и «Стоп!».

Далее возможны два варианта процедуры исследования: укороченный и полный, с соответствующими способами обработки результатов. При укороченном варианте время работы ограничивается 60 секундами, а оценка производится по количеству просмотренных фигур. При полном варианте ребенок непрерывно работает, выполняя это задание в течение 2 минут, а общий показатель переключения и распределения его внимания определяется по формуле

$$S = (0,5 N - 2,8 n) / 120,$$

где S — показатель переключения и распределения внимания; N — количество геометрических фигур, помеченных соответствующими знаками за две минуты; n — количество ошибок (неправильно проставленные знаки или пропущенные фигуры).

Рекомендуется учитывать, с какого момента ребенок начинает работать без опоры на образец (по памяти), интерес к заданию, аккуратность выполнения [Забрамная, 1995].

Н.Я. и М.М. Семаго [2005] приводят следующие возрастные нормативы выполнения данной методики для детей.

К 5–5,5 годам доступно выполнение методики в полном варианте предъявления (но при заполнении в образце только трех фигур — авторы рекомендуют одну из фигур оставлять пустой) с различными ошибками, в частности пропусками, и достаточно быстро наступающим пресыщением внимания — ребенка «хватает» обычно не более чем на 5–6 строк. Темп деятельности, как правило, неравномерен.

К 6–7 годам доступно выполнение в полном объеме с постепенной вработываемостью (обычно к концу второй строки ребенок

перестает обращаться к образцу) и возможными единичными ошибками. Темп деятельности либо постепенно нарастает, либо, достигнув определенного уровня, остается постоянным. При адекватной мотивации пресыщения не наблюдается.

После 7 лет доступно безошибочное выполнение методики. Большое значение начинает приобретать скорость выполнения и количество возвратов к образцу. Хорошими результатами выполнения методики считаются: заполнение 100 фигур бланка в среднем за время до 3 минут, безошибочно или с единичной ошибкой, при ориентации не столько на образец, сколько на собственные отметки на бланке.

Исследования внимания у детей дошкольного возраста могут предполагать и использование табличного по характеру организации стимульного материала, в котором задаются беспорядочно разбросанные по ячейкам таблицы простые геометрические фигуры, стилизованные или реалистичные изображения заведомо известных ребенку предметов, один из которых при просмотре таблицы необходимо везде найти и показать. Подобный способ исследования, по существу, является предельно упрощенным вариантом корректурной пробы.

Счет по Крепелину

(Emil Kraepelin, 1856–1926)

[Крепелин, 1898; Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998]

Методика, предложенная в 1895 г., применяется для исследования работоспособности, упражняемости и утомляемости, а также переключения внимания. Существует в двух вариантах. В оригинальном испытуемому предлагается большой столбец однозначных чисел, которые необходимо складывать в уме. Результаты оцениваются по количеству сложенных в определенный промежуток времени (например, 30 секунд) чисел и допущенных при этом ошибок. Чаще используемый вариант в модификации Р. Шульце (R. Shulte) предполагает использование специального бланка. На нем расположены столбцы лишь из двух цифр, которые испытуемый должен складывать (обычно) или / и вычитать в уме, а на бланке записывать результат, причем таким образом, чтобы из двузначных чисел записывалась лишь последняя цифра (единицы записывались, а десятки отбрасывались). Например, если в результате сложения получается 13, то записывается лишь 3.

Для исследования переключения внимания инструкция меняется для каждого ряда пар чисел. Если в первом ряду или первых двух-трех рядах числа нужно складывать, то в очередном по ко-

манде экспериментатора — вычитать и т.д. (инертность будет обнаруживать себя тем, что испытуемый последующее задание будет пытаться выполнять по образцу предыдущего). По числу и характеру ошибок отслеживается, насколько эффективно происходит переход от одной вычислительной операции к другой.

Например:

3	7	5	8	4	6
2	4	2	2	3	8
5	1	7	0	7	4

С помощью контроля интервалов времени можно оценить продуктивность испытуемого и также построить кривые (учитывающие количество операций и допущенных ошибок) для всех отмеченных временных отрезков. В дальнейшем с помощью их совмещения можно получить представления о работоспособности, которые отражают равномерность и темп выполнения задания, выявляют наличие истощаемости (снижения числа операций и увеличения количества ошибок к концу задания), характеризуют вработываемость (постепенное увеличение числа операций и уменьшение количества ошибок), расстройства внимания.

Методика Мюнстерберга

(Hugo Münsterberg, 1863–1916)

[Шапарь, 2005; Калягин, Овчинникова, 2006]

Направлена на исследование избирательности внимания и помехоустойчивости испытуемого.

В качестве стимульного материала выступают несколько строк расположенных в случайном порядке букв русского алфавита сплошным текстом. Часть из них образуют осмысленные слова, которые необходимо обнаружить и подчеркнуть (525 букв, 25 слов). Количественным параметром избирательности внимания можно считать в данном случае скорость выбора стимула из множества других, а качественным — точность, т.е. степень соответствия результатов выбора исходным стимулам.

Пример из первых двух строк методики:

*бсолютвтржшоцрайонзгуциновостхэьгчафактуекэкзаментрочягшгц-
прокуроргцрсеабестеорияентсджзбьамхоккейтронциуриро*

Существует два варианта проведения методики. В первом случае время работы с ней ограничивается 2 минутами, а во втором — испытуемый просматривает текст до конца. Ошибкой считаются пропуск слова и выделение бессмыслицы.

Норма в пересчете на 100 букв:

- время выполнения — $38,0 \pm 4,1$ секунды;
- количество ошибок — $0,7 \pm 0,2$.

Т.И. Пашукова, А.И. Дошира, Г.В. Дьяконов [1996] предлагают определенную шкалу оценок для данной методики (за каждое пропущенное слово снижается по одному баллу) (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Шкала оценок для методики Мюнстерберга

Время, с	Балл	Уровень избирательности внимания
250 и более	0	I низкий
240–249	1	I низкий
230–239	2	I низкий
220–229	3	I низкий
210–219	4	I низкий
200–209	5	I низкий
190–199	6	I низкий
180–189	7	II средний
170–179	8	II средний
160–169	9	II средний
150–159	10	II средний
140–149	11	II средний
130–139	12	II средний
120–129	13	II средний
110–119	14	III высокий
100–109	15	III высокий
90–99	16	III высокий
80–89	17	III высокий
70–79	18	III высокий
60–69	19	III высокий
Менее 60	20	IV очень высокий

Баллы в предложенной шкале оценок дают возможность установить абсолютные величины качественных оценок уровня избирательности внимания. В случае когда у испытуемого от 0 до 3 баллов, важно по самоотчету и наблюдению за ходом опыта выяснить причину слабой избирательности. Ею могут быть: состояние сильного

эмоционального переживания, внешние помехи, приведшие к фрустрации испытуемого, скрытое нежелание тестироваться и др.

В большинстве случаев имеется связь пропущенных и найденных слов с индивидуальным опытом и деятельностью испытуемого.

Несмотря на свою внешнюю простоту, данная методика, по сравнению с «классическими» корректурными пробами, предполагает не только активацию перцептивных процессов и связанных с ними усилий произвольного внимания, но и привлечение мыслительных и речевых процессов. Это делает интерпретацию полученных по ней результатов более сложной и требующей дифференциации допущенных ошибок не только в контексте слабости избирательности внимания, но и по речевому развитию.

Перепутанные линии (методика Рисса)

[Шванцара, 1978; Платонов, 1980; Кирдяшкина, 1999; Шапарь, 2005; Калюжный, 2007]

Модификацией теста Рисса является проба переплетенных линий

А. Рея (Rey Andre) [Rey, 1958]

Предназначена для исследования степени устойчивости зрительного внимания.

Оригинальный вариант методики представляет собой бланк с прямоугольником, в котором от левой стороны к правой проведено 25 перепутанных линий (у Рея — 16). С левой стороны линии пронумерованы. Начиная с первой необходимо отследить ход каждой линии и поставить с правой стороны тот же номер рядом с ее окончанием, либо на специальном бланке написать уже представленный справа номер, у которого данная линия заканчивается. Отслеживать линии можно только глазами, без использования карандаша или пальца.

Экспериментатор фиксирует время начала и завершения исследования, а также время, за которое испытуемый находит окончание каждой пяти линий по порядку (с первой по пятую, с шестой по десятую и т.д.). На основании полученных пяти временных интервалов и допущенных на их протяжении ошибок можно сделать вывод о влиянии утомляемости на выполнение задания испытуемым.

При наблюдении за испытуемым следует отмечать его установку на скорость или точность, его уверенность в своих действиях, наличие и число перепроверок, попытки помочь себе каким-либо путем, общую легкость выполнения задания.

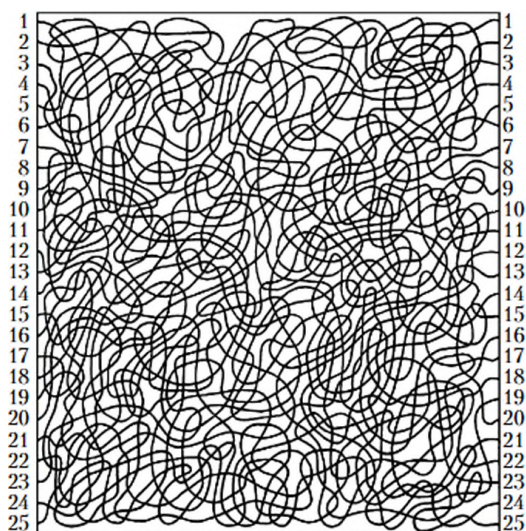


Рис. 2.12. Перепутанные линии (методика Рисса)

В.А. Бодров [Практикум..., 2003] приводит таблицу, позволяющую пересчитывать количество правильно отслеженных линий в 10-балльную шкалу (табл. 2.2).

Таблица 2.2

Таблица пересчета линий в баллы

Показатель	Значение показателя									
	25	24	23	22	21–20	19–17	16–14	13–12	11–8	7 и менее
Общее количество правильных ответов										
Баллы	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Существует большое количество усложненных и упрощенных модификаций этой методики, рассчитанных в том числе и на работу с детьми (число перепутанных линий уменьшается, вводятся элементы игрового характера) [см., например: Диагностика..., 1978; Чередникова, 1996; Данилова, 2000; Забрамная, Боровик, 2004].

Контрольные вопросы и задания

1. Какие диагностические задачи решаются с помощью различных корректурных проб?
2. Как выстраивается кривая истощаемости внимания при работе с методикой «Таблицы Шульте»?

3. Какая методика и с какими инструкциями часто используется для оценки характеристик внимания у детей дошкольного возраста?
4. Как должно быть построено обследование для оценки функции переключаемости внимания? Приведите пример соответствующей методики.
5. Какие дополнительные факторы влияют на интерпретацию характеристик внимания по методике Мюнстерберга?
6. Какая характеристика внимания оценивается по методике «Перепутанные линии»?

2.8. МЫШЛЕНИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

В научной психологической литературе существует много вариантов определения сущности мыслительных процессов, которые, различаясь особенностями использованных терминов и формулировок, при этом объединяются общностью основных признаков, составляющих специфику мышления по сравнению с сенсорно-перцептивным уровнем познавательных процессов. Большинство исследователей данного уровня отражения реальности сходятся в том, что поиск различительного критерия, по крайней мере в отношении зрелого речевого мышления, предполагает наличие трех составляющих. Во-первых, мышление расценивается как отображение наиболее существенных связей и отношений между предметами и явлениями объективной действительности. Во-вторых, подобное отображение является обобщенным (в отличие от конкретного, единичного и случайного, доминирующего в содержании сенсорных и перцептивных процессов). Имеет место переход от внешних характеристик к сущностным. И, в-третьих, полноценное мышление обеспечивает опосредованность отображения, благодаря которому происходит его вывод за пределы непосредственного опыта. Это значит, что мышление, являясь когнитивным процессом более высокого уровня по сравнению с перцептивным, шире охватывает внешнюю и внутреннюю реальность, выводит познание за пределы непосредственных чувств и обеспечивает способность экстраполировать будущее, воссоздавать прошлое, производить идеальные преобразования со сверхмалыми, сверхбольшими и удаленными объектами.

По другим дифференцирующим обстоятельствам радикальных различий между мышлением и восприятием не отслеживается. Например, уже и в образе могут быть обнаружены метрические пространственные отношения, а параметр «существенности» сам по себе весьма неопределен; известная обобщенность образа является предпосылкой его константности; критерий опосредо-

ванности может быть распространен и на образы-представления, поскольку последние — это образы объектов, непосредственно не воздействующих на органы чувств [Веккер, 1998]. Ключевыми факторами опосредования выступают знак и воплощенный в речи культурный опыт человечества.

Онтогенетически мышление формируется на основе предшествующих ощущений, образов и представлений, аккумулируемых в памяти, но не исключаемых из мышления, а в дальнейшем входящих в него в качестве составных компонентов мыслительных операций. Помимо образов и представлений мысль также оперирует производными от них понятиями, суждениями и умозаключениями, изучаемыми также в науке логике. Их содержание рассматривается ниже.

Человек находится в непрерывном взаимодействии с внешним миром, что распространяется и на его познание. Но мышление как часть этого взаимодействия может быть рассмотрено как динамичный и поэтапный процесс. В большинстве случаев мышление инициируется наличием проблемной ситуации (принимаящей, например, форму вопроса или задачи), которая осознается как наличие дефицита информации, необходимой для осуществления какого-то действия.

Субъективно подобный дефицит переживается и осмысливается как мотив, а частным случаем мотива может оказаться и состояние самого организма. В любом случае на первом этапе это — более или менее отчетливое осознание проблемной ситуации. Второй этап — ориентировка в условиях проблемной ситуации, анализ ее компонентов с выделением наиболее существенных из них. По сути, это уточнение имеющейся полезной информации, которая может быть привлечена для решения. В подобном случае говорят о превращении проблемной ситуации в задачу. Третий этап мышления как процесса — это генерация возможных вариантов искомого решения, критически оцениваемых по степени их вероятности и выступающих как гипотезы. Смысл этого этапа в ограничении зоны поиска, что сопровождается и обращением к ресурсам долговременной памяти. Четвертый этап — проверка гипотез, т.е. оценка их соответствия предугадываемому решению (любое мышление всегда есть прогнозирование искомого [Брушлинский, 1979]). Пятый этап мышления — получение ответа на поставленный вопрос или решение поставленной задачи. При этом ответ имеет своим языковым эквивалентом законченное суждение, подтверждающее достижение понимания. В более обобщенном смысле процесс мышления заканчивается созданием или уточнением модели реаль-

ности. Исследования П.К. Анохина [1978] показывают, что вслед за достижением решения обязательно следует этап сличения полученных результатов с исходными данными (критика). В случае их соответствия процесс мышления прекращается или переключается на решение следующей задачи. Если же соответствие не достигнуто, мысль продолжает поиск адекватного решения с подбором других гипотез и технологий решения.

Описанная последовательность этапов развертки мыслительного процесса — это лишь схема, поскольку по ходу решения задачи индивид способен выявлять все новые не известные ранее условия, которые причинно обуславливают дальнейшее протекание мышления и накладывают на него свой отпечаток, заставляя решать промежуточные и параллельные задачи. Предотвращение ухода в сторону от исходно намеченной мыслительной цели обеспечивается постоянным фоновым контролем в отношении и этих промежуточных целей. В ряде случаев мышление протекает без согласия с законами классической логики, а опираясь на предположения, интуитивные догадки, методом проб и ошибок. Также известно, что у взрослого человека процесс мышления может запускаться и без очевидной внешней проблемной ситуации, лишь на основе уже полученной и хранящейся в долговременной памяти информации. При этом само мышление может рассматриваться как процесс обработки уже имеющейся и получения новой информации человеком.

К числу основных мыслительных операций, обеспечивающих достижение желаемого результата, относят:

- *сравнение* (непосредственное или опосредованное) — обеспечивает установление перечня сходств и различий между сопоставляемыми объектами;
- *анализ* — мысленное расчленение какой-то целостности (объекта или явления) на отдельные структурные элементы, признаки и части;
- *синтез* — психическая операция объединения отбираемых элементов в нечто целое, приобретающее собственный смысл;
- *абстракцию* — целенаправленное отвлечение от одних, вероятнее второстепенных, случайных, поверхностных признаков объекта или обстоятельств, пренебрежение ими, не придание им значения, с концентрацией внимания на существенных и общих;
- *обобщение* — мысленное объединение предметов и явлений на основании наличия у них общих значимых признаков (операция, производная от абстрагирования);

- *конкретизацию* — рассмотрение объекта во всей живой полноте его непосредственно воспринимаемых специфических свойств, переход к единичному.

Указанные операции не являются рядоположенными и независимыми, поскольку между ними существуют отношения координации и они представляют собой частные случаи основной операции мышления — опосредования, благодаря которой раскрываются наиболее существенные связи и отношения [Рубинштейн, 2000]. На их основе возникают более сложные операции, такие как классификация, систематизация, установление причинно-следственных связей и др. Мозг новорожденного ребенка не поддерживает ни одну из этих операций, они все возникают прижизненно и под влиянием большого числа индивидуально варьирующихся природных и социальных факторов. Именно этим объясняется то, что в одинаковых ситуациях мышление у разных людей осуществляется по-разному. Наблюдается определенная возрастная закономерность в этапности развития умственных операций, которые при благоприятных обстоятельствах изначально прогрессируют от реальных манипуляций младенца с материальными объектами к более позднему оперированию образами, а еще позднее и оперированию понятиями, реализуемому сначала посредством громкой внешней речи, а затем и речи внутренней [Гальперин, 2008]. Таким образом, все мыслительные операции первоначально формируются как операции практические и лишь позднее преобразуются (по Л.С. Выготскому — интериоризируются) в операции теоретического мышления.

В соответствии с этапами созревания мышления в детском возрасте различают следующие его виды, а точнее, уровни: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое (дискурсивное, понятийное, отвлеченное).

Наглядно-действенное (сенсомоторное) мышление

Наглядно-действенное (сенсомоторное) мышление опирается на непосредственное восприятие предметов, решение задачи осуществляется с помощью реального, физического преобразования ситуации и опробования свойств объектов, доступных манипулированию. Сам акт наглядно-действенного мышления становится возможным лишь с появлением в поле зрения того или иного предмета. Для него характерно отсутствие учета иерархии воспринимаемых признаков по принципу родовидовых или принципу «частное — общее», низкая критичность к своим действиям, непонимание относительности явлений. Данный вид мышления

представляет собой «первичный», наиболее ранний вид интеллектуальной деятельности, не связанный с речью, хотя зачатки ее у ребенка уже имеются. По мере усложнения этой формы мышления происходит постепенное отделение выполняемых действий от внешних наглядно воспринимаемых условий. Эта форма мышления характерна для детей примерно до 3 лет, но существуют и зрелые формы ручного мышления, реализующиеся в ряде профессий или в отношении предметов, о которых нет ни знания, ни опыта.

Сенсомоторное мышление, опирающееся на работу памяти, подготавливает почву для первой ступени обобщения получаемого опыта, в полной мере раскрываемого в более поздних наглядно-образном и словесно-логическом мышлении — формировании представлений.

Представление — это «отсроченное отражение», обобщенный образ предмета, возникающий на основе ранее пережитых ощущений и восприятий (без актуального воздействия на анализаторные системы). Такая универсальная характеристика образа, как обобщенность, выражает отнесенность отображаемого в нем объекта к определенному классу. Обязательным посредствующим звеном здесь является апперцепция, т.е. обращенность к образам, сформированным в прошлом опыте и извлекаемым из памяти в качестве эталонов, с которыми сличается каждый реально в данный момент времени воспринимаемый объект (например, по параметрам относительной величины, формы, основного цвета и т.п.). Эти эталоны, по сути, и являются представлениями, аккумулировавшими в себе признаки различных единичных образов. Представления обычно фрагментарны, менее ярки, чем образы восприятия, но в то же время более схематизированы. От абстрактных понятий они отличаются своей относительной наглядностью, поскольку в них отражаются достаточно определенные объекты с их существенными конкретными особенностями. Имеет место их воссоздание на основе предыдущего опыта.

Очевидно, что представления носят индивидуализированный характер, у разных людей различаясь по содержанию, точности, детализированности и отчетливости. Эти характеристики являются в значительной степени производными от сенсорной организации человека, частоты встреч с теми или иными объектами, а по мере взросления — от особенностей его мотивационных устремлений. Первые примитивные представления начинают складываться у ребенка примерно с полутора лет.

Наглядно-образное мышление

Наглядно-образное мышление связано с ранее сформировавшимися образными представлениями, в отношении которых и осуществляются мысленные действия. Они могут касаться как целостных образов, так и их отдельных сторон или качеств, в чем начинают усматриваться уже элементы абстрагирования. В каком-то смысле наглядно-образное мышление напоминает воображение, фантазирование и моделирование, поскольку в его законченных формах производится сочетание перцептивных свойств и качеств, ранее не встречавшихся в реальной жизни. Это значит, что в наглядно-образном мышлении начинают реализовываться не только ситуативно возникающие связи, но также более глубокие, скрытые существенные свойства. Данная форма мышления доминирует в дошкольном и раннем школьном возрасте.

В более старшем возрасте главной особенностью образного мышления оказывается недостаточное развитие способности усваивать и использовать понятия, отличающиеся высокой степенью обобщения и абстрагирования. Место понятий занимают природные образы, объекты и явления в их ситуационных отношениях. Вместо отвлеченных, образное мышление предпочитает иметь дело с собирательными и конкретными понятиями, преобладают «ситуационные связи», всякий раз меняющиеся в зависимости от конкретных обстоятельств или эмоционального отношения к происходящему. Понимание логических отношений и отвлеченных понятий страдает, особенно если они не иллюстрируются простыми и наглядными примерами. Скрытый, глубокий смысл явлений не формулируется, рассказы о происшедшем пространны и наполнены массой излишних подробностей.

Специфический вариант образного мышления — художественное мышление. Его своеобразие состоит в том, что глубинное чувство, не всегда ясно осознаваемое, выражается посредством конкретных образов действительности или особой системы символов. Подчас очень серьезные мысли излагаются в виде аллегорий, метафор, иных приемов иносказания. Примером художественного мышления могут служить также пословицы, поговорки, притчи [Жмуров, 1994]. Очевидно, что в последнем случае имеет место переход и к следующему виду мышления, реализующего понятийный аппарат.

Словесно (вербально)-логическое (понятийное) мышление

Словесно (вербально)-логическое (понятийное) мышление характеризуется использованием понятий, логических конструкций

и обобщений, которые часто не имеют прямого образного выражения. Оно функционирует на базе языковых средств и представляет собой наиболее поздний этап исторического и онтогенетического развития мышления.

В качестве одной из определяющих характеристик понятийного мышления рассматривается децентризм как социализированная альтернатива эгоцентризму (терминология теории Ж. Пиаже) допонятийного мышления. Децентрация выражается в постепенно формирующейся способности принимать в расчет частную точку зрения другого человека, в способности к смене позиции, в объективации своих действий [Зейгарник, 1986], в том, что человек перестает рассматривать себя как основу системы отсчета и в восприятии (в меньшей степени), и в мышлении. Результатом этого становится объемное видение, многоуровневая оценка происходящего, возникает возможность корректного сопоставления общего и частного, усвоение обратимости мыслительных операций. На этой почве постепенно формируется способность в соответствии с законами логики размышлять об абстрактных или отвлеченных проблемах, появляется потребность проверять смысловую точность своих мыслей, принимать в расчет и учитывать одновременное существование нескольких признаков или свойств объекта, умение видеть проблему с позиции другого. Кроме того, понятийному мышлению свойственна высокая критичность и глубина понимания, способность осознавать скрытый, переносный смысл, чувствовать подтекст, что подразумевает и многослойность оценки когнитивно обрабатываемой информации.

Вслед за словесно-логическим мышлением иногда специально выделяют *абстрактно-логическое мышление* (по сути — высший уровень словесно-логического), в котором подчеркивается способность человека оперировать отвлеченными понятиями.

В речевом мышлении основную нагрузку в информационном отношении несет *значение* слова, отражающее объективные связи действительности, и его *смысл*, представляющий собой результат выбора субъектом из всех значений тех, которые соответствуют его потребностям и мотивам.

Примером наиболее развитой формы отвлеченного мышления может служить научное мышление.

К основным формам словесно-логического мышления относят следующие.

1. *Понятие* — это форма мышления, в которой отражаются общие и существенные свойства предметов и явлений. Понятие су-

щество в виде значения слова, обозначается словом. Существуют понятия различного уровня обобщенности, житейские и научные. Кроме того, понятия характеризуются объемом и содержанием, находящимися в обратных отношениях. Чем больше объем понятия, тем беднее его содержание, и наоборот. Формируются понятия на основе результатов восприятия, представлений и других понятий.

2. *Суждение* — форма мышления, содержащая утверждение или отрицание какого-либо положения относительно предметов, явлений или их свойств. Суждение раскрывает содержание понятий, связь между двумя понятиями. Это наименьшая единица логического мышления.

3. *Умозаключение (силлогизм)* — такая форма мышления, в процессе которой человек, сопоставляя и анализируя различные суждения (посылки), выводит из них новое суждение (следствие). Человек пользуется в основном двумя видами умозаключения: индуктивным и дедуктивным. *Индукция* — способ рассуждения от частных суждений к общему суждению. *Дедукция* — способность рассуждения от общего к частному суждению.

Мышление — это цепь непрерывно следующих друг за другом суждений и умозаключений, которые должны быть аргументированными и соответствовать окружающей реальности. Мышление у здоровых людей протекает в форме образования связей (ассоциаций) между отдельными мыслями, простейшими из которых являются ассоциации по сходству, пространственной и временной смежности и контрасту.

В настоящее время известно, что наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое мышление — это не только уровни его становления в онтогенезе, но и рядоположенные виды мышления у зрелого индивида, применяемые для решения разного типа мыслительных задач или ориентированные на разные условия (нормальные или экстремальные). Они постоянно взаимно переходят друг в друга, и фактически при поиске выхода из любой проблемной ситуации привлекаются компоненты всех трех уровней, что позволяет говорить лишь об относительном преобладании того или иного вида мышления. Их баланс определяется не только возрастными, но и индивидуальными особенностями и связан с преобладанием того или иного типа межполушарной специализации [Брагина, Доброхотова, 1988; Николаско, 2006].

Помимо рассмотренных трех, существуют и другие многочисленные выделяемые разными авторами виды мышления, которые по разным основаниям противопоставляются друг другу:

- теоретическое и практическое (эмпирическое);
- аналитическое (логическое, дискурсивное) и интуитивное;
- продуктивное (творческое) и репродуктивное;
- произвольное и непроизвольное;
- реалистическое и аутистическое.

Теоретическое мышление направлено на разрешение отвлеченных теоретических задач, лишь опосредованно связанных с практикой; это познание законов, правил, обычно реализующееся в научных понятиях, в их взаимосвязях и зависимостях.

Практическое мышление подготавливает физическое преобразование действительности, непосредственно направлено на решение практических задач, особенностью которых является их частный характер и ограниченность требованиями и временем существования конкретной проблемной ситуации (например, житейской).

Аналитическое (дискурсивное) мышление развернуто во времени и имеет четко выраженные этапы, подчиняющиеся законам и операциям формальной логики, в значительной степени представлено в сознании самого мыслящего человека и направлено на единственно верное понимание основного отражаемого принципа.

Интуитивное мышление — непосредственное «схватывание» ситуации на основе непосредственного отражения воздействий предметов и явлений объективного мира, «усмотрение» решения без осознания путей и условий его получения, без доказательства. Характеризуется быстротой протекания (внезапностью «озарения»), неожиданностью, отсутствием четко выраженных этапов, малой осознанностью, очевидностью результата [Ирина, Новиков, 1978] и связью со значимостью решения в сложных ситуациях (дефицитом времени, сложностью самой ситуации, избыточностью информации, необходимостью учета противодействующих факторов, повышенной ответственностью за принимаемое решение и т.п.). Основой интуитивного мышления являются его связь с предшествующим опытом и вероятностные принципы обработки информации. Правильность или ошибочность интуиции устанавливается, в конечном счете, не самой интуицией, а методом проверки.

Творческое (продуктивное, креативное, дивергентное) характеризуется оригинальностью и изобретательностью, отличается большой самостоятельностью в отборе информации, его результат — создание субъективно нового продукта, ценностей, открытие принципиально новой тактики или стратегии разрешения проблемной ситуации либо усовершенствование решения ранее рассматриваемых задач. В творческом мышлении важная роль принадлежит воображению, интуиции, неосознаваемым компонентам

умственной активности, эмоциональному настрою и воле. В отношении ребенка творческое мышление иногда рассматривается как продолжение или замена игры.

Существенная роль в раскрытии внутренних механизмов творческого мышления принадлежит американскому психологу Джою Полу Гилфорду (Joy Pol Guilford, 1897–1987), который описал два типа поиска решений — конвергентный и дивергентный [Гилфорд, 1965].

Конвергентный характеризуется тем, что человек пытается использовать для решения задач полученный в прошлом опыт и логические размышления, при которых мыслительные усилия концентрируются на поиске единственно верного и в известном смысле предсказуемого результата. Проблема разрешается путем точного и систематического следования какой-то теории или модели либо уже известной системе правил (алгоритму операций). Даже если конкретных решений может быть несколько, то их множество все равно ограничивается этими правилами. Такой стиль мышления, по существу, *репродуктивен*.

Дивергентный тип мышления является основной составляющей творческой одаренности и востребуется в условиях, когда не существует заранее предписанного или установленного пути решения. В самом общем случае здесь речь идет о множественности, новизне и непредсказуемости решений одной задачи, а это предполагает «всереобразный» поиск по всем направлениям, комбинирование, часто приводящие к оригинальным выводам и результатам. Дивергентное мышление предполагает разрыв с прошлой информацией.

Позднее был описан перечень факторов, из которых складывается дивергентное, креативное мышление. Из них чаще других упоминаются следующие.

1. *Ассоциативная безглость* — способность генерировать большое количество идей за какой-то отрезок времени.

2. *Гибкость* — способность применять разнообразные и разнонаправленные стратегии при решении проблем, быстро переключаться с одной идеи на другую, отходить от ставшего непродуктивным прежнего опыта. По мнению Д. Гилфорда, этот феномен находит свое воплощение в двух проявлениях: гибкости спонтанной — независимой от внешних стимулов (ее противоположностью является ригидная персеверация) и гибкости адаптивной — в ответ на определенные требования проблемной ситуации (ее противоположностью является ригидная инертность) [цит. по: Мадди, 2002]. Их конкретизация позволяет выделить три формы гибкости:

1) семантическую – способность видеть объект под новым углом зрения, обнаруживать его новое использование, расширять функциональное применение на практике;

2) образную адаптивную – способность изменить восприятие объекта таким образом, чтобы видеть его новые скрытые от наблюдения стороны;

3) семантическую спонтанную – способность продуцировать разнообразные идеи в неопределенной ситуации, в частности в такой, которая не содержит ориентиров для этих идей.

Американский психолог Эллис Пол Торренс (Ellis Paul Torrance, 1915–2003), создатель весьма известных в мире тестов творческого мышления, считал, что избыточно высокая гибкость может отражать неспособность испытуемого придерживаться единой линии в мышлении.

3. *Оригинальность* – способность продуцировать идеи, отличающиеся от общепринятых, своеобразие творческого мышления, необычность подхода к проблеме, способность давать нестандартные ответы, ярко выраженное стремление к интеллектуальной новизне.

4. *Интегративность* как способность одновременно учитывать несколько противоположных условий, предпосылок или принципов.

5. *Чувствительность* как умение подметить едва заметные детали, сходство или различие.

6. *Любознательность* – повышенная чувствительность к проблемам, не вызывающим интереса у других.

7. *Метафоричность* – готовность работать в фантастическом, «невозможном» контексте, склонность использовать символические, ассоциативные средства для выражения мыслей.

Произвольное мышление – преднамеренное, целенаправленное, упорядоченное, обуславливаемое пониманием причин своего возникновения, осознаваемое по содержанию. Ему предшествуют на вербальном уровне сформулированные и исходящие либо «извне», либо возникающие из накопленного опыта вопросы. Сам процесс произвольного мышления сознательно контролируется по своей эффективности, т.е. по степени приближения к желаемому решению, чему способствует и включенность в него практически обязательного речевого фактора.

Непроизвольное мышление спонтанно по своему характеру, не предполагает целенаправленного сосредоточения на заранее намеченной цели (предмете мышления), предпосылками его протекания становятся случайные ассоциации, эмоционально окра-

шенные образы, воспоминания и фантазии. Иногда примером непроизвольного мышления выступает поток образов в сновидениях.

Реалистическое мышление в своей основе имеет опору на факты, к минимуму сводятся или полностью исключаются субъективно-эмоциональные влияния, изменения в мире трактуются как опосредованные естественными причинами, наличие которых может быть доказано практикой и отношения между которыми могут быть описаны законами логики. При этой форме мышления высока степень критичности, а адекватность учета реальных факторов обеспечивает высокий уровень прогностичности возможного и невозможного.

Аутистическое мышление. Данное понятие введено швейцарским психологом и психиатром Ойгеном Блэйлером (Eugen Bleuler, 1857–1939) в 1912 г. [Блэйлер, 1981] для выделения такой формы мышления, которое начинает определяться инстинктами и аффектами, но почти полностью игнорирует действительность. Если реальность противоречит данному мышлению, она активно отбрасывается или в каких-то фрагментах нелепо сочетается с возникающими идеями. В одной мысли уживаются «величайшие противоречия». Субъект перестает произвольно управлять своим мышлением.

По мнению другого швейцарского психолога Жана Пиаже (Jean Piaget, 1896–1980), создателя теории когнитивного развития, «аутистическая мысль... не приспособляется к внешней действительности, а создает сама себе воображаемую действительность, или действительность сновидения. Она стремится не к установлению истины, а к удовлетворению желания, и остается чисто индивидуальной. Как таковая она не может быть выражена непосредственно речью, она выявляется прежде всего в образах, а для того чтобы быть сообщенной, должна прибегать к косвенным приемам, вызывая посредством символов и мифов чувства, которые ее направляют» [Пиаже, 1932].

В рассматриваемом ключе генеза детского мышления целесообразно изложить итоги столкновения двух систем взглядов, выработанных такими выдающимися психологами, как Ж. Пиаже и Л.С. Выготский.



О. Блэйлер



Ж. Пиаже

Ж. Пиаже считал, что внесеречное, подсознательное, выражающееся в образах аутистического мышления (до 2 лет), являясь начальной стадией развития интеллекта, сменяется мышлением эгоцентрическим, свойственным в норме детям 3–6 лет и затем, в свою очередь, сменяется мышлением зрелым — реалистическим.

По сравнению с первой стадией — «аутизма», на второй стадии — эгоцентризма уже формирующаяся детская речь предназначена для «самого себя», восприятие мира кажется единственно реальным, а точка зрения других людей отождествляется с собственной. В то время как аутистическое мышление характеризуется игнорированием принципа реальности и не соотнобразуется с объективной действительностью, особенностью эгоцентрического мышления является то, что оно не подчиняется принципу социальности. Третья стадия — социализированного мышления — характеризуется попытками воздействовать через речь на собеседника, доступностью понимания и принятием иных точек зрения, формированием объективного образа мира, носителем которого являются и другие люди. Активный период перехода к социализированному мышлению совпадает примерно с 7–8 годами. Таким образом, опираясь на исследования детской речи, Ж. Пиаже пришел к выводу, что процесс развития мышления у ребенка — это процесс его экстернизации (переноса изнутри вовне).

Прямо противоположную позицию по этому вопросу занимал Л.С. Выготский [1999], который понимал развитие психики как формирование высших психических функций (в том числе и мышления) в процессах интериоризации и превращения социальных (интерпсихических) функций в интрапсихические (индивидуальные). На основании теоретических и экспериментальных исследований он убедительно доказал, что последовательность развития детского мышления подчиняется иной логике: аутистическое мышление, как более сложное, не может предшествовать реалистическому, что эгоцентрическая речь является промежуточной между внешней и внутренней, а не наоборот, при этом с возрастом эгоистическая речь не затухает, а переходит во внутренний план.

Иногда (особенно в рамках психоаналитического направления) аутистическое мышление трактуется как полностью встроенное в принцип удовольствия и как форма компенсации высокой чувствительности к стрессу, выражающаяся в своеобразном бегстве от травмирующей реальности.

В современной патопсихологии понятие «аутистическое мышление» может звучать в двух контекстах. В первом случае подразумевается негативный симптом, встречающийся преимущественно

при шизофрении и характеризующийся погружением в собственные переживания, отгороженностью от внешнего мира с ослаблением эмоциональной коммуникативности [Чайка, 2002], алогичностью мыслительных операций, рискованным символизмом, утратой способности отличать реальное от воображаемого, что и сопровождается социальной дизадаптацией. Аутистические идеи, отличаясь тенденциозностью и ориентированностью на аффективные потребности, противоречат не только действительности, но и друг другу. Содержание любой фантастической или нелепой мысли принимается за свершившуюся реальность при том, что действительная житейская, даже драматическая ситуация, имеющая отношение к больному, оставляет его совершенно равнодушным. За пределы своих грез индивид не выходит, потребности в доказательстве правильности и проверке своих мыслей не испытывает.

Одним из реже встречающихся вариантов аутизма, также наблюдаемого у больных шизофренией, является *регрессивная синтонность* или «аутизм наизнанку» [Самохвалов, Коробов, Мельников и др., 2002], при котором вместо отгороженности и дефицитарности взаимодействия наблюдается открытость сверх всякой меры, «обнаженность», поиск глубоких контактов, болезненно откровенное высвечивание интимных переживаний, раскованность, утрата стыдливости на почве неумения тонко улавливать грань между общепринятым и запретным.

Во втором случае аутистическое мышление понимается как общечеловеческий феномен, характеризующийся известным отстранением от реальной ситуации, преобладанием ассоциаций по аналогии, фиксацией внимания на собственных творческих фантазиях. Признаки аутистического мышления обнаруживаются у психически здоровых людей, проявляясь в поэтической метафоричности, в мечтах, сновидениях, мифологии, мистике, народных суевериях, религии и других случаях, где мышление перестает соответствовать реально подтверждаемому миру. В таком мышлении отсутствует дифференцированность объекта и субъекта, идеального и материального, нарушаются связи пространства и времени либо природные и социальные события начинают трактоваться как выражение действия «верховных сил». Носителей такого мышления отличает доминирование элементарно-чувственного восприятия и слабое развитие понятийного и абстрактно-понятийного аппарата, тем не менее ассоциативные связи продолжают оставаться понятными другим. Принимая форму фантазирования, аутистическое мышление из-за дефицита опыта, необходимого для возникновения понятийно-логического мышления, присуще и детям раннего

возраста. Еще О. Блэйлер писал о существовании всевозможных переходных форм аутистического мышления, начиная от выводов по аналогии и заканчивая необузданным полетом фантазии, рассматриваемого как «необходимую гимнастику ума».

Отдельно в психиатрической литературе аутизм описывается как дизонтогенетическое проявление (синдром искаженного развития по В.В. Лебединскому), который часто становится предметом рассмотрения специальной психологией или психологией, концентрирующей внимание на лицах с расстройствами эмоционально-волевой сферы.

Обычно патопсихологическому анализу подвергаются два известных из истории психиатрии варианта дизонтогенетических аутистических расстройств: ранний детский аутизм (РДА), описанный в 1943 г. американским психиатром Лео Каннером (Leo Kanner), и синдром, получивший свое название в честь австрийского ученого Ганса Аспергера (Hans Asperger), впервые выделившего его в 1944 г. (также называется «аутистическая психопатия»). В последние годы все большую распространенность получает диагноз «*расстройство аутистического спектра*» (РАС), который помимо указанных двух «авторских» синдромов обычно включает, а точнее растворяет в себе, и атипичный аутизм (основанием для его выделения служит позднее начало и отсутствие полного набора признаков).

Первый вариант аутизма, как следует из его названия, может быть обнаружен у половины детей-аутистов уже в первые месяцы после рождения и проявляется в отсутствии или искажении так называемого «комплекса оживления» — естественной эмоционально-положительной, двигательной и вегетативной реакции младенца в ответ на традиционные раздражители (например, на звук погремушки), на появление матери или другого заботящегося лица. Наиболее отчетливо признаки РДА проявляются в возрасте от 2 до 5 лет [Ковалев, 1979], выражаясь недостаточностью или полным отсутствием потребности в контакте с окружающими, эмоциональной холодностью, страхом новизны и ритуальностью, стереотипным поведением, амбивалентным отношением к взрослым, а также расстройствами мышления, речи и влечений [Исаев, Каган, 1973; Лебединская, 1979 и др.].

Обладатели синдрома Аспергера отличаются преимущественными проблемами в установлении полноценных и взаимных эмоциональных отношений со сверстниками, непониманием юмора и иронии, неумением выражать свое отношение мимикой, пантомимикой и жестами, моторной неуклюжестью, стереотипностью

и узостью интересов и увлечений в ущерб другим [Богданина, 1999], но при отсутствии задержек в когнитивном развитии и при относительной сохранности интеллекта в целом (возможно некоторое преимущество вербального компонента интеллекта над невербальным в его пространственном звене). Благодаря наличию хорошо развитого лексикона и изощренному построению речи таких детей с подачи самого Аспергера иногда называют «маленькими профессорами».

Продолжает дискутироваться вопрос о целесообразности разделения синдрома Аспергера и так называемого высокофункционального аутизма, при котором при достаточном развитии когнитивных способностей присутствует задержка речевого развития, что не типично для «аутистической психопатии». Кроме того, в опубликованном проекте МКБ-11 по отношению к расстройствам аутистического спектра предлагается ввести дополнительную градацию, характеризующую имеющийся дефицит по параметрам присутствия — отсутствия нарушения интеллектуального развития и присутствия — отсутствия нарушений так называемого функционального языка (речи, обеспечивающей коммуникативную функцию, достаточную для своего возраста).

Очевидно, что наличие аутизма как феномена, отражающегося на всем складе личности, вовлекает в этот круг в разной степени и процессы мышления.

Именно аутистическое мышление как клинический феномен характерно для больных шизофренией, шизоидных психопатов, для соответствующей акцентуации.

Помимо видов мышления, которые у здорового взрослого человека с достаточной адекватностью обеспечивают отражение картины внешнего мира, существующих в нем связей и вытекающие выводы, получаемые с помощью когнитивной деятельности, при патологических обстоятельствах (при очевидной психической патологии, пограничных феноменах, у лиц, попавших в экстремальные, психотравмирующие условия, и т.п.) могут развиваться разнообразные расстройства мыслительных процессов, сопровождающиеся формированием ложных представлений о действительности.

Результатом многообразия видов и форм мышления становится такое же многообразие форм его расстройств, которые могут быть систематизированы под разными углами зрения. Нельзя не согласиться с В.М. Блейхером [1983], который считал, что разделение расстройств мышления на группы, как и всякая классификационная схема, условно. В клинической практике наблюдаются сложные переплетения различных видов расстройств мышления,

и поэтому описание отдельных их типов первоначально возможно лишь при условии выделения основных, наиболее характерных проявлений и отвлечения от ряда признаков, свидетельствующих о близости этих расстройств с другими.

Ни одна из ныне существующих классификаций расстройств мышления не может претендовать на исчерпывающую полноту и логическую четкость, поскольку анализ многочисленных мыслительных процессов и их продукции может быть произведен с разных теоретических позиций и руководствуясь различными принципами.

Среди разнообразных индикаторов, привлекаемых для оценки мышления и его нарушений в экспериментальной и клинической практике, помимо поведенческих проявлений чаще всего используется речевая продукция больного человека, которая позволяет осмысливать себя со стороны и формальных, и содержательных характеристик.

При существенном огрублении понимания механизмов расстройств мышления их традиционно разделяют на две группы: количественные (без искажений смысловой составляющей мышления) и качественные (хаотичность ассоциаций, их нецеленаправленность, принципиальная непонимасмость ассоциативного ряда, неадекватность содержания мысли, невозможность осознания собственного поведения в целом), причем к последним обоснованно относят и патологию мыслительной продукции, интерпретируемую как патология мотивационной сферы.

Руководствуясь аналогичными соображениями, Б.В. Зейгарник выделяет три вида патологии мышления: нарушения операционной стороны, расстройства динамики, нарушения мотивационного компонента мышления [Зейгарник, 1986].

Нарушения операционной стороны мышления:

- снижение уровня обобщения;
- искажение процесса обобщения.

Количественные расстройства мышления (расстройства динамики):

- по темпу (ускоренное мышление, замедленное мышление, шперунг);
- по подвижности (детализация, обстоятельность, вязкость).

Качественные расстройства (расстройства мотивационного компонента):

- целенаправленности (витиеватость, резонерство, соскальзывание, разноплановость, разорванность (логическая и грамматическая), аморфность, аутичность, символическое, паралогическое, конфабуляторное, архаическое мышление);

- патология продукции (содержания) мышления (навязчивые идеи, сверхценные идеи, бред).

При *снижении уровня обобщения* в мыслительной деятельности больных доминируют наглядные, конкретные представления о предметах и явлениях, не формируется способность к абстрагированию, в суждениях доминирует тенденция привлечения поверхностных, повседневных, перцептивно регистрируемых связей между факторами внешней среды. Переносный смысл в речи других людей и в текстах не понимается, а решение задач носит конкретно-ситуационный характер. Из-за этого решение задач на классификацию может оказаться вообще недоступным, поскольку все предметы, представленные в стимульном материале, слишком различаются по конкретным свойствам (например, при сравнении лошади и собаки больной заявляет: «Не знаю, что между ними общего. Лошадь кушает сено и на ней ездят, а собака ест мясо и на ней не ездят» [Блейхер, Крук, Боков, 2002]). В других случаях при работе с аналогичными методиками создается большое число мелких групп. Больной не понимает двухплановости, «окольности» и художественной образности пословиц и поговорок, по этой же причине не в состоянии отобразить обобщенные понятия пиктографическим способом. Эти нарушения встречаются при расстройствах интеллектуального развития, тяжелых формах энцефалита, а также при органических поражениях головного мозга, сопровождающихся деменцией.

Искажение процесса обобщения характеризуется отсутствием учета существенных признаков объекта или явления, уходом от содержательной стороны задачи, преобладанием в мышлении случайных, формальных или с избыточной легкостью образующихся ассоциаций. Суждения начинают опираться на второстепенные, размытые, чрезмерно общие, латентные или побочные основания. Например, в опыте на классификацию предметов больной объединяет карточки следующим образом: ложка и свинья, объясняя: «Это означает противоположность зимы и лета; зима — это мальчик на лыжах, а свинья — на зелени» [Зейгарник, 1986]. Подобные нарушения мышления встречаются у больных психозами.

Ускоренное мышление — облегченное возникновение и быстрота смены мыслей, воспоминаний, представлений, сопровождающиеся заметным преобладанием образных компонентов над абстрактными идеями, увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Но при этом ассоциации начинают образовываться по упрощенному типу — сходству, созвучию, смежности, контрасту, из-за чего страдает глубина мысли и ее общая продуктивность. Мышление

утрачивает предусмотрительность, становится поспешным, поверхностным и непродуманным, общая идея в высказываниях отсутствует. На фоне повышенного настроения или эйфории, оживленной жестикуляции и мимики, переживания субъективного подъема и «особой ясности мысли» постепенно возникает неистощаемая монологичная говорливость, конспективно отражающая содержание мысли с утратой промежуточных звеньев и с частыми отклонениями по случайным, порой внешним причинам.

Помимо бесконтрольности суждений на личностном уровне заметны утрата чувства такта и недостаточная способность смущаться [Блейхер, 1983]. В невыраженных случаях интеллект у таких больных очевидного снижения не обнаруживает, сохраняется наблюдательность, а порой и фрагментарное остроумие, порождаемые идеи могут носить продуктивный характер и сопровождаться действительно творческой активностью. При наиболее ярких проявлениях ускоренного темпа мышления оно приобретает характер «скачки идей», вихря мыслей и представлений, при которых поток ассоциаций становится вообще неуправляемым, возникающим сам по себе. Высказывания становятся неполными, отрывочными, речь не поспевает за мыслью и перестает быть связной, хотя при некоторых усилиях наблюдателя здесь все же можно уловить их поверхностную упорядоченность.

Своеобразное место в ускоренном мышлении занимает ментизм — непроизвольно возникающий, насильственный, изнуряющий, калейдоскопический и плохо оречевляемый наплыв мыслей, воспоминаний и образов, тягостно переживаемый больным человеком и не подчиняющийся его воле.

Ускорение мышления характерно для маниакальных и гипоманиакальных состояний, для некоторых форм шизофрении, во время эпизодов психического возбуждения, в начальных стадиях алкогольного и наркотического опьянения.

Замедленное мышление — уменьшение числа ассоциаций в единицу времени, ухудшение способности формировать общие представления и идеи, при том что даже при их порождении они все равно отличаются однообразием и скудностью своего содержания. В значительной степени это объясняется утратой интеллектуальной инициативы, слабостью воображения и планирования. Внешне замедленное мышление выражается трудностями в подборе слов, снижением темпа речи и ее односложностью, большим латентным периодом между возникновением проблемной ситуации и адекватным откликом на нее. Этот вид расстройства наблюдается при депрессивных и астенических состояниях, органических пора-

жениях мозга, шизофрении с одновременным окрашиванием той симптоматики, которая свойственна данным формам психической патологии.

Шперрунг — внезапная остановка («закупорка»), обрыв течения мысли, блокада мыслительной деятельности, субъективно переживаемые как «пустота в голове», что обычно сопровождается и прерыванием речи. В этот период больные производят впечатление беспомощных, не способных не только мыслить, но и действовать, воспринимать, хотя явных нарушений сознания при этом не наблюдается (сохраняются общие воспоминания о своем состоянии). Больные могут замечать у себя обрывки отдельных мыслей, но не складывающихся в системный поток. По окончании подобной паузы, которая может длиться секунды, минуты, а по некоторым описаниям и более, больной не в состоянии вспомнить того, что хотел сказать. За пределами описанного состояния шперрунг на скорость протекания ассоциативных процессов не влияет, поскольку после его столь же внезапного окончания темп мыслительной деятельности, как правило, сразу восстанавливается до своего обычного уровня. Феномен шперрунга типичен для шизофрении, но он может наблюдаться и при эпилепсии, а также под влиянием аффекта у психически здоровых людей, как, например, во время экзамена (внезапное забывание хорошо знакомого материала).

Шперрунг можно рассматривать не только как количественное расстройство мышления, но и как результат утраты целенаправленности психической деятельности. В качестве состояния, напоминающего шперрунг, иногда описывают более мягкий по характеру *обрыв мысли* — внезапную потерю нити рассуждений (например, при случайном отвлечении во время беседы или на фоне утомления) с порой удачными попытками вспомнить забытое и без утраты способности нормально ориентироваться во внешней среде.

Детализация — постоянное вовлечение в процесс мышления обилия второстепенных несущественных подробностей, пространное описание обстоятельств, которые, возможно, для человека имеют особое эмоциональное значение, но являются совершенно лишними для передачи ключевой информации. Экономичность и продуктивность мышления в целом снижаются. При усилении выраженности детализация достигает степени обстоятельности (*лабиринтного* или *турбулентного мышления*) — систематического застревания на побочных ассоциациях с уходами в сторону и возвращением к исходной мысли, с утратой ее общей связности, способности дифференцировать идеи, явления и объекты по важности, с ослаблением процессов абстрагирования и обобщения, в резуль-

тате чего мышление становится запутанным. Такие больные в итоге не могут лаконично сформулировать свою мысль, приносят в свою речь вводные слова, затрудняются при необходимости перехода к новой теме, а во многих случаях при потере способности конструктивно решать волнующие проблемы производят впечатление беспомощных.

Вязкость — крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее малопонятной, а мышление непродуктивным. Больные вообще теряют способность удерживать основную нить разговора и не могут сами освободиться от побочных ассоциаций. Тягучестью начинает отличаться не только речь, но и все поведение человека.

Симптомы этой группы (детализации, обстоятельности, вязкости) отражают нарастание степени тяжести одного и того же явления — тугоподвижности (ригидности, инертности, торпидности) мышления. Они наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга и эпилепсии.

Витиеватость — многоречивые, громоздкие рассуждения, иногда на абстрактные или философские темы, с привлечением обилия литературных цитат, метафор, сравнений, научных терминов, формул и далеких по смыслу аналогий, что, вопреки ожиданиям говорящего, усложняет понимание мысли слушателями и мешает самому субъекту прийти к ясному умозаключению. Вместе с тем речь сохраняет грамматический строй и внешнюю логичность, но приобретает черты псевдонаучности, «красивости» и оригинальности, порой заумности. Страдает доходчивость и убедительность.

Витиеватость не следует путать с красноречием, при котором последние два качества, напротив, проявляются ярко и усиливаются эмоциональным стилем речи.

Резонерство — склонность к бесплодному мудрствованию, непродуктивному, многословному и детализированному рассуждательству по несущественному поводу, часто с использованием абстрактных или позаимствованных из каких-то наук понятий, общих нравоучений, деклараций и известных изречений («Жизнь прожить — не поле перейти!»), привлекаемых по весьма поверхностным, формальным основаниям. При многозначительном тоне, претенциозности и неуместном пафосе речь построена грамматически правильно, но скудна содержательно («пустое философствование», «праздное мудрствование», «умственная жвачка»). Вместе с тем собственно мыслительных ошибок при резонерстве не происходит, а сам этот феномен может рассматриваться как

проявление особенностей мотивационной сферы человека, выражающийся в потребности «самовыражения» и «самоутверждения» на фоне недостаточной самокритичности и аффективной захваченности субъекта. Характерна неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. По мнению В.М. Блейхера, И.В. Крук [1986], резонерское мышление в эксперименте особенно ясно демонстрируется там, где выполнение задания требует словесных определений, формулировок и сравнения понятий.

В качестве своеобразной формы резонерства может выступать *патологический полисемантизм* — освобождение элементов речи от контекста, когда слово получает любой, мало зависящий от ситуации смысл (понятие введено М.С. Лебединским в 1937 г. и соответствовало тому, что Л.С. Выготский определял как уравнивание вероятностных значений того или иного слова). В этих случаях у больного появляются слова с новым смыслом, основанным на формальных лексических или внешних признаках. Характерно сосуществование разных, в том числе и чуждых, значений одного и того же слова, причем новое значение слова заметно доминирует над общепринятым, из-за чего понимание речи «непосвященным» становится невозможным.

Резонерское мышление наблюдается при шизофрении, эпилепсии, умственной отсталости и ряде органических поражений головного мозга, но в принципе может встречаться и у психически здоровых людей как один из механизмов компенсации чувства собственной малозначимости.

Соскальзывание — неожиданная, немотивированная смена логически и грамматически правильно построенной мысли на какую-то иную, тематически чуждую строку рассуждений. Либо то же происходит по несущественным, случайным ассоциациям, актуализированным из-за латентных, рыхлых связей между понятиями и представлениями. При этом непоследовательность суждений не зависит от истоцасмости психики или сложности заданий. Существует мнение, согласно которому соскальзывание может осуществляться и по сложным (абстрактным) ассоциациям [Бухановский, Кутявин, Литвак, 1998]. После него больной способен продолжить последовательность основного рассуждения, но уже допущенная логическая ошибка им не исправляется. Соскальзывания в иную смысловую плоскость следует отличать от неточных ответов, обусловленных невнимательностью, и от непоследовательности суждений, возникающей на фоне астенических состояний (подобные ошибки имеют связь с трудностями проблемы и исправляются больными, как только они их замечают). А.Р. Лурия [2000] считал, что легкое

соскальзывание на посторонние связи лежит в основе тех дефектов мышления, которые многие авторы считают специфичными для поражения лобных отделов мозга.

Соскальзывания как симптом наблюдаются у больных шизофренией даже при их (лобных долей) относительной сохранности.

Разноплановость — постоянная немотивированная смена оснований для логического упорядочения ассоциаций, соскальзывание в иную содержательную плоскость. В результате этого в мысли начинают сочетаться несочетаемые или даже взаимоисключающие идеи и понятия. Оставаясь относительно адекватными внутри самих себя, непредсказуемо, причудливо переплетаются разные принципы обобщения и классификаций, что в итоге делает мысль, с одной стороны, небанальной, а с другой — малопонятной. Для выявления подобных особенностей используется широкий набор методических приемов: классификация предметов и понятий, исключение лишнего предмета, сравнение понятий, построение объекта по ряду заданных признаков, опосредование понятий с помощью рисунков и т.п. Например, в методике на классификацию предметов больной объединяет лопату и слона, поясняя, что это «инструменты труда».

Разорванность — нарушение направленности ассоциативного процесса, смысловых связей между отдельными мыслями, суждениями и понятиями при сохранности формальной стороны речи — грамматической стройности фразы (*логическая разорванность*). Начальные проявления разорванности можно заметить в соскальзывании мысли при переходах от одного представления к другому. Это видно в нарушении смысловых связей не внутри предложения, а при движении от одной мысли к другой, каждая из которых в отдельности имеет законченное смысловое содержание. В результате возникает необычное парадоксальное сочетание представлений. В.М. Блейхер пишет о разорванности как семантической диссоциации при известной сохранности синтаксической стороны речи. Из-за грамматической правильности в организации фразы от слушателя требуется повышенное внимание, чтобы убедиться в ее бессмысленности. Или при решении задачи на сравнение пациент отвечает, что озеро — это водоем, а река — холодная.

В.А. Жмуров [2002] приводит такой пример разорванности мышления, продемонстрированного больным шизофренией: «Голоса — это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как

у вас в атаке. Это и требовалось доказать Чувапову на мусорной яме бритвенным прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны, является выходом на работу воздуха руки с клапанов без понимания цилиндра...». Или: больной написал заявление на имя врача (сохранена оригинальная грамматика и орфография) «Заявление. Пропшу беседы со врачом по поводу безудельного дворянства узнать хоть, что необходимо из армии и полиции срочной службы (беседы) с врачом психиатром. Узнать сколько проблем. Перевод в Петродворец. Потому что раньше не додумолся. Теперь что за захоронение на шуваловском кладбище. Асфальт и, что теперь абс-даль. Выпишусь узнаете, как работает (2 порции)».

В более тяжелых случаях на фоне расстроенного сознания возникает и *грамматическая разорванность, бессвязность (инкогеренция)* — речь превращается в «словесную крошку», набор отдельных, не связанных между собой слов (шизофазия), распадается синтаксический строй предложения. Уловить смысл речи не удастся. Разорванность может проявляться и в форме «мимот-ветов», при которых больной на вопрос собеседника продуцирует информацию не впопад (рядом со смыслом вопроса), либо вообще недоступную для понимания.

Крайняя степень разорванности в речи может проявляться *вербигерацией* — бессмысленным, нередко ритмическим многократным повторением или выкрикиванием одних и тех же слов, фраз или нелепых звуко сочетаний.

Б.В. Зейгарник видит в разорванности крайнюю степень раз-ноплановости, заключающуюся в том, что суждения больного о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях, как бы в разных руслах. Помимо играющего важную роль в диагностике разорванности отсутствия понятных связей между отдельными элементами высказываний больного, Зейгарник считает значимыми такие критерии, как независимость речи больного от присутствия собеседника (монологичность — больной насдине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бессмысленно), отсутствие логики, невозможность обнаружить в речи больного объект мысли, незаинтересованность его во внимании собеседника. Наличием перечисленных моментов и объясняется то, что речь больного при разорванности перестает выполнять функцию общения и становится совершенно непонятной окружающим [Блейхер, 1983].

Наблюдается при шизофрении, маниакальных состояниях, органических поражениях мозга.

Аморфность — нечеткое, бессистемное и противоречивое использование понятий, при котором грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый, случайный характер, а основная идея остается несформулированной или непонятной окружающим. Аморфность выражается в наличии связности между собой по смыслу отдельных частей предложения и даже отдельных предложений при ускользании общего смысла сказанного: в сравнениях сочетаются слишком абстрактные и слишком конкретные основания, уровень избирательности и обобщения мышления настолько низок, что создается впечатление бесформенности отражаемого в речи содержания (например, больной при многословии не может прямо ответить на вопрос).

В качестве иллюстрации аморфности мышления В.Д. Менделевич [2001], ссылаясь на наблюдение Б.В. Зейгарник, приводит протокольную запись суждения больного, которому предлагалось объяснить поговорку: «Цыплят по осени считают».

Больной говорит: «Ну, это вполне понятно. Иногда всегда подсчитывают, когда они осуществились. Когда дело сделано. И только тогда можно уже заявить об увеличении успехов того или иного мероприятия. А то можно работать без конца, без края, шума много из ничего получится, как у Шекспира, помните?.. Пошумели, говорили, бегали, метались, торопились, а в результате что? Итог каков? Все в трубу, навывлет. То есть шумиху подняли, а дела нет. Поэтому — меньше шума, больше дела, больше собранности, организованности, а потом сказать: “Ну вот, товарищи, как бы там ни было, дело сделали, будьте здоровы”. Например, если мы строим какое-нибудь здание — вот наш долг, если мы сдаем экзамены — вот наши оценки, отметки, пять, отлично или там, например, четыре, хотя на плохой конец, я говорю. Четыре — это уже терпимо, я считаю, но вообще нужно на отлично, чтобы было пять. Вот так. Вот это называется... много шума из ничего или, как вы сказали, половица: “Кур по осени или цыплят по осени считают”. Ну да если непосредственно про них говорить, их перетаскивают кошки, как говорится».

Лутичное мышление — см. выше.

Символическое мышление — мышление, в котором реализуется устойчивая тенденция замены общепринятых конкретных образов, явлений, действий, понятий или знаков личностно тенденциозными представлениями-обозначениями, приобретающими форму метафор, неологизмов, иносказаний, аллегорий, знамений, особой

знаковости, колдовства, мистики и т.п. В результате явления и предметы окружающего мира получают совершенно иной, порой переносный, вычурный смысл, не разделяемый окружающими или вообще им непонятный. Могут использоваться и общепринятые символы, но для обозначения известных только больному явлений или фактов его жизни в совершенно не свойственном им значении, конкретное обозначается абстрактным и наоборот. Придумываются новые слова — неологизмы.

Символическое мышление может встречаться и у психически здоровых людей, будучи обусловленным разделяемыми другими культурными или религиозными традициями и отражая эмоционально-образный (иногда архаичный, мифопоэтический, лишенный логики) способ трактовки внешней действительности, уместный, например, в произведениях искусства, для поддержания этнической общности и т.п. При соответствующих психических расстройствах (чаще всего шизофрении) толкование речевой продукции возможно только исходя из индивидуальных установок человека.

Паралогическое мышление — ложное по своим предпосылкам, доказательствам, дефектное в установлении причинно-следственных отношений. Это мышление предвзятое, лишенное логики, игнорирующее факты и доводы, противоречащее ходу мыслей больного. Если логическая система в рассуждениях и возникает, то она свойственна только данному человеку с произвольной подменой одних существенных понятий и предпосылок другими, второстепенными, с неожиданными, странными и ничем не обоснованными умозаключениями, сопоставлениями несопоставимого, «выкрутасами». Паралогическое или «кривое» мышление не является собственно алогичным, формально логический процесс часто не нарушается. Речь идет главным образом о его тенденциозности, обусловленности стойким ложным целевым представлением, реализующимися, например, в интерпретативных формах бреда (преследования, реформаторства, ревности и т.п.) [Жмуров, 2002].

В.М. Блейхер [1983] приводит такой пример паралогического мышления больного шизофренией при выполнении методики на соотнесение между собой пословиц. Испытуемый относит к пословице «Плохую овцу из стада вон» фразу «Если сам отрезал неправильно, не следует винить ножницы». Мотивирует это он следующим образом: «Это две фразы, характеризующиеся односторонностью отношения к объекту. Плохую овцу удаляют из стада. А если отрезал неправильно, то в досаде отбрасываешь ножницы. Здесь односторонним является то, что объект, который удаляется, виноват».

Термин «паралогическое мышление» не всегда корректно используется в более широком смысле, для обозначения других нарушений с отсутствием логики в болезненных рассуждениях (аутистическое, символическое и др.).

Конфабуляторное (фабулирующее) мышление (лат. *fabula* — повествование, история) встречается в разных формах, начиная от отхода от естественного, реального развития событий (нарушений хронологического строя повествования), с включением в рассказы спонтанных фантазий, периодов мечтательной рассеянности до сознательной лжи и вымыслов, замещающих реальность. Расстройства памяти при этом могут быть, но могут и отсутствовать. Фабулирующее мышление встречается и при бредоподобных фантазиях.

Архаическое (прелогическое, мифологическое) мышление оперирует устаревшими понятиями и представлениями, широко включает в себя суждения, основанные на предрассудках, заблуждениях и мифах. К архаическому мышлению относятся некоторые формы бреда. Оно наблюдается и у психически здоровых лиц, отражая уровень их интеллектуально-культурного развития.

Наиболее частой формой архаического мышления в быту являются многочисленные суеверия, например такие, как вера в ясновидение, возникающая у обычных людей на фоне тревожных ожиданий, подавленности или реальных драматических событий. По выходе из подобного состояния склонность к мистической интерпретации нередко исчезает и рассматривается с реалистических позиций, но в других случаях, в силу повышенной внушаемости или неразрешимости конфликта, лишь упрочивается.

Архаическая (палеолитическая) форма мышления рассматривается как филогенетически самая ранняя среди познавательных процессов человека. К ее предпосылкам на начальных этапах развития человечества относят:

- теснейшее слияние индивида с окружающей средой, физической и биологической природой, приводящее к одушевлению вещей и явлений, приписывание животным и растениям человеческих качеств, которыми они не обладают (*анимистическое мышление, антропоморфизм*), наслению природы божествами, демонами и духами, объяснению природных явлений фантастическими причинами;
- сильную духовную и эмоциональную связь с сообществом, вызванную глубокой интеграцией личности и рода, для которого общий предок выступает как источник правил и законов для всех членов рода, что, в свою очередь, через тотемическую

символику и ритуалы порождает чувство сопринадлежности, отождествления с данной группой;

- высокую эмоциональную чувствительность, восприимчивость, аффективную напряженность коммуникаций и жизни в целом;
- высокую образность мышления и воображения, приближающуюся к иконической полноте воспроизведения содержания памяти [Клике, 1983].

Таким образом, данный вид мышления оперирует архаической логикой, характерной для древних народов и детей, из-за чего в большинстве случаев у взрослых может считаться регрессивным. Смежную с ним нишу занимает мышление, характерное для интуитивного поэтического миропонимания.

Навязчивое (обсессивное) мышление. Навязчивости в целом представляют собой довольно большую группу психических расстройств, выражающихся в навязчивых идеях, страхах (фобиях) и сомнениях, воспоминаниях, влечениях и действиях. Их общим отличием является то, что они довольно стереотипны, возникают непроизвольно, часто противоречат системе внутренних принципов человека, расцениваются им критически, с пониманием их болезненности, ненужности, неадекватности, а порой и нелепости. При этом появившаяся мысль рассматривается не как навязанная извне, а как собственная. По механизмам возникновения навязчивые мысли разделяются на те, которые возникли в результате реальных психотравмирующих обстоятельств (они логически понятны, поскольку и в самих мыслях звучит этот мотив), и те, которые появились без видимой причины, оторваны от реальности.

Среди навязчивых мыслей, помимо сомнений и воспоминаний (например, о позорном событии), выделяют манипулирование цифрами, абстрактные мысли, «умственную жвачку» — изнуряющее мудрствование на отвлеченные темы, контрастные мысли, содержание которых противоречит мировоззрению или морально-этическим принципам личности. Навязчивости также могут возникать в связи с сексуальной, религиозной озабоченностью, а также озабоченностью своим телом (внешним видом, функциями и т.д.), что типично для подростков.

Испытывая эмоциональный дискомфорт, человек пытается от них избавиться, но, как правило, безуспешно. Более того, попытки борьбы с ними, желание их подавить каким-либо образом нередко приводят к их усилению и выработке различных *ритуалов* (порой сложных двигательных или символических поведенческих актов), имеющих значение заклинания и создающих у субъекта впечатление контролируемости ситуации (перед выходом на улицу

дотронуться до косяка двери, чтобы не попасть под машину). Ритуалы в их клиническом значении обычно возникают как реакция на фобии, навязчивые сомнения или опасения, для предупреждения мнимого несчастья. Выполнение ритуала обычно сопровождается чувством облегчения. В психиатрической практике наблюдаются при неврозе навязчивых состояний, депрессии, шизофрении, органических психозах.

Но навязчивые мысли не обязательно являются симптомами болезни, они могут встречаться и у психически здоровых людей с тревожно-мнительными чертами характера. Не сопровождаясь интеллектуальным снижением, они, однако, могут накладывать некоторый отпечаток на избирательность мышления.

Сверхценные идеи — логически обоснованные эмоционально значимые стойкие убеждения, представления или комплексы мыслей, вытекающие из реальности и мировоззрения личности. Их патологичность заключается не в содержании, которое относительно адекватно имеющейся проблемной ситуации, а в масштабе охвата сознания, в том непомерном значении, которое им придается по сравнению со всеми остальными мотивами и сторонами жизни. Другой особенностью сверхценных идей является их ригидность, заключающаяся в длительном их существовании, иногда на протяжении жизни, в настойчивых попытках реализовать их на деле вопреки внешним совершенно корректным контраргументам.

К числу подобных феноменов относятся идеи реформаторства, изобретательства (вечного двигателя), физического и нравственного совершенства (до изнеможения), сутяжничества (ведение тяжб до привлечения международных инстанций), коллекционирования (до разорения семьи), вероисповедания, вины, любви, ревности и т.п. В большинстве случаев последовательное проведение сверхценной идеи приводит к дезадаптации личности, сужению круга ее интересов, тенденциозной трактовке фактов действительности, избирательности их подбора. Собственная критика к сверхценным идеям, в отличие от навязчивых, отсутствует. В других случаях сверхценная идея постепенно сама утрачивает свою актуальность, иногда под влиянием убеждения со стороны достаточно авторитетного лица.

На начальных этапах своего развития эти идеи не несут чего-то патологического и, по существу, остаются в пределах психического здоровья. Однако по мере их развития и усиления эмоционального напряжения сверхценные идеи могут стать основой для возникновения идей бредовых, но эти два феномена требуют обязательного различения.

Бред — совокупность ложных, последовательно и упорно отстаиваемых идей, суждений и умозаключений, обусловленная психическим заболеванием и явно не соответствующая реальности и прежнему опыту. Бредовые идеи не поддаются переубеждению, и критика по отношению к ним полностью отсутствует. Кроме высказываний, поступков и личностных отношений, непосредственно вытекающих из содержания бреда, все остальные психические процессы и функции (эмоции, речь, интеллект и поведение в целом) от нормальных могут не отличаться. В других случаях бред сочетается с нарушениями ассоциативных процессов и сопровождается разорванностью мышления, резонерством и символизмом. Некоторые формы бреда имеют сходство с мифологическими конструкциями (мифологемами), которые своими корнями уходят в архаические предания, эпосы, мифы, легенды, сюжеты сновидений и фантазий. Бред является формальным признаком психоза.

Начальная стадия формирования бредового синдрома — *бредовое настроение* (корректнее — настроение, из которого возникает бред), выражается в чувстве неопределенного внутреннего беспокойства, в тревожном, порой мучительном предчувствии беды, возникают настороженность, подозрительность и уверенность, что вокруг происходят опасные изменения. Затем формируется *бредовое восприятие* — наряду с обычным восприятием реально существующего объекта появляется необычная, странная, не связанная логически с реальной действительностью идея с характером особого отношения больного. Привычные объекты начинают нести новый смысл. То есть имеет место не дефект самого восприятия, а ложное значение, которое придается объекту восприятия. Приобретая более очерченную форму, бредовое восприятие превращается в *бредовое толкование*, которое проявляется в том, что больной начинает интерпретировать события, факты, слова окружающих в бредовом плане, но еще не связывает свои болезненные умозаключения в единую систему. В дальнейшем происходит оформление бредовых соображений в систему бредовых идей. Этот этап называется «*кристаллизацией бреда*» [Руководство..., 1983; Ковалев, 1985]. Иногда в рамки бредового толкования включают и *бредовое осознание* — «озарение», интуитивное постижение больным сути происходящего. Возникающая система из отдельных бредовых умозаключений обеспечивает субъективное объяснение состоянию тревоги, беспокойства, чувству неопределенности предполагаемой угрозы.

С достаточной степенью условности бред по механизму образования делится на три типа:

1) первичный (*интерпретативный*) — бредовые построения определяются расстройством сферы мышления и логики, приводящим к неадекватной интерпретации реально существующих явлений, к созданию целой системы доказательств, причем по мере прогрессирования болезни в бредовую систему начинает вовлекаться все большее число фактов жизни;

2) вторичный возникает на основе уже имеющихся нарушений других сфер психической деятельности (галлюцинаций, аффективных нарушений, расстройств памяти и т.п.);

3) индуцированный, при котором здоровый человек воспроизводит бредовую систему психически больного по принципу заражения или конформизма у близких людей.

Фабула бредовых идей весьма разнообразна и может быть сведена к четырем основным видам:

1) бред с пониженной самооценкой или отрицательной эмоциональной окраской (ипохондрический, самообвинения, самоуничтожения, убеждения в уродстве и т.п.);

2) бред с повышенной самооценкой или положительным эмоциональным тоном (величия, богатства, знатного происхождения, реформаторства и т.п.);

3) бред преследования или подозрения (воздействия с помощью магии, колдовства, гипноза, космических лучей, ущерба, двойников, одержимости и т.п.);

4) смешанные формы бреда (сутижничества, перевоплощения, особых знаков и т.п.).

Несмотря на то что фабула бреда нередко включает те или иные реальные события, роль последних в его возникновении незначительна и сводится лишь к наполнению бредового убеждения конкретным социальным содержанием [Кербиков, 1949].

Следует иметь в виду, что ошибки суждений и заблуждения психически здоровых, а также некоторые сомнительные умозаключения, являющиеся составной частью определенной культуры или субкультуры, к которой принадлежит человек, не должны характеризоваться как бредовые.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение мышления, дифференцируя его от других отражательных процессов.
2. Через какие этапы проходит развертывание мышления как процесса?
3. Охарактеризуйте основные мыслительные операции.
4. Каковы основные этапы созревания (уровни) мышления у ребенка?
5. Какими признаками характеризуется творческое мышление?

6. Раскройте содержание и противоречия трактовки аутистического мышления.
7. Опишите структуру классификации расстройств мышления по Б.В. Зейгарник.
8. Какие уровни процесса обобщения описываются в психологии и какие формы может приобретать расстройство этой функции?
9. Какими качественными особенностями отличаются ускоренное и замедленное мышление?
10. При каких психических расстройствах встречается резонерское мышление и в чем оно выражается?
11. В чем разница между навязчивыми и сверхценными идеями?
12. Что такое «кристаллизация бреда»?

2.9. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Методы исследования мышления чрезвычайно разнообразны, а характер предлагаемого в них стимульного материала обуславливается возрастом испытуемого и конкретными задачами, стоящими перед клиническим психологом, — начиная от наблюдения за игрой ребенка и заканчивая сложными заданиями, предусматривающими операции абстрагирования и установления причинно-следственных связей, в норме доступных взрослым испытуемым. Помимо рассматриваемых ниже экспериментальных приемов, могут использоваться: метод наблюдения (например, за особенностями взаимодействия больного с другими людьми); метод беседы, в ходе которой могут быть установлены степень критичности испытуемого к собственной мыслительной деятельности и уровень развития речи как основного выразителя мысли; метод изучения продуктов деятельности (дневники, письма, продукты творчества и т.п.), позволяющий иногда ретроспективно отследить этапность в развитии расстройств когнитивных процессов.

Для решения диагностических задач клиническими психологами часто привлекаются следующие методики.

Методика «Ориентировочный тест школьной зрелости»

Керна — Йирасека

[Йирасек, 1978; Рабочая книга..., 1991; Белоусова, Бойко, Мищик, 1994]

Методика предназначена для исследования готовности ребенка к школьному обучению и включает три задания:

- 1) рисование по памяти фигуры мужчины;
- 2) срисовывание письменных букв;
- 3) срисовывание группы точек.

Все три задания направлены на определение развития тонкой моторики руки, координации движений и зрения, являющихся важными предпосылками для выработки навыков письма. Кроме того, с помощью этого теста в общих чертах можно оценить интеллектуальное развитие ребенка, умение подражать образцу и способность к сосредоточенности, концентрации внимания. Оценка нарисованного производится по пятибалльной шкале (наилучшее оценивание — один балл).

На рис. 2.13 показаны изображения мужской фигуры.

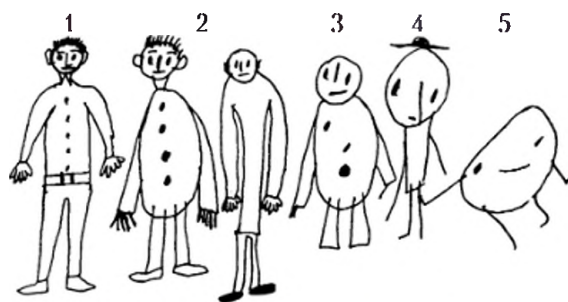


Рис. 2.13. Рисование человека

1. Нарисованная фигура должна иметь голову, туловище и конечности. Голова с туловищем соединена посредством шеи, и она не больше туловища. На голове имеются волосы (или их закрывает шапка или шляпа), по бокам — уши, на лице — глаза, нос и рот. Руки закончены кистью с пятью пальцами. Ноги внизу загнуты. Наличие мужской одежды. Фигура нарисована с использованием так называемого синтетического способа (т.е. контурного, предусматривающего, что вся фигура с составляющими ее частями — телом, головой, руками, ногами — рисуется как единое целое).

2. Исполнение всех требований, как и в пункте 1, кроме синтетического способа изображения. Три не хватающих части (шея, волосы, один палец руки, но не часть лица) могут быть исключены из требований, если это уравнивается синтетическим способом изображения.

3. Рисунок должен иметь голову, туловище и конечности. Руки или ноги нарисованы двойной линией. Допускается отсутствие шеи, ушей, волос, одежды, пальцев и ступней.

4. Примитивный рисунок с туловищем. Конечности (достаточно одной пары) выражены лишь простыми линиями.

5. Не хватает ясного изображения туловища («головоногое» изображение). Каракули.

На рис. 2.14 представлен процесс срисовывания письменных букв.

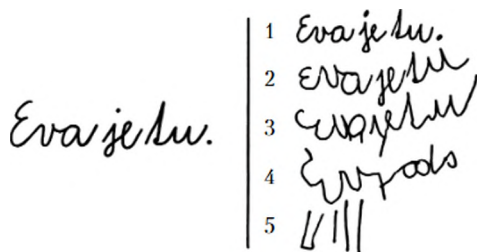


Рис. 2.14. Подражание письменным буквам

Здесь в качестве образца для интерпретации дан оригинальный пример. В адаптированных для русскоязычной популяции версиях обычно предлагается фраза «Он ел суп». Вертикальный размер букв на карточке должен равняться 1 см, заглавная буква — 1,5 см.

1. Удовлетворительное (пригодное для чтения) подражание написанному образцу. Скопированные буквы превышают размер букв образца не более чем в два раза. Первая буква — заглавная. Буквы хорошо соединены в три слова (для оригинального образца необходимо наличие точки над буквой «j»). Переписанное предложение не отклоняется от горизонтальной линии более чем на 30°.

2. Еще разборчивое подражание написанному предложению. Величина букв и соблюдение горизонтальности не учитываются.

3. Очевидно расчленение надписи минимально на две части. Можно разобрать по крайней мере четыре буквы образца.

4. На образец похожи по крайней мере две буквы. Целое еще образует строчку «писания».

5. Черкание или каракули.

Во время выполнения детьми заданий необходимо следить за ними, делая при этом краткие записи об их действиях. В первую очередь следует обратить внимание на то, какой рукой рисует ребенок — правой или левой, перекладывает ли он во время рисования карандаш из одной руки в другую. Отмечают также, вертится ли он, роняет ли карандаш и ищет его под стулом, начал ли рисовать не в том месте, которое ему указали, или просто обводит контур образца, желает ли убедиться в том, что рисует красиво, и т.д.

На рис. 2.15 показаны этапы срисовывания группы точек.



Рис. 2.15. Срисовывание группы точек

1. Почти совершенное подражание образцу. Допускается только очень небольшое отклонение одной точки из ряда или столбца. Уменьшение рисунка допустимо, увеличение не должно быть больше, чем наполовину. Рисунок должен быть параллелен образцу.

2. Количество и расположение точек должно отвечать образцу. Возможно отклонение даже трех точек на половину ширины промежутка между рядами или столбцами.

3. Целое по своему контуру похоже на образец. По высоте и ширине оно не превосходит его больше чем в два раза. Точки не должны быть в правильном количестве, но их не должно быть больше 20 или меньше семи. Допускается любой поворот — даже на 180° .

4. Рисунок по своему контуру уже не похож на образец, но все еще состоит из точек. Величина рисунка и количество точек не имеют значения. Другие формы (линии) недопустимы.

5. Каракули.

Результат каждого задания оценивается по пятибалльной системе (1 — высший балл, 5 — низший балл), а затем вычисляется суммарный итог по трем заданиям. Развитие детей, получивших в сумме по трем заданиям от 3 до 6 баллов, рассматривается как выше среднего, от 7 до 11 — как среднее, от 12 до 15 — как ниже нормы. Детей, получивших 12–15 баллов, необходимо углубленно обследовать, так как среди них могут быть умственно отсталые. Но вместе с тем следует иметь в виду, что без дальнейшего обследования указанную группу детей нельзя относить к слаборазвитым, характеризующимся школьной незрелостью, поскольку, по словам Я. Йирасека, удовлетворительный результат ориентационного теста является относительно надежным основанием для вывода о школьной зрелости с прогнозом хорошей школьной успева-

мости, но неудовлетворительный результат не может служить достаточным основанием для вывода о школьной незрелости с прогнозом плохой школьной успеваемости.

Методика классификации

[Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Собчик, 2002; Семаго, 2005]

Классификация предметов

Как исследовательский инструмент сортировка (классификация) предметов была разработана в 1920 г. Куртом Гольдштейном (Kurt Goldstein, 1878–1965) для исследования больных с афатическими расстройствами, видоизменялась [Goldstein-Scheerer Object Sorting test, 1941], а в оригинале предполагала классификацию реальных предметов. Позднее методика была модифицирована Л.С. Выготским, А.Р. Лурией и Б.В. Зейгарник, причем изменения в основном сводились к замене реальных предметов на изображения на карточках.

Методика предназначена для исследования уровня процессов обобщения и отвращения, последовательности суждений, критичности, дает возможность анализа личностных реакций больных на свои достижения и неудачи.

Выявлено, что на классификацию влияют: форма представления материала, степень знакомства с ним, содержание и специфика той области, к которой относится классифицируемый материал (например, может влиять практическая значимость того или иного аспекта материала для жизни в конкретных условиях).

Стимульный материал методики представляет собой набор нескольких десятков карточек (в стандартном варианте — 70 цветных и черно-белых), которые могут быть расклассифицированы по категориям: овощи-фрукты, одежда, животные, насекомые, рыбы, люди, растения, посуда, мебель, транспорт, измерительные приборы и т.п. Характер изображений на карточках должен предусматривать возможность различных ступеней обобщения. С целью избегания артефактов и обеспечения сравнительного анализа С.Я. Рубинштейн настаивает на использовании комплекта изображений, разработанных в Институте психиатрии МЗ РСФСР. Однако стилистика изображений из этого набора, типичная для периода времени более чем полувекской давности, скорее уместна для исследований взрослых, а не современных детей, погруженных в иную предметную среду. Это само может порождать дополнительные трудности, обусловленные гностическими, а не мысли-

тельными процессами. Представляется, что проблема осовременивания стимульного материала должна лежать в плоскости его квалифицированного подбора и валидизации без консервативной приверженности изобразительным стандартам, типичным для предыдущих поколений.

Образцы стимульного материала для методики «Классификация предметов» (цвет и размер изменены) показаны на рис. 2.16.

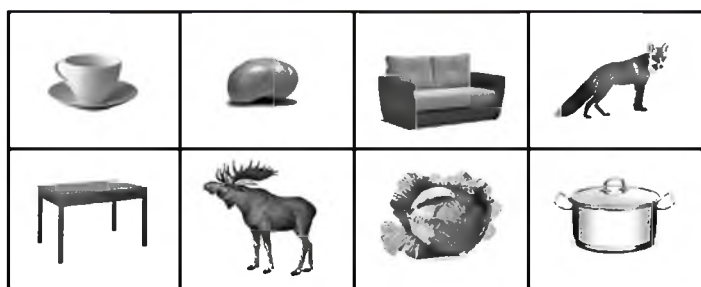


Рис. 2.16. Классификация предметов

Работа с методикой носит поэтапный характер.

На *первом*, предварительном, этапе испытуемому в случайном порядке демонстрируется несколько карточек из комплекта, обращается внимание на то, что они различны, после чего показывается весь их набор рисунками вверх.

На *втором* этапе дается инструкция разложить изображения группами «что к чему подходит» без дополнительных разъяснений о принципе раскладывания — «как вам кажется лучше». Иногда в инструкции к этому этапу может звучать мысль, что групп должно быть как можно больше, а их названия — по возможности короткими.

На *третьем* этапе после раскладывания по группам первых 10–20 карточек испытуемый либо поощряется, либо ставится в известность об ошибочности действий с предложением исправить ошибки и дать общее название каждой группе сложенных вместе изображений. В отношении детей иногда рекомендуется проигнорировать допущенные с точки зрения экспериментатора ошибки объединения и отследить, не заметит ли в дальнейшем их сам ребенок.

Этот этап считается законченным, когда с известной долей точности устанавливаются все основные группы.

На *четвертом* этапе испытуемому предлагается объединить выделенные группы (без перекладывания отдельных карточек), сделать их более крупными, но так, чтобы каждой новой группе также можно было дать общее название. Процесс укрупнения может носить ступенчатый характер и в конечном счете может быть сведен к двум-трем большим группам — растения, живые существа (живое) и неодушевленные предметы (неживое).

Особую ценность при работе с данной методикой представляют доводы испытуемого и исправления, которые он вносит под влиянием замечаний экспериментатора.

В процессе исследования могут быть обнаружены такие особенности мыслительной деятельности, как: слабая критичность к своим действиям и решениям, низкий уровень обобщающих операций, склонность к конкретному или ситуативному мышлению, элементы его разноплановости, опора на несущественные признаки, соскальзывание на яркие, чувственные, необычные признаки, склонность к излишней детализации, инертность мышления, непоследовательности суждений при раскладывании изображений (например, одни группы излишне обобщены, а другие детализированы) и при объяснении причин объединения предметов в группу, особенности при подборе обобщающего слова (например, его причудливость, аграмматичность, вычурность, инфантильность, претенциозность), контраст между способностью собрать группу и неумением ее обозначить. Наличие одноименных групп свидетельствует о рассеянности, забывчивости больных, о сужении их внимания.

Методика «Классификация» в предназначенном для детей младшего возраста варианте А.М. Шуберт и А.Я. Ивановой предусматривает иной, облегченный ход обследования. Из 12 карточек с рисунками (женщина, стол, брюки, школьник, стул, пальто, кровать, мужчина, рукавицы, младенец, шапка, шкаф) экспериментатором отбираются и раскладываются перед ребенком первые четыре с просьбой все остальные картинки разделить на уже обозначенные таким образом четыре группы.

Если ребенок объединяет предметы по конкретно-ситуативному (что является нормальным для детей младшего школьного возраста) или случайному признаку, то ему дается обучающий урок: экспериментатор сам укладывает карточку, объясняет, почему он туда ее положил, и дает название собранной группе, а в дальнейшем факт усвоения сформированных понятий уточняется путем добавления других изображений. В проведение методики начинают привноситься элементы обучающего эксперимента.

При оценке результатов работы учитываются наличие интереса и устойчивость внимания, запас общих сведений и точность представлений, способность к обобщению, масштаб использования мощности.

Во всех случаях по ходу исполнения методики и протекания ее этапов экспериментатор ведет протокол, в котором фиксируются все особенности действий испытуемого, его высказывания, эмоциональные реакции, допущенные ошибки, реплики самого экспериментатора и иные нюансы, способные обосновать интерпретацию получаемых результатов.

Классификация понятий

При использовании вербальной версии методики классификации испытуемый имеет дело с представленными на карточках конкретными словами-понятиями, которые ему также предстоит систематизировать по группам. Здесь отсутствует влияние рисунка, заранее предусматривается, что испытуемый понимает смысл слов, имеет достаточные знания об окружающих его предметах и явлениях. Стратегии классификации понятий или образов по своим предпосылкам связаны с доминантностью левой или правой гемисферы.

Следует иметь в виду, что в случае предъявления рисунков (фотографий) предметов классификация происходила иначе, чем с реальными предметами и тем более их названиями (понятиями). В.М. Блейхер, И.В. Крук [1986] пишут, что особенности шизофренического мышления легче выступают при предметной классификации, она оказывается более трудной по сравнению со словесной и для больных со сниженным уровнем процессов обобщения и отвлечения, так как содержит больше элементов (детали рисунка), провоцирующих несущественные, конкретные ассоциации. При эпилепсии наблюдается склонность к детализации; больные выделяют дробные группы: одежда детская и взрослая, мебель светлая и темная и т.д. Образование одноименных групп, ничем не отличающихся друг от друга (например, двух групп овощей, цветов и т.д.), свидетельствует о сужении объема внимания, забывчивости больных и характерно для органических поражений головного мозга [Атлас..., 1979].

Если методика «Классификация предметов» в варианте Б.В. Зейгарник пригодна для работы с детьми примерно с 9 лет, а в варианте А.М. Шуберт и А.Я. Ивановой — примерно с 6 лет, то «Классификация понятий» в основном ориентирована на более старший возраст.

Методика исключения

[Атлас..., 1979; Переслени, Чупров, 1983; Альманах..., 1995; Рубинштейн, 1998; Рубинштейн, 1986; Собчик, 2007; Ратанова, Шляхта, 2003; Белопольская, 2006]

Исключение предметов

Методика предназначена для оценки способности испытуемого осуществлять операции анализа и синтеза, обобщения, абстрагирования, умения выделять существенные признаки на образном уровне. Широко используется в практике не только взрослой, но и детской психологии. По сравнению с методикой классификации исключение предметов предъявляет большие требования к логической обоснованности, правильности обобщений, строгости и четкости формулировок.

В качестве стимульного материала выступают обычно пронумерованные, градуированные по трудности и последовательно предъявляемые карточки с изображениями четырех предметов, три из которых благодаря какому-то свойству могут быть объединены в одну группу или названы одним обобщающим словом. Четвертый изображенный предмет не имеет признаков принадлежности к образованной группе и должен быть испытуемым, как лишний, исключен. Важным условием применения методики является речевое обоснование выбора, которое характеризует и определенный уровень сформированности мыслительных операций, а также развития понятийного мышления. Методика на исключение может применяться примерно с 4 лет.

Первая, самая легкая карточка может использоваться в качестве образца для подтверждения понимания задания испытуемым. В протоколе против номера карточки экспериментатор записывает название предмета, который испытуемый считает нужным исключить, а в соседнем столбце — его объяснения и то слово, которым он назвал остальные три предмета. Если ответ неправильный и экспериментатор вынужден задать наводящий вопрос, то записываются и этот вопрос, и полученный ответ. Объем и характер необходимой помощи становятся специальным предметом исследования.

При работе испытуемого с карточками нарастающей сложности необходимо отследить, с какого момента он начинает допускать систематические ошибки и каково их качество.

На рис. 2.17 показаны образцы стимульного материала методики.

При анализе результатов у детей Н.Я. и М.М. Семаго [2005] предлагают выделять следующие варианты объединения трех предметов по отношению к четвертому.

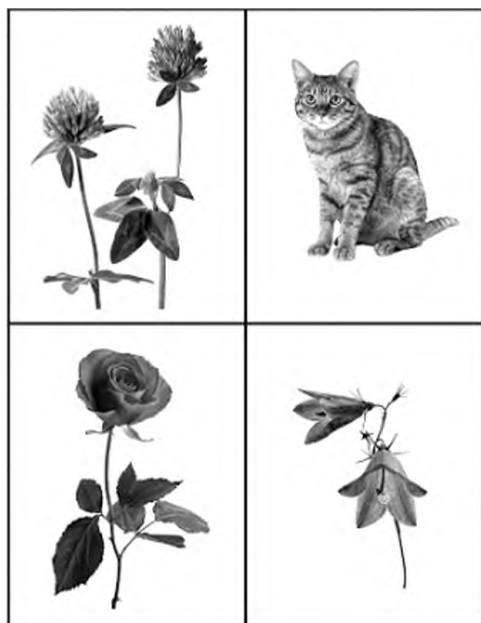


Рис. 2.17. Образцы стимульного материала методики

Конкретная категория (К) — опора производится на конкретный и в то же время существенный признак. Например: «Кошка с усами, а цветы без усов».

Конкретно-ситуативная категория (КС) — наличие ситуации, в которой данный признак приобретает важное для различения значение. Например, выделяется птица, потому что «у нее есть крылья для того, чтобы летать, а остальные не летают».

Функциональная категория (Ф) — обобщающим признаком выступает конкретная функция данной группы предметов. Например, выделяется птица, потому что «она летает, а все остальные не летают».

Понятийная категория (П) — имеется прямое указание на обобщающее понятие. Например: «это все — обувь, а нога — часть тела».

Латентная категория ответа (Л) — смыслообразующим становится несущественный, второстепенный или случайный признак. Например, объединяются в группу очки, молоток и птица потому, что «у них есть остренькое или похожее на клюв, а у стола их нет». Из группы (термометр, часы, весы, очки) исключается термометр, поскольку он «нужен только больному человеку» [Зейгарник, 1986].

Решение испытуемого на основе конкретно-ситуационного объединения предметов в группу свидетельствует о снижении уровня обобщения. Актуализация слабых, чрезмерно размытых признаков свидетельствует об искажении процесса обобщения. Больной шизофренией либо производит исключение по ему одному понятному смыслу, либо вовсе затрудняется что-нибудь исключить, либо предлагает несколько, по его мнению, равноценных вариантов решений. В.М. Блейхер [1971] приводит такой пример: больной объединяет в одну группу ножницы, катушку и трубку — «все они имеют сквозные отверстия, а наперсток имеет лишь входное отверстие». Могут обнаруживаться явления разноплановости мышления.

Неспособность ребенка справиться даже с простыми задачами может быть связана с умственной отсталостью (или задержкой психического развития) и предшествующим непониманием инструкции. После тщательного объяснения инструкции такие дети могут формально верно производить выборы даже в задачах средней трудности, но они не способны мотивировать свои решения, т.е. не могут найти слова для обозначения трех объединяемых предметов.

В.М. Блейхер, И.В. Крук [1986] рекомендуют иногда специально вводить комбинации рисунков, где корректное обобщение произвести невозможно. Здоровые испытуемые в таких случаях либо заявляют, что задание невыполнимо, либо говорят о том, что под давлением экспериментатора они дают вынужденный ответ (идут на компромисс).

Исключение понятий

Вербальный вариант методики включает наборы из пяти слов, одно из которых обозначает объект, качество или явление, неприемлемое для объединения с другими четырьмя, имеющими какую-то смысловую связь. В остальном процедура исследования похожа на исследование по методике «Исключение предметов», т.е. помимо общего числа правильных ответов обязательно учитывается и качественное обоснование испытуемого (родовое понятие), благодаря которому было произведено исключение. Часто встречающиеся нестандартные ответы являются показанием к более глубокому и полному исследованию мышления.

Примеры стимульного материала:

Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.

Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.

Сравнение понятий (тест дискриминации свойств понятий)

Автор методики — В.М. Бехтерев

[Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Семаго, 2005]

Методика применяется для исследования особенностей анализа и синтеза, а также для выявления особенностей протекания мыслительных операций, динамики мышления. Стимульный материал представляет собой специально подобранные пары слов (10–30 пар), подлежащие сравнению. От испытуемого требуется ответить на два основных вопроса: чем эти понятия похожи и чем различаются.

Примеры стимульного материала:

утро — вечер;
поезд — самолет;
хлеб — мясо;
обман — ошибка.

Можно выделить три категории задач, которые применяются для сравнения и различения понятий [Лурия, 1979]:

1) испытуемому даются два слова, явно относящиеся к одной категории (например, *корова — лошадь*);

2) предлагаются два слова, у которых общее найти трудно и которые гораздо больше отличаются друг от друга, чем в предыдущем случае (например, *ворона — рыба*);

3) еще сложнее — это задачи на сравнение и различение объектов в условиях конфликта, где различия выражены гораздо больше, чем сходство (например, *всадник — лошадь*).

В ряде случаев в список преднамеренно вводятся такие пары понятий, которые плохо сопоставимы между собой, например: *часы — река, стакан — петух* и т.п. [Мелешко, 1966].

Такие пары выступают своеобразными провокаторами, поскольку «склоняют» испытуемого к нестандартным решениям. Именно они оказываются показательными для обнаружения расстройств мышления. При столкновении испытуемого с такой парой необходимо наблюдать за его мимикой и поведением и при выражении им удивления давать дополнительные пояснения о необходимости особой их оценки и выделения. Здоровый человек либо отказывается проводить сравнение этих слов, либо переходит на очень широкий уровень сравнений (*муха* и *дерево* относятся к живой природе). Важно, что при этом в норме отмечаются и оценочные реплики, что указывает на уровень критичности мышления.

Сравнение понятий является довольно сложным процессом, поскольку оно включает в себя анализ и синтез, требующий диф-

ференцировки существенных признаков на общие и разные для нескольких объектов. При сравнении относительно однородных объектов первыми оказываются родовые, а вторыми — видовые признаки. К относительно однородным понятиям относятся: *часы — хронометр, трамвай — троллейбус* и т.п. Различие уровней сложности различных задач зависит от степени трудности абстрагирования признаков или наглядного взаимодействия объектов, от степени трудности включения этих объектов в определенную категорию.

Отслеживается: доступность необходимых мыслительных операций, в какой мере исследуемый может выходить за пределы непосредственного описания обоих предметов (понятий) и способен сравнивать их путем отнесения к какой-то категории, какая операция — нахождение сходств или различий — удастся легче. Оценивается также логичность хода высказываний испытуемого. Если больной не может самостоятельно выполнить эту задачу, ему демонстрируют правильный образец этой операции и фиксируют, насколько эффективно данный принцип может переноситься им на другие примеры.

Неумение выделить признаки сходства, а также существенные признаки различия свидетельствует о слабости обобщений больного, о его склонности к конкретному мышлению. Имея инертное, вязкое мышление, испытуемый соскальзывает при сравнении слов со сходств на различия или наоборот, отвлекаясь на незначительные, второстепенные моменты, уделяя им большое внимание, может терять нить рассуждений и т.д.

Дошкольники и младшие школьники вместо выделения общего обычно указывают на различия объектов, поскольку за операцией различения стоит наглядно-действенное и наглядно-образное мышление. За указанием на общее кроется операция введения в отвлеченную категорию, что удастся детям этого возраста зачастую с трудом. Поэтому для дошкольников особенно трудны задачи второй и третьей категорий по А.Р. Лурия. Младшие школьники уже способны к операции обобщения, которая принимает форму выделения общих признаков, но очень часто за ней кроется еще наглядное сравнение или введение предметов в общую наглядную ситуацию. Поэтому для них трудны задачи третьей категории [Богданова, Корпилова, 1994].

Больные шизофренией сравнивают объекты, пользуясь очень разнообразными, необычными признаками, в то время как здоровые люди производят сравнения по банальным, «стандартным» свойствам и качествам. Если испытуемый настаивает на сравнимости

несравнимых понятий и придумывает неестественные объяснения при возможности простых обобщений («дождь и снег — предметы влажности, перемещающиеся вокруг земли»), есть основание предполагать резонерство, склонность к демагогии, нарушения логики мышления [Практикум..., 2007].

Выделение существенных признаков (признаки понятий)

[Рубинштейн, 1998; Адрианов, Волкова, Десфонтейнес и др., 1992; Худик, 1992]

Методика предназначена для оценки способности испытуемого дифференцировать существенные признаки предметов и явлений от реально встречающихся, но второстепенных, а также корректно реализовывать последовательность рассуждений. Характер выделения признаков выступает индикатором преобладания абстрактного или конкретного стиля мышления.

Стимульный материал — ряды из шести слов, пять из которых взяты в скобки. К первому слову (вне скобок) из этих пяти необходимо подобрать два, находящихся с первым в наибольшей связи, т.е. являющихся неотъемлемыми признаками первого понятия. Отобранные слова на бланке подчеркиваются.

Примеры стимульного материала:

Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).

Река (берег, рыба, рыбовод, тина, вода).

Если в силу интеллектуальной слабости испытуемый не понимает, что от него требуется, то рекомендуется одно или два задания решить вместе с ним. При исследовании детей решаемый экспериментатором пример может быть предусмотрен в самой инструкции.

По окончании работы с методикой полученные результаты могут быть обсуждены, а исправления ошибочных ответов учтены для дальнейшей интерпретации качества мышления. Например, отдельные допущенные, но исправленные ошибки могут быть следствием поспешности, импульсивности или невнимательности, а систематические непоследовательные суждения, исправляемые после обсуждения, — следствием астенического состояния. Все решения, вопросы, а также дополнительные высказывания, вопросы испытуемого и ответы психолога записываются в протокол. При работе с этой методикой может учитываться и время.

Тест пригоден в основном для индивидуального обследования детей примерно с 3-го класса и взрослых.

Выбор по аналогии

[Егорова, 1975; Блейхер, Крук, 1986; Мельников, 1997; Рубинштейн, 1998; Практикум..., 2002; Семаго, 2005]

Простые вербальные аналогии

Методика предназначена для оценки способности испытуемого понимать и устанавливать логические связи и отношения между понятиями; умения распространять это понимание на другие логические задачи; умения различать типы неявных связей, критически соотносить их между собой и способности мыслить абстрактными категориями.

Стимульный материал представляет собой две колонки слов. В левой колонке дана пара слов (образец), находящихся между собой в каких-то отношениях. В правой колонке необходимо, понимая эти отношения, построить аналогичные из уже заданного обязательного слова и одного из пяти, предложенных в качестве возможных вариантов продолжения. Последовательность конкретных задач выстраивается по степени их усложнения. Одна-две первых задачи иногда используются для пояснения испытуемому, что и как нужно делать. Общее число задач может достигать 30.

Образцы стимульного материала:

<i>Лошадь</i>	<i>Корова</i>
<i>Жеребенок</i>	<i>Пастбище, рога, молоко, теленок, бык</i>
<i>Хлеб</i>	<i>Дерево</i>
<i>Нож</i>	<i>Вилка, пень, лес, пила, кора</i>

Соскальзывание суждений на путь случайных или облегченных ассоциаций наблюдается при утомляемости больных (например, при органическом поражении мозга), но возможно и у больных шизофренией. Но если в первом случае ошибки в основном допускаются при решении относительно трудных задач, испытуемый быстро спохватывается и исправляет свою ошибку, если замечает неудовольствие экспериментатора, то у больных шизофренией ошибки, связанные с пенаправленностью ассоциаций (их «расплывчатостью» по С.Я. Рубинштейн), коррекции не поддаются и допускаются не только в трудных, но и в легких задачах.

При исследовании детей значимым оказывается фактор места по порядку (в ряду слов справа под чертой), на котором находится необходимос для выбора по аналогии слово. Чем ближе верный ответ к двум последним словам в ряду справа, тем возможнее не-

правильный выбор, поскольку ребенок с большей долей вероятности может остановить свой выбор на предыдущих словах в силу ряда причин, в том числе импульсивности, усталости или пресыщения. Достаточно часто при инертности мышления или инертности деятельности в целом ребенок подбирает к следующей паре слово в соответствии с логикой связи, выбранной в предыдущем задании [Семаго, 2005]. Однако это не всегда является признаком инертности, а иногда может быть расценено как истинная недоступность анализа логической связи.

Использование методики целесообразно примерно с 10 лет.

Сложные аналогии

Иногда встречается в литературе под наименованием «Логика связи». Методика (предложена Э.А. Коробковой) предназначена для оценки тех же параметров психического функционирования, что и в «простых аналогиях», в том числе способности к переносу обобщений из одной ситуации в другую, но отличается от нее повышенной сложностью, большим уровнем абстрагирования, а технически — характером стимульного материала. Последний включает шесть пар пронумерованных слов, отношения (логические связи) между которыми служат образцами. Далее испытуемому предлагаются другие 18–20 пар слов, для каждой из которых нужно решить, какому из образов данная пара соответствует. Рядом с тестовой парой проставляется номер аналогичной пары образца.

Образцы стимульного материала:

1. Овца — стадо.
2. Малина — ягода.
3. Море — океан.
4. Свет — темнота.
5. Отравление — смерть.
6. Враг — неприятель.

испуг — бегство

физика — наука

.....

пение — искусство

Чаще всего эта методика оказывается полезной для выявления соскальзываний, внешних паралогичных умозаключений, т.е. той растексмости мышления, которая наблюдается при шизофрении. Анализ экспериментальных данных здесь основывается не столько на ошибках и неправильных решениях, сколько на тех рассуждениях, которыми ответ обосновывается (за формально верным реше-

нием может скрываться фактически ложное понимание представленных отношений).

Простые невербальные аналогии

[Семаго, 2003]

Методика предназначена для исследования детей 4,5–6,5-летнего возраста, не владеющих навыками чтения. Выполнение заданий в полном объеме считается условно нормативным для детей, начиная с 6-ти лет. Ребенку предлагается бланк, в левой части которого даны два изображения, находящихся между собой в каком-то отношении. Характер этих отношений в первом задании объясняется экспериментатором. В правой части бланка из нескольких вариантов необходимо подобрать к пущному предмету такой рисунок, который в паре с ним воспроизведет аналогичные отношения. Затем по той же схеме, но уже без объяснений, предъявляются следующие задачи. Для усложнения методики вместо реалистичных изображений могут быть предложены более абстрактные.

На рис. 2.18 приведены примеры стимульного материала (размер и цвет изменены).

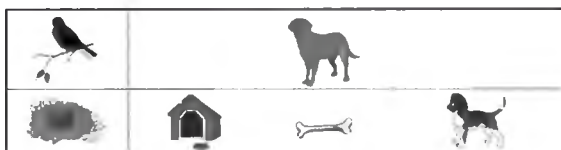


Рис. 2.18. Примеры стимульного материала

Кроме показателей, традиционных для методик на подбор аналогии, учитываются стратегия выявления ребенком логических связей и отношений между понятиями, характер обучаемости и объем необходимой помощи со стороны взрослого.

Понимание пословиц и метафор

[Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998]

Методика, предложенная в современных формах Б.В. Зейгарник [1934], применяется для исследования особенностей мышления — способности к обобщению, отвлечению, абстрагированию и переносу, уровня мышления, целенаправленности и критичности.

Испытуемому устно или на карточках предлагают несколько часто употребляемых метафор и пословиц (языковых форм, способных через конкретные ситуации передавать обобщенные суждения)

и просят объяснить их отвлеченный, переносный смысл («золотые руки», «каменное сердце», «заячья душа», «медный лоб» и др.).

Всякая метафора — перенос термина из одной системы или уровня значений в другую. Истолкованная буквально, всякая метафора абсурдна; она всегда рассчитана на понимание, способность субъекта самостоятельно извлекать и анализировать подразумеваемые ею ассоциации. Метафора никогда не бывает однозначной, она сознательно строится по принципу «как если бы» [Кон, 1984]. Буквальное истолкование пословицы или метафоры, соскальзывания на приблизительный смысл, простое ее пересказывание будут свидетельствовать о недостаточности уровня общения (например, при умственной отсталости, прогрессивном параличе). Несколько лучше выглядит подбор конкретных жизненных ситуаций под ту или иную пословицу, но оптимальным является раскрытие общего смысла пословицы, ее абстрагированное толкование.

Существуют варианты этой методики, когда для данной пословицы нужно найти соответствующую ей по значению фразу в ряду других (отличая от сходных в формально-лексическом отношении) или другую пословицу, что облегчает задачу лицам, плохо вербализующим понимаемое (например, «Каков поп, таков и приход» — «Яблоко от яблони недалеко падает»; «Куй железо, пока горячо» — «Золото тяжелее железа», «Железо кует кузнец», «Не откладывай дело в долгий ящик» [Зейгарник, 1958; Рухкевич, 1953; цит. по: Блейхер, Крук, Боков, 2002]. Последняя модификация чаще используется для выявления нарушений мышления по шизофреническому типу. Например, В.М. Блейхер пишет, что объяснение переносного смысла пословиц у ряда больных шизофренией оказывается сохранным, и в информативном отношении при этом заболевании гораздо более ценной является методика соотнесения пословиц с фразами [Блейхер, Крук, Боков, 2002]. Дополнительную нагрузку может нести предложение испытуемому придумать ситуацию, подходящую для данной пословицы. Усложнения задачи можно достигнуть уходом от привычных пословиц и предъявлением редко употребляемых в быту.

По мнению Б.В. Зейгарник [1986], данная методика легко провоцирует лиц с шизофренией на проявления симптома выхолащенного резонерства, что объясняется, с одной стороны, тем, что слово выступает для больного в различных значениях, а с другой — сама задача, поставленная перед больным (отнесение фраз к пословицам), не направляет его мысли, он исходит из более общих «принципов».

Понимание силлогизмов

(методика предложена В.М. Бехтеревым [1991])

Методика предназначена для оценки способности человека производить корректные новые умозаключения и делать формально-логически правильные выводы на основании посылок (исходные суждения называются посылками, новое суждение — выводом). Вывод, полученный путем силлогистического рассуждения, считается достоверным, если все посылки истинны и верна его форма. Благодаря силлогизмам и другим логическим формам мышление становится доказательным, убедительным, непротиворечивым. Качество посылок является особой заботой составителей методики.

Силлогизм — это дедуктивное умозаключение, в котором из категорических суждений-посылок, связанных общим термином, получается третье — вывод.

Существуют разные формы стимульного материала, сопровождаемые различными инструкциями испытуемым. Например, в одном случае в конкретных заданиях вывод уже сформулирован, а от испытуемого требуется оценить его правильность, т.е. соответствие посылкам, а в другом случае сам испытуемый находит правильное решение, опираясь на строгие логические правила и системы отношений, и вписывает ответ на подготовленное место. Обычно в инструкции специально оговаривается необходимость руководствоваться только логикой и никакими иными соображениями. Иногда в стимульный материал специально вводятся некорректные посылки для того, чтобы отследить реакцию испытуемого (в частности, его критичность) при столкновении с логически неразрешимой задачей.

Образцы стимульного материала:

У каждого государства есть флаг.

Замбия — государство.

Следовательно, у Замбии есть флаг.

Медь электропроводна.

Медь — металл.

Следовательно, все металлы электропроводны.

Как обнаружил еще В.М. Бехтерев [1991], при исследовании по данной методике здоровые лица демонстрируют следующие тенденции:

1) производят оценку посылок в соответствии с содержанием данных в них понятий или в соответствии с фактами, несмотря на предупреждение не обращать внимание на содержание (логически вытекающий из посылок вывод может не соответствовать бы-

товым представлениям и опыту человека); введение таких оценок обнаруживает зависимость от уровня образования;

2) многие из испытуемых не обращают внимания на объем понятий, указываемых в посылках словами «все» и «некоторые», и точно так же не соотносят объем вывода с объемом посылок.

А.Р. Лурия использовал силлогизмы, строившиеся из посылок, в которых испытуемые имели собственный практический опыт, переносимый в новые условия. В другом случае силлогизмы оперировали материалом, в котором испытуемые не имели личного опыта, и операции вывода из силлогизма должны были носить чисто теоретический характер [Лурия, 1974]. Анализ допускаемых ошибок позволил ему сделать выводы, которые могут представлять общую ценность в интерпретации результатов по методике.

А.Р. Лурия считал, что есть три причины, существенно ограничивающие возможности теоретического, вербально-логического мышления при решении силлогизмов.

Первая заключается в недоверии к исходной посылке, если она не воспроизводит наглядный личный опыт, в отказе принять ее и исходить из нее как из реального основания для дальнейших рассуждений. Часто испытуемые вообще игнорируют посылку. Продолжая рассуждать только на основании непосредственного опыта, они не высказывают суждения вне этого опыта, ссылаясь на то, что они «там не были», что они «не видели» фактов, о которых идет речь, что они могли бы сказать, «если бы увидели» или «если бы знали». Процесс вербально-логического рассуждения подменяется здесь процессом воспоминаний о наглядно полученных впечатлениях.

Вторая причина, ограничивающая процесс вывода из силлогизма путем вербально-логического рассуждения, кроется в том, что посылки силлогизма не имеют для испытуемых всеобщего характера, воспринимаются, скорее, как частные сообщения, воспроизводящие какое-то явление. От посылок, лишенных характера всеобщности, поступает, естественно, лишь частная информация, которая не создаст твердой логической системы и не даст оснований для логических выводов. Поэтому, даже хорошо запомнив посылку, испытуемые продолжают строить независимые от нее догадки или обращаются к личному опыту.

Третья причина, ограничивающая возможность теоретического вывода, вытекающая из предшествующей, заключается в том, что предъявленный силлогизм легко распадается на три независимых, изолированных частных положения, не образующих единую логическую систему и не дающих поэтому основания для того, чтобы

мысль двигалась внутри этой системы. Выслушав силлогизм, испытуемые фактически не получают ничего, кроме трех изолированных предложений, заставляющих обращаться либо к догадке, либо к своему непосредственному конкретному опыту.

Сходный подход был реализован и в одной из работ Т.В. Черниговской и В.Л. Деглина [1986], где использовались варианты силлогистических задач, различающихся степенью абстрактности (например, по мнению авторов, силлогизм под номером 10 отличается относительной абстрактностью, а силлогизм под номером 1 для своего решения может спровоцировать привлечение жизненного опыта).

Образцы силлогизмов:

*1. Во всех реках, где ставят сети, водится рыба.
На реке Неве ставят сети.
Водится в Неве рыба или нет?*

.....
*10. Все млекопитающие кормят своих детей молоком.
Кенгуру — млекопитающее.
Кормит кенгуру своих детей молоком или нет?*

Задания сопровождалась просьбой к испытуемому дать дополнительные объяснения сделанному решению, что, в свою очередь, способствовало оценке ответа как теоретического или эмпирического.

В.И. Гинецинский [1997] приводит одну из классификаций ошибок, допускаемых при решении силлогизмов в рамках обычного мышления:

Ошибки в посылах, в основаниях доказательства:

а) ложное основание — доказываемый тезис пытаются вывести из ложных посылок;

б) предвосхищение основания — доказываемый тезис пытаются вывести из таких посылок, которые, может быть, и не ложны, но еще сами нуждаются в том, чтобы доказать их истинность;

в) порочный круг — тезис выводят из посылок, а посылки, в свою очередь, выводятся из тезиса, так что получается круг, который не доказывает ни тезиса, ни посылку.

Ошибки в отношении тезиса, мысли, которые следует доказать:

а) подмена тезиса — начав доказывать один тезис, через некоторое время в ходе того же доказательства начинают доказывать уже другой тезис, сходный с начальным только внешне;

б) чрезмерное доказательство — из данных посылок следует не только доказываемый тезис, но и какое-нибудь ложное положение.

Ошибки в аргументации:

а) тезис не следует из посылок — в подтверждение тезиса выставляются аргументы, сами по себе верные, но не являющиеся достаточным основанием для тезиса;

б) аргументация к тому, кто выдвинул тезис (*argumentum ad hominem*) — вместо обоснования истинности или ложности тезиса с помощью объективных аргументов пытаются все свести к положительной или отрицательной характеристике личности человека, утверждение которого поддерживается или оспаривается;

в) аргументация к тем, кто слушает (*argumentum ad publicum*) — вместо обоснования истинности или ложности выдвинутого тезиса с помощью объективных аргументов пытаются все свести к воздействию на чувства людей и тем самым не дать им возможность составить объективное мнение о предмете, подлежащем обсуждению;

г) поспешное обобщение — свойство, обнаруженное только у части предметов данного класса, переносят на все предметы этого класса;

д) смешение причинной связи с простой последовательностью во времени («после этого — значит по причине этого»).

Методика «Количественные отношения»

[Практикум..., 2003]

Эта методика близка методике «Понимание силлогизмов» и направлена на оценку способности к логическим умозаключающим операциям, построенным на хорошо усвоенных всеми людьми количественных связях.

Стимульный материал представляет собой предложенный на бланке набор из 18 задач, в которых на основании двух посылок (числовых отношений) нужно сделать умозаключение о том, какое число больше. Задачи решаются только в уме, а время работы с методикой фиксируется (иногда ограничивается 10 минутами).

Образец стимульного материала:

А больше В в 3 раза

Б больше В в 2 раза

А [подставляется необходимый знак] В

Выделение закономерностей (числовые ряды)

[Рогов, 1999]

Решение мыслительной проблемы выделения закономерностей может быть осуществлено с помощью разных методик, среди которых одной из наиболее распространенных является методика «Числовые ряды». Например, аналогичный субтест был включен

в тест структуры интеллекта (TSI) немецкого психолога Рудольфа Амтхауэра (1820–1989).

Методика предназначена для определения уровня развития математических способностей, аналитической составляющей индуктивного мышления в условиях ограниченного времени, способности теоретизировать, находить причинно-следственные связи между явлениями.

Стимульный материал — числовые ряды, упорядоченные по какой-то усложняющейся закономерности (организованные с помощью повторяющихся или чередующихся математических действий). От испытуемого требуется выявить эту закономерность в каждом ряду и закончить ряд одним-двумя числами, либо, в некоторых вариантах методик, — заполнить пробелы между числами.

Примеры стимульного материала:

1 3 5 7 ____

.....

9 11 15 ____ 39 71

.....

7 21 18 6 18 15 5 ____

Время работы с методикой может фиксироваться или ограничиваться.

Следует обращать внимание на то, способен ли испытуемый гибко менять способ поиска закономерности, либо шаблонно придерживается алгоритма, выработанного для первых простых рядов.

Выделение закономерностей

(методика Б.И. Пинского)

[Блейхер, Крук, Боков, 2002; Богданова, Гиппенрейтер,

Григоренко, 2002]

Методика предназначена для оценки умения выделять закономерности и реализовывать эти умения в конструктивном праксисе. В силу своей наглядности и компактности особенно пригодна для исследования умственно отсталых. Она состоит из трех экспериментальных заданий возрастающей сложности, включающих раскладывание в определенном порядке набора красных (К) или черных (Ч) и белых брусков (Б) (прямоугольников) одинаковой величины.

Обследуемому предлагают удлинить выложенный экспериментатором «заборчик»:

I задание — КБ КБ КБ;

II задание — КББ КББ КББ;

III задание — КБ КББ КБББ.

При анализе выполнения задания обращается внимание, предшествует ли началу деятельности уяснение принципа задания, насколько стереотипен избранный исследуемым модус деятельности, как влияют на эту деятельность случайные побуждения (например, меняет ли он найденный принцип, если кончились бруски одного цвета). Существенное значение имеет обнаруживаемая при исследовании тенденция переносить в готовом, неизменном виде прошлый опыт на решаемую в настоящий момент задачу.

Понимание сюжетной картины

[Бернштейн, 1921; Блейхер, 1983; Блейхер, Крук, Боков, 1996;

Вассерман, Меерсон, Дорофеева, 1997; Лурия, 2000;

Практикум по..., 2002; Белопольская (сост.), 2005; Семаго, 2005;

Тонконогий, Пуанте, 2007]

Задание направлено на исследование интеллектуального уровня, возможности осмысления изображения, оценку уровня сформированности речемыслительной деятельности, во многом обусловленной работой лобной коры, особенностей зрительного восприятия, в частности, способности к симультанному синтезу, а также понимания подтекста изображения. В некоторых случаях при соответствующем содержании картинок — и для изучения эмоционального отношения к нравственным нормам [см.: Диагностика..., 2002].

В качестве стимульного материала могут использоваться различные картинки, различающиеся сюжетной сложностью, степенью реалистичности и рассчитанные на разные возрастные группы — начиная от репродукций известных живописных произведений и заканчивая специально подготовленными, стилизованными для детей изображениями, включающими, в частности, юмористические или назидательные компоненты. Возможно и применение картинок, отличающихся сочетанием глубокого эмоционального подтекста и сюжетной незавершенностью, что привносит в работу элементы проекционности. Наряду с относительно простыми картинками, наглядно изображающими все детали соответствующего события, целесообразно привлекать картины, в которых общий смысл может быть понят только из сопоставления ряда деталей и с помощью ряда заключений, которые испытуемый должен сделать.

На рис. 2.19 приведен пример сюжетной картинки.

Испытуемому предъявляют несколько сюжетных картинок с просьбой их интерпретировать или составить короткий рассказ об увиденном.



Рис. 2.19. Сюжетная картинка («Не взяли на рыбалку»
К. Успенская-Кологриова, 1955)

По ходу работы с испытуемым отслеживаются признаки импульсивности в поведении, а также задаются наводящие вопросы, позволяющие уточнить глубину осознания происходящего, критичность к себе и степень сохранности вербального фактора (умение сформулировать реально замеченное).

Описывая картину, обследуемый не только обнаруживает понимание ее сюжета, но и демонстрирует запас знаний и особенности речи (степень развернутости и связанности высказываний, наличие аграмматизмов), свое отношение к изображенным событиям. При обследовании ребенка учитывается, насколько он способен к разворачиванию собственной речевой активности или же его речь носит репродуктивную форму, т.е. выстраивается как ответы на вопросы экспериментатора [Семенович, 2002], присутствуют ли в рассказе элементы фантазирования и домысливания.

Затруднения понимания сюжетных картин обнаруживаются при состояниях, характеризующихся интеллектуальной недостаточностью, тогда же может регистрироваться бедность словарного запаса. При симультанной агнозии у больных возникают затруднения, заключающиеся в невозможности охватить всю ситуацию и произвести зрительный синтез, а при поражениях лобных отделов головного мозга оценка картины производится без ориентировочной фазы в сюжете, в эмоциональном фоне картины, на основании случайно выхваченного из контекста фрагмента и при

фрагментарности восприятия в целом [Хомская, Батова, 1998], импульсивно.

При эпилепсии в интерпретации картин типичны чрезмерная детализация ассоциаций и обстоятельность суждений, медленное понимание смысла картин.

Использование юмористических рисунков позволяет судить о некоторых личностных особенностях обследуемого, о понимании им юмора, об умении откликнуться на шутку, о тенденции соотносить ситуацию юмористического рисунка со своим жизненным опытом [Блейхер, Крук, Боков, 1996].

Для детей понимание простых сюжетных картин возможно уже с трех лет. Ребенок правильно называет изображенное на картинке, с четырех лет хорошо ориентируется во временах года, с пяти лет возможна группировка картинок по сюжетам.

Работа с данной методикой предполагает учет сохранности перцептивных процессов.

Для оценки перцептивных функций стимульный материал предъявляется испытуемому на короткое время (неограниченная экспозиция целесообразна именно для исследования мышления). При наличии расстройств зрительного гнозиса отдельные детали картинок улавливаются верно, но целостного представления о сюжете не складывается из-за того, что целый ряд значимых для понимания сюжета фрагментов за отведенное время не воспринимается и не осмысливается. В результате составленный рассказ оказывается неадекватным изображению не из-за расстройств мышления, а из-за дефектности его исходных предпосылок.

Установление последовательности событий

[Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Гуткина, 2000; Семаго, 2005; Сборник..., 2006]

Методика предназначена для оценки критичности, выявления сообразительности, умения понимать связь событий (причинно-следственную и пространственно-временную) и строить последовательные умозаключения, сравнивать различные данные в их отношениях друг к другу, оценивать предсказательную функцию, а также для анализа речевого развития ребенка. Предложена А.Н. Бернштейном [1921].

Для проведения опыта используются серии сюжетных картинок, различающиеся по сложности (3–8 картин в одной серии), на которых изображены этапы какого-либо события. Существуют комплекты (цветные и монохромные), предназначенные для обследования детей и взрослых. Стимульным материалом могут

стать и изображения из субтестов таких методик, как шкала умственного развития Бине — Симона, Векслера и Мейли. Для аналогичных целей часто используются юмористические рисунки датского художника Х. Бидstrup, рисованные рассказы Н.Э. Радлова и В.Г. Сутеева для детей. Однако наличие в подобных рисунках (или в карикатурных изображениях) компонентов юмора может смещать направленность исследования в сферу доступности понимания комичности ситуации.

На рис. 2.20 и 2.21 приведены образцы разных вариантов последовательных картинок.

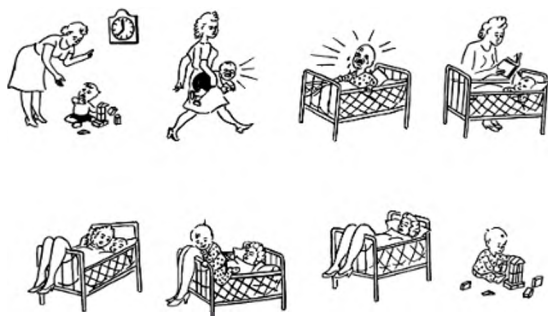


Рис. 2.20. Последовательные картинки (Х. Бидstrup)



Рис. 2.21. Последовательные картинки (Н.Э. Радлов)

Испытуемому предлагается разложить беспорядочно расположенные картинки так, чтобы по ним можно было составить связный рассказ. Необходимо выделить существенные детали и их изменение на разных картинках для оценки смысловой линии сюжета. Иногда для полученного ряда предлагается подобрать и название.

Последовательность картинок записывается. Существуют серии, в которых возможен лишь один вариант правильного разложения, и серии, в отношении которых возможны вариации последовательности. При необходимости испытуемому могут быть заданы вопросы, цель которых — помочь ему обнаружить противоречия в рассуждениях. При обследовании детей частью процедуры может оказаться дозированная помощь с последующим контролем того, насколько эффективно возможен «перенос» усвоенного способа рассуждений на новую ситуацию.

При объяснении больным хода своих рассуждений необходимо выяснить, что служило основным критерием для сопоставления этих рисунков во времени: выделил ли больной общие для всех рисунков серии элементы, как улавливались им изменения, отличающие один рисунок от другого.

Считается, что испытуемый не справился с заданием, если: 1) не смог найти последовательность событий и отказался от рассказа; 2) по найденной им самой последовательности картинок составил нелогичный рассказ; 3) составленная испытуемым последовательность не соответствует рассказу (за исключением тех случаев, когда ребенок после наводящего вопроса взрослого меняет последовательность и соответствующий рассказ); 4) каждая картинка описывается отдельно, сама по себе, вне связи с остальными — в результате рассказа не получается; 5) на каждом рисунке просто перечисляются отдельные предметы.

Недостаточный уровень процессов обобщения и отвлечения особенно явно обнаруживается при органических поражениях головного мозга с преимущественной локализацией в лобных отделах [Лурия, 2000; Голдберг, 2003], когда больные описывают отдельно каждый рисунок, но сопоставить их не могут и приходят к совершенно нелогичным выводам о развивающемся на этих картинках событии. Причем для такого рода больных с лобным синдромом характерна абсолютная некритичность мышления, их ошибочные рассуждения коррекции недоступны [Блейхер, 1983].

В некоторых сериях могут содержаться картинки, не соответствующие сюжетной линии рассказа, они либо включают противоречащие ему детали, либо в них игнорируются некоторые основные

признаки, играющие важную роль в развитии сюжета [Блейхер, Худик, 1982; Худик, 1992]. Однако и по стилю, и по основным персонажам они существенно не отличаются от других картинок. Больные с нарушениями критичности мышления не могут выделить картинки-артефакты. Они пытаются привести их в составленный рассказ, становящийся от этого бессмысленным.

Интеллектуальное недоразвитие, затрудненность осмысления, свойственные умственно отсталым и больным с органическими заболеваниями мозга, проявляются в том, что больные, справляясь с легкими сериями картинок, не могут ориентироваться в более трудных.

Отчетливо диагностируются с помощью данной методики некоторые формы инертности психических процессов больных: разложив в первый раз картинки неправильно, они после сделанного замечания в дальнейшем несколько раз подряд повторяют ту же ошибочную версию последовательности. Такая «склонность к застреваниям» наблюдается при некоторых органических заболеваниях мозга в детском, а также в старческом возрасте.

Возможны варианты поведения, при которых составленный рассказ очевидно не соответствует содержанию или порядку разложенных рисунков, а попытки экспериментатора обратить внимание на это никак испытуемым в расчет не принимаются. Таким образом, выявляется нескритичность мышления (при глубоком слабоумии, паралитических синдромах и др.).

Некоторые больные не в состоянии установить последовательность событий по пяти или шести картинкам, так как не могут охватить столь значительный объем данных. Если ту же серию сократить, т.е. ограничить задачу этапами (первой, средней и последней картинкой), они успешно справляются с заданием. Такое сужение объема доступных для рассмотрения данных наблюдается при судистых и иных астенциях органического генеза.

При исследовании детей возможно проведение методики с уже заданной экспериментатором последовательностью картинок, по которым испытуемый также должен составить рассказ, избегая необдуманных догадок [Полонская, 2007].

Понимание рассказа

(понимание прочитанного текста, понимание скрытого смысла)

[Бернштейн, 1921; Альманах..., 1995; Лурия, 2000; Семаго, 2005]

Методика предназначена для исследования степени осмысления сюжета рассказа, состояния памяти обследуемого; при исследовании детей оцениваются возможность построения ребенком раз-

вернутого высказывания, характеристики связной речи ребенка, принятие им помощи.

Для исследования применяются специально подобранные разной степени сложности (в том числе в синтаксическом отношении) небольшие рассказы, чаще всего поучительного характера, притчи, имеющие не только очевидный сюжет, но и подтекст.

В зависимости от задач исследования рассказ или зачитывается экспериментатором, или чтение осуществляется испытуемым, после чего его просят рассказ пересказать.

Существенное значение имеет следующее: насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, понимает ли он основную мысль, связывает ли он его с окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая или скрытая сторона рассказа, улавливаются ли эмоциональные состояния героев. При исследовании детей целесообразно для каждого рассказа заранее подготовить несколько наводящих вопросов, позволяющих, с одной стороны, подсказать ребенку нужное направление поиска смысла, а с другой — уточнить его способность в дальнейшем пользоваться найденной тактикой мышления.

Среди диагностических индикаторов расстройств рецептивной (понимающей) речи [Психические..., 1998] должны учитываться следующие недостатки в понимании читаемого:

- неспособность вспомнить факты из прочитанного;
- неспособность сделать заключение или выводы из сущности прочитанного;
- для ответов на вопросы о прочитанной истории используются скорее общие знания, чем информация из конкретного рассказа.

Понимание скрытого, переносного смысла рассказа часто бывает затруднено при интеллектуальной недостаточности, хотя пересказ при этом очень близок к заданному тексту.

При использовании поучительных рассказов легко выявляются резонерские особенности мышления.

Приведем пример рассказа для детей.

Муравей и голубка (Л.Н. Толстой)

Муравей спустился к ручью: захотел напиться. Волна захлестнула его и чуть не потопила. Голубка несла ветку; она увидела — муравей тонет, и бросила ему ветку в ручей. Муравей сел на ветку и спасся. Потом охотник расставил сеть на голубку и хотел захлопнуть. Муравей подполз к охотнику и укусил его за ногу; охотник охнул и уронил сеть. Голубка вспорхнула и улетела.

Говоря о специфике понимания скрытого смысла коротких рассказов детьми, воспитывающимися в различных социокультурных условиях, Н.Я. и М.М. Семаго [2005] отмечают следующее. Детям, воспитывающимся вне семьи (в дошкольных, а впоследствии в школьных образовательных учреждениях интернатного типа), подобные рассказы часто оказываются недоступными в связи с их «исключенностью» из реальной социальной жизни. Эти условия существования формируют у них обычно ответы эгоцентрической и конкретной трактовки. Дети с искаженным развитием вне зависимости от уровня своего интеллектуального развития редко способны понимать скрытый смысл и подтекст рассказов, в том числе юмористических. Необходимость большого объема помощи, трудности переноса на последующий материал логики рассуждений или даже полная недоступность понимания простых рассказов детьми старше 8–8,5-летнего возраста будут свидетельствовать о проблемах собственно интеллектуального плана.

Недостающие предметы (недостающие детали)

(Методика предложена Г.И. Россолимо [1917])

[Белопольская, 2003; Собчик, 2003]

Данная методика может проводиться в разных вариантах. Наиболее широко она известна как один из невербальных субтестов шкалы интеллекта Д. Векслера [Филимоненко, Тимофеев, 2002]. Кроме того, существуют и другие варианты стимульного материала, предназначенного избирательно для оценки функции восприятия [Вассерман, Месерсон, Дорофеева, 1997; Немов, 2001].

Испытуемому предлагается серия рисунков, на каждом из которых либо не хватает какой-то существенной детали, либо сам образ какого-то объекта не полон. Испытуемый получает задание как можно быстрее определить (самостоятельно или с помощью экспериментатора) и назвать отсутствующую деталь, либо, во втором случае, назвать сам предмет, изображенный на картинке. Иногда стимульный материал предполагает наличие нескольких изображений одного и того же предмета, но в каждом очередном случае степень полноценности изображения прирастает.

В других случаях отсутствие заметной, но весьма важной по смыслу детали вносит в изображение элемент несообразности. Испытуемый может не знать точного названия недостающей части изображения или отсутствующего предмета, но должен по крайней мере показать, где она (он) должна находиться на рисунке, при определенной ясности (для экспериментатора), что испытуемый имеет в виду действительно необходимую деталь.

На рис. 2.22 показаны образцы стимульного материала.

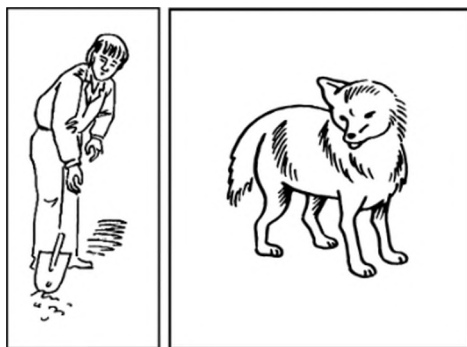


Рис. 2.22. Недостающие предметы / детали

Исполнение методики требует внимания, тонкой визуальной перцепции (одна из решаемых методикой задач направлена на выявление связи сформированности восприятия зрительных образов с мыслительными процессами), наблюдательности и способности выявлять существенные признаки.

В зависимости от сложности стимульного материала в структуре необходимых психических процессов будет преобладать или ощущение незавершенности образа конкретного предмета, способности формировать (достраивать) его, или понимание смысла житейских ситуаций, умение делать связанные с ними умозаключения и представлять эти заключения в словесной форме.

Методика может применяться для диагностики детей с 3–6 лет, а также для испытуемых более старшего возраста с интеллектуальной недостаточностью. «Недостающие предметы» — невербальная методика, поэтому она особенно эффективна для диагностики интеллекта детей с речевыми нарушениями и нарушением слуха.

Для уточнения количественных характеристик восприятия с помощью секундомера может фиксироваться время, затрачиваемое на выполнение всего задания.

Ассоциативный эксперимент

[Блейхер, 1983; Блейхер, Крук, 1986; Попова, 2011; Крылов, Маничев (ред.), 2000]

Это одна из старейших диагностических процедур, разработанная еще в конце XIX в. Френсисом Гальтоном, предназначав-

паяся для решения двух задач. С одной стороны, ассоциативный эксперимент рассматривается как проективная методика исследования личности, с другой — ее использование может быть уместным и для оценки качественной специфики мышления.

Большому зачитывают заранее подготовленный ряд слов — обычно 30–40 существительных, лишенных какой-либо связи (могут использоваться и глаголы, прилагательные или наречия). При подборе слов желательно ориентироваться на частоту встречаемости этих слов, что можно установить по частотному словарю или по словарю ассоциативных норм русского языка. Также целесообразно предусматривать слова, отличающиеся уровнем конкретности-абстрактности. Дается инструкция: на каждое услышанное слово отвечать любым, пришедшим в голову, и как можно быстрее.

В протоколе опыта регистрируется время ответной реакции и ее содержание. Обращают внимание на лаконичность речевых реакций, соответствие их слову — раздражителю или, наоборот, случайный, неленый характер, отсутствие связи между словом-раздражителем и словом-ответом. Многословные речевые реакции свидетельствуют о неспособности выполнения инструкции.

Средний латентный период при обследовании здоровых составляет 0,5–1,5 с, но в некоторых случаях наблюдается заметное увеличение латентного периода при воздействии, что, по-видимому, объясняется неиндифферентностью для обследуемого этого раздражителя.

Для установления ассоциативных зависимостей между стимулами и реакциями необходимо учитывать разные типы словесных реакций.

Одна из таких классификаций была предложена А.Г. Ивановым-Смоленским. Он делит все словесные (вербальные) реакции на низшие (примитивные) и высшие.

К низшим, или примитивным, относятся ответы:

- 1) отказные (не знаю, нечего сказать, слов нет и т.п.);
- 2) междометные (гм, ну, ой, ай и др.);
- 3) вопросительные (какой? кто? почему?);
- 4) эхолалические, буквально воспроизводящие слово-раздражитель;
- 5) персервирующие — один и тот же ответ появляется на несколько стимулов подряд;
- 6) созвучные — тождественные или близкие по звучанию слову-раздражителю своими первыми или последними звуками (нолики — кролики);

7) экстрасигнальные — не имеющие отношения к слову-раздражителю, являются реакцией на другие раздражители, поступающие из внешней среды.

Высшие словесные реакции:

1) индивидуально-конкретные (например, город — Москва, чашка — голубая);

2) общеконкретные (город — деревня, чашка — блюдо);

3) абстрактные (город — культура, чашка — посуда).

Предлагается классификация реакций по логическому и грамматическому принципам [Практикум..., 2000] (табл. 2.3).

Таблица 2.3

Матрица ассоциативных реакций

Стимул	Логическая реакция		Грамматическая реакция	
	центральная	периферическая	синтагматическая	парадигматическая
1				
2				
3				
4				
5				
...				
30				
Всего, %				

После выполнения ассоциативного эксперимента последовательно сравниваются между собой пары стимул-реакция по двум категориям: логические и грамматические реакции. Логические реакции, в свою очередь, делятся на подгруппы центральных и периферических, грамматические — на подгруппы синтагматических и парадигматических.

1. *Логические связи* — это связи по смыслу между стимулами. Если такая связь есть (например, «армия — солдат» или «болезнь — смертельная»), то ставится любой опознавательный знак (типа галочки) в графу «*центральная логическая реакция*». Если же эта связь отсутствует, то галочку ставят в графе «*периферическая логическая реакция*» (например, «армия — танец» или «болезнь — еда»). Увеличение периферических ассоциативных реакций свидетельствует о плохом знании языка, нарушении динамических особенностей: заторможенность, скачкообразность мыслительных процессов и т.п. Для взрослых носителей языка характерно преобладание центральных ассоциативных реакций — не менее 65% от общего количества предъявленных стимулов.

2. С точки зрения *грамматического критерия* также можно выделить два варианта ответных реакций: *синтагматические* и *парадигматические*.

Под *синтагматическим* вариантом связи между словом-стимулом и словом-реакцией понимается связь между разными грамматическими категориями, например между существительными и прилагательными или глаголами и наречиями («хороший — поступок», «дождь — идет»).

Под *парадигматическими* реакциями испытуемых понимается связь в пределах одной грамматической категории («хороший — плохой», «дождь — грязь»). Увеличение синтагматических реакций свидетельствует о комплексности мышления, неумении испытуемого выделять рядоположные объекты и их признаки. Эта комплексность мышления, по мнению Л.С. Выготского, составляет специфику детского мышления с его синкретизмом, комплексностью: предмет или признак видятся вместе с дополняющими их аксессуарами (характерная ассоциативная реакция у детей: «экскаватор — копает», «мальчик — дерется», «молоко — белое»). Для взрослых носителей русского языка характерно преобладание парадигматических ассоциативных реакций — не менее 70%. Увеличение синтагматических реакций свидетельствует о недостаточности аналитических операций, некотором инфантилизме мышления. Иногда это может быть следствием индивидуально-психологических особенностей испытуемого вроде правосторонней асимметрии мозга (тип художника).

На эмоционально значимые слова реакция может возражать иногда в два с лишним раза.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие характеристики детской психики оцениваются с помощью методики Керна — Йирасека?
2. Какие особенности мыслительной деятельности могут влиять на работу с методикой «Классификация предметов»?
3. Как категоризируются обоснования выбора испытуемого в методиках «Исключение предметов» и «Исключение понятий»?
4. Какие виды психической недостаточности обнаруживаются при работе с методикой «Сравнение понятий»?
5. Какой стимульный материал используется в методике «Выделение существенных признаков»?
6. Каковы причины ошибок, допускаемых ребенком и взрослым испытуемым при работе с методикой «Простые вербальные аналогии»?
7. С какого возраста возможно использование методики «Простые вербальные аналогии»?

8. При каком психическом заболевании хорошо улавливаются расстройства мышления в процессе использования методики «Понимание пословиц и метафор»?
9. Какие ошибки мышления регистрируются при работе с методикой «Понимание силлогизмов»?
10. Какой стимульный материал может использоваться в методиках на выявление закономерностей?
11. Какие психические характеристики становятся предметом исследования при работе с методикой «Понимание сюжетной картины»?
12. Какие ошибки может допускать испытуемый при работе с методикой «Установление последовательности событий»?
13. Каковы психологические предпосылки правильности исполнения методики «Недостающие предметы (недостающие детали)»?

2.10. ЭМОЦИИ И ИХ РАССТРОЙСТВА

Понятие эмоции в психологии до сегодняшнего дня является одной из наименее разработанных, что отражается и на многообразии ее толкований и определений (Ч. Дарвин, У. Джеймс, К. Ланге, У. Кеннон, Л. Фестингер, К. Изард, П.К. Анохин, П.В. Симонов и др.). Здесь мы принимаем концепцию, в соответствии с которой *эмоции* — это особая форма непосредственного психического отражения (в форме переживания) и выражения отношений субъекта к значимым объектам и явлениям внешней и внутренней реальности. Выплетаясь во все остальные психические процессы, эмоции выполняют функции связи между действительностью и потребностями организма и человека. Возникая в результате тех или иных воздействий, эмоции захватывают весь организм и обеспечивают генерализованный стереотипный поведенческий акт, который сам является приспособительным продуктом эволюции, предназначенным для привлечения в типичных ситуациях, сопровождающихся дефицитом аналитических оценок. С другой стороны, эмоции — это и мощный мотиватор поведения, обеспечивающий выбор одних его целей и способов их достижения и отвержения других. Можно предположить, что эмоция — это и есть отношение в самом чистом его виде. Особо ярко связь эмоций с мотивацией отражена в общей теории функциональных систем П.К. Анохина [1978], который в отрицательных эмоциональных состояниях видел основной источник мотивационного возбуждения, а в положительных — подкрепляющий фактор удовлетворенной потребности. Аналогичную роль положительных эмоций подчеркивал и П.В. Симонов [1975].

Целесообразно выделить три феноменологических аспекта, или канала, через которые реализовываются и могут быть изучены эмоции, которые:

1) субъективно переживаются и в значительной степени осознаются (это их импрессивная сторона);

2) сопровождаются многочисленными и разнообразными изменениями в центральной нервной системе и других системах организма (эндокринной, дыхательной, пищеварительной, выделительной и др.);

3) своими внешними проявлениями имеют: типичные изменения лица (мимика), выразительные изменения расположения конечностей и тела (пантомимика), голоса (сила, тембр, модуляции) и общего поведения. Это их экспрессивная сторона.

Эмоции характеризуются:

1) временными параметрами:

- быстротой возникновения (реактивностью), которая в значительной степени зависит от пороговой чувствительности и интенсивности имеющейся потребности (силы мотива);
- длительностью, или периодом затухания;
- быстротой перехода из одного состояния в другое (лабильностью);

2) силовыми параметрами:

- интенсивностью внешних проявлений (в норме поведение человека определяется законом силы, в соответствии с которым сильные раздражители должны вызывать сильные эмоциональные и поведенческие реакции, и наоборот);
- глубиной — интенсивностью внутренних переживаний, может быть, и без очевидных внешних проявлений;
- мобилизирующим эффектом, благодаря которому становится возможным делить эмоции на стенические, повышающие жизненный тонус, и на астенические, снижающие его;

3) качественными параметрами:

- модальностью, качеством самого субъективного переживания, которое может рассматриваться в двух плоскостях — горизонтальной (спектральной) и вертикальной (в диапазоне от примитивных до высших);
- знаком — положительным, отрицательным и кратковременно нейтральным, индифферентным, связанным с ориентацией субъекта в ситуации (необходимо различать субъективную окраску эмоции и оценку ее знака как полезности со стороны общества);
- обобщенностью — вербальным определением субъективного отношения через широкие категории типа «плохой» — «хороший»,

«нравится» — «не нравится» и т.п., обычно без объяснения причин почему;

- предметностью — увязанностью с конкретными объектами и явлениями;
- когнитивной нагрузкой благодаря способности отражать отношения и закрепляться в памяти и опыте.

Классификация эмоциональных явлений

Попытки создания простой линейной классификаций собственно человеческих эмоциональных явлений наталкиваются на многочисленные объективные трудности, важнейшие из которых — сложные отношения эмоций с порождающим их предметным содержанием, феноменологическая полимодальность, способность эмоций к слиянию и образованию многочисленных, порой противоречивых сочетаний, многомерность, большой перечень независимых или перекрывающихся оснований для классификации (по генетическому происхождению, по уровню, знаку, условиям возникновения, выполняемым функциям, направленности, «нормальности»-патологичности и т.д.). В результате одна и та же эмоция в разных классификационных схемах будет занимать разную позицию.

Чаще всего пользуются классификацией, построенной по эмпирическому принципу (т.е. не имеющей четких и однородных оснований для систематизации), которая предусматривает наличие настроений, чувств, аффектов и страстей.

Онто- и филогенез эмоций проходит те же этапы, что и остальные психические функции, свойственные человеку, от элементарных до высших форм. Наиболее древняя по происхождению, простейшая и наиболее распространенная среди живых существ форма эмоциональных переживаний — это континуум между чувствами неудовлетворения и удовлетворения, возникающими в процессе формирования дефицита или избыточности со стороны каких-то факторов внутренней среды, поисковой активности или реализации органических потребностей. Подобный слой переживаний у человека наиболее точно описывается категорией *самочувствия* (протопатическим чувством по М.И. Аствацатурову [1939]), которое основывается на ощущениях, исходящих от внутренних органов, в основном отражаемых такими мозговыми структурами, как таламус и гипоталамус [Тхостов, 1990]. Будучи связанными с органическими потребностями и с поддержанием гомеостаза, они могут быть дополнены эмоциями, порожденными инстинктивными механизмами: половым инстинктом, инстинктом самосохранения, сохранения рода и т.п.

Настроение

Настроение — эмоциональное состояние, во многом производное от соматического и функционального статуса организма, самочувствия, что соответствует общему беспредметному (и часто субъективно беспричинному) эмоциональному фону, который устойчив на протяжении длительного времени и накладывает отпечаток на протекание всех остальных психических процессов (восприятия, мышления и др.). Современные данные указывают на жесткую зависимость настроений от биохимического состава внутренней среды мозга.

Настроение, как состояние, по временному параметру может быть противопоставлено относительно кратковременным *эмоциональным реакциям* — гнева, радости, тоски, страха, выступающим в форме отклика (быстрого и неглубокого переключения в системах отношений человека к рутинным изменениям ситуаций обыденной жизни), вспышке или эмоциональному взрыву (аффекту) [Смирнов, Трохачев, 1974].

По другому вектору — источнику своего происхождения — настроение может быть противопоставлено *эмоциональному тону ощущений* от объектов, явлений и качеств внешней среды (вкуса, запаха, цвета и т.п.), которые непосредственно полезны или вредны для живой системы в контексте существования у нее недифференцированной или конкретной потребности. Это низший уровень врожденного (безусловно-рефлекторного) эмоционального реагирования, выполняющего функцию биологической оценки воздействующих на организм человека и животных раздражителей через возникновение переживаний удовольствия или неудовольствия. Здесь вектор эмоциональной детерминированности направлен вовне и выполняет иную роль — указывает на приоритеты достижения одних объектов по сравнению с другими. Эмоциональный тон ощущений является следствием уже протекающего психофизиологического процесса (ощущения). Поэтому для возникновения эмоционального тона ощущений необходим физический контакт с раздражителем [Ильин, 2002].

Чувства и эмоции

Чувства — одна из наиболее противоречивых категорий в психологии эмоций, имеющая, по крайней мере, два способа толкования: расширительный и узкий. Проблема здесь заключается в установлении между этими понятиями родо-видовых отношений.

При расширительном подходе чувства рассматриваются как синоним эмоций, а порой и как понятие более высокого уровня

обобщенности, чем эмоция (эмоция предстает как частный случай чувства, чувства заключают в себе эмоцию). Разделение чувств здесь производится в соответствии с тремя иерархически организованными уровнями их осознания.

1. Плохо осознаваемые чувства, возникающие на почве органических, физиологических потребностей человека (см. выше).

2. Предметные чувства (собственно эмоции), имеющие средний уровень осознания. Это устойчивые эмоциональные переживания по отношению к ряду аспектов внешней природной и социальной среды, которые и составляют основную часть внешне выражаемых эмоций (радости, удивления, возмущения, любви, сомнения, тревоги и т.п.).

3. Обобщенные (высшие) чувства (собственно чувства) отражают созревшие мировоззренческие позиции человека, духовные ценности и идеалы, тесно связаны с мышлением и социальными влиянием (чувства возвышенного, трагического, комического, иронии, юмора и т.д.) [Рубинштейн, 2000]. По-видимому, сюда же могут быть отнесены моральные, интеллектуальные и эстетические чувства. Все они — сложные и поздние явления, развивающиеся на базе сознания и оказывающие контролирующее и тормозящее влияние на эмоции более низких уровней.

Важнейшим составным компонентом чувства, по крайней мере, на последних двух уровнях, выступает присутствие в них отчетливого отношения к тому объекту или явлению, которое вызвало это чувство.

При узком толковании чувства прямо противопоставляются эмоциям, либо как это сделано в пункте 3 (дифференцирующим фактором является наличие в чувствах выраженного когнитивного компонента), либо исходя из интенсивности, направленности и других характеристик переживаний (эмоции слабо проявляются во внешнем поведении, чувства, напротив, весьма заметны, эмоции ситуативны, чувства устойчивы [Леонтьев, 2002; Ильин, 2013]. К эмоциям причисляются лишь сильные переживания, дезорганизующие текущую деятельность [Фресс, 1975; Линдсли, 1960]; чувства отличаются сложностью, эмоции — относительной простотой [Крутецкий, 1980]. В других случаях, без отчетливого указания на обоснования, чувства просто рассматриваются как частное проявление эмоций, либо критерием их выделения становится факт их возникновения на базе социальных и духовных потребностей [Симонов, 1981]. Е.П. Ильин (2013) вообще считает, что чувство эмоцией не является.

Ситуацию с определением чувств еще более запутывает то обстоятельство, что в бытовом и психофизиологическом контекстах данное понятие часто используется для обозначения анализаторных систем и их сенсорных функций («органы чувств», «способность ощущать, чувствовать»).

Особую позицию в отношении классификаций эмоций занимает Кэррол Э. Изард [Изард, 1999], который предлагает выделять несколько так называемых базовых, дискретных или фундаментальных эмоций, отвечающих следующим критериям:

- 1) имеют отчетливые и специфические нервные субстраты;
- 2) проявляют себя при помощи выразительной и специфической конфигурации мышечных движений лица (мимики);
- 3) влекут за собой отчетливое и специфическое переживание, которое осознается человеком;
- 4) возникли в результате эволюционно-биологических процессов;
- 5) оказывают организующее и мотивирующее влияние на человека, служат его адаптации.

Перечень таких десяти базовых эмоций включает: интерес (возбуждение), радость (удовольствие), удивление (изумление), страдание (печаль), гнев, отвращение, презрение, страх, а также с некоторыми оговорками — стыд и смущение.

Из различных конфигураций фундаментальных эмоций, по мнению автора, возникают все остальные, более сложные эмоциональные состояния. Например, любовь как переживание (а не как отношение) трактуется как сочетание эмоций интереса — возбуждения и удовольствия — радости. При всей внешней привлекательности такого вывода, концепция К. Изарда грешит существенным механицизмом, поскольку эмоции более высокого уровня представляют собой психические феномены, отличающиеся от более «низких» качественно, а не своим составом.

Аффекты

Аффекты — это сильные, внезапные, бурно протекающие и относительно кратковременные эмоциональные состояния, сопровождающиеся резко выраженными двигательными и соматовегетативными проявлениями (ярость, ужас, восторг, отчаяние). Аффект можно рассматривать как защитную реакцию организма человека в ответ на воздействия как биологически значимых факторов, угрожающих физическому благополучию и жизни, так и факторов социальных, психотравмирующих, угрожающих самооценке или социальному статусу (например, в ситуации публичного оскорбления или унижения).

Отличительной особенностью аффектов является то, что они возникают в ответ на уже фактически наступившее событие при неспособности субъекта найти быстрое и разумное его разрешение. Подобные обстоятельства приводят к навязыванию субъекту стереотипных, закрепившихся в эволюции (и потому плохо контролируемых, внешне бессмысленных и даже вредных) «аварийных», но по-своему адаптивных действий типа бегства, оцепенения, агрессии и т.п. [Леонтьев, Судаков, 1978]. Это — *физиологические аффекты*.

Если интенсивность переживаний достигает такой степени, которая полностью блокирует произвольное управление поведением и его контроль, что обычно сопровождается и изменениями со стороны сознания, то в подобных случаях говорят о *патологическом аффекте* (см. ниже).

Следует иметь в виду, что в отношении категории чувств, термина «аффект» и производной от него «аффективность» в различных литературных источниках возможны разночтения, которые, прежде всего, касаются широкого использования понятия «аффект» в качестве синонима «эмоций» и «чувств». В какой-то мере подобная тенденция объясняется исторически сложившимся (еще с времен Л.С. Выготского и включая перевод номенклатуры МКБ-10) заимствованием слова «*affect*» из западных работ, где оно обычно обозначает эмоцию в широком ее понимании (лат. *affectus* — переживание, душевное волнение).

Страсть

Страсть — сложное, встречающееся только у человека эмоциональное состояние, отличающееся продолжительностью, значительной степенью выраженности, напряженностью, глубиной, охватом всей личности и направленностью на единую цель, предмет или вид деятельности («хронический аффект» по В.П. Осипову [1931]). Страсть может сочетаться с нарушениями мышления (сверхценными идеями) и мотивационно-волевого регулирования (односторонней направленностью влечений).

Психофизиологическую основу эмоций составляют весьма сложные нейрохимические и нейрогормональные процессы в целом ряде подкорковых и корковых систем мозга — в гипоталамусе, таламусе, ретикулярной формации, миндалевидном теле, своде мозга, лобной и височной коре и др. [Хомская, Батова, 1998; Тонконогий, Пуанте, 2007]. Биологически активные химические вещества, посредством которых осуществляются эти (и иные) процессы, называются *нейромедиаторами* (их около 30). Изменение баланса этих

веществ в организме может приводить к затруднениям или облегчению в возникновении определенных эмоциональных состояний.

Очевидно, что другим источником модуляций и изменения знака эмоций является внешняя среда и особенно ее социально-психологический компонент, сопоставляемый с системой потребностей и ценностных ориентаций индивида на разных этапах его развития.

Функции эмоций

Анализ эмоциональных феноменов показывает, что ими осуществляется довольно большой перечень взаимосвязанных и взаимозависимых функций (более двадцати), важнейшие из которых перечислены ниже:

1. *Отражательная функция.* Все психические процессы в той или иной мере являются процессами отражения, и эмоции в этом отношении не составляют исключения. Специфика этой функции здесь выражается в том, что:

- эмоции отражают субъективное отношение человека к значимым объектам и явлениям внешней и внутренней реальности;
- в эмоциональной сфере отражения выделяется система эмоций, презентующих субъекту сами потребности и удовлетворяющие их объекты, и другая система, общая для всех потребностей, помогающая субъекту в достижении этих объектов [Вилюнас, 1984];
- эмоциональные переживания, как следует еще из работ В. Вундта, выступают синтезирующей основой образа, обеспечивающей возможность целостного и структурированного отражения мозаичного разнообразия фактически действующих раздражений [Вилюнас, 1984];
- эмоции отражают изменения, имеющие характер нарушений в организме [Рейковский, 1979];
- эмоции непосредственно отражают отношения между мотивами и реализацией отвечающей этим мотивам деятельности [Лсонтьев, 2002]; качество и величину актуальной потребности и вероятность (возможности) ее удовлетворения, которую мозг оценивает на основе генетического и ранее приобретенного индивидуального опыта [Симонов, 1981];
- эмоции предвосхищают результат действия;
- отражают состояние, процесс и результат удовлетворения потребности;
- отражают строение личности, выявляя ее направленность и установки [Рубинштейн, 2000].

Многократное повторение аффективного содержания одной и той же ситуации приводит к постепенному отключению когнитивных процессов и, по принципу ассоциации, — к тенденции воспроизводства эмоциональных реакций как привычных или автоматизированных в случаях, если индивид попадает во внешние сходные условия. При этом причины возникшего состояния могут не осознаваться.

2. *Оценочная функция* позволяет обобщенно, через знак, определить полезность и вредность факторов, воздействующих на человека. Его эмоциональные оценочные способности формируются на основе инстинктивных, врожденных механизмов, опыта его индивидуальных переживаний, в результате эмоциональных сопереживаний в бытовой сфере, в воображаемых ситуациях и в сфере различных видов искусств. Оценочная эмоциональная реакция возникает независимо от воли субъекта; он не в состоянии их изменить или устранить. Эмоции в деятельности человека выполняют функцию оценки ее хода и результатов.

За крайне редкими исключениями, поведение человека, равно как и большинства животных, построено по принципу избегания негативных и получения наибольшего числа положительных эмоций (своеобразная система «наград» и «наказаний»). Эмоциональная оценка становится тем сигналом, посредством которого субъект узнает о потребностной значимости имеющегося фактора. Кроме того, положительные эмоции являются сигналом собственной поведенческой компетентности.

С учетом того, что любая система ценностей может существовать только на основе сравнения, по мнению П.В. Симонова [1981], эмоции выступают в роли своеобразной «валюты мозга» — универсальной меры ценностей, а не простого эквивалента, функционирующего по принципу: вредно — неприятно, полезно — приятно. Широко известна часто критикуемая информационная концепция эмоций этого ученого, в соответствии с которой для формирования оценочного компонента эмоций необходимыми и достаточными являются два фактора (их соотношение): потребность и вероятность (возможность) ее удовлетворения.

Очевидно, что не только «рациональная», но и эмоциональная оценка формируется как функция индивидуального времени, а это значит, что одно и то же событие разными людьми либо в разные периоды жизни одного человека может расцениваться по-разному. Временной аспект эмоциональной оценки имеет и еще одну сторону: сама она может производиться в отношении не только актуальных, но и будущих событий, а также событий прошлого, ко-

которые могут и переоцениваться. В инструментальном отношении параметр времени в развертывании эмоциональных реакций в ответ на разные по значимости раздражители (латентный период) может выступать индикатором искренности или наигранности эмоциональных ответов.

Один из векторов «оценочного влияния» эмоций направлен и на мозг, отдельные системы которого в зависимости от знака эмоций приходят в состояние активности или пассивности, в норме избирательно обеспечивая адаптивные формы моторного и общеповеденческого реагирования. Именно мозг является хранителем эмоциональной памяти, компоненты которой становятся индикаторами оценочного сравнения.

Наблюдения показывают, что вегетативные проявления при положительных и отрицательных эмоциях в большинстве случаев одни и те же, но положительные эмоции никогда не бывают длительными, быстро дезактуализируются и не способны к кумулятивному эффекту, в отличие от отрицательных, которые продолжительны и склонны к суммации. Последние чаще, чем положительные, образуют хранящийся в памяти прочный аффективный комплекс [Юнг, 2000] — совокупность мыслей и образов, прямо или случайно связанных с ситуацией, породившей сильное эмоциональное переживание. В рамках этого комплекса актуализация одного из элементов влечет, даже против воли субъекта, введение в сознание и других его элементов. Один из аспектов связи памяти со знаком эмоций — феномен вытеснения из сознания ярко выраженных негативно окрашенных воспоминаний.

3. *Побуждающая функция.* Эмоции или потребности, переживаемые в форме эмоций, вместе с тем являются и побуждениями к действию, образуя основную мотивационную систему человека [Изард, 1980], т.е., по сути, организуя поведение. Об этом же писал и С.Л. Рубинштейн [2000], указывавший, что эмоция в себе самой заключает влечение, желание, стремление, направленное к предмету или на него. Мотивация и эмоции — две стороны одного и того же процесса, выявляющего зону поиска, в которой будет найдено решение задачи или удовлетворение потребности. Предпосылкой побуждения является сам факт двух групп эмоций — положительных, в которых существует потребность, и отрицательных, требующих избавления. И в том и в другом случае необходимой оказывается интеллектуальная или двигательная (поведенческая) активность либо их сочетание. Отстранение эмоций от функции побуждения в значительной мере обесмысливает и производимую ими функцию оценки [Вилюнас, 1984].

Побуждающая функция реализуется, в частности, и в том, что многие, особенно сильные эмоции начинают навязывать человеку некоторые стереотипные действия, даже нежелательные в конкретной ситуации.

4. *Подкрепляющая функция* более, чем все остальные, реализуется через физиологические механизмы. Она сводится к тому, что события, вызывающие выраженные эмоциональные реакции, запоминаются быстрее и надежнее (оставляют следы), чем не обладающие подобной способностью, а это значит, что роль этих событий и в процессах обучения оказывается большей. Основная нагрузка в этом отношении ложится на положительные эмоции, выступающие в качестве безусловного подкрепления [Симонов, 1981]. Они, как часть системного ответа на воздействия внешней среды, упрочивают ту стратегию поведения, которая привела к достижению желаемой цели. С широкой биологической точки зрения удовлетворение можно рассматривать как конечный подкрепляющий фактор, который толкает организм на устранение исходной потребности [Анохин, 1978].

Биологический смысл негативного эмоционального подкрепления («наказания») состоит в том, что возникающие отрицательные эмоции тормозят неэффективный для особи вид деятельности, заставляя искать другие способы достижения цели, другие виды деятельности, поведения или даже сменить цель. Кроме того, включение эмоциональной составляющей помогает повысить результативность двигательной деятельности человека и выполнить значительно большую работу, чем в обычных условиях.

Однако при известных обстоятельствах может наблюдаться и противоположный, отрицательный эффект — при нарастании эмоционального напряжения продуктивность деятельности будет меняться непрямолинейно, что и отражает открытый еще в начале XX в. закон Йеркса — Додсона. В соответствии с ним по мере увеличения силы мотивации продуктивность деятельности, ее успешность и качество сначала повышаются, но затем, после достижения оптимума таких соотношений, дальнейшее усиление подкрепляющего фактора ведет к падению показателей деятельности (подобный закон описывается \cap -образной кривой).

Любопытно, что в качестве подкрепляющего фактора могут выступать и эмоции другой особи (субъекта).

5. *Регулирующая функция* сводится к изменению тактики поведения в зависимости от переживания успеха — неуспеха при еще незавершенном действии. На основе эмоциональных оценок индивидуум или завершает его, или отказывается от него и приступает

к иному действию. Фактор регуляции в большей или меньшей степени присутствует во всех остальных функциях эмоций.

6. *Организирующая функция* описывается как способность эмоций упорядочивать, структурировать, обеспечивать целенаправленное поведение, мобилизовывать интеллектуальные и физиологические ресурсы для решения какой-то эмоционально значимой задачи. Параллельно предполагается отвлечение сил и внимания от других реально существующих проблемных ситуаций.

В конкретных условиях и при известной интенсивности эмоций (например, при аффектах) возможен прямо противоположный, дезорганизирующий результат, который можно рассматривать как побочный эффект по отношению к ведущей цели поведения.

7. *Переключательная функция* актуализируется в ситуации конкурирующих мотивов: при прочих равных условиях доминирующая потребность выделяется на основе интенсивности эмоциональной окраски, что приводит и к изменению вектора целенаправленного поведения. Подобный выбор может происходить у человека не только на осознанном, но и на неосознанном уровне (интуитивно). Очевидно, что на переключательную задачу эмоций накладывает отпечаток система ценностей индивида, его личностные установки, особенно в обстоятельствах, когда в конфликт вступают ценности разных уровней (например, биологические и морально-этические).

8. *Коммуникативная функция*. В самом общем виде — это передача информации собеседнику невербальными, в данном случае экспрессивными (выразительными) средствами: мимикой, пантомимикой, позой и голосом. Чарльз Дарвин был первым [2001 (1872)], кто предположил, что телесные изменения, сопровождающие различные эмоциональные состояния, в частности, связанные с соответствующими эмоциями движения, есть не что иное, как рудименты целесообразных инстинктивных действий, выступающих в качестве биологически значимых сигналов для своего и других видов. При этом лицевая экспрессия играет особенно важную роль в кооперации, объединении членов сообщества. Овладение коммуникативной функцией включает два гармонично сочетающихся процесса: умение дифференцировать и идентифицировать оттенки экспрессии (не все проявления эмоций идентифицируются с одинаковой легкостью) и умение пользоваться ими для информирования о собственных переживаниях, состояниях и отношениях.

Помимо вышеперечисленных, различные авторы называют и другие функции эмоций: экспрессивную, компенсаторную (за-

мещающую), функцию «аварийного» разрешения ситуаций, превосходящую (эвристическую), синтезирующую, функцию активации и мобилизации организма, стабилизирующую, управляющую, контролирующую, защитную, адаптивную, санкционирующую, сигнальную и др.

В.В. Лебединский и его соавторы [1990] выделяют четыре уровня эмоционального взаимодействия с окружающим миром, различающихся степенью дифференцированности, решаемыми приспособительными задачами и, в известной степени, онтогенетической последовательностью.

1. *Уровень полевой реактивности (оценки интенсивности средовых воздействий)* исходно связан с наиболее примитивными, пассивными формами психической адаптации и участвует в решении наиболее общих задач защиты организма от разрушающих влияний внешней среды. Его приспособительным смыслом является *организация аффективной преднастройки* к активному контакту с окружающим. Аффективное переживание на этом уровне соотносится лишь с общим ощущением комфорта или дискомфорта.

В обыденной жизни влияние этого уровня у взрослых осуществляется опосредованно, через пространственную организацию всей окружающей среды, в том числе и эстетическую, реализующуюся через национальные, культурные традиции.

2. *Уровень стереотипов.* Основной задачей этого уровня является *регуляция процесса удовлетворения соматических потребностей*, или контроль за функциями самого организма. Здесь оценка воздействия опирается на его соответствие или несоответствие витальным нуждам организма.

Данный уровень, начиная с детства, в основном сосредоточен на аффективной регуляции ритмически организованных соматических процессов и выработке стереотипов удовлетворения потребности, основанных на повторяемости внешних условий. Поэтому он проявляет особую чувствительность к различным ритмическим воздействиям (например, режиму питания), что можно было бы назвать привычками.

Аффективные стереотипы являются необходимым фоновым обеспечением самых сложных форм поведения человека. Но, прекрасно адаптируя к привычным условиям, этот уровень оказывается несостоятельным в условиях нестабильных.

3. *Уровень экспансий.* Механизмы этого уровня начинают осваиваться ребенком во втором полугодии жизни, что позволяет ему перейти к активному обследованию и освоению окружающего мира. Позже этот уровень сохраняет свое значение и обес-

печивает активную адаптацию к нестабильной ситуации. Здесь выделяются не только объекты желания, но и препятствия. Это становится возможным благодаря тому, что положительные и отрицательные воздействия оцениваются не сами по себе, а в общей структуре.

Если на втором уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание всегда вызывают тревогу, страх, то на третьем эти же впечатления мобилизуют субъекта на преодоление трудностей. При этом он может испытать любопытство, азарт в преодолении опасности, гнев в стремлении к уничтожению преграды.

Подобный тип поведения особенно характерен для детей и подростков, когда задачи аффективного освоения мира наиболее актуальны и решаются наглядно, как покорение темноты, глубины, высоты, обрыва, открытого пространства и т.п. Во взрослом возрасте это влечение часто толкает человека на необъяснимые с точки зрения здравого смысла поступки.

4. *Уровень эмоционального контроля (аффективной коммуникации)* отвечает за разрешение сложных задач организации жизни индивида в сообществе. Конкретным приспособительным смыслом этого уровня является налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми: разработка способов ориентировки в их переживаниях, формирование правил, норм взаимодействия с ними. В широком смысле этот уровень, надстраиваясь над низшими, обеспечивает контроль сообщества над индивидуальной аффективной жизнью, приводя ее в соответствие с требованиями и нуждами окружающих. С появлением эмоционального контроля за аффективным переживанием можно говорить о возникновении собственно эмоциональной жизни человека.

Цель этого уровня — выделение аффективных проявлений другого человека как сигналов, наиболее значимых для адаптации к окружающему. Она осуществляется благодаря возникающей на этом уровне эмпатии. Обычно под этим психическим явлением понимают в различной степени осознанное сопереживание актуальному эмоциональному состоянию другого человека, сочувственность ему в широком смысле независимо от качества воспринимаемых в другом эмоций. Психологической базой эмпатии выступают развитая чувствительность, наблюдательность, интуитивное чутье, внимание и эмоциональная отзывчивость. Иногда наблюдается чрезвычайно утонченная эмоциональная чувствительность, когда неприметные и совершенно случайные детали происходящего оставляют очень глубокое впечатление, — *эмоциональная гипер-*

стезия. Витально значимыми сигналами становятся лицо человека, его мимика, взгляд, голос, прикосновение, жест.

5. Позднее [Бардышевская, Лебединский, 2003] был выделен *уровень высших символических регуляций*, отвечающий за способности ребенка дифференцировать, обобщать и накапливать эмоциональный опыт, выражать его в игре, фантазиях, рисунке.

При реализации высших низшие аффективные уровни не подавляются и не выключаются. Они продолжают сигнализировать о витально значимых впечатлениях своего ряда, что обуславливает многомерность и конфликтность аффективных переживаний человека. В случае сверхсильных сигналов со стороны низшего уровня с их особо важным витальным смыслом он может временно уйти из-под контроля и выходить на первый план.

При согласии с содержанием указанных уровней, логику их появления можно поставить под сомнение. Представляется, что, во-первых, в онтогенезе в более ранние сроки возникает уровень стереотипов (поскольку на младенческом этапе развития экстероцептивно-ориентированные анализаторные системы еще не достигают той степени совершенства, при которой поступающая от них информация могла бы расцениваться как эмоционально существенная, в то время как интероцептивная афферентация, например голод или кишечные колики, определенно эту роль выполняет), а во-вторых, трудно себе представить, чтобы уровень эмоционального контроля мог возникнуть без ранее сформировавшегося уровня высших символических регуляций, т.е. без предварительного накопления и обобщения эмоционального опыта, по отношению к которым контроль только и может осуществляться.

Эмоциональный (психологический) стресс

Особое место среди психических феноменов, связанных с эмоциональной сферой, занимает *эмоциональный (психологический) стресс*. Это разновидность общей системной реакции индивида на воздействие субъективно сильных внутренних и внешних факторов информационной природы (в ряде исследований информационный стресс выделяется специально и рассматривается как частный случай психологического стресса, связанного с информационными перегрузками). Эмоциональный стресс может быть правильно понят только с учетом того, что вообще подразумевается под понятием стресса, исходная концепция которого разрабатывалась в физиологическом ключе в 30-х гг. прошлого века канадским ученым Гансом Селье [Селье, 1960; Эмоциональный..., 1970].

По его определению, *стресс* есть совокупность всех неспецифических, т.е. достаточно универсальных физиологических изменений организма под влиянием любых по своей природе сильных, экстраординарных факторов (*стрессоров*), приводящих к усиленной перестройке его защитных систем и направленных на поддержание гомеостаза. Подобная стереотипная совокупность реакций (гормональных, вегетативных, обменных и др.) в своих клинических проявлениях получила название *адаптационного синдрома*, в развёртывании которого выделяют три фазы:

1) *тревоги* (название фазы не отражает буквальной эмоциональной реакции, а носит лишь метафорический характер), соответствующей мобилизации защитных сил и компенсаторных ресурсов организма (*alarm*-реакция), что обеспечивает экстренную подготовку к действиям в новых условиях и общую энергетическую активацию;

2) *резистентности* (сопротивления, стабилизации гомеостаза — динамического равновесия внутренней среды), или приспособления к неблагоприятной ситуации в условиях продолжающегося действия стрессора (порой путем патологического функционирования); в благоприятных случаях, при нахождении выхода из сложной ситуации развитие стресса прекращается и организм переходит на нормальный режим функционирования;

3) *истощения* (при продолжительном и сильном воздействии стрессора либо недостаточности ресурсов самого организма происходит ослабление иммунного потенциала, его полное истощение, заканчивающееся смертью).

По физиологической сути стресс на первых двух стадиях понимается как целесообразный адаптационный процесс, смыслом которого является предотвращение разрушения структурной и функциональной целостности организма и обеспечение оптимального при данных обстоятельствах взаимоотношения с внешней средой. Поэтому в зависимости от того, какие результаты и какой ценой достигнуты человеком в ходе преодоления затруднений, стресс может оказаться продуктивным и деструктивным. В концепции Селье различают позитивный эустресс (*eu-stress*), связанный с эффективным использованием мобилизованных ресурсов, активным и конструктивным выходом из трудной ситуации, и негативный дистресс (*distress*), выражающийся в дезорганизации поведения и в переходе к обычно невротическим формам поведения.

Среди многочисленных форм стресса, обычно обозначаемых через термины спровоцировавших его раздражителей (болевой, термический, интеллектуальный и т.п.), особую роль играет *эмоциональный*

стресс, в той или иной степени сопутствующий всем другим его вариантам. Такая универсальность эмоционального стресса объясняется тем, что его содержанием оказывается не только включенность в него собственно аффективной составляющей, но и присутствие мотивации, которая обуславливает эмоцию и предшествует ей: стресс запускается не воздействующим фактором, а отношением к нему (в основном негативным — наличием угрозы или лишением того позитивного, что было). Раздражитель становится стрессором в результате его когнитивной интерпретации, т.е. благодаря значению, которое человек приписывает данному раздражителю. Сам Г. Селье считал, что качество ситуации не имеет принципиального значения, важна лишь потребность в перестройке или адаптации. Но трактовка психологического стресса в более широком контексте вообще предполагает исследовательское внимание к памяти, мышлению, интеллекту, перцептивным функциям и т.д. Л.А. Китаев-Смык [1983] вообще полагал возможным в структуре адаптационного синдрома выделять эмоционально-поведенческий, вегетативный, когнитивный и социально-психологический субсиндромы.

Сутью стресса на аффективном уровне оказывается неопределенная тревога, маниакальные формы поведения либо депрессия, хроническая усталость, необъяснимая раздражительность, апатия, страх, переживание безысходности и отчаяния. В симптоматике эмоционального стресса велика роль и психосоматических расстройств. При определенных условиях эмоциональный стресс может явиться причиной возникновения неврозов, гормональных дисфункций, а также патологических изменений сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем.

Вредность стимула, создающего психологическую стрессовую реакцию, воспринимается символически в виде совокупности представлений о событии с неблагоприятным исходом (возникает опережающий образ будущего негативного события), т.е. вредность стимула начинает предвидиться. Эмоциональная стрессовая реакция оказывается результатом опосредованной оценки угрозы, которая представляет собой предвосхищение человеком возможности опасных последствий воздействия на него негативных факторов [Бодров, 2000]. Если при «чисто» физиологическом стрессе раздражитель вызывает достаточно стереотипизированную физиологическую реакцию, развитие которой не определяется какими-либо интеллектуальными защитными механизмами, то при эмоциональном стрессе психический фактор позволяет индивиду производить оценку стимула, анализировать значение угрозы и противопоставлять ей защитные механизмы, что не всегда при-

водит к ожидаемым последствиям [Лазарус, 1970]. Поэтому, в отличие от физиологической, с учетом жизненного опыта эмоциональная реакция оказывается высокоиндивидуализированной. Таким образом, физиологический и психологический стрессы отличаются друг от друга по особенностям воздействующего стимула, механизму возникновения и характеру ответной реакции.

Имеет право на существование гипотеза, согласно которой ограниченность осознания эмоций, известная еще со времен З. Фрейда, и дефицитарность когнитивной переработки имеющегося аффективного состояния ведут к концентрации внимания на соматическом факторе эмоционального возбуждения и усилению физиологических реакций на стресс.

Эмоциональный стресс может проявляться в двух формах: как кратковременная вспышка эмоций и как длительное напряжение («психическая напряженность» [Наенко, 1976]) со сложными изменениями поведения, мышления, взглядов на жизнь и т.п. Например, так называемый синдром выгорания (эмоционального, психического, профессионального) в последние годы трактуется как частый случай хронического стресса. Чем выше субъективная значимость негативного события (чем больше личностных потребностей оно нарушает и чем больший смысл придает ему человек), тем большее психическое напряжение оно порождает. Показано, что из-за длительного воздействия негативных эмоций порожденное возбуждение приобретает способность к постоянной активации мозговых структур и различных соматовегетативных процессов. При наличии соответствующего слабого звена в организме возбуждение через него может оказать патогенное влияние как на деятельность головного мозга, так и на реализацию отдельных соматических и вегетативных функций. Эмоциональный стресс нарушает имеющую место в нормальном организме гармонию внутри- и межсистемных информационных отношений, которая наиболее чувствительна к различным повреждающим последствиям. В итоге при эмоциональных стрессах прежде всего нарушаются основные биоритмы организма: бодрствования и сна, менструальные циклы и пр. [Судаков, 1999].

По данным Ф.Б. Березина и Т.В. Барлас [1994], для лиц, у которых в зрелом возрасте под влиянием различных жизненных событий возникали такие расстройства, в детстве были характерны стрессовые ситуации, обусловленные неадекватным поведением матери: ее упрямство, нетерпимость к чужому мнению, завышенные притязания, авторитарность, властность, чрезмерные требования к ребенку, или, напротив, обидчивость, сниженный фон настроения, пессимизм, неуверенность в себе. Выделялся также

комплекс негативного воздействия со стороны отца: его поведение, снижающее самооценку ребенка, недостаток внимания и понимания, агрессивность или отчуждение, затрудняющее идентификацию с ним. При этом особенности взаимодействия с матерью не позволяли компенсировать стрессогенные ситуации, связанные с отцом. К числу других стрессовых ситуаций детства следует отнести конфликтность в родительской семье, ее нестабильность и положение «обойденного» ребенка (предпочтение ему братьев или сестер). Описанные стрессогенные воздействия могут приводить к клинически выраженным расстройствам уже в детстве.

Стрессоры

Развитие адаптационного синдрома во многом обусловливается природой стрессора, которая в силу своего разнообразия может классифицироваться в соответствии с разными принципами. Стрессоры классифицируются по типу жизненных событий или по типу трудностей (финансовые, служебные, межличностные, связанные со здоровьем, со смертью близкого и т.п.), по интенсивности (острые, средние, умеренные), по величине потерь или угрозы, по длительности (хронические, краткосрочные), по степени управляемости событий (контролируемые, неконтролируемые), по уровню влияния (макро- и микрострессоры) [Муздыбаев, 1998]. По мнению известного американского психолога Ричарда Лазаруса (Richard S. Lazarus; 1922–2002), который в формировании стресса существенное место уделял оценке актуальной или предвосхищаемой угрозы (в последнем случае вредность стимула, создающего психологическую стрессовую реакцию, воспринимается символически, без физического контакта), имеются три основных вида стрессоров: вред / утрата (уже осуществившийся ущерб), угроза (ожидаемый ущерб) и вызов (трудная задача, несущая потенциал выгоды) [Lazarus R.S., Folkman S., 1984]. Но существуют и более детализированные классификации стрессоров.

Например, в зависимости от продолжительности своего воздействия на человека предлагается делить их следующим образом [Harris, Mackie, Wilson, 1956; цит. по: Леви, 1970].

Кратковременные стрессоры:

- 1) неудачи;
- 2) отвлечения внимания (решение задачи в условиях помех);
- 3) вызывающие чувство страха;
- 4) вызывающие неприятные физические ощущения;
- 5) темпа или скорости.

Длительно действующие стрессовые ситуации:

- 1) сражения (наступление или оборона);
- 2) опасной работы;
- 3) заключения и изоляции;
- 4) длительной работы, порождающей усталость, умственную или физическую либо ту и другую вместе.

С.А. Разумов [1976] предлагает условно делить стрессоры в соответствии с общностью их проявлений в условиях жизни.

1. Стрессоры активной деятельности:

а) экстремальные — участие в боевых действиях, космических полетах или трансатлантических подводных походах; деятельность, связанная с риском, не исключаяющая страхующие механизмы (испытание техники, прыжки с парашютом и т.п.) и исключаяющая страхующие механизмы (работа саперов по обезвреживанию бомб, прыжки на лыжах с трамплина и др.), нахождение в средах обитания, отличных от обычной (астронавты, гидронавты, спелеологи и т.д.) и др.;

б) производственные — работа с информационной перегрузкой, с большой ответственностью, дефицитом времени и т.д.;

в) психосоциальной мотивации — соревнования, сдельная работа, участие в конкурсах, стремление получить награду, благодарность и т.д.

2. Стрессоры оценок (могут действовать как в период какой-то деятельности, так и до, и после нее):

а) «старт»-стрессоры и стрессоры памяти — предстоящее состязание, защита диплома или диссертации, накануне медицинской процедуры или операции, перед кабинетом авторитетного лица, внезапное воспоминание о пережитом горе, ожидание угрозы или необычной радости, предчувствия и др.;

б) побед и поражений — победа в соревновании или в конкурсе, признание изобретения или открытия, успех в искусстве, творческий экстаз, любовь, женитьба, рождение ребенка, поражение, неуспех, непризнание в деятельности, проигрыш, смерть или болезнь близкого человека и т.д.;

в) зрелищ — спортивные зрелища, драматические или комедийные фильмы, театральные представления, изобразительное искусство и т.д.

3. Стрессоры рассогласования деятельности:

а) разобщения — конфликтные ситуации в квартире, семье, на работе, в общественных местах; угроза или неожиданное, но значимое известие и т.д.;

б) психосоциальных и физиологических ограничений — сенсорная депривация, мускульная депривация, заболевания, ограни-

чивающие обычные сферы общения и деятельности, тюремная изоляция, сексуальная дисгармония, родительский дискомфорт, голод, жажда и т.д.

4. Физические и природные стрессоры: мускульные нагрузки, хирургическое вмешательство, травмы, электрический ток, темнота, яркий свет, сильные неприятный звук, вибрация, качка, высота, холод, жара, землетрясения и т.д.

Совершенно очевидно, что только наличие стрессора еще не определяет развитие стрессовой реакции и ее последствий, поскольку она оказывается зависимой и от физиологических особенностей самого организма, и от целого ряда социальных и социально-психологических факторов (стиля жизни, активного отношения к ситуации, опыта, воспитания и др.). Например, индивидуально умеренный стресс может не разрушать, а мобилизовывать защитный потенциал организма и, как было показано в ряде исследований, оказывать тренирующий эффект, поднимая организм на новый, более совершенный уровень адаптации.

Американские психиатры Томас Холмс (Thomas Holmes) и Ричард Рэй (Richard Rahe) на основании опроса большого числа испытуемых [Holmes, Rahe, 1967] составили шкалу стрессогенности различных жизненных ситуаций, в том числе и приятных, приняв за 100 баллов смерть супруга (табл. 2.4). Ориентироваться на приведенные в ней баллы можно лишь условно, поскольку за последние более чем полвека спектр ситуаций, порождающих стресс, изменился, кроме того, даже в адаптированном виде эта шкала продолжает отражать особенности западного менталитета.

Таблица 2.4

Шкала стрессоров Т. Холмса и Р. Рэя

№ п/п	Жизненные события	Баллы
1	Смерть супруга (супруги)	100
2	Развод	73
3	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером	65
4	Тюремное заключение	63
5	Смерть близкого члена семьи	63
6	Травма или болезнь	53
7	Женитьба, свадьба	50
8	Увольнение с работы	47

Продолжение табл. 2.4

№ п/п	Жизненные события	Баллы
9	Примирение супругов	45
10	Уход на пенсию	45
11	Изменение в состоянии здоровья членов семьи	44
12	Беременность партнерши	40
13	Сексуальные проблемы	39
14	Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39
15	Реорганизация на работе	39
16	Изменение финансового положения	38
17	Смерть близкого друга	37
18	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы	36
19	Усиление конфликтности отношений с супругом	35
20	Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
21	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги	30
22	Изменение должности, повышение служебной ответственности	29
23	Сын или дочь покидают дом	29
24	Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
25	Выдающееся личное достижение, успех	28
26	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
27	Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
28	Изменение условий жизни	25
29	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения	24
30	Проблемы с начальством, конфликты	23
31	Изменение условий или часов работы	20
32	Перемена места жительства	20
33	Смена места обучения	20
34	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19
35	Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19

№ п/п	Жизненные события	Баллы
36	Изменение социальной активности	18
37	Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора)	17
38	Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна	16
39	Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи	15'
40	Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т.п.)	15
41	Отпуск	13
42	Рождество, встреча Нового года, день рождения	12
43	Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения)	11

Фрустрации

С понятием стресса и невроза (особенно в классическом психоанализе) теснейшим образом связано понятие *фрустрации* (от лат. *frustratio* — обман, неудача, крушение надежд, расстройство планов) — психического состояния, которое возникает при наличии препятствия, блокирующего удовлетворение значимых потребностей, что проявляется ощущением неудовлетворенности и психического напряжения, возникающего из-за невозможности осуществить те или иные цели, реализовать мотив («ситуация невозможности» [Василюк, 1984]). Ощущение непреодолимости препятствия может иметь под собой объективные основания, а также возникать исключительно на субъективной почве (в случаях, когда препятствие реально непреодолимым не является). Фрустрация может выражаться в гнетущем напряжении, тревожности, чувстве безысходности, депрессии. Частными реакциями могут быть уход в мир фантазий, агрессивность (или аутоагрессивность), деструктивизм, сосредоточение внимания на неудовлетворенной потребности, искажения в восприятии действительности и др. А. Маслоу [2007] подчеркивал, что феномен фрустрации адекватен только в том случае, если в структуре возникшей депривации присутствует угроза для жизненных целей индивида, его самооценки и самоактуализации.

Выраженность фрустрации зависит от силы и интенсивности ограничивающего фактора (например, угрозы), функционального

состояния субъекта, его опыта и выработанных ранее форм эмоционального реагирования на жизненные трудности.

Фактор, выступающий в качестве препятствия или сопротивления, может быть внешним и внутренним по отношению к субъекту, пассивным и активным.

Депривации

Частным, но весьма распространенным фрустрирующим обстоятельством выступает *депривация*, как уже указывалось, — лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей, отделение человека от необходимых для него источников (обычно в течение достаточно длительного времени). Форма депривации обозначается через качество и специфику того, чего лишен субъект: двигательная, сенсорная, информационная, социальная, материнская и др. *Эмоциональная депривация*: отсутствие возможности создания чувственного отношения, эмоциональных контактов с каким-либо лицом или разрыв ранее существовавшей эмоциональной связи. По степени выраженности депривация может быть полной или частичной. Причинами депривации могут являться как чисто физические обстоятельства, например, отсутствие объекта потребности, так и обстоятельства морально-этического характера (самоограничения).

Естественно, что различная национальная специфика, степень «цивилизованности» и обычаи диктуют и некоторые вариации в понимании того, что считать депривацией.

Вне экспериментальных условий широко распространены два варианта депривации, различающиеся по характеру происхождения. В первом случае субъект (обычно ребенок) исходно лишен необходимых для полноценного развития психических функций и способностей информации, стимуляции и впечатлений (например, в условиях закрытых учреждений или в неблагополучной семье — материнской ласки и заботы, необходимого разнообразия сенсорной составляющей, широты коммуникаций), а во втором случае человек отсекается от обычных, привычных для него факторов, без которых жизнь субъективно начинает восприниматься или реально оказывается неполноценной (например, тюремное заключение, попадание в социальную среду, лишенную ранее имевшихся средств массовой информации или культурного слоя и т.п., как, например, в среде мигрантов). Как правило, адаптации к имеющемуся ограничению не наступает и, несмотря на попытки подавления, мотивация ущемленной потребности сохраняется, что и приводит к кумуляции негативных эмоций, просцирующихся в различные формы псевро-

тического, психопатического или девиантного поведения. В других случаях, напротив, происходит снижение уровня познавательной активности и мотивации, что, в частности для детей, может сопровождаться проблемами со школьным обучением. На высоте субъективных переживаний психическая депривация рождает ощущение отсутствия личностных потребностей, смысла жизни и, соответственно, целесообразности существования.

Эмоциональная депривация — отсутствие возможности создания чувственного отношения, эмоциональных контактов с каким-либо лицом или разрыв ранее существовавшей эмоциональной связи.

В частности, большинство исследователей детской психики указывают на существенные неблагоприятные следствия материнской депривации в раннем возрасте. Ее результатом становятся трудности в выработке ребенком адекватных средств эмоционального реагирования, в формировании чувства безопасности, уверенности в себе, а также неумение вступать в значимые отношения с окружающими, вялость эмоциональных реакций и агрессивность. В подростковом возрасте депривация приводит к дезорганизации развития психических процессов и процесса становления ориентировочно-исследовательского поведения, снижению познавательных мотиваций и коммуникативной активности, затруднениям в понимании и предвосхищении событий, недостаточности интеллектуального развития. Речь также может идти о высокой тревожности, слабой эмоциональной устойчивости, раздражительности, негативизме, враждебности, подозрительности, которые в сочетании с неблагоприятными социальными факторами могут провоцировать развитие девиантного поведения [Ярославцева, 2002].

Вместе с тем Й. Лангмейер и З. Матейчек [1984], анализируя различные теории депривации, указывают, что развитие ребенка не ограничивается лишь связью «ребенок — мать». В действительности ребенок является составной частью всей социальной системы и всегда постепенно усваивает многочисленные социальные роли, которые не только он сам перенимает и осуществляет, но и те, которые касаются других лиц, что подготавливает к их более позднему приятию. Депривация может в данном понимании рассцениваться в первую очередь как дефект в учении социальным ролям, обусловленный отсутствием требуемого опыта в области социальных взаимодействий в детстве. Это сближает материнскую депривацию с депривацией социальной, поскольку в последнем случае также присутствует фактор эмоционально окрашенного контакта со взрослыми и эмоциональной чувствительности ребенка к отношению с ним. Л.И. Божович [1997] пишет о том, что положи-

тельные эмоции у младенцев возникают и развиваются лишь под влиянием удовлетворения потребности во внешних впечатлениях. Удовлетворение же собственно биологических потребностей — в пище, кислороде и пр. — приводит лишь к успокоению ребенка, состоянию удовлетворенности, но не вызывает радостных эмоций.

Влияние депривации на ребенка имеет и другую сторону. К моменту, когда деятельность коры больших полушарий становится актуальной и востребованной, сама кора еще не завершила своего формирования ни в структурном, ни в функциональном отношении. Известно, что полноценное развитие столь сложного органа возможно лишь во взаимодействии с внешней средой, в результате действий комплексных внешних раздражителей на воспринимающие органы и ответного на них реагирования. Если внешних раздражителей нет или они недостаточны, то и морфологическое развитие, и функциональная деятельность коры полушарий мозга задерживается или идет неправильно [Щелованов, 1960].

Длительное пребывание ребенка в бедной стимульной среде закрытых детских учреждений, даже при наличии хорошего питания и медицинского обслуживания, сопровождается феноменом *госпитализма*, выражающегося прежде всего в недостаточности эмоционально-волевой сферы, в элементах аутизма, агрессивности и отставании в развитии (само понятие ввел в оборот австро-американский психоаналитик Рене Спитц (Rene Spitz, 1887–1974) в 1945 г., исследовавший его причины, проявления и последствия у младенцев и детей, потерявших в период войны родителей и долго находившихся в больницах). В грубых формах подобные явления в настоящее время почти не встречаются, но общая тенденция пока продолжает сохраняться. В соответствии с МКБ-10 госпитализм рассматривается как реактивное расстройство у тех детей, кто в силу пребывания в больнице на длительное время разлучен с матерью и лишен домашнего окружения. Такие дети вялы, недостаточно активны, истощены и бледны, плохо едят и спят, короткий период плача, возбуждения сменяется заторможенностью, пассивностью, выглядят несчастными (печально-покорное выражение лица); у них отмечаются приступы лихорадки, у младенцев — отсутствие навыков сосания. Пребывание в больнице сказывается более заметно на психике интеллектуально сохраненных детей и, в меньшей степени, на больных с психическим недоразвитием. В первую очередь происходит утрата навыков речи и игры, затем нарушается координация моторики [Исаев, 2005].

После выписки некоторые дети из-за пережитого эмоционального шока первое время не узнают родителей, затем болез-

ненно реагируют на замечания, становятся более обидчивыми, требовательными и капризными. У них часто расстраивается сон, увеличиваются количество страхов и «прилипчивость» к родителям. Нарастают эмоциональная и вегетативная неустойчивость, вероятность появления психомоторных нарушений в виде тиков, заикания, энуреза [Захаров, 2006]. Эти расстройства обратимы (симптомы исчезают через 2–3 недели после возвращения ребенка к матери или заменяющему ее лицу).

Следует иметь в виду, что при прочих равных условиях, чем раньше для ребенка возникает депривация и чем сложнее комплекс вызвавших ее обстоятельств, тем тяжелее дизонтогенетические последствия и тем слабее толерантный и адаптационный потенциал личности.

Сенсорная депривация в быту иногда наблюдается у лиц, связанных с некоторыми видами профессиональной деятельности (например, служащих на подводных лодках) или у лиц с повреждением ведущих анализаторных систем, прежде всего — зрения и слуха. Характеризуется резким ограничением поступления через эти каналы потока разнообразных ощущений и образов, что в начальный период таких ограничений может вызывать компенсаторную реакцию в виде оживления фантазирования, повышения чувствительности сохранных сенсорных аппаратов или активации работы памяти (эйдетические представления). Но позднее сенсорная депривация, особенно в условиях жестких экспериментов, начинает порождать целый ряд расстройств, начиная от тревоги до изменений сознания, депрессии и галлюцинаций.

Толерантность

Толерантность, или *фрустрационная толерантность*, — устойчивость к соответствующим ситуациям, способность адекватно их оценивать и прогнозировать, умение находить из них социально приемлемый выход. Смысл и значение понятия толерантности может варьироваться в зависимости от контекста, в котором оно встречается: например, она может выражаться и через эмоциональную устойчивость, терпимость к чужим мнениям и системе взглядов, выносливость и т.п. Понятие фрустрации, равно как и фрустрационной толерантности, тесно связано с понятием стресса. Отсутствие достаточного уровня толерантности к неблагоприятным факторам способствует невротизации личности, возникновению психосоматических и психических расстройств вплоть до суицидных попыток.

Н.Д. Левитов [1967] указывает на существование разных форм толерантности. Наиболее благоприятная предполагает спокой-

ствии, рассудительность, готовность использовать случившееся как жизненный урок, отсутствие самообвинений. Толерантность может проявляться и известным напряжением, усилиями по сдерживанию нежелательных импульсов и реакций. Она реализуется в виде бравирования, подчеркнутого равнодушия, маскирующих скрываемое озлобление или уныние. Упоминается и такая форма толерантности, как интерпретирование ограничивающей ситуации в качестве благодеяния или выгоды, что можно рассматривать и как срабатывание других — защитных — механизмов.

Психологическая защита

Термин «*защитные механизмы*» был впервые употреблен З. Фрейдом в 1884 г. в его статье «Нейросихозы защиты». Позднее это понятие многократно модернизировалось, интерпретировалось, наполнялось иным смыслом по сравнению с исходными трактовками, предпринималось большое число попыток верифицировать сведения об отдельных защитных механизмах, как в рамках психоаналитического толкования, так и с иных теоретических позиций.

В современной психологической литературе понятие психологической защиты тесно связано с понятием целостности личности. Особое внимание уделяется поддержанию самооценки, чувству уверенности, самоуважению, «Я-концепции», индивидуальности.

Защита вообще обозначает любую реакцию организма с целью сохранить себя и свою целостность. В психоаналитической теории это любые психические процессы, позволяющие сознанию достичь компромиссного решения проблем, не поддающихся полному разрешению, и оградить его от негативных, травмирующих личность переживаний.

В современной науке термин «психологическая защита» до сих пор не нашел своего окончательного определения, но чаще всего употребляется для обозначения любого поведения, устраняющего психологический дискомфорт, который гипотетически может возникнуть в результате стресса, фрустрации или травмы. Среди многочисленных дефиниций используются такие как: сохранение соответствия между имеющимися у больного представлениями об окружающем мире, себе и поступающей информацией, снижение тревоги (психического дискомфорта) или повышение самооценки посредством искажения процесса отбора и преобразования информации; понижение субъективной значимости травмирующего фактора; система адаптивных реакций личности на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений — когнитивных, эмоциональных, поведенческих — с целью ослабления

их психотравмирующего воздействия на «Я-концепцию» [Психотерапевтическая..., 2006]; специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или уменьшение чувства тревоги путем ограждения сферы сознания от негативных, травмирующих личность переживаний; совокупность способов последовательного искажения когнитивной и аффективной составляющих образа реальной ситуации; система процессов и механизмов, направленных на сохранение однажды достигнутого (или на восстановление утраченного) позитивного состояния субъекта [Штроо, 1998] и др. Около десяти иных определений психологической защиты различных авторов приводит В.И. Журбин [1990]. Практически все определения содержат в себе указание на вектор защитных механизмов, ориентированный на сохранение относительного эмоционального комфорта.

Совокупность психологических защит как специальный механизм формируется в процессе взросления каждого индивида, сталкивающегося с большим разнообразием ситуаций, вызывающих эмоциональные состояния, выражения которых чреваты дальнейшим конфликтом, дополнительной опасностью и выработкой путей совладания с ними (по Р. Плутчику) [Романова, Гребенников, 1996].

Разногласия, существующие между многочисленными авторами, использующими это понятие, сводятся к следующему: следует ли его распространять на повседневную жизнь и рассматривать как разновидность нормального механизма, либо ограничить его действие случаями явного дезорганизующего влияния на поведение, когда возникающая ситуация по своему деструктивному потенциалу превышает внутренние ресурсы индивида.

Другая сфера разногласий касается перечня и содержания конкретных механизмов психологических защит, число которых в настоящее время исчисляется десятками. Здесь отмечаются неясности, омонимичность и синонимичность существующих терминов, неточность перевода научной терминологии с одного языка на другой, неопределенность соотнесения защит друг с другом.

Среди психологических механизмов защит у взрослых чаще всего упоминаются следующие [Романова, Гребенников, 1996].

Отрицание — отказ признавать существование нежелательных, болезненных фактов, что может выражаться как в искаженном восприятии действительности, так и в специфических феноменах работы памяти (пропуск тяжело переживаемых событий, замена их вымыслами). З. Фрейд считал, что отрицание — онтогенетически наиболее ранний и наиболее примитивный механизм защиты.

Проекция — подсознательное приписывание собственных (нежелательных или кажущихся угрожаемыми) качеств, чувств, желаний и мыслей другому лицу.

Регрессия — возвращение к более раннему, примитивному способу реагирования (эмоциональному, нелогичному мышлению) или привычкам, свойственным ребенку.

Замещение — перенаправление агрессивных импульсов с опасного или значимого индивида на слабый одушевленный или неодушевленный объект либо на самого себя, совершение бессмысленных действий.

Вытеснение (подавление) — устранение, перевод психического содержания (мыслей, образов или воспоминаний) из сознания в бессознательное, часто сопровождающийся забыванием (амнезией) как самого травмирующего события, так и сопутствующих ему обстоятельств. Вытеснение считается наиболее универсальным средством избегания внутреннего конфликта. Вытеснение и подавление иногда противопоставляются друг другу по критерию большей — меньшей осознанности.

Интеллектуализация — избыточная рассудочность, защитный механизм, близкий рационализации или являющийся ее частным случаем, при котором абстрактное, дискурсивное, «объективное», отстраненное мышление становится инструментом овладения переживаниями и аффектами. Контроль над эмоциями достигается путем доминирования рассуждений по поводу переживаний над самими переживаниями. При этом субъект от эмоций не дистанцируется (как при рационализации), но в результате холодного анализа придает им новый смысл, что может создавать у окружающих впечатление эмоциональной неискренности.

Сублимация — вытесненная в бессознательное энергия нерализованной (инстинктивной, сексуальной) потребности канализируется в другую приемлемую или даже полезную форму активности (например, научную, творческую или спортивную). Понятие сублимации стало распространяться и на область агрессивных влечений.

Компенсация — онтогенетически поздний механизм защиты, используемый, как правило, сознательно. Это попытка нахождения замены потере, нехватке или недостатка.

Реактивное образование связывается с окончательным усвоением индивидом «высших социальных ценностей». Развивается для сдерживания радости обладания определенным объектом — в поведении подчеркиваются прямо противоположные тенденции.

Интроекция (интернализация) — включение внешнего мира, в том числе взглядов, мотивов и установок других в свой внут-

ренный мир, присваивание или приписывание собственному «Я» определенной части обычно ожидаемых другими качеств внешнего мира. Идущее извне ошибочно воспринимается как происходящее внутри.

Идентификация — бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому, любимому или уважаемому человеку. Идентификация часто ориентируется на внешние признаки поведения (в детстве — родителей, в юности — литературных или реальных героев и т.д.). Одновременно она (как и интросекция) является и механизмом, способствующим усвоению социальных норм. Поэтому причисление идентификации и интросекции к защитной сфере можно рассматривать как условное.

Рационализация — построение безопасных, приемлемых моральных, логичных обоснований для объяснения и оправдания неприемлемых форм поведения, мыслей, поступков, желаний (агрессивности как активности, безразличия как независимости, скупости как бережливости и т.д.), уход от принятия поступков, признание которых за собой грозило бы потерей самоуважения (дискредитация недостижимого объекта).

Инверсия (реактивное образование) — подмена действий, мыслей и чувств, отвечающих подлинному желанию, диаметрально противоположными, что обуславливается конфликтом между желанием и запретом на его удовлетворение (смена установок под влиянием «цензора»).

Изоляция — отделение угрожающей, психотравмирующей ситуации от связанных с ней переживаний (например, страха, вины или стыда), от других сторон жизни субъекта — доступ неприятных эмоций к сознанию блокируется. Прimitивная изоляция — это либо бегство от реальности, порой в мир фантазий, либо использование химических веществ для изменения самого сознания.

Фантазирование — создание воображаемого приукрашивающего сценария, в котором исполняются желание субъекта. Считается, что фантазирование может не только выполнять защитную функцию, но и играть роль «вознаграждения», отождествления себя с некоторым идеальным «Я». Элементы фантазирования с разной степенью осознания присутствуют почти во всех иных механизмах и стратегиях защиты.

При том что один человек может иметь пристрастия к преимущественному использованию какой-то формы защиты, в реальной жизни могут применяться любые их варианты в различных сочетаниях.

Очевидно, что подавляющее большинство защитных механизмов формируется в детстве, в семье, а позднее во взаимодействии с дру-

гими людьми, определяющем разнообразные модификации защитного поведения. Чем раньше ребенок сталкивается с психическими травмами, тем более глубокий отпечаток они накладывают на жизнедеятельность и адаптацию повзрослевшего человека. В то же время, хотя механизмы защиты считаются частью любого невротического процесса, психологическая защита сама по себе не рассматривается как признак патологии.

В качестве специфически детских защит [Никольская, Грановская, 2000] выделяют следующие:

- *отказ* — проявляется в отстранении от общения даже с близкими людьми, от пищи, игр, в уходах из дома;
- *оппозиция* — провоцируемый обидой или неудовлетворением капризов, просьб активный протест против норм и требований взрослых (от криков и падений до агрессивности);
- *имитация* — незрелая форма идентификации, обнаруживаемая в стремлении во всем подражать определенному лицу или герою;
- *компенсация* — стремление восполнить слабость и неудачливость в одной области успехами в другой;
- *эмансипация* — борьба за самоутверждение и самостоятельность, свободу и даже за имущественные права;
- *замещение* — замена мишени агрессии с возможной проработкой своих чувств;
- *вытеснение* — замена реальных неприятных фактов вымышленными, становящаяся основой лживости;
- *отчуждение (изоляция)* — отключение от внешнего мира и уход в собственный, в мечты и фантазии.

И.М. Никольская, Р.М. Грановская также упоминают сублимацию, регрессию и сновидения.

Принципиально важными в реализации психологических защит являются два обстоятельства. Во-первых, они определяются субъективной значимостью события для человека, и поэтому задача психологических защит заключается в устранении психологического дискомфорта, а не в разрешении стрессорной или фрустрирующей ситуации (их вектор направлен на устранение тревоги, беспокойства, а не на их источник; изменения происходят в мире субъективных значений и смыслов, они реализуются через относительно нерациональное поведение). В этом смысле психологическая защита обслуживает актуальный психологический комфорт. Во-вторых, после работы Анны Фрейд «Эго и механизмы защиты» [1936, 2003], в которой она, по сути, ввела это понятие в научный оборот, защиты относятся к числу бессознательных, автоматизированных явлений. Эта точка зрения разделяется не всеми

авторами, изучавшими данную проблему. Например, Ф.В. Бассин, один из первых отечественных ученых, анализировавших значения психологических защит, считал, что они возможны и при столкновении вполне осознаваемых, но аффективно насыщенных установок [Бассин, 1969].

Несмотря на позитивную роль, которую играют рассматриваемые формы поведения в предотвращении невротических и аффективных расстройств, Л.Д. Демина, И.А. Ральникова [2000] справедливо считают, что защитные механизмы обладают и двумя общими нежелательными характеристиками:

1) действуют на неосознаваемом уровне и поэтому являются средствами самообмана;

2) искажают, отрицают, трансформируют или фальсифицируют восприятие реальности, чтобы сделать ее (реальность) менее угрожающей для индивидуума.

Кроме того, их третьей общей чертой является отказ личности от деятельности, предназначенной для продуктивного разрешения ситуации или проблемы. Поэтому по мере нарастания отрицательного влияния извне психологическая защита, временно позволявшая личности иллюзорно-положительно воспринимать объективное неблагополучие, становится все менее эффективной, а порой и вредной, приводящей к депрессии. Аналогичные критические идеи звучат и в более ранних работах Б.В. Зейгарник [1982], В.С. Ротенберга, В.В. Аршавского [1984], В.А. Ташлыкова [1992] и др.

Стратегии совладания

В современной психологии все большую отчетливость начинает приобретать идея о необходимости разделения адаптивных психологических механизмов на защитные стратегии и стратегии совладания со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями (*копинг-стратегии*). В отличие от защитных, также многочисленные *стратегии совладания* всегда осознаны, рациональны и направлены на реальный источник тревоги. Основная функция копинга состоит в реальной адаптации человека к требованиям ситуации.

Проблема копинга начала разрабатываться еще с середины XX в., а сам термин «совладание» впервые использовал в 1962 г. Луис Мэрфи (Lois Barclay Murphy, 1902–2003) для обозначения преодоления кризисов развития у детей. Занимаясь проблемами становления личности в раннем детстве, она особое внимание уделяла взаимодействию среды и организма ребенка.

В настоящее время широкое распространение получила концепция преодолевающего поведения, предложенная зарубежными исследователями Р.С. Лазарусом (Richard Stanley Lazarus) и С. Фолкман (Susan Folkman) [Lazarus, 1966; Lazarus, Folkman, 1984].

Эти авторы определяют копинг как «когнитивные и поведенческие попытки управлять специфическими внешними и / или внутренними требованиями, которые оценены как вызывающие напряжение или чрезвычайные для ресурсов человека» [цит. по: Корнев, 2006, с. 24–35] и предлагают рассматривать два основных типа стратегий: проблемно-ориентированный и эмоционально-ориентированный копинги. Авторы подчеркивают, что копинг — это процесс, который все время изменяется, поскольку личность и среда образуют неразрывную, динамическую взаимосвязь и оказывают друг на друга взаимное влияние.

Проблемно-ориентированный копинг связан с попытками человека улучшить отношения «человек — среда» путем изменения когнитивной оценки сложившейся ситуации, например, через поиск информации о том, что делать и как поступить, или путем удержания себя от импульсивных или поспешных действий. Подобные формы копинга, скорее всего, будут использованы, если результат столкновения оценен субъектом как поддающийся изменению. *Эмоционально-ориентированный* копинг включает в себя мысли и действия, которые имеют своей целью снизить физическое или психологическое влияние стресса. Эти мысли или действия не направлены на устранение угрожающей ситуации, а просто дают человеку почувствовать себя лучше. По существу, вектор приложения этой формы преодолевающего поведения и его механизмы практически совпадают с вышеописанными стратегиями психологической защиты. Эмоционально-ориентированные формы копинга более вероятны, если ситуация оценивается субъектом как не поддающаяся изменению. Психологическая защита скорее выполняет функцию отсрочки, данной сознанию для подготовки к более продуктивным процессам переживания психотравмирующей ситуации.

Являясь комплексным ответом на стресс, копинг в основном опирается на когнитивные механизмы и преимущественно волевые, произвольные формы поведения. Он оказывается более сложным и онтогенетически более поздним механизмом приспособления человека к окружающей среде. Лишь после многократного столкновения с однотипными фрустрирующими или стрессогенными ситуациями реакции на них могут становиться все более автоматизированными. Это не значит, что все формы копинг-поведения всегда будут приводить к успешной адаптации в социуме — в принципе

возможны как эффективные, так и неэффективные их варианты, обусловленные различными стратегиями: конкретными приемами и способами, с помощью которых происходит процесс совладания [Корнев, 2006].

Необходимо отметить, что непроходимой смысловой пропасти между психологическими защитами и копинг-механизмами нет, это скорее континуум, на одном полюсе которого расположены более ранние, непосредственные, аффективно-ориентированные и экстренные формы субъективного реагирования, а на другом — более поздние, опосредованные сознанием, активные и учитывающие не только желаемое состояние индивида, но и возможности преобразования внешней среды. Стратегии совладания строятся на основе защитных механизмов, и в обоих случаях имеется тенденция к адаптации и избеганию тревоги. Например, стратегии совладания могут иметь отношение к управлению собственными эмоциями (их редуцированию за счет изменения обстоятельств, их вызывающих, или за счет прямого влияния на эмоции).

Вероятность использования активных проблемосовладающих поведенческих стратегий по мере взросления человека повышется.

Преодолевающее поведение можно рассматривать как процесс, включающий несколько последовательных стадий:

- 1) предупреждающая или подготовительная (предварительная оценка ситуации, выделение в ней критических изменений, с которыми необходимо справиться);

- 2) оценка возможностей и ресурсов индивида;

- 3) выбор адекватных стратегий совладания, мобилизация ресурсов;

- 4) собственно совладание (непосредственное осуществление когнитивных и поведенческих усилий для решения конкретных задач);

- 5) завершающая (восстановление, оценка результата или переоценка стрессогенности события).

В современной психологии существуют различные перечни стратегий разрешения проблемных ситуаций, каждый из которых по-своему классифицирует конкретные их формы (эффективные — неэффективные, когнитивные — поведенческие, эмоциональные — проблемно-ориентированные, по направлению: приближение — избегание и т.д.). Широкую известность получила классификация копинга, предложенная американским исследователем К. Карвером [Carver, 1989], которая включает: активный копинг (действия по устранению источника стресса); планирование своих действий в отношении сложившейся проблемной ситуации; поиск активной

общественной поддержки (помощи, совета у своего ближайшего окружения); поиск эмоциональной поддержки (сочувствия и понимания со стороны окружающих); подавление конкурирующей деятельности (снижение активности в отношении дел, не имеющих отношения к стрессу); обращение к религии; положительное истолкование и рост (оценка ситуации с точки зрения ее положительных сторон и отношение к ней как к одному из источников жизненного опыта); сдерживание (ожидания более благоприятных обстоятельств для разрешения ситуации); принятие (признание реальности ситуации); фокус на эмоциях (аффективное реагирование); отрицание стрессового события; ментальное отстранение (отвлечение от источника стресса), а также поведенческое отстранение, использование алкоголя и юмор [см. также обзор: Нартова-Бочавер, 1997].

При этом необходимо иметь в виду, что когнитивные и эмоциональные потребности могут конфликтовать между собой, а удовлетворение первых способно приводить к фрустрации вторых, либо, напротив, фрустрация когнитивных может провоцировать психические расстройства [Маслоу, 2007].

Еще более радикализированным в отношении жизненных трудностей является понятие жизнестойкости (*hardiness*) [Александрова, 2004], которое наравне с личностным адаптационным потенциалом [Маклаков, 2001] — черта, безусловно, позволяющая индивиду справляться с дистрессом.

Согласно мнению одного из основных разработчиков концепции жизнестойкости С. Мадди (Salvatore Maddi), будучи антагонистичной трусости, она включает психологическую живучесть и расширенную эффе́ктивность человека, а также является показателем его психического здоровья. Важнейшие характеристики жизнестойкости в отношении себя и окружающего мира — установка на выживаемость и «включенность», которая мотивирует человека к реализации, лидерству, здоровому образу мыслей и поведению [Maddi, Khoshaba, 2005]. Она дает возможность чувствовать себя значимым и достаточно ценным, чтобы полностью включаться в решение жизненных задач, несмотря на наличие стрессогенных факторов и изменений в противовес впаданию в состояние беспомощности и пассивности. Эти обстоятельства требуют учета психологом при формулировании им функционального диагноза.

Количественные и качественные изменения вышеупомянутых свойств и функций эмоций — их *неадекватное ослабление, усиление, утрата, а также нарушения динамики эмоций и изменения их содержания* (например, степени реалистичности), сопровождающиеся со-

циально-психологической и личностной дизадаптацией, мешая выполнению различных социальных функций и обязанностей, могут трактоваться как расстройства эмоциональной сферы. Подобные нарушения выступают в качестве самостоятельных (детерминироваться личностными особенностями, «Я-концепцией», особой мыслительной переработкой информации), являться частными симптомами других психических расстройств, возникать как последствия значительных фрустрирующих (препятствующих, блокирующих, ограничивающих) стрессовых ситуаций, сопутствовать соматическим заболеваниям, быть следствием внешних воздействий (травм, интоксикаций и т.п.). Подходы к принципам классификации этих расстройств столь же многообразны, как и они сами.

Нарушения в эмоциональной сфере

Большинство нарушений в эмоциональной сфере, главным образом настроения, могут описываться с помощью категорий гипотимии, гипертимии, паратимии, нарушения динамики эмоций, а также на более низком уровне: изменениями порогов эмоционального реагирования.

Эмоциональная гиперестезия — нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно обостренной эмоциональной окраской, оценкой раздражителей как травмирующих. Возникает при понижении порога эмоционального реагирования.

Эмоциональная гипестезия — это нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно ослабленной эмоциональной окраской. Возникает при повышении порога эмоционального реагирования.

Д.Н. Исаев [2001], помимо упомянутых, рассматривает еще изменения уровня чувственной сферы, выделяя две группы расстройств:

1) *регресс чувств*, наблюдаемый при выраженном шизофреническом дефекте в форме исчезновения высших чувств и преобладания низших (элементарных) чувств, вытекающих из органических потребностей;

2) встречающийся реже *прогресс чувств* у некоторых психопатических личностей, характеризуемый болезненным доминированием высших (предметных и мировоззренческих) чувств, т.е. чувств морального, эстетического удовольствия, личного достоинства и др.

Гипотимия

С гипотимией отождествляются все виды патологически пониженного настроения. Психологически она сложна по структуре

и характеризуется одновременным сосуществованием различных нарушений (меланхолической подавленности настроения, тревоги и страхов, дисфорических, апатических, адинамических, депрессивно-параноидных, ипохондрических, истерических явлений, суицидальной настроенности, психической анестезии и др.). Крайнее проявление гипотимии — депрессия.

Депрессия — патологически сниженное, мрачное, подавленное или печальное настроение, сопровождающееся потерей интересов, унынием, упадком духа, снижением энергичности и тонуса, чувством безысходности, обреченности, разочарованием, чрезмерными мыслями о собственной виновности, либо низкой самооценкой, угрызениями совести, в далеко зашедших случаях — отчаянием и суицидными мыслями (депрессия является одной из основных причин самоубийств). У пожилых больных возникает чувство усталости от жизни, пресыщенности, отвращения к ней, желание смерти. Для людей в подобном состоянии характерна и скорбная мимика. Иногда депрессия у пожилых напоминает ипохондрическое состояние.

При наличии депрессии происходит замедление ассоциативных, мыслительных процессов, усиливаются проблемы с концентрацией внимания, утрачиваются побуждения к действию (апатия), решения принимаются с трудом, в прошлой жизни выискиваются негативные стороны и события, текущая жизнь кажется мрачной, а будущее бесперспективным, утрачивается и способность к получению или предвкушению удовольствий (*ангедония*). Возникают тягостные ощущения давления, боли, сжимания, локализованные чаще всего в области сердца. Депрессивные переживания могут сопровождаться явлением внутреннего опустошения, исчезновением эмоционального отклика на окружающее (оскудением родственных чувств, утратой эстетической стороны воспринимаемого), болезненным чувством потери такой способности.

Отмечаются замедление двигательной активности, расстройства сна и аппетита, снижение половых функций. В некоторых случаях, напротив, можно наблюдать тревожное речевое и двигательное возбуждение (вплоть до ажитации), мучительное ощущение несчастья, хаотичные метания, самоповреждения. Сниженное настроение сохраняется достаточно долго и мало подвержено колебаниям в зависимости от изменения обстоятельств жизни больного.

Депрессия, несмотря на субъективную тягостность, часто сопровождается *алекситимией* — затруднением в описании своих переживаний.

У детей младшего и дошкольного возраста в клинической картине депрессии преобладают соматовегетативные и двигательные расстройства. Дети то вялы и заторможены, то беспокойны и тревожны. Тревога обычно сопровождается вегетативными нарушениями: потливостью, тремором, бледностью кожных покровов и др. Часто отмечаются расстройства сна и аппетита, энурез и энкопрез.

У детей младшего школьного возраста депрессии характеризуются, прежде всего, утратой свойственной им жизнерадостности. Ребенок теряет интерес к играм, делается обидчивым, раздражительным, иногда агрессивным. Отмечаются трудности засыпания, кошмарные сновидения, энурез, запоры.

В пренубертатном возрасте при депрессивных состояниях отмечаются тоскливое настроение, ипохондрические идеи, выраженное снижение самооценки. В этом возрасте подавленное настроение уже может сопровождаться замедлением темпа мышления, речевой и двигательной активности, жалобами на боли в различных органах, но четких депрессивных высказываний нет, а сама депрессия имеет тенденцию маскироваться капризностью и поведенческими расстройствами [Гиндикин, 1997].

Симптоматика депрессивных расстройств у подростков приближается к проявлениям депрессии у взрослых. Наиболее характерны ипохондрические и дисморфофобические переживания, отгороженность, периодически сменяемые дисфорией. Могут возникать элементарные и даже наивные идеи самообвинения [Нуллер, Михаленко, 1988].

Депрессия может развиваться как по эндогенным (внутренним, наследственным — биполярное аффективное расстройство, шизофрения), так и по экзогенным (привнесенным извне) причинам: при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга (например, в инволюционный период); в связи с последствиями черепно-мозговой травмы; при опухолях головного мозга; на фоне инфекционно-органических заболеваний головного мозга или при тяжелых формах соматических заболеваний; на почве наркологических проблем (алкоголизм, наркомания, токсикомания). Следует иметь в виду, что полной изолированности эндогенных депрессий от средовых факторов нет, последние примерно в половине случаев играют провоцирующую роль. Развернутая классификация депрессий представлена А.Б. Смулевичем [2007].

К числу экзогенных могут быть отнесены и психогенные причины, приводящие к двум типам депрессий [Можгинский, 2006].

1. *Реактивная депрессия* рассматривается в качестве ответа на внешние повреждения психического равновесия с симптомами

страха, печали, резкой слабости. Среди психотравмирующих ситуаций можно назвать значимую утрату (например, разлуку, смерть близкого человека), вынужденную миграцию, конфликты в семье, школе, на работе. Они непосредственно отражаются в содержании депрессивных мыслей. Наблюдается также прямая зависимость между силой «психического удара», величиной переживаний и временем их проявления: по мере отдаления от вызвавшей депрессию ситуации тяжесть депрессивных симптомов имеет тенденцию уменьшаться и со временем должно наступить выздоровление.

Необходимой предпосылкой для возникновения реактивной депрессии является соответствие ситуационных моментов структуре и особенностям личности больного, у которого развивается такая депрессия. В период выраженных симптомов реактивной депрессии нередко возникают суицидальные попытки.

2. *Невротическая депрессия* отличается от реактивной тем, что психотравмирующая ситуация не является кратковременным и сильным «психическим ударом», а представляет собой длительно существующий межличностный конфликт или субъективно неразрешимую проблему. Подобная ситуация вызывает перенапряжение защитных нервно-психических механизмов, затрагивает глубинные личностные структуры, связанные с процессом формирования характера и всей истории жизни человека. У таких пациентов отмечаются снижение побуждений, расстройство сна, затруднения в работе и учебе. Тяжелых типических признаков депрессии (тоски, самообвинений, заниженной самооценки, потери интересов) не обнаруживается, депрессия больше звучит в высказываниях больных, не отражаясь существенным образом на их внешнем облике и поведении. Весьма часто невротическая депрессия маскируется жалобами соматического и вегетативного характера (боль в животе, сердце, головные боли, головокружение, сердцебиение, общая слабость и т.д.) — *ларвированная*, в каком-то отношении незавершенная депрессия. Стертый характер такого расстройства осложняет его диагностику. Замечено, что признаки депрессивности часто обостряются в утренние часы.

Известный интерес представляет и психогенно обусловленная *истерическая депрессия*. Чаще такие состояния возникают в ответ на разрыв любовных отношений или смерть близких. В этих случаях истерическая депрессия протекает с картиной патологической реакции горя. Проявления депрессии отличаются чертами театральности, нарочитости, а иногда и карикатурности. Обращает на себя внимание склонность к драматизации собственного страдания. Воспоминания о трагедии носят характер овладевающих

представлений с ярким воспроизведением траурных церемоний, сцен похорон, разлуки и сопровождаются рыданиями со слезами, стопами, заламыванием рук, обмороками. Стремление привлечь внимание к своему горю нередко сопровождается демонстративным аутодеструктивным поведением с угрозами или даже попытками покончить с собой [Смулевич, 2007]. Истерическая по своим проявлениям депрессия обычно возникает у лиц, уже обладающих истерическими чертами.

Тоска — эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов, иногда адинамией. Гнетущая, безысходная тоска, сопровождающаяся характерными тягостными ощущениями мучительного сжатия, стеснения за грудиной, в области сердца, называется предсердечной (витальной). Входит в структуру депрессивных и невротических синдромов (одновременно и разновидность, и проявление депрессии). Психологическим ядром тоски, по-видимому, выступает чувство утраты, потери. Будучи сложным образованием, она также включает безнадежность, беспомощность, отчаяние, мучительную душевную боль, внутреннее напряжение, неуверенность, скрытую тревогу, утрату интересов и целей и даже бесчувствие.

Дистимия — «хроническая меланхолия», в каком-то смысле синоним невротической депрессии — менее выраженное, стертное проявление гипотимии, от которой она отличается меньшей тяжестью, но стойкостью симптоматики (возможны короткие периоды ремиссии). Черты дистимичности начинают отмечаться с детства (в форме плаксивости) и обостряться в период полового созревания как реакция на любую трудность, а в дальнейшем и спонтанно. Это хронически сниженное настроение на фоне ослабленного энергетического потенциала, вялости, невозможности получения удовольствия от каких бы то ни было положительных факторов. При дистимии доминируют мрачные размышления, также имеется сниженная самооценка, чувство удрученности, безнадежности, плохой сон, человек теряет интерес к событиям повседневной жизни, испытывает трудности в концентрации внимания, часто утомляется, но других серьезных нарушений психической и социальной деятельности нет. Она часто возникает у людей, испытавших длительный стресс или внезапную утрату [Репина, Воронцов, Юматова, 2003].

Характерны личностные особенности: низкая самооценка, безрадостность, слезливость, интроверсия, навязчивая фиксация на проблемах здоровья, переживания собственного бессилия, низкая мотивация к лечению, вялость, неспособность к поддержанию нор-

мальных эмоциональных отношений, трудности коммуникации, из-за чего, в свою очередь, снижается профессиональное приспособление и формируется социальная отгороженность. Но когда ситуация требует от таких людей мобилизации, они могут проявить известную активность.

Лица с дистимическими проявлениями имеют тенденцию выплескивать их вовне в форме требований повышенного к себе внимания, демонстративности своего уныния и т.п.

Тревога — данный термин используется в двух основных значениях [Спилбергер, 1983]. В первом из них подразумевается актуальное эмоциональное состояние, характеризующееся внутренним волнением, беспокойством, стеснением и напряжением, локализованными в груди. Сопровождается предчувствием и боязливым ожиданием надвигающейся беды, фрустрации, пессимистическими опасениями, обращенными в будущее [Березин, 1988]. Тревога, предвосхищая неприятности, наиболее часто проявляется в ожидании какого-либо события, которое трудно прогнозировать. В ряде случаев это служит основанием для отнесения тревожных расстройств не к аффективной сфере, а к нарушениям когнитивного компонента эмоциональности либо включения когнитивного аспекта как обязательной составляющей в феномен тревоги [см., например: Прихожан, 2000; Lazarus, 1991].

Во втором значении тревога, или, точнее, *тревожность*, используется для обозначения относительно устойчивых индивидуальных различий в склонности индивида испытывать это состояние. То есть в этом случае тревожность выступает как черта личности. Наблюдения показывают, что она коррелирует с такими качествами, как развитое чувство собственного достоинства, ответственности и долга, повышенная чувствительность к своему положению и признанию среди окружающих.

В отличие от тоски, тревога является активирующим аффектом (при ее наличии на физиологическом уровне фиксируются учащение дыхания, усиление сердцебиения, увеличение кровотока, повышение артериального давления, возрастание общей возбудимости, снижение порога чувствительности). Например, тревога может возникать острыми приступами, во время которых пациенты «не находят места», испытывают необъяснимую потребность бежать, кричать, подвергают себя самоистязаниям — тревожное возбуждение, сопровождаемое растерянностью. Г.И. Каплан и Б. Дж. Сэдок [1994, 1998], рассматривая тревогу как патологическое состояние, указывают на такие сопровождающие ее физиологические симптомы, как дрожь и сотрясение тела, боль в спине, го-

ловные боли, мышечное напряжение, нехватка воздуха, гипервентиляция, утомляемость, гиперемия или бледность кожных покровов, тахикардия, учащенное сердцебиение, потливость, похолодание рук, пониженное либидо, желудочно-кишечные расстройства, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, парестезия, затруднения при глотании («ком в горле»).

Выражаясь в различной степени интенсивности, тревога встречается как постоянный компонент депрессивного настроения. В соответствии с другим мнением, тревога занимает промежуточное положение между депрессией (тоской) и страхом, отличаясь от последнего относительной беспредметностью.

Во многих исследованиях уровень тревоги — тревожности рассматривается как один из важнейших индикаторов адаптированности к жизни и конкретной ситуации.

Страх — эмоциональное состояние или реакция, содержанием которых являются актуальные опасения человека о своем благополучии или жизни. Являясь частой составляющей гипотимии, интенсивность страха может колебаться в широком диапазоне: от опасения, боязни, испуга до ужаса и панических реакций [Жмуров, 2002].

Страх принадлежит к категории фундаментальных эмоций человека, само чувство страха возникает непроизвольно, помимо воли, сопровождаясь выраженным чувством волнения, беспокойства или ужаса. Исходя из сказанного, страх можно определить как аффективно заостренное восприятие угрозы для жизни, самочувствия и благополучия человека. В свою очередь, понимание опасности, ее осознание формируются в процессе жизненного опыта и межличностных отношений, когда некоторые индифферентные для ребенка раздражители постепенно приобретают характер угрожающих воздействий. В этих случаях говорят о появлении травмирующего опыта, психологическом заражении страхом от окружающих ребенка лиц и непроизвольном обучении с их стороны соответствующему типу эмоциональных реакций.

Условно различия между тревогой и страхом можно представить следующим образом: 1) тревога — сигнал опасности, а страх — ответ на нее; 2) тревога — скорее предчувствие, а страх — чувство опасности; 3) тревога обладает в большей степени возбуждающим, а страх — тормозящим воздействием на психику [Захаров, 2006].

Несмотря на свою негативную окраску, страх выполняет полезные функции в психической жизни человека. Как реакция на угрозу и реализация инстинкта самосохранения страх позволяет избежать встречи с ней, играя, таким образом, защитную адап-

тивную роль в системе психической саморегуляции. Кроме того, страх — это своеобразное средство познания окружающей действительности, ведущее к более критичному и избирательному отношению к ней. Представления об образующих страх источниках опасности составляют часть жизненного опыта индивида.

В клинической литературе часто описываются навязчивые формы страха — *фобии* (патологическое усиление инстинкта самосохранения). Это необъяснимые или преувеличенные страхи перед какими-то предметами, обыденными ситуациями или физиологическими проявлениями, которые по существу не могут быть причиной тревоги или страхов. Интенсивность подобных страхов может достигать уровня паники, утраты контроля над собственным поведением, выраженными вегетативными реакциями (непроизвольное мочеиспускание и дефекация, «гусиная кожа», изменение влажности кожи, спазм гортани, бледность, усиление сердцебиения, изменения диаметра зрачков, дрожь). В результате больной старается избегать любого столкновения с объектом фобии, что ограничивает его возможности в общении и работе. Широко известны агорафобия (страх открытых пространств, общественного транспорта, пребывания в одиночестве вне дома или в толпе), клаустрофобия (страх замкнутых пространств), акрофобия (страх высоты), арахнофобия (страх пауков), страх публичных выступлений и т.д. Для детей типичны страхи одиночества, темноты, животных, сказочных персонажей, смерти родителей, опоздания (в школу) и некоторые другие.

Возможна непроизвольная передача страхов ребенку матерью в процессе повседневного общения, когда она выражает повышенное беспокойство по поводу воображаемых и реальных опасений [Захаров, 1986].

Дисфория — злобно-тоскливое или угрюмо-подавленное настроение, сопровождающееся раздражительностью, изменениями общего самочувствия, переживанием особого внутреннего напряжения, разряжающегося вовне в виде агрессивных, разрушительных вспышек. В более мягкой форме выражается недоброежелательностью, враждебностью к окружающим, придиричивостью, брюзжанием, сварливостью, склонностью к конфликтам, неуступчивостью. Все это может сочетаться и с недовольством собой, самоосуждением, ненавистью к самому себе, вплоть до аутоагрессии. Дисфория характерна для части эпилептических больных, а также при органических заболеваниях головного мозга (состояние длится от нескольких минут до нескольких суток).

Растерянность — эмоциональное состояние с переживанием недоумения, беспомощности, «бестолковости», непонимания самых простых ситуаций и изменений своего психического состояния, которое представляется необычным, получившим какой-то новый, неясный смысл. Типичны сверхотвлеченность внимания в ответ на совершенно незначительные изменения во внешней среде, вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека. Характерно произнесение слов с вопросительными интонациями. Речь таких больных обеднена, сбивчива, непоследовательна, временами бессвязна, прерывается паузами и продолжительным молчанием. Большинство из больных малоподвижны, реже — двигательно возбуждены. На лице либо застывшее выражение удивления, сосредоточенности, обескураженности, либо эти мимические движения сменяют одно другое [Морозов, 1988]. Растерянность как патологическое состояние типична для шизофрении и органических психозов и может рассматриваться как одна из форм расстройств самосознания.

Гипертимия

Гипертимия — обобщенное название целого ряда форм болезненно повышенного настроения.

Эйфория — приподнятое, беспечное, веселое, праздничное, безосновательно жизнерадостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, оптимизма, инициативы, переживания счастья, субъективно хорошим самочувствием, ощущениями безоблачной радости, «лучезарности», «солнечности» бытия, но с поверхностной оценкой своего состояния и поведения. Эйфория часто сочетается с грубыми изменениями всей психической деятельности и поведения, которое лишается целенаправленности.

Эйфория может наблюдаться у психически здоровых лиц в состоянии легкого алкогольного и наркотического опьянения (каждому наркотику свойственна своя эйфория), во время медицинского наркоза, под влиянием хронической интоксикации. Вместе с тем эйфория в сочетании с элементами двигательной расторможенности и мимического оживления может быть ранним признаком ряда тяжелых заболеваний: опухоли мозга, сифилиса мозга, предынсультного состояния у больных с сосудистым поражением головного мозга; она может возникать в остром периоде черепно-мозговой травмы, в предсмертном периоде (по-видимому, как следствие гипоксии мозга). Особую роль в формировании гипоксии играют поражения лобных долей. При тяжелых соматических заболеваниях появление эйфории обычно сопровождается

анозогнозией, что представляет серьезную опасность для больного из-за недоучета им тяжести своего состояния и, как следствие, неправильного поведения.

Эйфория в литературе часто противопоставляется гипертимии (в узком понимании) и нижеописанной гипомании, в которых подчеркивается повышение двигательной и интеллектуальной активности, в отличие от эйфории, при которой, напротив, реальная мыслительная деятельность может замедляться, а ее продуктивность падать («тихая радость»). В последнем случае целесообразно говорить о благодушии, которое часто выделяется в самостоятельное эмоциональное расстройство.

Благодушие — разновидность эйфории — эмоциональное состояние с оттенком довольства, беспечности, со всяким отсутствием критичности, но без стремления к деятельности. Типично равнодушие к внешней ситуации, настроению или отношению окружающих, своему состоянию и своей судьбе и т.д. Обычно наблюдается на фоне интеллектуальных дефектов, деменции, сосудистых заболеваний головного мозга, при органических повреждениях его лобных долей.

Мания — патологически приподнятое, стойкое настроение, которое может варьировать от беснечной веселости до неконтролируемого возбуждения. Сопровождается гиперактивностью, непоседливостью, ускорением у больных мыслительных процессов, которые могут становиться беспорядочными, избыточной говорливостью и сниженной потребностью в сне, преувеличенным чувством физического и эмоционального благополучия, непоколебимым оптимизмом. Внимание рассредоточено, отмечается выраженная отвлекаемость, поведение расторможено, самооценка физических и умственных способностей завышенная, грандиозные планы кажутся легко осуществимыми, препятствия недооцениваются, встречаются идеи величия, собственной гениальности. Содержание высказываний непоследовательно. Больные легко переходят от одной темы к другой, постоянно отклоняясь от основного предмета разговора. При усилении речевого возбуждения не успевающая закончиться мысль уже сменяется другой, вследствие чего высказывания становятся отрывочными («скачка идей»). Мимика отличается живостью, движения быстры и порывисты, жесты и позы подчеркнута выразительны. Неадекватно возрастает количество стимулов, побуждающих человека к действиям.

Усиливаются инстинктивные формы поведения, в частности пищевого и полового, что может сопровождаться необдуманными поступками в неадекватных обстоятельствах (в силу ослабления кри-

тики к себе планка морально-этических норм снижается). Могут меняться и перцептивные процессы в сторону более яркого восприятия цветов и проработанности мелких деталей, начинают различаться более тонкие оттенки звуков. Больные в состоянии мании, как правило, оживлены, беспечны, смеются, поют, танцуют, полны радужных надежд, вычурно одеваются, острят, теряют чувство дистанции. В некоторых случаях приподнятое настроение быстро сменяется подозрительностью и раздражением.

Мания характерна для маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза (биполярного аффективного расстройства).

Гипомания — легкая степень мании, характеризующаяся продолжительным незначительным подъемом настроения (как минимум в течение нескольких дней), повышенной энергичностью, активностью и успешной предприимчивостью, чувством благополучия, физической и психической продуктивностью, ускоренным образованием ассоциаций, облегченными и поверхностными суждениями, остроумием (без бреда и галлюцинаций, типичных для мании). Также часто отмечаются повышенная общительность, чрезмерная фамильярность, повышенные сексуальность и аппетит, растет потребность в алкоголе, но сниженная потребность в сне. Гипомания может сопровождаться изменением норм социального функционирования, неадекватным самоощущением и огрубленным поведением, разбросанностью поступков, их безответственностью.

В детском возрасте гипомания приобретает черты чрезмерной веселости, подвижности, дурашливости и расторможенности влечений.

Мория (греч. *moria* — глупость) — патологически повышенное, немотивированное настроение с беспечностью, дурашливостью, смешливостью, склонностью к неуместным выходкам, плоским, циничным или грубым шуткам, каламбурам, проказам, сопровождаемым двигательным возбуждением, расторможенностью инстинктов, аморальными поступками (часто наблюдается в рамках деменции). Ускорения течения ассоциаций и продуктивного оживления деятельности не наблюдается. Возможно появление легкой оглушенности сознания. Мория встречается при опухолях лобно-базальной локализации, черепно-мозговых травмах, интоксикациях. В клинической литературе известна как синдром Брунса — Ястrowsца.

Экстаз — чрезвычайно повышенное, экзальтированное состояние с чувством наивысшего, доходящего до иступления восторга, восхищения, счастья, самозабвения, воодушевления, нередко с религиозным мистическим оттенком переживаний, сопровож-

дающееся утратой контроля над восприятием действительности (обманы, галлюцинации), нарушением контакта с окружающим миром, а также некоторыми изменениями сознания и поведения. Экстаз иногда рассматривается как крайняя степень мании, наблюдаемая при эпилепсии, шизофрении, истерии и отравлениях. Творческие «вдохновения» и «озарения», сопровождаемые необычайным эмоциональным подъемом, также в психологии могут трактоваться как разновидности экстатического состояния.

В ряде случаев высота экстатического аффекта сопровождается обездвиженностью и замедлением всех жизненных функций.

Гневливость — это высшая степень раздражительности и злобности в сочетании с недовольством окружающими, склонностью к агрессивным, разрушительным действиям. Может проявляться либо короткими вспышками, возникающими, например, при противодействии желаниям большого или при несогласии с ним, либо носит постоянный характер.

Циклотимия — нерезкие, но регулярные колебания настроения от приподнятого до легкой депрессии, при том, что временами настроение может быть нормальным. Изменения настроения при циклотимии обычно воспринимаются человеком как не связанные с текущими жизненными событиями, что и позволяет, начиная с работ Э. Кречмера [2003], иногда рассматривать ее как обусловленное биологическими особенностями врожденное расстройство темперамента [Каплан, Сэдок, 2002].

Значительное по выраженности чередование маниакальных и депрессивных состояний, порой сопровождающихся психотической симптоматикой, в настоящее время квалифицируется как *биполярное аффективное расстройство*, ранее трактовавшееся как маниакально-депрессивный психоз (МДП).

Паратимия — извращенное эмоциональное реагирование, нарушение единства между эмоциями и другими компонентами психической деятельности. В основном может выражаться: качественным несоответствием, *неадекватностью* аффективных проявлений вызывающей их причине, ситуации или содержанию сознания (*инверсия эмоций* — возникшая эмоциональная реакция не совпадает с ожидаемой); болезненными аффективными реакциями, которые не обусловлены внешними раздражителями; одновременным существованием двух противоположных по модальности эмоциональных состояний или оценок по отношению к одному и тому же явлению, индивиду или предмету (*аффективная амбивалентность*). Крайние варианты амбивалентности выражаются в неспособности осознавать сам факт конфликтности возникающих

в одно и то же время полярных эмоций, но кратковременная амбивалентность — это часть нормальной системы отношений, часто обусловленная объективной неоднозначностью роли данного объекта в жизни человека. Паратимии встречаются при личностных, невротических и психопатических расстройствах, а также у лиц с умственной отсталостью.

Одной из относительно распространенных форм паратимии является *симптом «стекла и дерева»*, который характеризуется сочетанием сниженной эмоциональности, притупленности, черствости и жестокости с повышенной ранимостью, чувствительностью (вплоть до слезливости и сентиментальности) к отдельным избранным аспектам реальности, при этом сила и качество эмоциональной реакции перестает соответствовать значимости раздражителя.

Нарушения динамики эмоций

Нарушения динамики эмоций (темпа протекания, возникновения и изменения) выражаются следующими феноменами.

Эмоциональная лабильность — быстрая и частая, производящая впечатление капризности смена эмоций, их полярности без достаточных оснований или вообще беспричинно (причина может быть непонятна не только внешнему наблюдателю, но и самому субъекту). Встречается при астенических состояниях, истерических проявлениях.

Тугоподвижность эмоций (инертность, ригидность) — длительное застревание на одной эмоции, часто отрицательной (обида, огорчение и т.п.) при уже исчезнувших поводе или вызвавшей ее психотравмирующей ситуации. Является составной частью эпилептических изменений личности.

Эмоциональная вязкость — смежное тугоподвижности (а иногда и совпадающее с ним по направленности) эмоциональное явление, которое может, в частности, выражаться в злопамятности, приверженности к раз и навсегда заведенному распорядку жизни, в консерватизме во взглядах и привычках, в косности и оппозиционном отношении к новому, в длительной сосредоточенности на неудачах, в прилипчивости к волнующим темам и т.п. [Жмуров, 1994]. Очевидно, что в таком понимании эмоциональная вязкость подразумевает специфические, порой причинно-следственные изменения внимания и мотивации.

Слабодушие — эмоциональная сверхчувствительность, невозможность сдерживать внешние, обычно контролируемые волевым усилием, проявления эмоциональных реакций. Встречается при не-

вротических расстройств, психоорганическом синдроме, на фоне возрастных изменений личности, при атеросклерозе сосудов головного мозга. Слабодушие не следует путать с утонченной эмоциональностью, свойственной творческим личностям.

Нарушения эмоций по интенсивности (напряженности) и экстенсивности (широте)

Побледнение эмоций — снижение интенсивности (силы) эмоциональных проявлений, сопровождающееся уменьшением выразительности (экспрессивности) мимики, голоса и жестов, наблюдается блеклость аффекта. Например, отсутствует эмоциональная реакция при перемене темы разговора. Вместе с тем при заострении ситуации вызываются адекватные по направленности, но кратковременные и нестойкие эмоции. Все это сочетается с ослаблением инициативы и снижением продуктивной активности.

Эмоциональная тупость (оскудение эмоций) — бесчувственность, безразличие, душевная холодность, черствость, бессердечие, опустошенность («паралич эмоций»), состояние, в первую очередь связанное с резким недоразвитием или утратой высших эмоций. Отсутствует эмоциональный отклик при восприятии эмоций окружающих, речь лишена мелодичности, образности, мимика бедная, жестикация скудная, однотишная. Инстинктивные, органические эмоции, как и эмоциональный тон ощущений, остаются относительно сохранными, но плохо контролируемы. Предельное обеднение эмоций может достигать уровня апатии.

Апатия — состояние полного эмоционального безразличия и отрешенности. Больные равнодушны ко всему происходящему, к близким, собственной судьбе. Апатия сочетается с полной бездеятельностью больного, безынициативностью, снижением волевой активности, безразличием к своей внешности. Возможны замедление реакций и провалы в памяти. Встречается как симптом шизофрении и как временное состояние в остром периоде черепно-мозговой травмы (контузии), при опухолях мозга, атрофических процессах (в том числе возрастных) головного мозга. К апатии могут приводить перенесенный стресс, длительные периоды физического или эмоционального напряжения.

Эмоциональное огрубение — утрата тонких эмоциональных дифференцировок, неспособность определять уместность и дозировать эмоциональные реакции, что наиболее ярко проявляется в сфере высших чувств и в отношениях с окружающими. Больные теряют присущие им ранее сдержанность, деликатность, учтивость, такт, чувство собственного достоинства и уважения к другим, утра-

чивают чувство дистанции, нравственное чутье, становятся назойливыми, циничными, бесцеремонными.

Эмоциональная нивелировка — исчезновение дифференцированного эмоционального реагирования, ранее свойственного данному субъекту. Проявляется в уравнивании выраженности эмоциональных реакций на объекты, события, ситуации, потребности, виды деятельности различной значимости. В эмоциях пропадают оттенки, полутона, в реагировании возникает шаблонность.

Сужение эмоционального резонанса — разрастание области безразличия в окружающем мире, уменьшение спектра ситуаций и объектов, вызывающих интерес, волнения, заботу. Возникает ощущение разобщенности с внешним миром, оторванности от него (компоненты дереализации). Утрата эмоциональной стороны восприятия весьма болезненно переживается самим человеком.

Эмоциональная патологическая инверсия иногда рассматривается в качестве частного и крайнего случая сужения эмоционального резонанса до удовлетворения лишь внутренних утилитарно-физиологических (гедонистических) потребностей. Возможна при эпилепсии и старческих психозах.

Эксплозивность (взрывчатость) — чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками аффектов, в особенности ярости, гнева, сопровождаемые агрессией, направленной вовне или на самого себя. При этом доминируют злобно-тоскливое настроение, страх или восторженно-приподнятое состояние. Эксплозивность можно рассматривать как готовность к состояниям аффекта, включая патологический. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эпилепсии, некоторым органическим заболеваниям головного мозга.

Алекситимия — индивидуальная особенность или личностная черта, выражающаяся неразвитостью целого ряда эмоционально-дифференцировочных способностей, в том числе сужением способности к гностическому отражению собственных эмоций. Термин введен американским психиатром Питером Сифнеосом [Sifneos, 1973].

Алекситимия характеризуется проблемами в определении и описании собственных эмоциональных состояний, переживаний; затруднениями в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижением способности к символизации, фокусированностью личности в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях [Клиническая..., 2002], скудностью содержания фантазий и других проявлений воображения. Значительное число таких пациентов использует для описания

собственного эмоционального состояния бедные и бесцветные выражения, им недостает воображения, интуиции и эмпатии. Характеристика своей эмоциональной сферы преимущественно дается в терминах пустоты, скуки и усталости. Производными становятся и нарушения коммуникативных функций.

По мнению В.В. Николаевой [1991], лица с алекситимией также отличаются примитивностью жизненной направленности и инфантильностью, преобладанием наглядно-действенного мышления, слабостью функции категоризации в мышлении. Другие ученые, напротив, подчеркивают отсутствие связи между алекситимией и уровнем интеллекта.

Причины алекситимии до конца не изучены, но известно, что она имеет связь с психосоматическими расстройствами, может встречаться в норме и являться следствием нарушенного межполушарного взаимодействия, возникать как следствие некоторых черепно-мозговых травм. Причем, основываясь прежде всего на личном опыте, вербальная оценка эмоций у каждого человека окрашивается индивидуальным субъективным смыслом и по своему неповторима. Поэтому источники алекситимии иногда находят в дисфункциональных стереотипах семейных отношений, в рамках которых свободная экспрессия чувств с помощью эмоционально содержательных слов не поощрялась, а использовались формальные выражения, «пустые» слова, не способные порождать эмоциональный резонанс и обеспечивать лучшее взаимопонимание и самопонимание.

Патологический аффект

Если при обычном аффекте психофизиологические реакции хотя и сильны, но не выходят за пределы нормы, *патологический аффект* характеризуется кратковременным нарушением психической деятельности, выражающимся бурной эмоциональной реакцией, возникающей без повода, не адекватной по силе вызвавшему ее раздражителю, либо в ответ на ключевую для личности травматическую ситуацию. Расстройства настроения при этом, как правило, сочетаются с глубоким помрачением сознания и автоматическими, бесцельными или опасными действиями (жестокое насилие, тяжкие повреждения, убийство). Агрессивный акт, совершаемый в состоянии патологического аффекта, чаще всего не вяжется с вежливым и сдержанным поведением испытуемого в обычном состоянии.

По вопросу о степени расстройства сознания при патологическом аффекте среди ученых нет единого мнения, поскольку в ряде

случаев при аффекте поступки могут, напротив — осознаваться с необычной яркостью. Нарушения сознания часто объясняются рядом изменений со стороны кровообращения, кровенаполнения сосудов, в частности расстройством иннервации сосудов и нарушением кровообращения в мозгу.

Патологические аффекты в одних случаях могут возникать на почве скрытого психоза, в других они имеют самостоятельный характер у людей, не демонстрирующих заметных психотических признаков. В противоположность этим взглядам ряд авторов считает, что у здоровых людей, не являющихся носителями патологической почвы (нервная неустойчивость, признаки выраженной акцентуации характера, психопатизация личности, эпилепсия), патологического аффекта быть не может. Некоторые авторы к числу предрасполагающих причин относят даже общий культурный уровень человека, полагая, что подобный аффект может возникнуть в результате оторванности от образцов цивилизованного поведения («дикости») и невоспитанности. Типичным для аффективных состояний является то, что действия, как бы они ни были сильны и разрушительны, почти всегда адресованы определенному кругу лиц, с которыми связаны избирательные представления, — оскорбителю, сопернику и т.п. [Калашник, 1984].

Различают три стадии (фазы) развития патологического аффекта.

1. *Подготовительная стадия.* Характеризуется в принципе сохранным сознанием, но нарастанием напряженности отрицательных эмоций, некоторой односторонностью восприятия и избыточной концентрированностью на психотравмирующих переживаниях, неспособностью «резво» оценивать ситуацию, расстройствами вегетатики (бледность или покраснение лица, дрожание губ, задержка дыхания и т.п.).

2. *Стадия взрыва.* Возникает глубокое нарушение сознания с расстройствами ориентировки, речевой бессвязностью и обычно бурным двигательным возбуждением, утратой самообладания, нецеленаправленным стереотипным (автоматизированным) поведением со склонностью к агрессии. Агрессивные действия, наблюдаемые в этой фазе, будучи обусловлены местью, ревностью, завистью и т.п., как правило, выражаются в нападении, разрушении, борьбе, гневе, ярости, негодовании (*агрессия* — это любая преднамеренная форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения [Бэрон, Ричардсон, 2001]). В некоторых случаях вместо агрессивных действий поведение приобретает пассивный характер

и выражается в растерянности, бесцельной хлопотливости, несмысленности ситуации и т.п.

3. *Заключительная стадия.* Характеризуется признаками резкого психического и физического истощения, человек впадает в состояние отупления, безразличия либо глубокого сна, после пробуждения от которого обнаруживается полная или частичная амнезия на происходившее в период аффекта.

Эмоциональный шок

Эмоциональный шок (эмоциональный паралич) — состояние, по психологическому профилю полярное патологическому аффекту; его пусковым механизмом является не личностно и социально ориентированная психотравма (как в последнем случае), а ситуации внезапных тяжелых душевных потрясений на почве общих природных (землетрясения, цунами) или военных, техногенных (масштабные аварии) катастроф, сочетающие в себе и внешние утраты, и актуальную угрозу жизни. Впечатление, испуг, производимые такими ситуациями, настолько сильны, что вместо ожидаемой манифестации эмоций происходит обратное — их блокада: возникают «тулая апатия» [Шнайдер, 1999], безучастность, равнодушие, потеря чувства сострадания, при том что когнитивные функции и сознание в целом практически не нарушаются, а само поведение продолжает оставаться относительно целесообразным. После прохождения эмоционального шока потерь памяти (амнезий) на происходившие события не наблюдается. Более того — позднейшие воспоминания о них могут пробуждать весьма яркое аффективное сопровождение.

Категория эмоционального паралича может использоваться и в нейропсихологии, в отношении так называемых «лобных» больных, где эмоциональные потери входят в состав более общих личностных изменений, включая благодушие, утрату критичности и др., имеющих отношение к функциональным нагрузкам поврежденных участков соответствующих зон мозга (а не следствием мощных психогенных воздействий на практически здорового человека).

Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) в отличие от патологического аффекта и эмоционального шока является отставленной или затяжной реакцией после пребывания в экстремальных, выходящих за рамки привычного опыта условиях (в последние годы говорят и о непредвиденной потере объекта особой привязанности или значимого другого).

В качестве важных характеристик тяжелого психотравмирующего фактора выступают неожиданность, переживание беспомощности, стремительный темп развития катастрофического события и длительность воздействия, а также повторяемость в течение жизни.

Помимо тяжести стрессорного фактора важную роль играет уязвимость индивидуума к ПТСР, о которой свидетельствуют не только такие особенности, как незрелость, астенические черты, гиперсенситивность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, направленному на подавление нежелательной эмоции, но также склонность к виктимизации (тенденции оказываться в роли жертвы при аналогичных ситуациях) или черты травматологии (удерживание травматического опыта). В последнее время все большее значение придается психологическим аспектам стресса, в частности жизненной значимости события, включая отношение личности к угрожающей ситуации с учетом моральных ценностей, религиозного и идеологического мировоззрения. Предрасполагающим фактором может стать физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно соматическое истощение на фоне нарушения стереотипа сна и приема пищи [Андрющенко, 2000]. Считается, что ПТСР наблюдают у 50–80% лиц, оставшихся в живых после катастроф [Понов, Вид, 2002].

Признаками такого рода расстройств являются навязчивые воспоминания о происшедших событиях (они «застревают» в памяти), кошмарные сновидения, возникновение чувства страха под влиянием ситуаций, символизирующих или напоминающих какой-либо аспект травмирующего события (воспоминания переживаются как события, происходящие сейчас в реальности), попытки избегания мест и воспоминаний, уклонение от встреч с людьми, связанными с происшедшим, ощущение отстраненности или отчужденности от окружающих, снижение уровня эмоционального реагирования, ощущение отсутствия перспективы в будущем, черты социально-трудовой дизадаптации и др. У детей, помимо указанных, возможны негативные фантазии о травме, которые вмешиваются в повседневную жизнь, отстранение от проявлений телесных ощущений и переживаний, актуализируется чувство вины. У взрослых чувство вины может приобретать форму переживания за то, что остался жив, при гибели остальных. ПТСР может характеризоваться и мнестическими нарушениями, а также нарушениями, отражающими характер экстремального воздействия (например, иллюзиями колебания земли после землетрясения), переориентацией интересов на частную жизнь [Смулевич, Ротштейн, 1999].

Предполагается, что важную роль в феноменологии ПТСР играют особым образом реорганизованные механизмы памяти, благодаря которым ярко негативно окрашенные воспоминания с течением времени не подвергаются обычным изменениям (стирание деталей, обобщение, свертывание, видение в контексте), они не включаются в когнитивную переработку и не становятся «прошлым».

Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (по МКБ-10)

В клинической литературе традиционно проводится дифференциация между эмоциональными расстройствами, специфическими для детского и подросткового возраста, и типом невротических расстройств зрелого возраста. Существует четыре аргумента, являющихся основанием для подобной дифференциации.

Во-первых, подавляющее большинство взрослых, имевших эмоциональные расстройства в детстве, не обнаруживают их признаков в дальнейшем. Подобная связь — их корреляция с тревожной патологией, описанной в зрелом возрасте, — отмечается лишь у меньшинства. И напротив, специфика многих невротических расстройств, появившихся в зрелой жизни, не имеет своих значимых психопатологических эквивалентов в детстве. Следовательно, есть существенный разрыв между эмоциональными расстройствами, встречающимися в этих двух возрастных периодах.

Во-вторых, многие эмоциональные расстройства в детстве скорее представляют преувеличения нормальных тенденций в процессе развития, чем феномены, которые сами по себе качественно аномальны.

В-третьих, часто возникают теоретические предположения, что вовлеченные психические механизмы у детей не являются теми же самыми, что и у взрослых. Имеется существенный качественный (особенно в сфере причин) разрыв между эмоциональными расстройствами, встречающимися в этих двух возрастных периодах.

В-четвертых, эмоциональные расстройства детского возраста менее ясно дифференцируются на предположительно специфические состояния, такие как фобические расстройства или навязчивые расстройства.

Тревожное расстройство, вызванное разлукой

Наличие некоторого фона тревоги, связанной с угрозой отделения от опекающих ребенка лиц (обычно родителей или других членов семьи, к которым ребенок привязан), вообще характерно

для младенцев и детей дошкольного возраста. Настораживающим обстоятельством становятся те случаи, когда подобная тревога начинает выходить за границы статистической нормы и когда она не является чертой, присущей ребенку независимо от провоцирующей ее ситуации. В большинстве случаев это результат неправильного стиля воспитания — потворствующей гиперпротекции, обучения детей быть чрезмерно боязливыми, либо психотравматизации ребенка в грудном возрасте, вызванная реальным расставанием с матерью. Психологически понятные страхи приобретают сверхценный характер, страдает автономность, самостоятельность поведения.

В МКБ-10 тревожные расстройства детского возраста представлены в рубрике «Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста». Большая их часть является по существу преувеличением нормальных тенденций в процессе развития. Тревога у ребенка может приобретать следующие формы [Попов, 2002]:

1) стойкое, нереалистическое опасение несчастья, которое может произойти с главным лицом ближайшего окружения, или страха, что родители оставят его и не вернутся;

2) нереалистическое опасение, что какой-либо неблагоприятный случай разлучит ребенка с лицом, к которому испытывается большая привязанность (ребенок потеряется, будет похищен или его убьют);

3) упорное нежелание идти в школу из-за страха расставания, а не по другим причинам;

4) отказ идти спать одному или вне дома из-за опасения потерять значимое лицо;

5) повторяющиеся ночные кошмары о разлуке;

6) повторное появление соматических симптомов (тошнота, боли в животе, рвота, головные боли и т.д.) в ситуациях, связанных с расставанием;

7) рецидивирующий дистресс (тревога, плач, раздражение, апатия, уход в себя и т.д.).

В подростковом возрасте присутствует избыточная потребность привлекать родителей для бытовых мероприятий.

Фобическое тревожное расстройство

В детском возрасте это расстройство правомерно рассматривать как клинически и патогенетически неоднородный симптомокомплекс, где тревожные расстройства являются доминирующими и в сочетании с личностными особенностями определяют наблю-

дасмую клиническую картину. Среди таких особенностей называют проявления психического инфантилизма в виде повышенной впечатлительности и внушаемости [Хрущ, 1998]. Определенную роль в возникновении тревожных расстройств играет генетическая основа, сопровождаемая наслосием социального опыта ребенка.

В детском возрасте, как и во взрослом, может существовать большое число страхов в отношении широкого спектра объектов и явлений внешней среды, часто выполняющих полезную, адаптивную функцию. Часть таких страхов соответствует фазе возрастного развития (или соответствовала при возникновении), но становится аномальной по тяжести и порождает существенные социальные нарушения (страхи сказочных персонажей, сновидений, страх расставания с родителями, одиночества, темноты, в старшем дошкольном возрасте — страх смерти, позднее — страх опоздать в школу, в подростковом возрасте — страх несоответствия требованиям окружающих и др.) [Захаров, 2000].

У детей с нарушениями формирования аффекта типична тенденция к особой сензитивности к негативным ситуациям, также называемой негативной аффективностью, фактически включающей эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Встречается длительная фиксация на негативных переживаниях, а также тенденция к распространению подобного типа реагирования на схожие ситуации, возникает необоснованное внутреннее беспокойство, мучительное чувство неопределенной угрозы.

Тревожно-фобические расстройства в детстве могут обнаруживать связь с ранее произошедшим сильным дистрессом (испугом, смертью или отъездом одного из родителей, разводом и т.д.) или длительной неустранимой психотравмирующей ситуацией (запугиваниями, тяжелыми внутрисемейными отношениями, болезнью одного из родителей и т.д.) [Савостьянова, 2001].

Социальное тревожное расстройство

Некоторый страх перед незнакомыми людьми (и взрослыми, и сверстниками) — обычная составляющая первых лет жизни ребенка, равно как и тревога при столкновении с новой, незнакомой социальной ситуацией. Они приобретают форму расстройства в возрасте, когда страх посторонних, беспокойство при неожиданных новостях, становясь аномальным по степени и стойкости, перестает быть нормой, что обычно происходит в промежутке от 3 до 6 лет. Предпосылками для этого могут явиться затяжные заболевания, психические травмы, особенности темперамента, опощрения со стороны родителей робости в поведении ребенка.

Становится очевидной разница в поведении в домашней обстановке (дети достаточно оживлены и адекватны в общении с близкими людьми) и внесемейной обстановке, что сопровождается проблемами социального функционирования (робеют, краснеют, переходят на шепотную речь или молчат, стараются спрятаться, плачут при попытке вовлечь их в коллективные игры). В подростковом возрасте у таких детей нередко наблюдается задержка социального развития.

Расстройство сиблингового соперничества

Сиблинги (сисы) — родные братья и сестры. Большинство маленьких детей демонстрируют легкую степень эмоциональных расстройств, наступающих вслед за рождением младшего сиблинга, но в некоторых случаях возникшие эмоциональные реакции ревности или соперничества могут отличаться стойкостью. Внешними проявлениями в таких случаях становятся: открытая жестокость к младшему, его принижение, нежелание делиться, отсутствие положительного внимания, регрессия ранее приобретенных навыков вплоть до младенческого уровня (что может интерпретироваться как попытка переключить на себя родительское внимание и любовь), социальная отгороженность, оппозиционное или конфронтационное поведение с родителями, вспышки гнева и дисфории.

В проекте МКБ-11 рубрика «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F90 — F98) исключена, что мотивируется отсутствием связи соответствующего симптома с конкретным заболеванием.

Но среди составляющих ее группы расстройств «Социальное тревожное расстройство» сохранено в разделе «Тревожные и связанные со страхом расстройства», где трактуется в контексте не только детского, но и взрослого возраста (страх публичных ситуаций и негативных оценок окружающих). «Тревожное расстройство, вызванное разлукой» переадресовано в тот же раздел под названием «Сепарационное тревожное расстройство» (Separation Anxiety Disorder), где подразумеваются не только симптомы, характерные для детей, но и отрыв от объекта привязанности, по отношению к которому у взрослого субъекта имеются глубокие эмоциональные связи.

Однако указания, присутствующие в МКБ, являются руководством прежде всего для врачебного персонала, обеспечивая единообразие принципов статистического учета зарегистрированных расстройств. Это не должно исключать возможности более тонкого психологического анализа подобных феноменов под углом зрения их причинности и специфики в функциональном диагнозе у детей.

Контрольные вопросы и задания

1. Через какие каналы реализовываются эмоции?
2. Какими параметрами характеризуются эмоции?
3. Опишите основные функции эмоций.
4. Какие уровни эмоционального взаимодействия с внешним миром выделяет В.В. Лебединский?
5. В чем заключаются сложности трактовки чувств и эмоций?
6. В чем разница между физиологическим и патологическим аффектом?
7. Через какие фазы проходит развитие стресса по Г. Селье и в чем особенности эмоционального стресса?
8. В чем психологическая сущность состояния фрустрации?
9. Каковы причины и проявления госпитализма у ребенка?
10. Охарактеризуйте позитивные и негативные стороны срабатывания защитных механизмов.
11. В чем различия итогов реализации защитных механизмов и копинг-стратегий?
12. С помощью каких клинических терминов могут описываться расстройства эмоционального фона и эмоционального реагирования?
13. Дайте описание различных видов гипотимии.
14. Как депрессия проявляется в детском и подростковом возрасте?
15. Какие значения приписываются терминам «тревога» и «тревожность»?
16. Опишите формы гипертимии.
17. Как между собой соотносятся эйфория и благодушие?
18. Как квалифицируется извращенное эмоциональное реагирование и какие формы оно принимает?
19. Через какие стадии (фазы) проходит развитие патологического аффекта?
20. В чем отличие эмоционального шока от патологического аффекта?
21. Опишите признаки и предпосылки посттравматического стрессового расстройства.
22. Какие эмоциональные расстройства типичны для детского возраста?

2.11. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

По мнению Л.И. Вассермана и О.Ю. Щелковой [2004], ведущая роль в клинко-психологических исследованиях принадлежит идентификации и определению степени выраженности таких эмоционально-аффективных нарушений, как депрессия, тревога, эмоциональная лабильность, дисфория, апатия, а также повышенная психическая истощаемость, астения, при том что в этом вопросе приоритет принадлежит клиническому методу исследования.

У детей серьезной причиной для более углубленного обследования является отсутствие реакции на похвалу и замечания. В экс-

перименте информативны реакции на неуспех: например, такие как переход к хаотическому перебору вариантов решения, наличие агрессивных действий, отказы, постоянные поиски помощи взрослого. Особая роль при исследовании эмоциональной сферы детей принадлежит принципу динамического изучения самого процесса формирования психики и учета недостаточного развития интроспекции детей, что ограничивает использование ряда методик (например, опросников), вполне уместных для взрослых. Не только у детей, но и у взрослых часто приходится ориентироваться на самоотчеты испытуемых, в которых отражается модальность переживания. Известную роль играют различные аппаратные методы фиксации мимики больного или демонстрация ему для идентификации портретов, в которых смоделированы различные эмоциональные состояния. Способы эмоционального реагирования у детей бывают хорошо заметны при наблюдении за их игрой; для выявления эмоционально окрашенных отношений в ряде случаев признаются полезными проективные методики.

Опросник нервно-психического напряжения

[Немчин, 1983]

Данный опросник включает 30 признаков нервно-психического напряжения, систематически повторявшихся при исследованиях лиц (студентов), обследованных в период экзаменационной сессии, а также аналогичных признаков, выявленных при исследованиях больных неврозами. Каждый из пунктов опросника предусматривает три степени выраженности соответствующей характеристики (слабую, среднюю, резкую), что выражается в балльных оценках 1, 2 или 3. По содержанию опросника все признаки (утверждения) делятся на три группы: первая отражает наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны соматических систем организма; вторая утверждает наличие (или отсутствие) психического дискомфорта и жалоб со стороны нервно-психической сферы; третья включает признаки, описывающие некоторые общие характеристики нервно-психического напряжения: частоту, продолжительность, генерализованность и степень выраженности данного состояния.

Приведем примеры вопросов.

1. Наличие физического дискомфорта:

- а) полное отсутствие каких-либо неприятных физических ощущений;*
- б) имеют место незначительные неприятные ощущения, не мешающие работе (не причиняющие беспокойства);*

в) наличие многочисленных, разнообразных неприятных ощущений, причиняющих беспокойство, мешающих работе, деятельности.

2. Наличие болевых ощущений:

а) полное отсутствие каких-либо болей;

б) болевые ощущения появляются лишь изредка, быстро исчезают и не мешают работе;

в) имеют место постоянные болевые ощущения, серьезно беспокоящие и мешающие на работе.

.....

30. Общая степень выраженности напряжения:

а) полное отсутствие напряжения либо весьма слабая его степень;

б) умеренно выраженное напряжение;

в) резко выраженное, чрезмерное нервно-психическое напряжение.

После выбора испытуемым ответов производится подсчет набранных баллов. Максимальное количество баллов, которое может набрать испытуемый, равно 90, когда испытуемый отмечает наиболее выраженные признаки нервно-психического напряжения. Минимальное количество — 30 баллов, что соответствует отрицанию подобного напряжения.

При разработке оценочной шкалы с тремя классами или уровнями выраженности изучаемого качества автором предлагается использовать следующие интервалы:

30–50 баллов — слабая степень выраженности;

51–70 баллов — умеренная степень выраженности;

71–90 баллов — чрезмерная напряженность.

Шкала реактивной и личностной тревожности

(STAI — State — Trait Anxiety Inventory)

[Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970; Ханин, 1976; Лучшие..., 1992; Практическая..., 2001; Практикум..., 2003]

Данная методика предназначена для оценки двух сторон или параметров тревожности: преходящего эмоционального состояния (реактивной тревожности) и устойчивой, фактически личностно интегрированной склонности воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие. Исходя из этой посылки методика включает в себя две шкалы, оценивающих реактивную (РТ) и личностную (ЛТ) тревожности, причем каждая из шкал при необходимости может использоваться самостоятельно.

Обе шкалы содержат по 20 утверждений, в отношении которых возможны четыре варианта ответа (по нарастающей степени выраженности для РТ и по частоте встречаемости для ЛТ).

В табл. 2.5 и 2.6 приведены образцы стимульного материала.

Таблица 2.5

Для реактивной тревожности

№ п/п	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
...	.....	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Таблица 2.6

Для личностной тревожности

№ п/п	Суждение	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
2	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
...	.....	1	2	3	4
20	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

В дальнейшем для обработки используются специальные ключи и процедуры расчета, учитывающие позитивную и негативную направленность различных утверждений. Высокий уровень соответствующей тревожности регистрируется при величине показателя от 46 баллов.

Личностная шкала проявлений тревоги

(Taylor Manifest Anxiety Scale — MAS)

[Taylor, 1953; Блейхер, Крук, 1986; Лучшие..., 1992;

Практикум по..., 2002; Диагностика..., 2002]

Методика является одной из шкал Миннесотского многопрофильного личностного опросника (MMPI) и включает 50 утверждений, требующих согласия или несогласия с каждым из них. Опросник Ж. Тэйлор в 1966 г. был адаптирован Т.А. Немчиным [1966], а позднее В.Г. Норакидзе [1975] усовершенствовал его, введя шкалу лжи (неискренности). Таким образом, опросник стал содержать 60 пунктов.

Факторный анализ шкалы выявил пять составляющих ее факторов, которые в совокупности и характеризуют устойчивую тревожность [Прихожан, 2000]:

- 1) хроническая тревожность или мучение;
- 2) возрастание психологического и / или соматического напряжения;
- 3) нарушения сна, связанные с внутренним напряжением;
- 4) чувство личностной неадекватности;
- 5) моторная скованность, неловкость.

По мнению ряда авторов, фактическим предметом исследования по этой методике является не тревога, а конституциональная тревожность как свойство личности.

Примеры вопросов методики в адаптации Т.А. Немчина:

1. *Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко.*
2. *Мои нервы расстроены не больше, чем у других людей.*
3. *У меня редко бывают запоры.*

.....
50. *Ожидание всегда нервирует меня.*

Примеры вопросов методики в адаптации В.Г. Норакидзе:

1. *Я могу долго работать не уставая.*
2. *Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет.*
3. *Обычно руки и ноги у меня теплые.*

.....
60. *Обычно я работаю с большим напряжением.*

После обработки по ключам и подсчета баллов производится квалификация тревожности в соответствии со следующими правилами (для обеих версий опросника):

- 40–50 баллов — очень высокий уровень тревожности;
- 25–40 баллов — высокий уровень тревожности;
- 15–25 баллов — средний (с тенденцией к высокому) уровень тревожности;
- 5–15 баллов — средний (с тенденцией к низкому) уровень тревожности;
- 0–5 баллов — низкий уровень тревожности.

Шкала явной тревожности для детей

(The Children's Form of Manifest Anxiety Scale — CMAS)

[Castaneda, McCandless, Palermo, 1956; Энциклопедия..., 1997; Прихожан, 2000; Диагностика..., 2002; Истратова, Эксакусто, 2006]

Личностная шкала проявлений тревоги для взрослых, в свою очередь, стала основой для создания шкалы явной тревожности для детей, разработанной американскими психологами А. Каста-

недой, Б.Р. Мак-Кэндлессом и Д.С. Палермо в 1956 г. и адаптированной А.М. Прихожан. Предназначена для установления хронических тревожных реакций у детей от 7 до 12 лет. Основная часть включает 42 отобранных пункта, специфика которых в том, что о наличии симптома свидетельствуют только утвердительные варианты ответов. Кроме того, детский вариант дополнен 11 пунктами контрольной шкалы, выявляющей тенденцию давать социально одобряемые ответы. Таким образом, методика содержит всего 53 вопроса, на которые ребенок должен ответить выбором «верно» или «неверно».

Примеры вопросов:

1. Тебе трудно думать о чем-нибудь одном.
2. Тебе неприятно, если кто-нибудь наблюдает за тобой, когда ты что-нибудь делаешь.
3. Тебе очень хочется во всем быть лучше всех.
-
53. Ты боишься, что с тобой случится что-нибудь плохое.

Дальнейшая обработка результатов при групповом проведении опроса (что уместно лишь для старшей части испытуемых) предполагает отбор бланков с ответами только «верно» или только «неверно», которые могут обуславливаться склонностью младших школьников к стереотипии ответов. При наличии подобных явлений полученный результат следует рассматривать как сомнительный. Для проверки используют контрольную шкалу «социальной желательности», предполагающую оба варианта ответа.

Также необходимо обратить внимание на наличие ошибок в заполнении бланков: двойные ответы (т.е. подчеркивание одновременно и «верно», и «неверно»), пропуски, исправления, комментарии и т.п. В тех случаях, когда у испытуемого ошибочно заполнено не более трех пунктов субшкалы тревожности (вне зависимости от характера ошибки), его данные могут обрабатываться на общих основаниях. Если же ошибок больше, то обработку проводить нецелесообразно. Следует обратить особое внимание на детей, которые пропускают или дают двойной ответ на пять или более пунктов СМАС. В значительной части случаев это свидетельствует о затрудненности выбора, трудностях в принятии решения, попытке уйти от ответа, что является показателем скрытой тревожности.

Если полученные данные принимаются к дальнейшей обработке, то после подсчета «сырых» баллов они по специальной таблице (табл. 2.7) переводятся в баллы (10-балльную шкалу).

Таблица 2.7

Характеристика уровней тревожности

Стены	Характеристика	Примечание
1–2	Состояние тревожности испытуемому не свойственно	Подобное «чрезмерное спокойствие» может иметь и не иметь защитного характера
3–6	Нормальный уровень тревожности	Необходим для адаптации и продуктивной деятельности
7–8	Несколько повышенная тревожность	Часто бывает связана с ограниченным кругом ситуаций, определенной сферой жизни
9	Явно повышенная тревожность	Обычно носит «разлитой», генерализованный характер
10	Очень высокая тревожность	Группа риска

Тест школьной тревожности Филлипса

[Phillips, 1978; Альманах..., 1995; Практикум по..., 2002;

Коблик, 2003; Психодиагностика..., 2006]

Цель данного теста — исследовать уровень и характер тревожности, связанный со школой, у детей младшего, среднего и старшего школьного возраста.

Тест состоит из 58 вопросов, которые могут зачитываться или предлагаться в письменной форме. На каждый вопрос требуется однозначно ответить «да» или «нет».

Примеры вопросов:

1. *Трудно ли тебе держаться на одном уровне знаний со всем классом?*
2. *Волнуешься ли ты, когда учитель говорит, что собирается проверить, насколько ты знаешь материал?*
3. *Трудно ли тебе работать в классе так, как этого хочет учитель?*

.....

58. *Дрожит ли слегка твоя рука, когда учитель просит сделать задание на доске перед всем классом?*

Структура теста предусматривает восемь шкал, отражающих выраженность восьми синдромов или факторов школьной тревожности.

1. Общая тревожность в школе — общее эмоциональное состояние ребенка, связанное с различными формами его включения в жизнь школы (22 вопроса).

2. Переживание социального стресса — эмоциональное состояние ребенка, на фоне которого развиваются его социальные контакты (прежде всего со сверстниками) (11 вопросов).

3. Фрустрация потребности в достижении успеха — неблагоприятный психический фон, не позволяющий ребенку развивать потребности в успехе, достижении высокого результата (13 вопросов).

4. Страх самовыражения — негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявляя себя другим, демонстрация своих возможностей (6 вопросов).

5. Страх ситуации проверки знаний — негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки знаний (особенно публичной), достижений, возможностей (6 вопросов).

6. Страх не соответствовать ожиданиям окружающих — ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, тревога по поводу оценок, даваемых окружающим, ожидание негативных оценок (5 вопросов).

7. Низкая психологическая сопротивляемость стрессу — особенности психофизиологической организации, снижающие приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера, повышающие вероятность неадекватного деструктивного реагирования на тревожный фактор среды (5 вопросов).

8. Проблемы и страхи в отношениях с учителями, общий негативный эмоциональный фон отношений со взрослыми в школе, снижающий успешность обучения ребенка (8 вопросов).

При обработке результатов выделяют вопросы, ответы на которые *не совпадают* с предусмотренным ключом как по всему тесту, так и по отдельным синдромам. Это проявление тревожности. Такие данные представляются в виде индивидуальных диаграмм. Если несовпадающих ответов больше 50%, то можно говорить о повышенной тревожности, если больше 75% от общего числа вопросов — то о высоком уровне тревожности.

Тест тревожности

(Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен)

[Dorkey, Amen, 1947; Практикум..., 2002; Тест..., 2002; Астапов, 2004; Овчарова, 2005]

Тест предназначен для исследования детей 4–7 лет.

Экспериментальный материал состоит из 14 рисунков размером 8,5 × 11 см. Каждый рисунок представляет собой некоторую типичную для жизни старшего дошкольника или младшего школьника ситуацию и выполнен в двух вариантах: *для девочки* (на рисунке изображена девочка) и *для мальчика* (на рисунке изображен мальчик). Лицо ребенка не прорисовано, дан лишь контур головы.

Каждый рисунок снабжен двумя дополнительными рисунками детской головы, по размерам точно соответствующими контуру лица на рисунке. На одном из дополнительных рисунков изображено улыбающееся лицо ребенка, на другом — печальное.

Рисунки показывают ребенку в строгой последовательности один за другим. Беседа проходит в отдельной комнате. Предъявив ребенку рисунок, экспериментатор спрашивает:

«Как ты думаешь, какое лицо будет у ребенка: веселое или печальное? Он (она) играет с малышами» (для первой картинки).

Во избежание персевераторных выборов у ребенка в инструкции чередуются определения лица.

«Как ты думаешь, какое лицо будет у ребенка: печальное или веселое? Он (она) гуляет со своей мамой и малышом» (для второй картинки) и т.д.

Дополнительные вопросы ребенку не задаются.

Выбор ребенком соответствующего лица и словесные высказывания ребенка можно зафиксировать в специальном протоколе.

Стимульный материал (в уменьшенном виде, порядок — слева направо) показан на рис. 2.23.

На основании данных протокола вычисляется *индекс тревожности* ребенка (ИТ), который равен процентному отношению числа эмоционально негативных выборов (печальное лицо) к общему числу рисунков (14):

$$\text{ИТ} = (\text{число эмоциональных негативных выборов} / 14) \times 100\%.$$

В зависимости от уровня индекса тревожности дети подразделяются на три группы:

- 1) *высокий* уровень тревожности (ИТ выше 50%);
- 2) *средний* уровень тревожности (ИТ от 20 до 50%);
- 3) *низкий* уровень тревожности (ИТ от 0 до 20%).

Каждый ответ ребенка анализируется отдельно. Делаются выводы относительно возможного характера эмоционального опыта ребенка в данной (и подобной ей) ситуации. Особенно высоким проективным значением обладают рисунки № 4 («Одевание»), № 6 («Укладывание спать в одиночестве»), № 14 («Еда в одиночестве»). Дети, делающие в этих ситуациях отрицательный эмоциональный выбор, вероятнее всего будут обладать наивысшим индексом тревожности ИТ; дети, делающие отрицательные эмоциональные выборы в ситуациях, изображенных на рисунках № 2 («Ребенок и мать с младенцем»), № 7 («Умывание»), № 9 («Игнорирование») и № 11 («Собирание игрушек»), с большей вероятностью будут обладать высоким или средним индексом тревожности ИТ.



Рис. 2.23. Ситуации для теста тревожности

Как правило, *наибольший уровень тревожности проявляется* в ситуациях, моделирующих отношения «ребенок — ребенок» («Игра с младшими детьми», «Объект агрессии», «Игра со старшими детьми», «Агрессивное нападение», «Изоляция»). Значительно ниже уровень тревожности в рисунках, моделирующих отношения «ребенок — взрослый» («Ребенок и мать с младенцем», «Выговор», «Игнорирование», «Ребенок с родителями»), и в ситуациях, моделирующих повседневные действия («Одевание», «Укладывание спать в одиночестве», «Умывание», «Собирание игрушек», «Еда в одиночестве»).

Диагностика школьной тревожности

[Прихожан, 2000; Диагностика..., 2002]

Основой для данной проективной методики, предназначенной для обследования детей 6–9 лет, послужили более ранние разработки Э.В. Амена и Н. Ренисона [Amen, Renison, 1954].

Методика включает два набора пронумерованных (на обороте) рисунков, каждый размером 18 × 13 см. На каждом из 12 рисунков набора изображены ситуации, включающие персонажи с не нарисованными лицами. *Набор А* предназначен для девочек, *набор Б* — для мальчиков. Ребенок получает инструкцию, в соответствии с которой ему необходимо определить, какое лицо — радостное, счастливое, сердитое, скучное, грустное, печальное или иное имеет тот или иной персонаж, и объяснить почему. Вопросы подобного рода в ходе эксперимента неоднократно повторяются.

Образцы стимульного материала приведены на рис. 2.24.

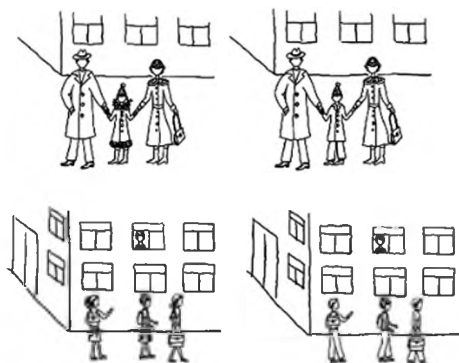


Рис. 2.24. Ситуации для диагностики школьной тревожности

Оценке подлежат ответы по 10 картинкам (со 2 по 11). Первая картинка является тренировочной, а последняя выполняет «буферную» функцию и предназначена для того, чтобы ребенок закончил выполнение задания позитивным ответом (это не значит, что на 12-й сюжет в принципе не может быть отрицательного ответа). На рисунках, где изображено несколько детей, ребенку необходимо выбрать героя для дальнейшего описания.

Тревожным можно считать ребенка, давшего семь и более «неблагополучных» ответов из 10. Кроме того, интерпретации подвергается и рассказ ребенка по картинке.

Шкала Цунга (Зунга) для самооценки депрессии

(Self-Rating Depression Scale — SDS)

[Zung, 1965; Смулевич, 2007]

Данная шкала была создана в Великобритании и в последующем получила международное признание. В 1988 г. была адаптирована в Институте им. В.М. Бехтерева [Рыбакова, Балашова, 1988]. Методика разработана на основе диагностических критериев депрессии и результатов опроса пациентов с этим расстройством. Оценка тяжести депрессии по ней проводится на основе самооценки по 20 вопросам (в соответствии со своим состоянием по четырем градациям, в которых отражена частота появления того или иного симптома — от «никогда или изредка» и «редко» до «часто» и «почти всегда или постоянно»). Ответы на вопрос оцениваются по 4-балльной шкале — иногда в прямой, а иногда в обратной последовательности.

Содержание вопросов отражает три группы критериев депрессии: депрессивный аффект, физиологические проявления депрессии и психологические переживания, связанные с депрессивным аффектом. При относительно невысоком уровне депрессии, особенно если в клинической картине наряду со снижением настроения наблюдаются астенические проявления, шкала может быть более чувствительна, чем другие экспериментальные и клинические методы. В психопрофилактических исследованиях SDS используется для выявления лиц с повышенным риском нервно-психической дезадаптации и лиц, страдающих слабовыраженными, стертыми, «матовыми» формами депрессий [Вассерман, Щелкова, 2004].

Примеры вопросов:

1	<i>Я чувствую угнетенность, подавленность</i>
2	<i>Я лучше всего чувствую себя утром</i>

3	<i>Я много плачу</i>

20	<i>Я по-прежнему получаю удовольствие от того, что мне нравилось и раньше</i>

Обработка результатов.

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле

$$УД = \sum_{пр} + \sum_{обр}$$

где $\sum_{пр}$ — сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19; $\sum_{обр}$ — сумма цифр, «обратных» зачеркнутым высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

В результате может быть получен УД в диапазоне 20–80 баллов.

Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии.

Если УД более 50 баллов и менее 59, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза.

При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия.

Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более чем 70 баллов.

Следует помнить, что использование психодиагностических шкал, которые содержат в своем названии и в интерпретации терминологию, характерную для психиатрического подхода, должно быть предельно корректным, поскольку основным источником суждения о фактическом состоянии субъекта являются клинические врачебные, по сути, экспертные наблюдения.

Опросник депрессивности Бека

(Beck depression inventory — BDI)

[Beck, Ward, Mendelson, Mock, Erbaugh, 1961; Тарабрина, 2001;

Малкина-Пых, 2005]

Опросник особо эффективен при скрининговых и предварительных обследованиях, но иногда он выявляет астению (недостаток мотиваций, живости, энергии), а не депрессию [Грин, Гринблат, Гутейл и др., 1998]. Результаты опросника высоко коррелируют с личностной и ситуативной тревожностью и алекситимией.

Методика предложена в 1961 г. и в клинической практике используется для оценки тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и его отдельных симптомов. Опросник предусматривает 21 пункт, отражающий следующее психологическое содержание:

- 1) печаль (*sadness*);
- 2) пессимизм (*pessimism*);
- 3) ощущение невезучести (*past failure*);
- 4) неудовлетворенность собой (*loss of pleasure*);
- 5) чувство вины (*guilty feelings*);
- 6) ощущение наказания (*punishment fears*);
- 7) самоотрицание (*self-dislike*);
- 8) самообвинение (*self-criticalness*);
- 9) наличие суицидных мыслей (*suicidal thoughts or wishes*);
- 10) плаксивость (*crying*);
- 11) раздражительность (*agitation*);
- 12) чувство социальной отчужденности (*loss of interest*);
- 13) нерешительность (*indecisiveness*);
- 14) дисморфофобия (*worthlessness*);
- 15) трудности в работе (*loss of energy*);
- 16) бессонница (*changes in sleeping pattern*);
- 17) утомляемость (*irritability*);
- 18) потеря аппетита (*changes in appetite*);
- 19) потеря веса (*concentration difficulty*);
- 20) озабоченность состоянием здоровья (*tiredness or fatigue*);
- 21) потеря сексуального влечения (*loss of interest in sex*).

Первые 13 пунктов опросника составляют когнитивно-аффективную субшкалу, а последние восемь пунктов — субшкалу, служащую для оценки соматических проявлений депрессии [Тарабрина, 2001].

В каждом из пунктов задается четыре варианта выбора ответа. Первый вариант отрицает наличие данной симптоматики в данный момент, а три остальных соответствуют его нарастающей степени, характеризуясь баллами 1, 2, 3.

Все утверждения опросника Бска являются прямыми, поэтому для подсчета общего результата необходимо просто просуммировать все баллы, соответствующие выбранным утверждениям (от 0 до 3).

Пример вопросов:

0. Мне не грустно.
1. Мне грустно или тоскливо.
2. Мне все время тоскливо или грустно, но я ничего не могу с собой поделать.
3. Мне так грустно или печально, что я не могу этого вынести.
0. Я смотрю в будущее без особого пессимизма или разочарования.
1. Я чувствую разочарование в будущем.
2. Я чувствую, что мне нечего ждать впереди.

3. Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть не может.

.....

0. Я не заметил никаких изменений в моей половой жизни.

1. Моя половая активность меньше, чем раньше.

2. Моя половая активность значительно снизилась.

3. Я утратил половую активность.

Считается, что испытуемый страдает депрессией, если он по когнитивно-аффективной субшкале (первые 13 вопросов) набрал более 25 баллов. Результат менее 10 баллов говорит об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии испытуемого. Промежуточную группу составляют испытуемые с легким уровнем депрессии ситуативного или невротического генеза.

Для шкалы в целом (21 вопрос) можно руководствоваться следующими критериями:

0–9 баллов — отсутствие депрессивных симптомов;

10–15 баллов — легкая депрессия (субдепрессия);

16–19 баллов — умеренная депрессия;

20–29 баллов — выраженная депрессия (средней тяжести);

30–63 баллов — тяжелая депрессия.

По мнению авторов-разработчиков шкала может применяться с 13 лет.

Шкалы депрессии (D) и гипоманиакальности (Ma) из методики MMPI

(Minnesota Multiphasic Personality Inventory — Миннесотский многоаспектный (многошкальный) личностный опросник)

[Hathaway, McKinley, 1943 (1951 — revised); Собчик, 1971, 2000;

Гильяшева, 1983; Блейхер, Крук, 1986; Бурлачук, Морозов, 1999;

Практикум..., 2003]

Данные шкалы являются составными частями широко известного клинико-ориентированного опросника MMPI, созданного американскими учеными в 1943 г. и первоначально предназначавшегося для профотбора военных летчиков. В более широком плане MMPI используется для исследования индивидуально-психологических особенностей личности и ее адаптационных возможностей. Опросник включает 566 утверждений (фактически 550), 16 из которых дублируются. Утверждения опросника объединяются в шкалы; их названия соответствуют тем клиническим группам, в отношении которых проводилась их валидизация. От испытуемого требуется согласиться или не согласиться с каждым из утверждений.

В MMPI предусмотрено 10 основных шкал и три контрольных, отражающих отношение испытуемого к обследованию:

1-я шкала (*Hs*) — *ипохондрии*. Определяет «близость» обследуемого к астеноневротическому типу личности, степени фиксированности на своих соматических функциях, желание вызывать сочувствие у окружающих.

2-я шкала (*D*) — *депрессии*. Предназначена для определения степени субъективной депрессии, морального дискомфорта (гипотимии), пессимизма, неудовлетворенности. Здоровые лица с высокой 2-й шкалой — скромные, застенчивые, впечатлительные, неудовлетворенные собой, склонные к волнениям, с хорошим контролем, медленным типом реакции, трудностями при выборе решений, избегающие конфликта в трудных ситуациях, пессимистически оценивающие свои профессиональные возможности [Собчик, 1971].

3-я шкала (*Hu*) — *истерии*. Разработана для выявления лиц, склонных к невротическим защитным реакциям конверсионного типа (использованию симптомов физического заболевания в качестве средства разрешения сложных ситуаций).

4-я шкала (*Pd*) — *психопатии*. Направлена на выявление черт социопатического типа личности, импульсивности, реализации эмоционального напряжения в непосредственном поведении.

5-я шкала (*Mf*) — *мужественности-женственности*. Предназначена для измерения степени идентификации обследуемого с ролью мужчины или женщины, предписываемой обществом.

6-я шкала (*Pa*) — *паранойи*. Позволяет судить о наличии сверхценных идей, подозрительности, ригидности аффекта.

7-я шкала (*Pt*) — *психастении*. Устанавливает степень сходства обследуемого с больными, страдающими фобиями, тревогами, навязчивыми действиями и мыслями, неуверенными в себе.

8-я шкала (*Sc*) — *шизофрении*. Направлена на диагностику черт шизоидного (аутистического, отгороженного) типа личности.

9-я шкала (*Ma*) — *гипомании*. Определяет степень «близости» обследуемого гипертимному типу личности, оптимистичному, активному, отрицающему тревогу. Им свойственны разговорчивость, инициативность, энтузиазм, самоуверенность, склонность к риску, стремление быть в центре общества.

0-я шкала (*Si*) — *социальной интроверсии*. Диагностирует степень соответствия интровертированному (или экстравертированному) типу личности (данная шкала клинической не является).

L — *лжи*. Выявляет тенденцию испытуемого к использованию защитной стратегии представления себя в социально одобряемом и наиболее благоприятном свете в противовес искренности и откровенности.

F — достоверности. Создана для выявления недостоверных результатов, связанных с небрежностью обследуемого, а также аггравацией и симуляцией.

K — коррекции. Выявляет тенденции обследуемого скрывать или преуменьшать присущие ему психопатологические явления или, напротив, демонстрировать чрезмерную откровенность.

Оригинальная версия ММРІ неоднократно адаптировалась, модифицировалась, создавались его краткие и подростковые варианты [Березин, Мирошников, Рожанец, 1976; Зайцев, 1981; Козюля, 1994; Собчик, 2003 и др.], пересматривались нормативные данные, предлагались иные интерпретации используемых шкал, более соответствующие опыту использования опросника на отечественной экспериментальной и клинической почве. Например, в работе Л.Н. Собчик и Н.А. Лукьяновой [1978] после модификации текста опросника были предусмотрены следующие названия шкал, в которых замечен уход от психиатрической терминологии, что делает их более приемлемыми для интерпретаций результатов и личностных особенностей испытуемых, не страдающих психическими расстройствами:

- 1 — невротического сверхконтроля;
- 2 — пессимистичности;
- 3 — эмоциональной лабильности;
- 4 — импульсивности;
- 5 — мужественности-женственности;
- 6 — ригидности;
- 7 — тревожности;
- 8 — индивидуалистичности;
- 9 — оптимизма и активности;
- 0 — социальной интроверсии;

В дальнейшем описании методики мы будем пользоваться оригинальной версией текста и интерпретации.

Примеры утверждений:

1. *Я люблю читать научно-техническую литературу.*
2. *У меня хороший аппетит.*
3. *По утрам я обычно встаю свежим и отдохнувшим.*
4. *Думаю, что мне понравилась бы работа библиотекаря.*

.....

566. *В кино я люблю смотреть любовные эпизоды.*

На первом этапе обработки по каждой шкале с помощью специальных ключей подсчитывается количество «сырых» баллов, имеющих зависимость от числа пунктов данной шкалы. На втором этапе по специальным таблицам и с учетом показателей шкалы кор-

рекции *K* производится пересчет «сырых» баллов в стандартные, обеспечивающие возможность их сравнения (по *T*-шкале в диапазоне 0–120 баллов при среднестатистической величине 50 баллов). На третьем этапе оценивается достоверность полученных материалов по показателям шкал *L*, *F* и *K*. Если сомнений в достоверности не возникает, т.е. показатели этих шкал в самом общем случае не превышают 70 *T*, то по полученным 13 показателям на специальном бланке выстраивается графический профиль личности (ломаная кривая — шкалы достоверности отдельно, базисные шкалы — отдельно). В качестве условно-нормативного коридора на графике используют разброс показателей в промежутке между 30 и 70 баллами. Ф.Б. Березин и соавторы [1976] рассматривают показатели, расположенные между 60 и 70 *T*-баллами, как проявления личностной акцентуации.

После этого начинается самый сложный этап обработки — интерпретация профиля, которая требует одновременного учета многих факторов, начиная от общей высоты профиля, его наклона, конфигурации, соотношения между показателями отдельных шкал, наличия положительных и отрицательных пиков и др. В узком коридоре нормы (в пределах 46–55 *T*) колебания профиля трудно интерпретируемы, так как они не выявляют достаточно выраженных индивидуально-личностных свойств и характерны для полностью сбалансированной личности (если шкалы достоверности не показывают выраженной установки на ложь) [Собчик, 2000].

В данном контексте — оценки эмоционального фона — наиболее интересны две «полярные» и взаимодополняющие шкалы ММРІ: депрессии (пессимистичности) и гипомании (оптимизма), которые представлены следующими номерами утверждений:

Шкала 2

Верно (20 утверждений): 5, 13, 23, 32, 41, 43, 52, 67, 86, 104, 130, 138, 142, 158, 159, 182, 189, 193, 236, 259.

Неверно (40 утверждений): 2, 8, 9, 18, 30, 36, 39, 45, 46, 51, 57, 58, 64, 80, 88, 89, 95, 98, 107, 122, 131, 152, 153, 154, 155, 160, 178, 191, 207, 208, 238, 241, 242, 248, 263, 270, 271, 272, 285, 296.

Шкала 9

Верно (35 утверждений): 11, 13, 21, 22, 59, 64, 73, 97, 100, 109, 127, 134, 143, 156, 157, 167, 181, 194, 212, 222, 226, 228, 232, 233, 238, 240, 250, 251, 263, 266, 268, 271, 277, 279, 298.

Неверно (11 утверждений): 101, 105, 111, 119, 120, 148, 166, 171, 180, 267, 289.

Примеры утверждений шкалы 2:

5. *Малейший шум меня будит.*

13. *Работа дается мне ценой значительного напряжения.*

23. *Меня беспокоят приступы тошноты и рвоты.*

Примеры утверждений шкалы 9:

11. *Я верю, что сны всегда сбываются.*

21. *Временами мне очень хотелось покинуть дом.*

Ценность этих шкал в том, что они в структуре профиля представляют не только самостоятельный интерес, но и могут рассматриваться как звенья в более общей системе личности.

Шкала астенических состояний (ШАС)

[Малкова, 1977; Практикум..., 2004; Рогов, 1996]

Шкала астенического состояния создана Л.Д. Малковой и адаптирована Т.Г. Чертовой на базе данных клинико-психологических наблюдений и известного опросника MMPI. Она состоит из 30 пунктов-утверждений, отражающих характеристики астенического состояния, которые необходимо «примерить» к себе и оценить степень верности утверждения в соответствии с ответами «Нет, неверно» (1 балл), «Пожалуй так» (2 балла), «Верно» (3 балла), «Совершенно верно» (4 балла).

Образцы утверждений:

1. *Я работаю с большим напряжением.*

2. *Мне трудно сосредоточиться на чем-либо.*

.....

30. *Мне не дают заснуть беспокойные мысли.*

После заполнения тестового бланка производится подсчет путем суммирования набранных испытуемым баллов. Весь диапазон шкалы, таким образом, — от 30 до 120 баллов.

Статистические данные, полученные на 300 здоровых испытуемых, показали, что средняя величина индекса астении равна $37,22 \pm 6,47$ балла. Если принять результаты исследования здоровых лиц за «отсутствие астении», то весь объем шкалы можно разделить на четыре диапазона:

- 1) 30–50 баллов — отсутствие астении;
- 2) 51–70 баллов — слабая астения;
- 3) 76–100 баллов — умеренная астения;
- 4) 101–120 баллов — выраженная астения.

Шкала субъективного ощущения одиночества Д. Рассела, М. Фергюсона (Loneliness Scale)

[Russell, Peplau, Ferguson, 1978; Рассел, 1989; Шевандрин, 2001;
Прохоров, 2004; Фетискин, Козлов, Мануйлов, 2005]

Данная методика, разработанная в Калифорнийском университете Дэниелом Расселом с сотрудниками, воплотила в себе одномоментный подход к изучаемому эмоционально-личностному со-

стоянию, который до известной степени игнорирует сложную природу чувства одиночества, описываемую целым рядом теорий (например, возможность анализа одиночества не только с позиции заброшенности, депрессии, пустоты и изолированности, но и с учетом того, что одиночество может быть и желаемой внутренней ситуацией).

Текст шкалы включает в себя 20 утверждений. Обследуемый должен указать, как часто он испытывал состояние, описанное в каждом из пунктов. Предусматривается выбор из четырех типов ответов: «Часто», «Иногда», «Редко», «Никогда».

Образцы утверждений:

1. *Я несчастлив, занимаясь столькими вещами в одиночку.*
2. *Мне не с кем поговорить.*
-
3. *Люди вокруг меня, но не со мной.*

Сумма ответов «часто» умножается на три, «иногда» — на два, «редко» — на один и «никогда» — на 0, а полученные результаты складываются. Поэтому максимальное число баллов, которое возможно получить при исследовании по этому опроснику, — 60. Таким образом:

- 1) от 40 до 60 баллов — высокий уровень одиночества;
- 2) от 20 до 40 баллов — средний;
- 3) от 0 до 20 баллов — низкий.

После выхода первого варианта шкалы она дважды пересматривалась авторами [Russell, Peplau, Cutrona, 1980; Russell, 1996].

В частности, модификация 1980 г. (UCLA Loneliness Scale) включала в себя иные формулировки 20 утверждений, половина из которых давалась в «положительной» (подтверждающей наличие признака одиночества) редакции, половина — в «отрицательной».

Примеры утверждений:

1. *Я чувствую, что живу в согласии с окружающими меня людьми.*
2. *Мне недостает общения.*
-
20. *Есть люди, к которым я отношусь с полным доверием.*

Подсчет баллов для этого варианта шкалы отличается: для «отрицательных» утверждений производится начисление баллов в обратном направлении и только после этого они суммируются.

Средние баллы для шкалы UCLA для разных возрастных групп приведены в табл. 2.8 [Шевандрин, 2001].

Таблица 2.8

Средний балл для шкалы UCLA

Возрастная группа, лет	Число респондентов	Средний балл одиночества	Стандартное отклонение
18–30	149	8,31	2,02
31–40	94	8,17	1,97
41–50	53	7,51	1,88
41–60	52	7,86	2,32
Старше 60	34	7,26	2,63

Опросник для диагностики способности к эмпатии

(А. Мехрабиан, Н. Эпштейн)

[Mehrabian, Epstein, 1972; Болотова, Макарова, 2001; Столяренко, 2005; Психодиагностика..., 2008]

Опросник предназначен для учета степени охвата чувственной информации, исходящей от другого человека, которая лежит в основе межличностного взаимодействия людей, способности понимать эмоциональное и душевное состояние другого человека и сопереживать ему.

Методика включает 33 утверждения, предполагающих ориентацию испытуемого в различных ситуациях взаимодействия с другими источниками эмоционального поведения. Необходимо выразить свое согласие «+» или несогласие «–» с каждым из утверждений.

Образцы утверждений:

1. *Меня огорчает, когда я вижу, что незнакомый человек чувствует себя среди других людей одиноко.*

2. *Люди преувеличивают способность животных чувствовать и переживать.*

.....

33. *Маленькие дети плачут без причины.*

Полученные ответы сопоставляются с ключом и подсчитываются количество совпадений:

а) согласен «+»: 1, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 25, 26, 27, 29, 31;

б) не согласен «–»: 2, 3, 4, 6, 11, 13, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 32, 33.

Общее количество совпадений (сумму баллов) сравнивают с соответствующими критериями, представленными в табл. 2.9.

Таблица 2.9

Уровневые критерии способности к эмпатии

Пол	Уровень эмпатических тенденций			
	высокий	средний	низкий	очень низкий
Юноши	33–26	25–17	16–8	7–0
Девушки	33–30	39–33	22–17	16–0

Методика диагностики уровня эмпатических способностей

В.В. Бойко

[Практическая..., 2001; Бойко, 2004]

Общая направленность методики и технология работы с ней испытуемого примерно совпадает с методикой Л. Мехрабиана, Н. Эпштейна, но отличается от нее большей разработанностью включенных шкал: «Рациональный канал эмпатии», «Эмоциональный канал эмпатии», «Интуитивный канал эмпатии», «Установки, способствующие эмпатии», «Проникающая способность в эмпатии», «Идентификация в эмпатии».

От испытуемого требуется согласиться или не согласиться с каждым из предложенных 29 утверждений, касающихся способности к сопереживаниям (ответить «да» или «нет»).

Образцы утверждений:

1. У меня есть привычка внимательно изучать лица и поведение людей, чтобы понять их характер, наклонности, способности.

2. Если окружающие проявляют признаки нервозности, я обычно остаюсь спокойным.

.....

29. Мне было бы трудно задушевно, доверительно беседовать с настороженным, замкнутым человеком.

Подсчитывается число правильных ответов (соответствующих ключу) по каждой шкале. Затем определяется суммарная оценка:

Рациональный канал эмпатии: +1, +7, –13, +19, +25, –31;

Эмоциональный канал эмпатии: –2, +8, –14, +20, –26, +32;

Интуитивный канал эмпатии: –3, +9, +15, +21, +27, –33;

Установки, способствующие эмпатии: +4, –10, –16, –22, –28, –34;

Проникающая способность в эмпатии: +5, –11, –17, –23, –29, –35;

Идентификация в эмпатии: +6, +12, +18, –24, +30, –36.

После этого анализируются показатели отдельных шкал и общая суммарная оценка уровня эмпатии. Оценки на каждой шкале могут варьироваться от 0 до 6 баллов и указывают на значимость конкретного параметра в структуре эмпатии.

Рациональный канал эмпатии. Характеризует направленность внимания, восприятия и мышления эмпатирующего на сущность любого другого человека — на его состояние, проблемы, поведение. Это спонтанный интерес к другому, открывающий плюсы эмоционального и интуитивного отражения партнера. В рациональном компоненте эмпатии не следует искать логику или мотивацию интереса к другому. Партнер привлекает внимание своей бытийностью, что позволяет эмпатирующему непосредственно выявлять его сущность.

Эмоциональный канал эмпатии. Фиксируется способность эмпатирующего входить в эмоциональный резонанс с окружающими — сопереживать, соучаствовать. Эмоциональная отзывчивость в данном случае становится средством вхождения в энергетическое поле партнера. Понять его внутренний мир, прогнозировать поведение и эффективно воздействовать возможно только в том случае, если произошла энергетическая подстройка к эмпатируемому. Соучастие и сопереживание выполняют роль связующего звена, проводника от эмпатирующего к эмпатируемому и обратно.

Интуитивный канал эмпатии. Балльная оценка свидетельствует о способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании. На уровне интуиции замыкаются и обобщаются различные сведения о партнерах. Интуиция, надо полагать, менее зависит от оценочных стереотипов, чем осмысленное восприятие партнеров.

Установки, способствующие или препятствующие эмпатии, соответственно, облегчают или затрудняют действие всех эмпатических каналов. Эффективность эмпатии, вероятно, снижается, если человек старается избегать личных контактов, считает неуместным проявлять любопытство к другой личности, убедил себя спокойно относиться к переживаниям и проблемам окружающих. Подобные умонастроения резко ограничивают диапазон эмоциональной отзывчивости и эмпатического восприятия. Напротив, различные каналы эмпатии действуют активнее и надежнее, если нет препятствий со стороны установок личности.

Проникающая способность в эмпатии. Расценивается как важное коммуникативное свойство человека, позволяющее создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Каждый из нас своим поведением и отношением к партнерам способствует информационно-энергетическому обмену или препятствует ему. Расслабление партнера содействует эмпатии, а атмосфера напряженности,

неспособности, подозрительности препятствует раскрытию и эмпатическому постижению.

Идентификация в эмпатии — еще одно непеременимое условие успешной эмпатии. Это умение понять другого на основе сопереживаний, постановки себя на место партнера. В основе идентификации — легкость, подвижность и гибкость эмоций, способность к подражанию.

Шкальные оценки выполняют вспомогательную роль в интерпретации основного показателя — уровня эмпатии. Суммарный показатель теоретически может изменяться от 0 до 36 баллов. По предварительным данным В.В. Бойко, можно считать:

- 1) 30 баллов и выше — очень высокий уровень эмпатии;
- 2) 29–22 балла — средний;
- 3) 21–15 баллов — заниженный;
- 4) менее 14 баллов — очень низкий.

Торонтская алекситимическая шкала (Toronto Alexithymia Scale — TAS)

[Taylor, Ryan, Bagby, 1985; Блейхер, Крук, Боков, 1996; Ересько, Исурина, Койдановская и др., 2005; Практическая..., 2005]

Методика, разработанная Дж. Дж. Тейлором (G.J. Taylor) и адаптированная в Психоневрологическом НИИ им. В.М. Бехтерева, предназначена для оценки снижения способности в вербализации эмоциональных состояний.

Шкала включает 26 утверждений, в отношении которых испытуемый должен выразить свое согласие — несогласие, руководствуясь пятью вариантами ответа:

1) совершенно не согласен; 2) скорее не согласен; 3) ни то, ни другое; 4) скорее согласен; 5) совершенно согласен.

Примеры утверждений:

1. Когда я плачу, всегда знаю, почему.
2. Мечты — это потеря времени.
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым.
-
26. Я часто не знаю, почему я сержусь.

Подсчет баллов осуществляется следующим образом: 1) ответ «совершенно не согласен» оценивается в 1 балл, «скорее не согласен» — 2, «ни то, ни другое» — 3, «скорее согласен» — 4, «совершенно согласен» — 5 баллов. Так оцениваются пункты шкалы: 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26.

Обратный код имеют пункты шкалы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24 (первый вариант ответа получает 5 баллов; второй — 4; третий — 3; четвертый — 2; пятый — 1 балл).

Сумма баллов, полученная в результате сложения по всем пунктам, есть итоговый показатель алекситимичности. Результаты могут распределяться от 26 до 130 баллов.

По данным института им. В.М. Бехтерева, средние значения показателя алекситимии в контрольной группе здоровых людей — $59,3 \pm 1,3$, группе больных с психосоматическими расстройствами — $72,09 \pm 0,82$, группе больных неврозами — $70,1 \pm 1,3$.

Общие критерии оценки:

74 балла и выше — алекситимический тип личности;

73–63 балла — группа риска;

62 балла и ниже — неалекситимический тип личности.

Поскольку приводимые данные, по мнению авторов адаптации, получены на небольшой выборке пациентов, необходима осторожность при генерализации этих результатов на другие клинические выборки.

Методика Люшера. Тест выбора цвета

(Luscher Farbwahl Test)

[Luscher, 1969; Лучшие..., 1992; Тимофеев, Филимоненко, 1995;

Люшер, 1997; Собчик, 2001]

Проективная методика исследования личности, основанная на субъективном предпочтении цветовых стимулов, опубликована М. Люшером в 1948 г. Стимульный материал состоит из стандартных разноцветных бумажных квадратов со стороной 28 мм. Полный набор — 73 квадрата, 25 различных цветов и оттенков. Обычно используется неполный набор из восьми цветных квадратов. Основными цветами считаются синий, зеленый, красный, желтый, а дополнительными — фиолетовый, коричневый, черный и серый.

Упрощенная процедура обследования (для восьми цветов) сводится к одновременному предъявлению всех цветных квадратов на белом фоне и просьбе выбрать один наиболее понравившийся, приятный. Предпочтительный квадрат переворачивается и откладывается в сторону, затем процедура повторяется. Образуется ряд квадратов, в котором цвета располагаются по их привлекательности для обследуемого. Первые два цвета считаются явно предпочитаемыми, третий и четвертый — предпочитаемыми, пятый и шестой — нейтральными, а седьмой и восьмой — вызывающими антипатию, негативное отношение. Психологическая интерпретация получен-

ного ряда субъективного предпочтения цвета опирается, во-первых, на предположение о том, что каждому цвету присуще определенное символическое значение, а во-вторых, считается, что ряд цветового предпочтения отражает индивидуальные особенности обследуемого. При этом функциональную значимость имеет позиция, занимаемая конкретным цветом.

В разработанной М. Люшером теории личности имеется два основных психологических измерения: «активность — пассивность» и «гетерономность (зависимость от внешних влияний) — автономность» [Бурлачук, Морозов, 1999].

Сами цвета имеют следующие цифровые обозначения: темно-синий — 1, сине-зеленый — 2, оранжево-красный — 3, желтый — 4, фиолетовый — 5, коричневый — 6, черный — 7, серый — 0.

Дальнейшая технология работы с методикой довольно сложна. Функция цвета, отражающая субъективное отношение испытуемого к выбранным цветам, определяется и кодируется, согласно правилам М. Люшера, следующим образом: «явное предпочтение» обозначается знаком «+», который присваивается первым двум предпочитаемым цветам. Просто «предпочтение» (3-я и 4-я позиции) отмечается знаком «х», «безразличие» (5-я и 6-я позиции) обозначается знаком «=», неприятие (антипатия) — 7-я и 8-я позиции — знаком «-». Вслед за этим, с учетом двукратного выбора цветов (если это предусмотрено обследованием), полученный цветовой ряд по определенным правилам разбивается на функциональные пары, интерпретируемые по предлагаемым автором формулам.

Например:

+0 +1 (серый и синий):

– *негативное состояние, желание спокойной ситуации* (М. Люшер);
– *потребность в покое, установка на избегание конфликтов, сниженный фон настроения, стремление к расслаблению и отдыху, трудности общения, чувство непонятости и одиночества* (Л.Н. Собчик).

Валидность методики в целом вызывает обоснованные сомнения, но известны несколько удачных попыток доказать связь цветовых предпочтений с эмоциональным состоянием [Бразман, Дорофеева, Щербатов, 1967; Гайда, Штерн, 1968; Дашкова, Устинович, 1980; Плишко, 1980; Эткинд, 1980; Петренко, Кучеренко, 1988; Базыма, 1991; Измайлов, 1995; Янышин, 1996 и др.].

Анализ структуры ряда в методике М. Люшера позволяет получить представление о таких аспектах эмоциональности испытуемого, как его эмоциональная напряженность и тревога.

Т.Н. Бояршинова предлагает такую схему анализа основных признаков эмоционального состояния [цит. по: Собчик, 2001]:

1. Если начало и конец ряда занимают цветовые пары 1, 7 и 3, 4, то саморегуляция ослаблена. Если эти пары не попадают ни в начало, ни в конец ряда, то саморегуляция сохранна.

2. Расположение 3, 4, 5-го цветов в первой половине ряда свидетельствует о преобладании симпатического тонуса и процесса возбуждения; 7, 0, 6, 1 и 2-й цвета в начале ряда говорят о преобладании парасимпатического тонуса, т.е. торможения.

3. Наличие и интенсивность эмоциональной напряженности тем сильнее, чем выше балл тревожности «!» (данный балл вычисляется исходя из особенностей расположения первых номеров цветов на последних позициях).

4. Эмоциональная устойчивость от лабильности до ригидности определяется значительным отличием 1-го и 2-го выбора, малым числом устойчивых пар (1–2), расположением 4-го и 5-го цвета в позиции «+», уменьшением количества цветов в позиции «=» до 1–0.

5. Регистр эмоциональных переживаний, эмоциональная включенность определяются увеличением количества цветов в позиции «=» в первом по сравнению со вторым выбором и уменьшением позиций «–».

6. Расположение на позициях «+» 4, 3, 5, 7-го цветов указывает на слабость контроля.

7. Реакция на эмоциональную нагрузку в сторону дезорганизации — при выраженном рассогласовании первого и второго выбора.

8. Основная гамма переживаний при предпочтении 3, 4, 5-го цветов соответствует преобладанию положительных эмоций, а 7, 0, 6, 2-го — отрицательных.

9. Экстравертированность определяется предпочтением 3, 4, 5-го цветов, интровертированность — 1, 2, 0-го.

10. Способность к восприятию нюансов эмоциональных отношений — предпочтение 1, 5, 4 и 6-го цветов.

11. Особенности мыслительных процессов: предпочтение 2-го цвета — логичность, четкость, 4-го — поверхностность, 5-го — эффективность мышления.

12. Работоспособность определяется собранностью «рабочей группы», т.е. расположением в начале ряда 2, 3, 4-го цветов, что означает устойчивость саморегуляции, отсутствие эмоциональной напряженности.

По другим данным, предпочтение темных цветов отражает стремление к покою, в то время как выбор светлых цветов отражает склонность к эмоциям, связь с внешним миром. Имеются и работы [Щербатых, 2003], в которых способность цветов становиться индикаторами тревоги и вегетативных показателей экспериментально вообще не подтверждается.

По мнению Л.Н. Собчик [2001], опирающейся на опыт работы с отечественным контингентом испытуемых, интерпретация как самих цветов, так и их позиций в ряду у М. Люшера требует серьезной коррекции и переработки, что и было сделано в модификации данной методики — методе цветовых выборов (МЦВ).

Наиболее целесообразным выглядит использование этой методики лишь по отношению к оценке эмоциональных состояний и при обязательном сопоставлении получаемых результатов с результатами по иным методикам, имеющим доказанную валидность.

Индикатор копинг-стратегий Д. Амирхана

[Amirkhan, 1990; Сирота, 1994; Ялтонский, 1995; Ильин, 2004]

Методика предназначена для диагностики доминирующих копинг-стратегий личности. Адаптирована в Психоневрологическом научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева. Она включает 33 утверждения, каждое из которых описывает путь разрешения проблемы или путь выхода из неприятностей. Испытуемый с помощью трех вариантов ответа («Полностью согласен», «Согласен», «Не согласен») должен определить, насколько типичен для него данный путь.

Баллы начисляются по следующей схеме:

ответ «Полностью согласен» — 3 балла;

ответ «Согласен» — 2 балла;

ответ «Не согласен» — 1 балл.

В методике предусмотрено наличие трех шкал: «Разрешение проблемы», «Поиск социальной поддержки» и «Избегание проблем».

Образцы утверждений:

1. *Позволяю себе поделиться переживанием с другом.*
2. *Стараюсь сделать все так, чтобы иметь возможность наилучшим образом решить проблему.*

.....
25. *Пытаюсь тщательно планировать свои действия, а не действовать импульсивно.*

Ключ к шкалам

Шкала «Разрешение проблем»: 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 30, 33.

Шкала «Поиск социальной поддержки»: 1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32.

Шкала «Избегание проблем»: 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30.

Нормы для оценки результатов теста показаны в табл. 2.10.

Таблица 2.10

Результаты теста по методике Амирхана

Уровень	Разрешение проблем	Поиск социальной поддержки	Избегание проблем
Очень низкий	< 16	< 13	< 15
Низкий	17–21	14–18	16–23
Средний	22–30	19–28	24–26
Высокий	> 31	> 29	> 27

Помимо методики Д. Амирхана, для решения аналогичных задач используются «Опросник для изучения копинг-стратегий» Хайма [Heim, 1988; Карвасарский, Лабков, Васильева, Исурина, Караваева, Назыров, Чехлатый, 1999] и различные версии популярного опросника «Способы копинга» Р. Лазаруса и С. Фолкмана [Lazarus, Folkman, 1984; Джидарьян, 1997; Крюкова, Куфтяк, Замышляева, 2005].

Шкала психологического стресса PSM-25

[Водопьянова, 2009]

Цель шкалы — измерение стрессовых ощущений по соматическим, поведенческим и эмоциональным признакам. Методика была первоначально разработана во Франции (Lemyr, Tessier & Fillion, 1991), а затем переведена и валидизирована в Англии, Испании и Японии.

Цель методики — устранить имеющиеся недостатки традиционных методов измерения стрессовых состояний. В основном они сводятся к косвенным способам измерения стресса через патологические проявления тревожности, депрессии или использование стрессоров. Лишь немногие методики предназначены для того, чтобы измерять стресс как естественное состояние психической напряженности. С целью устранения этих методологических несоответствий Лемур — Тесье — Филлион разработали опросник, который описывает состояние человека, переживающего стресс. Вопросы сформулированы для нормальной популяции в возрасте от 18 до 65 лет применительно к разным профессиональным группам.

В России методика апробировалась Н.Е. Водопьяновой на выборке учителей, студентов и коммерческого персонала в количестве 500 человек.

Многочисленные исследования показали, что PSM обладает достаточными психометрическими свойствами. Были обнаружены корреляции интегрального показателя PSM со шкалой тревожности Спилберга ($r = 0,73$), с индексом депрессии — *Beck Depression Inventory* ($r = 0,75$). Величины этих корреляций объясняются генерализованным переживанием эмоционального дистресса или депрессии. При этом исследование дивергентной валидности показывают, что PSM концептуально отличается от методик исследования тревожности и депрессии.

Инструкция

Дайте оценку вашему общему состоянию (табл. 2.11). После каждого высказывания обведите число от 1 до 8, которое наиболее четко выражает ваше состояние в последние дни (4–5 дней). Здесь нет неправильных или ошибочных ответов.

Баллы означают: 1 — никогда; 2 — крайне редко; 3 — очень редко; 4 — редко; 5 — иногда; 6 — часто; 7 — очень часто; 8 — постоянно.

Таблица 2.11

Оценка общего состояния

№ п/п	Состояние	Баллы
1	Чувство напряженности и крайней взволнованности (взвинченности)	1 2 3 4 5 6 7 8
2	Ощущение кома в горле и / или сухости во рту	1 2 3 4 5 6 7 8
3	Я перегружен(а) работой. Мне совсем не хватает времени	1 2 3 4 5 6 7 8
4	Я второпях проглатываю пищу или забываю поесть	1 2 3 4 5 6 7 8
5	После работы я не могу отключиться от мыслей о незавершенных делах, проблемах, планах; я «застреваю» на переживаниях рабочих ситуаций и нерешенных вопросов, обдумываю свои идеи снова и снова	1 2 3 4 5 6 7 8
6	Я чувствую себя одиноким(ой) и непонятым(ой)	1 2 3 4 5 6 7 8
7	Я страдаю от физического недомогания; у меня болит голова, напряжены мышцы шеи, боли в спине, спазмы в желудке	1 2 3 4 5 6 7 8

№ п/п	Состояние	Баллы
8	Я поглощен(а) мыслями, измучен или обеспокоен	1 2 3 4 5 6 7 8
9	Меня внезапно бросает то в жар, то в холод	1 2 3 4 5 6 7 8
10	Я забываю о встречах или делах, которые должен сделать или решить	1 2 3 4 5 6 7 8
11	У меня быстро портится настроение; я легко могу заплакать от обиды или проявить ярость, агрессию	1 2 3 4 5 6 7 8
12	Я чувствую себя усталым	1 2 3 4 5 6 7 8
13	Я крепко стискиваю зубы (или сжимаю кулаки)	1 2 3 4 5 6 7 8
14	Я спокоен(на) и безмятежен(на)	1 2 3 4 5 6 7 8
15	Мне тяжело дышать и (или) у меня внезапно перехватывает дыхание	1 2 3 4 5 6 7 8
16	Я имею проблемы с пищеварением и с кишечником (боли, колики, расстройства или запоры)	1 2 3 4 5 6 7 8
17	Я взволнован(а), обеспокоен(а), возбужден(а)	1 2 3 4 5 6 7 8
18	Я легко пугаюсь; шум или шорох заставляет меня вздрагивать	1 2 3 4 5 6 7 8
19	Мне необходимо более чем полчаса для того, чтобы уснуть	1 2 3 4 5 6 7 8
20	Я сбив(а) с толку; мои мысли спутаны; мне не хватает сосредоточенности, и я не могу сконцентрировать внимание	1 2 3 4 5 6 7 8
21	У меня усталый вид; мешки или круги под глазами	1 2 3 4 5 6 7 8
22	Я чувствую тяжесть на своих плечах	1 2 3 4 5 6 7 8
23	Я встревожен(а). Мне необходимо постоянно двигаться; я не могу стоять или сидеть на одном месте	1 2 3 4 5 6 7 8
24	Мне трудно контролировать свои поступки, эмоции, настроение или жесты	1 2 3 4 5 6 7 8
25	Я чувствую напряженность	1 2 3 4 5 6 7 8

Далее подсчитывается сумма баллов, и этой сумме приписываются следующие оценки:

- меньше 99 баллов — низкий уровень стресса;
- 100–154 балла — средний;
- больше 155 баллов — высокий.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие методы исследования позволяют установить степень выраженности тревоги?
2. Какой стимульный материал обычно используется для оценки тревожности у дошкольников и младших школьников?
3. Какие опросники и шкалы применяются для оценки количественной выраженности депрессивных тенденций?
4. С помощью какой методики оценивается переживание одиночества?
5. Какие структурные компоненты эмпатии анализируются с помощью методики В.В. Бойко?
6. Каковы критерии оценки алекситимичности в Торонтской шкале?
7. Для решения каких диагностических задач целесообразно использование методики цветовых выборов?
8. По каким шкалам производится оценка копинг-стратегий в методике Д. Амирхана?

Глава 3

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

3.1. СИСТЕМА ПСИХИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Несмотря на чрезвычайно широкое использование понятия личности и принадлежности ее к базовым категориям, общепринятого его определения даже в современной отечественной психологии не выработано.

Среди многочисленных, насчитывающих десятки дефиниций (например, в справочнике П.П. Горностай, Т.М. Титаренко [Психология..., 2001] приводится более 50 теорий личности), присутствуют такие как: совокупность общественных отношений (А.Н. Леонтьев), система отношений человека к окружающей действительности (В.Н. Мясищев), человек как носитель сознания (К.К. Платонов), совокупность внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия (С.Л. Рубинштейн), субъект познания, труда и общения (Б.Г. Ананьев), интегральное понятие, характеризующее человека в качестве объекта и субъекта биосоциальных отношений и объединяющее в нем общечеловеческое, социально-специфическое и индивидуально-неповторимое (Б.Д. Парыгин), человек как носитель совокупности психических свойств и качеств, определяющих социально значимые формы деятельности и поведения [Шорохова, 1974], и др. Еще большим разнообразием определений отличаются зарубежные концепции личности.

В своей монографии «Теории личности (Основные положения, исследования и применение)» [1997] Л. Хьелл и Д. Зиглер приводят следующие взгляды некоторых признанных теоретиков в этой области. Например, К. Роджерс описывал личность в терминах «себя»: как организованную, долговременную, субъективно воспринимаемую сущность, составляющую самую сердцевину наших переживаний. Г. Олпорт определял личность как то, что индивидуум представляет собой на самом деле — внутреннее «нечто», детерминирующее характер взаимодействия человека с миром. А в понимании Э. Эриксона индивидуум в течение жизни проходит через ряд психосоциальных кризисов, и его личность предстает как функция результатов кризиса. Д. Келли рассматривал личность как присущий каждому индивидууму уникальный способ осознания жизненного опыта. Совсем другую концепцию предложил Р. Кет-

телл, по мнению которого ядро личностной структуры образуется 16 исходными чертами (факторами). Наконец, А. Бандура рассматривал личность в виде сложного узора непрерывного взаимодействия индивидуума, поведения и ситуации.

По мнению авторов указанной монографии, большинство теоретических определений личности содержат следующие общие положения.

1. Подчеркивание значения индивидуальности, или индивидуальных различий, особых качеств, благодаря которым данный человек отличается от всех остальных людей. Комбинации этих качеств позволяют дифференцировать одну личность от другой.

2. Представление личности в виде некоей гипотетической структуры или организации. Поведение индивидуума, доступное непосредственному наблюдению, по крайней мере частично, рассматривается как организованное или интегрированное личностью. Другими словами, личность — абстракция, основанная на выводах, полученных в результате наблюдения за поведением человека.

3. Важность рассмотрения личности в соотношении с жизненной историей индивидуума или перспективами развития. Личность характеризуется в эволюционном процессе как субъект (своеобразный итог. — *Примеч. авт.*) влияния внутренних и внешних факторов, включая генетическую и биологическую предрасположенность, социальный опыт и меняющиеся обстоятельства окружающей среды.

4. Представление личности теми характеристиками, которые отвечают за устойчивые формы поведения. Личность как таковая относительно неизменна и постоянна во времени и меняющихся ситуациях; она обеспечивает чувство непрерывности во времени и окружающей обстановке.

В теории личности к наиболее стабильным и неизменным свойствам, проявляемым индивидуумом в разное время и в различных ситуациях, имеет отношение понятие структуры личности [Хьелл, Зиглер, 1997].

Предполагается, что речь идет о совокупности неких черт, свойств, характеристик или / и функций, находящихся между собой в генетических отношениях, в норме образующих целостность и обеспечивающих адаптацию личности к внешней, прежде всего социальной, среде.

Такая структура, в соответствии со взглядами Б.Г. Ананьева [2000], формируется в процессе индивидуально-психологического развития и включает три взаимодополняющих аспекта: 1) онтогенетическую эволюцию психофизиологических функций; 2) ста-

новление деятельности и историю развития человека как субъекта труда, познания и общения; 3) жизненный путь человека или историю личности. При этом структура личности одновременно строится по двум принципам:

1) субординационному, или иерархическому, при котором более сложные и более общие социальные свойства личности подчиняют себе более элементарные и частные социальные и психофизиологические свойства;

2) координационному, при котором взаимодействие осуществляется на паритетных началах, допускающих ряд степеней свободы для коррелируемых свойств, т.е. относительную автономию каждого из них.

Остается открытым вопрос о степени обобщенности элементов этой структуры, их составе и характере постоянных и вероятностных взаимосвязей, взаимозависимостей и взаимодействий. Число попыток структурировать личность так же велико, как и число ее определений.

При анализе данной проблемы, опираясь на классическую теорию функциональных систем П.К. Анохина, Б.Ф. Ломов [1984] приходит к выводу, что личность тоже должна рассматриваться как система, подлежащая описанию на трех уровнях с точки зрения: присущих ей внешних свойств, ее внутреннего строения и ее понимания как подсистемы более широкой системы.

Во многом такому подходу способствует разграничение понятий «человек», «индивид», «личность», «индивидуальность».

Человек — это родовое понятие, указывающее на генетическую отнесенность биологического существа к высшему уровню развития живой природы — к человеческому роду с присущими только ему организменными (физиологическими, антропологическими, конституциональными), психическими (сознание, речь, целенаправленная деятельность и др.) и социальными (коммуникативность, культура и др.) качествами.

Индивид (от лат. *individuum* — неделимый; аналог греческого термина «атом») — это единичный представитель человеческого рода (особь) либо (реже) какой-то социальной общности. В этом понятии подчеркивается анонимное, абстрактное, неконкретное отражение в человеке общих свойств и качеств, сначала антропологических, а позднее и социальных (родившийся ребенок — уже индивид), типичных для данного рода. На содержании понятия «индивид» лежит отпечаток наследуемости задатков в процессе социализации, традиционного обучения и воспитания. Индивид может рассматриваться и как целостность — продукт биологиче-

ской эволюции, в ходе которой происходит не только процесс дифференциации органов и функций, но также и их интеграция, коррекция, взаимодействие для достижения общей цели — адаптации (в патопсихологии описаны случаи раздвоения личности, но отсутствуют описания раздвоений индивида).

Несмотря на свою достаточную сложность, в структурном анализе индивид рассматривается как простейший элемент более сложной системы — общества, безотносительно интереса к его (индивида) свойствам и состояниям.

Если равноправие типового биологического и социального в человеке отражается в понятии «индивид», то приоритет социального в индивидуальном — в понятии «личность». В этом отношении понятие «личность» по сравнению с понятием «индивид» является более узким и «специализированным». Другой дифференцирующий индивида и личность фактор был отмечен А.Н. Леонтьевым [2004], который обратил внимание на то, что индивид — это гено-типическое (т.е. по факту своего рождения изначально заданное) образование, а личность создается в результате множества иерархически соотносящихся предметных деятельности (т.е. является *результатом процесса* взаимодействия индивида с социальной средой, «личностью становятся»). Кроме того, личность характеризуется и мерой представленности общественных отношений в индивиде: несколько упрощая, можно сказать, что личность — это социализированный индивид.

Индивидуальность — неповторимое, уникальное, своеобразное сочетание природных и социальных свойств индивида, отличительная особенность живого существа (в психологии — человека). Индивид становится индивидуальностью по мере того, как приобретает относительную самостоятельность своего бытия в обществе, т.е. становится не только продуктом, но и творцом отношений — личностью. Таким образом, в человеке воплощается в единстве и типичное, и неповторимое.

В качестве основных факторов и предпосылок индивидуализации и становления личности выступают: биологическая наследственность, природно-климатические особенности региона проживания и физическое окружение человека, культура и другие формы социального, а также индивидуального опыта.

Достаточно разнородными выступают и представления о структуре личности, ее существенных компонентах. В качестве таковых разными авторами называются: индивидуально-типологические особенности, направленность, умения, уровень развития, динамика нервно-психической реактивности, характер, возможности, цен-

ностные ориентации, социальные функции, мотивация, структура динамики отношений, соотношение сознательного и бессознательного, эмоциональная сфера, волевые качества, ценностные установки, задатки и способности и др.

Анализируя взгляды предшественников и опираясь на представление о единстве природного и социального в человеке, В.А. Ганзен [1984] при построении системного описания структуры личности считает целесообразным выделить в ней такие характеристики, как темперамент, характер, способности и направленность, что является удобным и для целей психологии.

Темперамент

В отечественной психологии *темперамент* — наиболее общие и генетически обусловленные формально-динамические характеристики деятельности человека, обнаруживающие связь с биологическими подструктурами и стабильность как в онтогенезе, так и в широком классе ситуаций. Я. Стреляу [1982] характеризовал темперамент через энергетический уровень поведения и временные параметры реагирования. Наиболее популярная за рубежом теория темперамента принадлежит А. Томасу, в соответствии с которой темперамент — это общее понятие, относящееся к аспекту поведения, отвечающему на вопрос «как?» (независимость от содержания), отличающийся от аспекта поведения, отвечающего на вопросы «что?» и «насколько хорошо?». В зарубежной психологии понятие темперамента часто отождествляется с понятием стиля деятельности.

В наиболее распространенных определениях свойства темперамента характеризуют динамику психической деятельности и не связываются с конкретным специфическим содержанием ситуации, в которой они проявляются.

Свойства темперамента, по-видимому, более непосредственно и более однозначно зависят от общего типа нервной системы, чем какие-либо другие индивидуальные психические особенности [Мерлин, 1973]. Очевидно, что формально-динамические свойства тем не менее не являются строго фиксированными, а формируются и обобщаются по мере развития человека.

Как известно, установив первоначально связь особенностей условных рефлексов с характерными особенностями поведения животных, И.П. Павлов обнаружил сходство между типами высшей нервной деятельности и классическими типами темпераментов: флегматиком, сангвиником, холериком и меланхоликом, что и позволило ему произвести перенос экспериментальных данных, полу-

ченных у животных, на человека и научно объяснить типы человеческих темпераментов (по Павлову — генотипа) [Мясищев, 1998].

Современные научные представления о темпераменте заметно отличаются от тех, которые существовали в начале XX в. Например, помимо силы, уравновешенности и подвижности процессов возбуждения и торможения — трех основных характеристик нервной системы (И.П. Павлов), являющихся физиологическими предпосылками темперамента, работами Б.М. Теплова — В.Д. Небылицына были добавлены еще два: динамичность и лабильность, что многократно увеличило число типов темперамента, которые гипотетически могли бы быть выведены из соответствующих комбинаций пяти переменных. В целом В.Д. Небылицын [1976] предлагал выделять три ведущих компонента темперамента: первый характеризует общую психическую активность индивида (эффективность освоения и преобразования внешней действительности, самовыражение); второй — его моторику (двигательный и речедвигательный аппарат — их динамические качества: быстрота, сила, резкость, ритм, амплитуда и др.); третий — эмоциональность (особенности возникновения, протекания и прекращения разнообразных чувств, аффектов и настроений. Эти три смысловые оси вместе с реактивностью (легкостью возникновения отклика в ответ на стимул) до сих пор рассматриваются как основные в детерминации качества темперамента.

По сравнению с павловским подходом, в теоретическом обусловливании темперамента стали существенно большую роль играть подкорковые структуры (а не только кора больших полушарий и те ее зоны, которые имели отношение к анализаторным системам), эмоциональная регуляция, а по мнению В.С. Мерлина [1964, 1973], и характеристики волевого усилия. Свой отпечаток на проявление динамических качеств накладывают особенности межполушарной асимметрии человека и специфика функционирования эндокринной системы.

Обобщая работы, посвященные коррелированию свойств темперамента с показателями свойств общего типа нервной системы, В.С. Мерлин выделяет следующие структурные компоненты темперамента: эмоциональную возбудимость, силу эмоций, тревожность, реактивность (импульсивность), активность, ригидность, утомляемость и экстраверсию — интраверсию.

В отличие от И.П. Павлова, оценивавшего некоторые качества и типы высшей нервной деятельности как «инвалидные», Б.М. Теплов [1961] предложил их рассматривать не как степени совершенства — несовершенства нервной системы, а как типы, харак-

теризующиеся разными способами уравнивания организма со средой, т.е. отказаться от ценностного подхода при исследовании индивидуальных различий (например, недостаточность силы нервной системы может быть связана с полезно высоким развитием чувствительности).

Учитывая вышеизложенное, четыре типа темперамента (холерик, сангвиник, флегматик и меланхолик), пришедшие из античной науки, а позднее описанные И. Кантом [«Антропология», 1789] и обоснованные в экспериментах на животных И.П. Павловым, следует признать концептуально устаревшими, хотя и сохранившими «художественную» ценность. Это не исключает тех редких случаев, когда в психофизиологической организации некоторых индивидов действительно обнаруживаются активностные, силовые и скоростные свойства, хорошо вписывающиеся в картину одного из традиционных типов темпераментов.

Помимо И.П. Павлова, к числу исследований, внесших вклад в понимание и интерпретацию темперамента, относятся работы первой половины XX в. Э. Кречмера и У. Шелдона, изучавших связь соматических (антропологических) и динамических характеристик человека. Анализируя совокупности морфологических признаков, Э. Кречмер [2003] выделяет с помощью разработанных им критериев основные конституционные типы телосложения (астенический, пикнический и атлетический) и делает попытку не только определить темперамент именно через эти типы морфологических конституций, но и обнаружить связь типов конституций с некоторыми психическими расстройствами, в частности с шизофренией, маниакально-депрессивным психозом и эпилепсией. Близкую позицию занимал и У. Шелдон, связывавший тип темперамента со степенью развития органов и тканей человеческого организма, развивавшихся из трех зародышевых листков. Выделенные на этом основании и ярко представленные соматотипы (эндоморф, мезоморф и эктоморф) соответствовали висцеротоническому, соматотоническому и церебротоническому (по Кречмеру) типам темпераментов, каждый из которых у Шелдона получил свое психологическое описание.

Конституциональный подход, несмотря на свой объяснительный потенциал, вполне убедительным не является и обнаруживает ряд недостатков, за что и подвергается справедливой критике. Прежде всего это касается чрезвычайно размытых границ между личностными, характерологическими чертами (вплоть до мировоззрения) и признаками темперамента, а также игнорирования социальных обстоятельств, способных наложить отпечаток на фор-

мирование психических свойств человека. За «пассивное развертывание того основного биологического типа, который врожденно присущ человеку» работы Э. Кречмера подвергались критике еще со стороны Л.С. Выготского в работе «Основы дефектологии».

Определенный интерес представляют и многочисленные попытки описать темперамент и личность через различные факторные модели (С. Берт, Дж. Гилфорд, К. Лоуэл, Л. Терстоун, Р. Кеттелл и др.), построенные на основе математических процедур. Следует иметь в виду, что слово «фактор» первоначально в психологии начинали использовать не в математическом понимании, а в том смысле, который означает движущую силу, причину какого-то процесса или явления.



Г.Ю. Айзенк

Одна из наиболее известных и популярных — трехфакторная модель Ганса Юргена Айзенка (1916–1997), опирающаяся на обширный экспериментальный материал и методы вариационной статистики [1999]. По его мнению, все представители *Homo sapiens* могут быть описаны с помощью трех фундаментальных измерений, которые и могут быть положены в основу типологии темперамента. Это: экстраверсия — интроверсия (преимущественная обращенность психики во внешний или внутренний мир), нейротизм (эмоциональная устойчивость — эмоциональная неустойчивость) и позднее введенный психотизм (наличие черт, обычно психопатических, обуславливающих отклонения от общепринятых норм поведения). Одна из сильных сторон подобного подхода — нейрофизиологическая интерпретация основных измерений темперамента.

Г. Айзенк рассматривает предложенные факторы как врожденные уровни активации определенных мозговых структур: системы «ретикулярная формация — кора» (лиц с высоким фоном активации этой системы Айзенк причислял к интровертам, а с низким — к экстравертам). Другая система — «лимбическая» — продуцирует некий постоянный уровень возбуждения, низкий фон которого характеризует спокойных, или эмоционально стабильных личностей, а высокий уровень — тревожных, или психотичных. Вместе с тем факторные модели темперамента подвергаются справедливой критике за то, что в него в качестве основных составляющих включаются свойства, характеризующие содержательные (а не только динамические) стороны психики, являющиеся собственно личностными образованиями, зависящими от воздействий среды и воспитания.

К числу одной из известных в западной психологии факторных моделей принадлежит и так называемая «Большая пятерка» (*Big Five*), содержательная сторона которой занимает промежуточное положение между структурированием темперамента и структурированием личности. Будучи преимущественно построенной на лексическом подходе (анализ повседневных прилагательных, используемых при описании личностных особенностей) по широте своего охвата она превосходит модель Г. Айзенка, но более компактна, чем 16-факторная модель Р. Кеттелла. В нее включаются следующие характеристики [Лаак Ян тер, Бругман Г., 2003]:

- экстраверсия — интроверсия (горячность, общительность, самоуверенность, энергичность, активность, поиск острых ощущений, позитивные эмоции);
- уживчивость / дружелюбие (доверчивость, прямота, альтруизм, уступчивость, скромность, добродушие, сотрудничество, мягкосердечие);
- конформность / добросовестность (компетентность, ответственность, систематичность, обязательность, дисциплинированность, старательность, осмотрительность);
- нейротизм — эмоциональная стабильность (тревога, гнев, враждебность, депрессия, застенчивость, импульсивность, ранимость или спокойствие, не невротичность, не подавленность);
- открытость опыту / уровень культуры, интеллектуальность (богатое воображение, утонченность, чувствительность, независимое мышление, наличие идей и ценностей).

На основе подобного подхода были предприняты попытки разработать методику оценки пяти факторов и адаптировать их на отечественной почве [Князев, Митрофанова, Бочаров, 2010; Осин, Рассказова, Нисякина, Дорфман, Александрова, 2015; Сергеева, Кириллов, Джумагулова, 2016].

Отечественным психофизиологом В.М. Русаловым [2000] предложена более современная концепция темперамента. По его мнению, основной недостаток более ранних подходов в том, что в качестве основания темперамента как целостного психологического образования берется не вся биологическая подсистема человека, а лишь та или иная ее часть, каждая из которых (гуморальная, соматическая или нервная) сама по себе не обладает необходимыми и достаточными для этого свойствами. Вместо этого темперамент необходимо рассматривать как результат «системного обобщения» биологических компонент, вовлеченных в функциональные системы поведения. Благодаря этому обобщению генетически заданная система индивидуально-биологических свойств

человека, включаясь в самые различные виды деятельности, постепенно трансформируется и образует качественно новую систему свойств индивидуального поведения (интегрированную совокупность всех биологических свойств человека или частных гуморальной, хромосомной, соматической, физиологической и нейродинамической конституций — *общую конституцию*). Психологической характеристикой темперамента выступают не сами по себе свойства нервной системы или их сочетание, а типичные особенности протекания психических процессов и поведения, которые данные свойства порождают. Зоной их ответственности являются:

1) широта или узость степени напряженности взаимодействия организма со средой и другими людьми. Этому сектору психофизиологических функций соответствует характеристика *эргичности* (выносливости);

2) легкость переключения с одной программы поведения на другую (*пластичность*);

3) *скорость* исполнения текущей программы поведения, характеризующая уровень координированности всех подсистем организма;

4) чувствительность к несовпадению реального результата действия с его акцентором (предсказанием — П.К. Анохин). Ему соответствует такая характеристика, как *эмоциональность*, выражающаяся во впечатлительности и ранимости.

Было показано, что выделенные четыре фундаментальных свойства темперамента могут различаться в зависимости от сферы проявления темперамента (предметной и социальной): психомоторной, интеллектуальной или коммуникативной. В определенной степени темперамент влияет на развитие способностей человека, особенно тех, в состав которых входят движения с такими их существенными характеристиками, как темп, скорость реакции, возбудимость. Зависимость от темперамента обнаруживают способности, связанные с повышенной работоспособностью, длительной концентрацией внимания.

При определении того, следует ли рассматриваемое конкретное свойство относить к темпераменту, В.М. Русалов [1986] рекомендует руководствоваться следующими необходимыми и достаточными требованиями. Оно:

- не зависит от содержания деятельности и поведения, т.е. отражает формальный аспект деятельности и поведения (является независимым от смысла, мотива, цели и т.д.);
- характеризует меру динамического (энергетического) напряжения и отношения человека к миру, людям, себе, деятельности;

- универсально и проявляется во всех сферах деятельности и жизнедеятельности;
- рано проявляется в детстве;
- устойчиво в течение длительного периода жизни человека;
- высоко коррелирует со свойствами нервной системы и свойствами других биологических подсистем (гуморальной, телесной и т.д.);
- наследуемо.

Существование в психике человека таких устойчивых обобщенных динамико-энергетических характеристик, по мнению В.М. Русалова, позволяет человеку оптимально расходовать свои энергодинамические возможности, причем характеристики темперамента не столько окрашивают деятельность, сколько задают границы, оберегают организм от чрезвычайно большого или, наоборот, чрезвычайно малого расходования энергии.

Темперамент, подобно всем свойствам организма, подвержен возрастным изменениям. В детском возрасте изменения темперамента обусловлены созреванием, а в зрелом — старением всех систем организма. В этом отношении представляет интерес лонгитюдное (продолжительное) исследование, проведенное А. Томасом и С. Чесс [Thomas, Chess, 1977], отслеживающее динамику темперамента, начиная с младенческого до 5- и 10-летнего возраста. Интервьюируя родителей, исследуя поведение детей и используя факторный анализ, авторы выделили девять свойств детского темперамента.

1) уровень активности — степень наследственной моторной активности, определяющая, активным или пассивным является ребенок;

2) ритмичность — предсказуемость, регулярность или нерегулярность времени появления поведенческих реакций (например, на голод, связанный с режимом кормления), в реализации таких функций, как выделения, ритма цикла сон — бодрствование;

3) приближение или удаление — это тип естественной реакции ребенка на новые стимулы (игрушки, человека, еду и т.п.);

4) адаптивность — скорость и легкость, с которой ребенок способен видоизменить свое поведение в ответ на изменения окружающей среды;

5) интенсивность — количество энергии, привлекаемой для выражения эмоций и настроения;

6) порог реактивности — уровень интенсивности стимула, способного запустить нужную реакцию;

7) преобладающее настроение (по знаку и по конкретным проявлениям);

8) способность отвлекаться (помехоустойчивость);

9) настойчивость — склонность длительное время заниматься чем-либо и стремление продолжать деятельность при возникновении препятствий.

Обнаружилось, что изучаемые характеристики отражают способность к адаптации и имеют тенденцию группироваться, образуя три выраженных типа темперамента, которые А. Томас и С. Чесс обозначили бытовыми терминами: покладистого (легкого), трудного и «темперамента с длительным привыканием».

Темперамент можно рассматривать как генотип, или генотипическую основу характера. Поэтому органические поражения мозга становятся условием, формирующим конституционально-типологическую недостаточность высшей нервной деятельности и / или личности, что приводит в конечном итоге к аномальной личностной изменчивости в условиях провоцирующего влияния неблагоприятных внешних факторов.

Изолированные изменения со стороны темперамента редко становятся предметом психологического анализа, но случаи повышенной возбудимости человека, либо признаки заметной тугоподвижности в протекании психических процессов могут представлять интерес в контексте социально-психологической адаптации индивида. По-видимому, к расстройствам уровня темперамента можно отнести и широко известный синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Характер

Характер (от греч. *charakter* — печать, чеканка, примета) — с системных позиций — подструктура личности, с содержательной стороны — совокупность взаимосвязанных, индивидуально-свообразных, устойчивых психических свойств (черт, диспозиций), которые проявляются у человека в различных условиях и выражаются в присущих ему способах и стиле деятельности, поведения, а также формах социальных взаимоотношений. В более узком смысле характер определяется как психический склад личности, выраженный в ее направленности и воле. Характер без жесткого предопределения зависит как от своей естественной основы — темперамента, так, прежде всего, и от социальных условий или социального опыта индивида, например, воспитания, неповторимых жизненных ситуаций, успеха или неуспеха в различных видах деятельности и т.п.

Если в первые годы жизни формирование характера обуславливается указанными факторами, то позднее закрепившиеся черты сами начинают влиять на системы отношений, складывающиеся в социальной сфере, — к общественным институтам и явлениям, другим людям, труду, предметному миру, собственности, к себе.

По мнению Д.А. Леонтьева и А.К. Никишова [2005], характер выступает как защитная оболочка, опосредующая и воздействия внешней среды на личность (смягчая или обостряя их), и воздействия личности на среду, придавая действиям субъекта те или иные инструментальные или экспрессивные свойства (напористость, мягкость, импульсивность, открытость, осторожность и др.). Понятие характера в рамках психоаналитических концепций связывается и с понятием индивидуального защитного стиля [Психологические..., 2000]. Здесь черты характера предстают как паттерны поведения, развивающиеся во времени и отражающие попытки разрешения интрапсихических конфликтов.

Черта характера как присущая данному человеку может быть заявлена только в том случае, если вероятность ее проявления в определенной ситуации достаточно велика (но не постоянна, поскольку в противном случае речь бы шла просто о механическом поведении) [Орлов, 1987]. Можно говорить о том, что черта — это стереотип поведения для типичных ситуаций. Естественно, что в различных ситуациях проявляются внешне противоположные качества характера. Черты характера могут иметь различную степень яркости и постоянства, что и определяет их отнесение к ведущим (стержневым) или второстепенным. От ведущих черт более, чем от остальных, зависит направленность поведения человека и вероятность реализации других элементов характера. Это значит, что черты характера не только взаимосвязаны, но и иерархически упорядочены. Подобная система отношений черт внутри характера часто в психологии обозначается как его *структурность*.

Отдельная черта характера и личности, развиваясь во времени, обретает в каждый заданный момент то целесообразные, то патогенные (повреждающие) качества. Генотипические и средовые влияния на характер могут комбинироваться в различных сочетаниях, также усиливая или ослабляя возникающие последствия: негативность обоих факторов может приводить к значительным отклонениям в развитии характера вплоть до его патологии; при благоприятном сочетании даже сильная генотипическая предрасположенность может не реализоваться или хотя бы не выражаться в своих крайних формах.

Существуют многочисленные попытки обобщения частных черт характера или попытки увидеть за ними более универсальные свойства характера, с помощью которых любой человек мог бы быть описан в более лаконичной системе категорий. В качестве таких категорий выступают определенность характера, его цельность, сложность, динамичность, оригинальность, сила, твердость

[Левитов, 1969]; дихотомии: уравновешенность — неуравновешенность; сензитивность — агрессивность; широта — узость; глубина — поверхностность; богатство, содержательность — бедность; сила — слабость [Ковалев, Мясницев, 1957, 1960] и др. Характер, как и вся личность человека, проявляет себя только в ситуации выбора между возможными альтернативными формами поведения и деятельности (между желаемым и должным, между потребностью и интересом, целью, связанной с удовлетворением потребности, и идеалом), что предусматривает, во-первых, наличие системы ценностей и определенной мотивационной структуры, а во-вторых, — необходимость волевого усилия от индивида. Еще И. Кант в своей работе «О характере и образе мыслей» писал о том, что «Просто иметь характер — значит обладать тем свойством воли, благодаря которому субъект делает для себя обязательными практически принципы, которые он собственным разумом предписывает себе как нечто неизменное» [цит. по: Гиншенрейтер, Пузырей (ред.), 1982, с. 232].

Поскольку характер не является случайным набором психических свойств, а в их сочетаниях проступает определенная закономерность и логика, возникает возможность проведения операции их типологизации. Другим основанием для нее служит то, что большая часть жизни человека состоит из принципиально повторяющихся системных влияний и воздействий на субъекта, характерных для определенного исторического периода, общества, национальной группы и т.д. Это значит, что большая часть поведения человека, как система поступков, возникает как типичная форма адаптации к этим влияниям и их фрагментам. В результате построения типологии должны выделяться качественно своеобразные типы индивидуальностей, одновременно соотносимые между собой и принципиально отличные друг от друга. По существу — это проблема соотношения индивидуального и общего, которая может быть решена лишь диалектически — при рассмотрении этих противоположностей как образующих единство. Здесь необходимо различать типичность отдельных черт и проявлений для данного человека и типичность черт и проявлений для группы людей.

В психологии для построения типологии, в том числе и характера, чаще всего пользуются подходом, при котором исследователь стремится выделить характеры как общие способы поведения человека или то, что древние называли «модус вивенди» — способ существования, взаимодействия с миром [Петухов, 2008]. При этом для выведения типа используются не только строгие научные, эмпи-

рические критерии, но и житейские представления, которым дается новое осмысление. Аналогичная картина наблюдается и в истории психиатрии, где «типом» становится сама позологическая единица, во многом построенная на бытовых и клинических наблюдениях (разумеется, не только).

К числу таких типологий относятся работы Э. Фромма, К. Юнга, А.Ф. Лазурского, Э. Шпрангера, П.Б. Ганнушкина, К. Леонгарда, А.Е. Личко и др. В силу терминологической путаницы к числу типологий характера часто причисляют работы Э. Кречмера, У. Шелдона и Г. Айзенка. Самая ранняя из известных в истории попыток типологизации характера принадлежит греческому ученому конца IV в. до н.э., ученику Аристотеля Теофрасту, который, ориентируясь на основные социальные пороки того общества, описывает 30 характеров или обобщенных литературных портретов своих современников.

Для патопсихологии наибольший интерес представляют типологии характера, ассоциируемые с клиническим опытом или потенциальными клиническими расстройствами.

По мнению известного немецкого психиатра Карла Леонгарда (1904–1988) [2000], около половины людей могут иметь так называемые *акцентуированные* (заостренные) *черты личности*, выраженность которых может колебаться в широких пределах: от легкой степени, заметной лишь ближайшему окружению, до крайних вариантов, напоминающих психопатию (в современной терминологии — специфическое расстройство личности). Подобные акцентуации проявляются не всегда, а лишь преимущественно при попадании индивида в избирательно неблагоприятные для него обстоятельства, т.е. в ситуации, где выраженный внешний фактор начинает воздействовать на «место наименьшего сопротивления» (*locus minoris resistentia*) человека (к другим неблагоприятным обстоятельствам, напротив, может присутствовать повышенная устойчивость). Опираясь на клинический опыт и во многом на описания образцов характеров, почерпнутых из художественной литературы, К. Леонгард выделил 12 типов акцентуаций: демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый, гипертимический, дистимический, аффективно-лабильный, аффективно-экзальтированный, эмотивный, тревожный (боязливый), экстравертированный и интровертированный.



К. Леонгард

Однако, как уже упоминалось, причисление к какому-либо типу акцентуации не является медицинским диагнозом, а лишь может указывать на потенциально преморбидные особенности или на наиболее возможный путь развития дизадаптации. Поэтому в некоторых случаях акцентуации рассматриваются как один из ранних этапов динамики психопатий. С другой стороны, наличие акцентуированных черт при их наложении на благоприятную социальную атмосферу позволяет их обладателю демонстрировать выдающиеся успехи в различных видах деятельности, достигать общественного признания, приобретать известность и т.п.



А.Е. Личко

Андрей Евгеньевич Личко (1926–1994), развивая идеи К. Леонгарда и опираясь на ранее разработанные П.Б. Ганнушкиным (1933) и Г.Е. Сухаревой (1955, 1959) классификации психопатий, предложил свою концепцию акцентуаций характера [Личко, 1983], которая учитывает, что это стержневое свойство личности в основном формируется в подростковом возрасте как крайний вариант нормы. В своих первых работах на эту тему А.Е. Личко выделил 13 внутренне непротиворечивых типов акцентуаций: меланхолический, гипертимный, циклоидный, эмоционально-лабильный, астено-невротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, паранойяльный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый и конформный, но позднее вывел за рамки своей типологии меланхолический и паранойяльный как чрезвычайно редко встречающиеся в подростковом возрасте (это не означает их полного отсутствия). Выраженность большинства акцентуаций в принципе с возрастом имеет тенденцию сглаживаться.

1. *Меланхолический* — характеризуется преобладанием пониженного настроения, чрезвычайной серьезностью, ответственностью, сосредоточенностью на мрачных и печальных сторонах жизни, склонностью к депрессии и недостаточной активностью.

2. *Гипертимный* — постоянно приподнятое настроение, жажда деятельности, высокий жизненный тонус, активность и предприимчивость, плохая переносимость дисциплинарных требований и строго регламентированного образа жизни. Легкомысленное отношение к правилам и законам, тенденция не доводить дело до конца, легкий переход грани между дозволенным и запретным.

3. *Циклоидный* — склонность к периодической смене настроения: от приподнятого к пониженному (субдепрессивному)

и, наоборот, с некоторой зависимостью изменения эмоционального тонуса от внешней ситуации. Вначале смена фаз подъема и спада настроения происходит довольно часто, но постепенно длительность обоих периодов возрастает с преимущественным приростом субдепрессивной модальности.

4. *Лабильный (эмоционально-лабильный)* — крайняя изменчивость настроения (по несколько раз в день) в зависимости от незначительных, но адекватных по знаку событий окружающей жизни, при значительной глубине самих состояний, привязанности к родным и близким, чуткости и интуиции в отношениях.

5. *Астено-невротический* — повышенная утомляемость, особенно при умственных занятиях, раздражительность и склонность к ипохондричности, зависимость настроения и поведения от самочувствия.

6. *Сенситивный* — робость, стеснительность, повышенная впечатлительность, рано формирующееся чувство долга, ответственности, высоких моральных и этических требований к окружающим и самому себе, склонность испытывать чувство неполноценности.

7. *Психастенический* — высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждательству, легкость образования навязчивых страхов, опасений, мыслей, представлений, ритуальных действий, многократные перепроверки уже сделанного.

8. *Шизоидный* — отгороженность, замкнутость, сниженная потребность в общении, эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии сопереживания, недостаток интуиции в процессе общения, духовное одиночество, своеобразие и необычность в выборе занятий и увлечений, недоступность внутреннего мира и сдержанность в проявлении чувств делают многие поступки непонятными и неожиданными для окружающих.

9. *Паранойяльный* — болезненная обидчивость, подозрительность, честолюбие, повышенная раздражительность и стойкость отрицательных аффектов, нескритическая приверженность к какой-то идее.

10. *Эпилептоидный* — склонность к злобно-тоскливому настроению (дисфории) с накапливающейся агрессией, проявляющейся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), недостаточная управляемость, импульсивность поведения, нетерпимость к иному мнению, конфликтность, вязкость мышления, чрезмерная обстоятельность речи, педантичность, склонность к лидерству, достигаемому силовыми методами, большая напряженность сферы влечений.

11. *Истероидный* — доминирующие эгоцентрические тенденции, выражающиеся в жажде постоянного внимания к своей особе, независимо от того, на какой почве это внимание возникает (восхищение, удивление, почитание, сочувствие, ненависть и т.п.), избирательная внушаемость, склонность к лживости и фантазированию, направленным на собственное приукрашивание, театральность в поведении и оформлении внешности, разыгрывание «сцен» вплоть до демонстративного суицида, тенденция к вытеснению неприятных для субъекта фактов.

12. *Неустойчивый* — легкое подчинение влиянию окружающих, безволие, обусловленность поступков случайными внешними обстоятельствами, постоянный поиск новых поверхностных впечатлений, склонность к необременительному времяпрепровождению в сомнительных компаниях, где часто начинают алкоголизироваться и принимать наркотики.

13. *Конформный* — чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения ближайшего окружения, недостаток критичности и инициативности, склонность к консерватизму, ходячей морали, благонаравия, шаблонность, банальность в суждениях, отрицательное отношение к переменам в жизни. Это тип акцентуации, черты которого с возрастом имеют тенденцию усиливаться.

Изначально созданная для нужд подростковой психологии, типология А.Е. Личко в силу своей универсальности и хорошей проекции за пределы юности с известными ограничениями может быть применима и для взрослого слоя населения.

Обращаясь в истории психологии к попыткам типологизировать детский характер, нельзя не упомянуть по-своему пионерскую попытку П.Ф. Лесгафта, который в книге «Семейное воспитание ребенка и его значение», написанной в конце XIX в., попытался связать тип детского характера с особенностями воспитательной тактики родителей, с влиянием их поведения и образа жизни [Лесгафт, 1995].

Лицемерный тип — дети отличаются хитростью, лживостью, притворством при внешней старательности и почтительности по отношению ко взрослым. С более слабыми ведут себя высокомерно, прибегают к обману для получения различных выгод. В силу своей грубости и самоуверенности у товарищей чаще всего расположением не пользуются. Обычно вырастают в семьях, где родители относятся друг к другу и другим людям неискренне и лицемерно.

Честолюбивые дети обладают заметным чувством собственного достоинства, стремятся к внешним признакам успеха, проникнуты мотивом соперничества, болезненно переживают неудачи. Любят

распоряжаться, проявлять власть над товарищами, влюблены в самих себя. Условием формирования подобного характера обычно бывает семейная обстановка, в которой родители подстегивают амбиции детей, видят в них гениев, неумеренно их хвалят, поощряют дух соревновательности.

Добродушный характер проявляется в приветливом и справедливом отношении к товарищам, дружелюбии, искренности, интересе к знаниям, способности к размышлениям и добросовестности в учении, не уживается с ложью и насилием, материальным выгодам значения не придает. Такие качества развиваются в семейных условиях со спокойными любящими отношениями, при объяснении ребенку, почему так надо поступать, и при приучении его к труду.

Мягко-забитый (заласканный) ребенок характеризуется безынициативностью, инертностью, трусостью, беспомощностью в трудных или неожиданных ситуациях, эгоизмом и равнодушием к близким, что является результатом преувеличенной заботливости и заласканности в семье.

Злостно-забитый — это тип озлобленного, упрямого, подозрительного к старшим, агрессивного ребенка, склонного к диким развращениям, разрушительным или жестоким действиям (например, по отношению к животным), часто действующего наперекор требованиям взрослых, группирующегося с себе подобными для взаимной защиты, терпеливо и стойко выдерживающий наказания. Данные черты формируются в условиях чрезмерной строгости, несправедливости и произвола со стороны родителей при использовании физических наказаний.

Узнетенный ребенок отличается слабостью, скромностью, трудолюбием, спокойной наблюдательностью, чувством товарищества, готовностью предельно ограничивать свои требования, преодолевать трудности трудом, неприверженностью материальному расчету. Такие дети вырастают в дружных трудовых семьях со скромным достатком, но с атмосферой взаимной привязанности ее членов.

Попытка связать особенности воспитания с особенностями развития характера была предпринята и в работах такого представителя психоаналитического направления в психологии, как Карен Хорни (Karen Horney, 1885–1952). Отойдя от ортодоксальных взглядов своего учителя З. Фрейда, провозглашавшего пансексуальность, К. Хорни [2002] предложила концепцию типологии характера, основывающуюся на всей совокупности переживаний в раннем детстве, вызванных неправильными способами воспитания со стороны родителей (позднее — неудовлетворительными

отношениями с обществом). В соответствии с ее представлениями, у маленького ребенка имеются две основные потребности: в безопасности и удовлетворении, причем родители одновременно оказываются в роли и обеспечивающих безопасность, и ограничивающих возможность удовлетворения. Поскольку дефектные семейные отношения заставляют чувствовать себя незащищенным, нелюбимым и ненужным, отвергнутым, у ребенка возникает так называемая базальная тревога, становящаяся почвой для развития особой структуры характера, определенного типа личности, связанного с попыткой избавиться от этой тревоги. По словам самой Хорни, в результате неблагоприятного опыта у человека возникает чувство беспомощности в мире, воспринимаемом как потенциально жестокий, он испытывает недостаток способности к самоутверждению, неуверенность в возможности управлять ситуацией по собственному усмотрению.

Подобная ситуация порождает три основных типа невротических наклонностей и стратегий избавления от тревоги, реализуемых в типе характера (личности):

1) *уступчивый* тип с направленностью «к людям» (характеризуется формулой: «Если я уступлю, меня не тронут»; типичны зависимость, нерешительность, уступчивость);

2) *агрессивный* тип с направленностью «против людей» («У меня есть власть, никто меня не тронет»; типично доминирование враждебности, установка на повышение собственного престижа, обретение контроля и власти, тенденция эксплуатировать других);

3) *обособленный* тип с ориентацией «от людей» («Мне все равно»; типична установка на неувлеченность, бесстрастность, незаинтересованность, уединенность, независимость).

Направленность

Несмотря на многочисленность существующих в современной психологии определений данной характеристики личности [Божович, 1968; Левитов, 1969; Якобсон, 1969; Леонтьев, 1981; Мерлин, 1996; Мясисев, 1998; Краткий..., 1998; Рубинштейн, 2002; Мерлин, 2005 и др.], можно выделить в них главное, описываемое как *совокупность устойчиво доминирующих, не зависящих от сложившейся ситуации мотивов, определяющих вектор поведения и деятельности человека*.

По мнению Ю.М. Забродина и Б.А. Сосновского [1989], напротив, в направленности личности существуют не только относительно устойчивые структурные образования, но имеет место и жизненно необходимая их вариативность. Реальное сочетание

того и другого проявляется в мотивационно-смысловых феноменах направленности. Это представляется чрезвычайно важным, поскольку вне категории смысла невозможно психологическое изучение собственно человеческой мотивации, ее функций и всего многообразия проявлений. Смысловая нагрузка придает мотивам необходимую для личности целостность и системность организации.

Направленность так или иначе выявляется в изучении всей системы психических свойств и состояний личности: потребностей, интересов, склонностей, идеалов, ценностных ориентаций, убеждений, мировоззрения и т.д. (смыслообразующий мотив по А.Н. Леонтьеву или доминирующее отношение по В.Н. Мясищеву). По мнению Б.Ф. Ломова [1984], она выступает как системообразующее свойство личности, определяющее ее психологический склад. Именно в этом свойстве выражаются цели, во имя которых действует личность, ее субъективное отношение к различным сторонам действительности, например в политике, профессиональной деятельности, в быту и т.д.

В более узком значении свойство направленности оказывается приложимым и к конкретным психическим процессам: мышлению, эмоциям, вниманию.

В качестве исходных побудителей, лежащих в основе направленности и активности человека, выступают *потребности*, базовыми и витально значимыми из которых являются потребности биологического круга, объективно представленные состоянием самого организма, в котором присутствует недостаток или избыток в каком-то звене его функционирования. В потребностях такого рода всегда представлена зависимость живого существа от конкретных условий, порождающая адаптационную активность по отношению к этим условиям. На психологическом уровне биологические потребности представлены специфическим переживанием *нужды*. Более сложными являются собственно человеческие материальные и духовные потребности (эстетические, творческие, познавательные и др.), складывающиеся в процессе воспитания и приобщения к культуре. Обусловленность направленности, помимо потребностей, может включать и требования, ожидания, исходящие от общества. С другой стороны, переживания, связанные с процессом и результатом удовлетворения потребности, сами могут становиться для человека ценным ее предметом. В онтогенезе потребности изменяются по своему содержанию, строению, динамическим свойствам и другим характеристикам.

Составной частью направленности являются *мотивы*, которые кратко определяются как осознанные (а значит, и вербализированные) потребности [Обуховский, 1972; Ковалев, 1988; Рубинштейн, 2000] либо как осознанные связи между потребностями и теми объектами, явлениями, отношениями, которые их могут удовлетворить (опредмеченные потребности). О наличии мотива целесообразно говорить тогда, когда уже запущенное либо готовящееся к запуску действие (обнаруживается наличие намерения) по достижению (присвоению) желаемого объекта (цели) этим объектом объясняемо. Таким образом, в структуре мотива как компонента направленности присутствуют четыре составляющие: 1) потребность как исходный побудитель; 2) нечто, способное удовлетворить, снять потребность; 3) намерения или действия по удовлетворению потребности; 4) осознание и объяснение своих действий потребностью. Другими словами, являясь рефлексией замысла, *мотивация* (система взаимодействующих и меняющихся во времени мотивов) объясняет целенаправленность действия.

Более сложными случаями с точки зрения корректности использования понятия «мотив» являются те ситуации, когда приходится сталкиваться с наличием целенаправленного, но не осознаваемого (без заведомого намерения) поведения, как, например, при инстинктивных или автоматизированных действиях. Следует признать, что в этих случаях для самого субъекта оно действительно немотивированно, а видимый мотив приписывается ему «извне», сторонним и, возможно, весьма компетентным наблюдателем. В других случаях сформулированный кем-то мотив поведения субъекта оказывается лишь вероятностно правдоподобной гипотезой. Здесь речь должна идти не о буквальной мотивации, а о детерминированности поведения — категории, находящейся с мотивацией в родо-видовых отношениях. Мотивация предусматривает детерминированность, но не наоборот, что и имеет место при целенаправленных, но не осознаваемых поступках.

Мысль об обязательной и полной осознанности мотивов поведения разделяется не всеми авторами [Спиркин, 1972; Леонтьев, 1983 и др.]. Степень осознания, по-видимому, действительно может колебаться в широких пределах, как это, например, типично для детского возраста или ряда психических расстройств (неспособность объяснить поведение с позиции здравого смысла).

Поскольку мотив, будучи объяснением поступка, служит основанием выбора одного из возможных вариантов поведения, его формирование и реализация обязательно предусматривают наличие интеллектуального, эмоционального и произвольного, волевого компонентов.

Очевидно, что люди различаются по индивидуальным проявлениям характера, временной устойчивости и силе тех или иных мотивов, которые под каким-то углом зрения могут быть иерархически упорядочены (в случае разрешения проблемы измерения) у каждого человека. Примером попытки создать основания для иерархии потребностей, на которые опирается мотивация, является широко известная «пирамидальная» схема А. Маслоу (Abraham H. Maslow, 1908–1970) [2007], предусматривающая пять их уровней: физиологические потребности, потребности в безопасности, потребности в принадлежности и любви, а также к присоединению, потребность в самоуважении, потребности в самоактуализации (наиболее полному раскрытию личностных способностей и актуализации своих возможностей). Возможность реализации потребностей более высокого уровня, по Маслоу, связана с непременным удовлетворением потребностей более низких уровней. Такого рода построения имеют свои объективные основания, особенно если подразумевать онтогенез потребностей в процессе созревания психики, но в силу своей обобщенности игнорируют индивидуальные различия людей, а также специфику тех обстоятельств, которые могут потребовать иной логики детерминированности поведения.

При реальном наличии большого числа одновременно существующих потребностей и вариаций в способах их удовлетворения актуальным становится самый сильный из них (по-видимому, находящийся на вершине иерархии при текущих внешних ситуациях и внутренних состояниях). Это не исключает тех случаев, когда одно действие или поступок оказываются полимотивированы или обуславливаются не только синергичными либо подчиненными мотивами, но и учитывают конфликтующие. В данном случае возникает проблема актуализации мотива, т.е. выделения тех обстоятельств и факторов, которые привели к осуществлению одних форм поведения и дистанцированию от других. А это значит, что существуют не только мотивы, ориентированные на цель, но и мотивы выбора способов ее достижения (или избегания).

Направленность человека также характеризуется целью. *Цель* — это ожидаемый, прогнозируемый, предвосхищаемый образ конечных (или промежуточных) результатов действий, который ведет к реализации их мотивов («воображаемое удовлетворение» [Шибутани, 1969, с. 152]). По существу, цель — это то, чего еще нет. Способности к целеполаганию и умению действовать в соответствии с поставленными целями формируются лишь на определенном пути онтогенетического развития, в основном

складываясь в пубертатный период, характеризующийся завершающимися этапами созревания лобной коры, ответственной за произвольные формы поведения. Именно локальные повреждения этой зоны, а также диффузные изменения со стороны мозга с вовлечением лобных долей сопровождаются утратой целенаправленности поведения, его хаотичностью и ослаблением контроля за приближением к цели. Формирование цели возможно лишь при наличии опережающего отражения действительности [Анохин, 1978].

Одна и та же цель может преследоваться разными людьми, руководствующимися различными мотивами, а один и тот же человек может быть поставлен перед выбором между двумя субъективно равнозначными целями. В подобных случаях возникает ситуация борьбы мотивов, разрешаемая с опорой на систему ранее сложившихся ценностных ориентаций.

Ценность в данном контексте является указанием на объекты и явления, отличающиеся особой значимостью для субъекта. Причисление их к таковым возникает на почве усвоения индивидом идеалов, эталонов, а также представлений о должном (убеждений), интериоризированных из общественного сознания. К системе ценностей в том числе могут быть отнесены объекты материальной и духовной культуры, в свою очередь окрашенные общесоциальными представлениями. Освоение личностью всех накопленных обществом ценностей носит избирательный характер, так как выбор ценностей культуры ограничен. Но ценностные отношения могут формироваться и на базе инстинктов.

С другой стороны, ввиду ограниченности индивидуального жизненного ресурса (резерва времени жизни) личность вынуждена выстраивать свои цели и ценности, определять для себя их приоритеты. Практически это выражается в том, что чем меньше жизненный ресурс личности, тем жестче становится система ценностей личности и тем ярче проявляется ее иерархичность, а число представленных в ней элементов уменьшается [Мухамеджанова].

Становясь для личности не всегда вполне осознаваемой системой отношений, преломляясь в личности, вся совокупность усвоенных ценностей начинает образовывать систему *ценностных ориентаций* — основание оценок различных сторон окружающей действительности, избирательное отношение к ним (предпочтения или отвержения определенных смыслов как жизнеорганизующих начал и (не)готовность вести себя в соответствии с ними [Грицанов, 2003]). Ценностные ориентации личности образуют устойчивую иерархически организованную систему — мировоззрение, изме-

нения в которой сопряжены с изменениями личности в целом. Поэтому система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности. Максимальное совпадение как существенных, так и второстепенных ценностей индивида с аналогичными ценностями общества может трактоваться как признак конформности.

Вместе с тем существует факт расхождения декларируемых и реально побуждающих человека ценностей. В психологии часто приходится иметь дело с сомнениями в отношении открыто провозглашаемых намерений, которые могут трактоваться как результат срабатывания защитных механизмов, как «рационализация», чему противопоставляется поиск реальных мотивов. Если речь идет не о сознательном искажении информации, то в этих случаях приходится сталкиваться и с когнитивными проблемами, недостаточной рефлексией, не обеспечивающей удовлетворительного осознания фактического положения дел. Решение этой проблемы для субъекта осложняется тем, что оценочный фактор может существовать в двух ипостасях: в качестве рассудочного и логически обоснованного суждения и в качестве эмоционального отношения, которое вызывает трудности при вербализации, как это, например, наблюдается при алекситимии.

Противоречивость в ценностных ориентациях влечет за собой непоследовательность, непредсказуемость поведения человека; неразвитость ценностных ориентаций личности определяет ее инфантилизм, господство внешних стимулов в поведении личности, а следовательно, конформизм, безликость человека [Здравомыслов, 1986]. На переломных этапах своего развития человек может пересматривать собственную систему ценностей, не говоря о психических расстройствах, при которых система ценностей может вообще утрачиваться или грубо искажаться.

Общечеловеческие ценности не просто существуют наряду с индивидуальными, но и являются их органическими составными частями. С другой стороны, оценки, традиционные для общества или принятые в нем на данном временном этапе, могут и не совпадать с личностными. Любопытно, что существование конкретной ценности имеет смысл лишь в силу наличия у нее антипода. Столкновение разнонаправленных ценностно-ориентационных систем может привести к межличностным противоречиям или даже к конфликтам.

В социологии и психологии широко представлено деление ценностей на терминальные и инструментальные [Rokeach, 1973]. К первой группе принадлежат ценности (цели), которые

выступают базовыми, мировоззренческими. Именно они формируются в детстве и практически не поддаются модификации в дальнейшем (представления о добре, истине, любви, счастье, свободе, дружбе и т.п.). Ко второй группе относятся ценности, используемые для достижения терминальных. Инструментальные ценности (средства) — более гибкие, подвижные и могут значительно изменяться в результате обучения или приобретения нового опыта. В качестве инструментальных ценностей обычно рассматриваются личностные черты, предпочтительные для человека в текущей ситуации или на данном отрезке времени. Эти черты в значительной степени определяют стили поведения и общения, что может интерпретироваться как формы адаптации.

Проблема способностей как структурного компонента личности будет рассмотрена ниже в параграфе 3.9.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы теоретические взгляды на понятие личности?
2. В соответствии с какими принципами происходит структурирование личности в процессе ее развития?
3. Опишите соотношение между понятиями: «человек», «индивид», «индивидуальность».
4. В чем различия современных представлений о темпераменте по сравнению с традиционными?
5. Какими признаками-требованиями следует руководствоваться при отнесении конкретного свойства к сфере темперамента по В.М. Русалову?
6. К выделению каких свойств детского темперамента приводит факторный анализ?
7. Дайте определение характера человека.
8. Благодаря каким основаниям возможно выделение типичного в характере?
9. Как определяются акцентуации характера (личности) и какие авторы занимались разработкой данной тематики?
10. Дайте краткое описание типов акцентуаций, выделяемых у подростков.
11. Какая концепция развития характера была предложена К. Хорни?
12. Что такое направленность личности и какой фактор придает ей системность организации?
13. Что выступает исходным побудителем активности человека?
14. В чем заключается проблема системы ценностей человека в психологическом контексте?

3.2. ВОЛЕВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ И ЕЕ РАССТРОЙСТВА

Реализация направленности, воплощенной в мотивах, предусматривает столкновение с многочисленными и порой непредсказуемыми препятствиями, которые могут остановить индивида, изменив его мотивацию, либо должны быть преодолены путем мобилизации волевого усилия. К классу препятствий могут быть отнесены весьма разнородные и многочисленные обстоятельства, начиная от буквальных физических преград и заканчивая такими, как чужое мнение, астенизирующая болезнь, конкурирующие мотивы и др.

Если *волю* в большинстве случаев определяют как способность преодолевать трудности при совершении целенаправленных действий, то в качестве обязательных индикаторов ее осуществления рассматриваются: 1) наличие выбора между несколькими возможными вариантами поведения или деятельности; 2) принятие решения, за которым следует осуществление выбранного действия и которое подтверждает произвольность происходящего (в отличие от импульсивных, автоматизированных, инстинктивных и других действий «по прямому побуждению»); 3) наличие самого препятствия, поскольку беспрепятственные действия и поступки волевыми признаны быть не могут [Леонтьев, 1993]. Предшественником психического феномена воли на физиологическом уровне является так называемый рефлекс свободы, открытый И.П. Павловым у высших животных и позднее описанный как «мотивация сопротивления принуждению». Согласно Л.С. Выготскому [1983] сущность волевых процессов сводится к способности управлять своим поведением, производить выбор из борющихся мотивов и подчинять поведение сознательно поставленным целям.

Очевидно, что выраженность препятствия и интенсивность волевого усилия в каждом конкретном случае может быть представлена с различной, в том числе и малой, степенью. Из-за этого сам поведенческий, двигательный или интеллектуальный акт в силу неочевидности категориально перестает относиться к числу волевых внешним наблюдателем, хотя фактически таковым является. Интенсивность потребности в достижении цели, т.е. в реализации мотива, при прочих равных условиях непосредственно сказывается и на интенсивности волевого усилия, для этого предпринимаемого. Анализ психологических механизмов волевого акта показывает, что качество воли может быть приписано индивиду в тех случаях, если он способен создавать дополнительное побуждение к действию путем изменения смысла этого действия (несовпадение мотива и цели по А.Н. Леонтьеву [1981], при преодолении аффективно-отрицательного отношения ради аффективно-положительной цели

по К.М. Гуревичу [1940] [цит. по: Смирнова, 1990], при независимости от обстоятельств по Л.И. Божович [1976]). Действие становится волевым тогда, когда субъект признает его исходящим от него самого. Усиление субъективной причинности, особенно если за ней скрывается пристрастное эмоциональное отношение, повышает вероятность его (действия) исполнения.

Под несколько иным углом зрения понятие воли рассматривает В.И. Гинецинский [1997]. По его мнению, воля — это психический механизм координации и субординации потребностей (мотивов), актуализируемых наличной ситуацией, регулирующий соотношение отдельных акций (операций, образов) в процессе достижения поставленной (принятой) цели. Таким образом, волевые процессы, имея непосредственное отношение к саморегуляции поведения, находятся на стыке когнитивных и мотивационных процессов.

Немецкий психолог Юлиус Куль (Julius Kuhl, р. 1947) предложил модель поведения, в которой волевые процессы преимущественно сводятся к процессам контроля за деятельностью. В основе этой концепции лежит тот факт, что люди значительно различаются между собой по тому, в какой мере они воплощают свои намерения в реальные действия [Васильев, Куль, 1985]. Куль рассматривает семь видов такого контроля [Хекхаузен, 2003].

1. Контроль внимания (селекция внимания). Внимание направлено только на ту информацию, которая соответствует актуальной действующей интенции (актуальному намерению).

2. Контроль кодирования. Особенно глубоко обрабатываются аспекты поступающей информации, которые связаны с текущей интенцией.

3. Контроль эмоций. Предполагается, что у субъекта есть некоторое метаволевое знание о том, какие эмоции «помогают» реализации необходимого действия, поэтому субъект стремится вызывать в себе «необходимые» эмоции. Препятствующие эмоции не допускаются.

4. Мотивационный контроль. Эта стратегия целесообразна тогда, когда действующая интенция недостаточно сильна из-за наличия конкурирующих интенций или при возникновении неожиданных преград. Тем самым повышается привлекательность значимой цели.

5. Контроль окружающей среды. С помощью определенных предосторожностей субъект способен защититься от соблазнов; обычно это осуществляется путем устранения из поля деятельности и окружающей среды предметов, которые могут спровоцировать нежелательные действия.

6. Экономная переработка информации. Этот процесс начинается происходить при формировании интенции в случае, если это формирование длится так долго, что приводит к неприемлемой отсрочке самой деятельности.

7. Преодоление неудачи. Речь идет об умении не слишком долго концентрироваться на неудаче, а также об умении отказываться от недостижимой цели.

Подобные формы контроля могут осознаваться в разной степени.

Когда способы осуществления волевых актов приобретают в поведении человека определенную устойчивость, они превращаются в волевые качества личности. По мнению П.М. Якобсона [1976], таких качеств четыре:

1) *самостоятельность* — ее суть заключается в способности человека определять свои поступки, ориентируясь не на давление окружающих и случайные влияния, а исходя из собственных убеждений и представлений. Своеобразным антиподом самостоятельности является внушаемость, в том числе податливость гипнозу;

2) *решительность* — способность человека своевременно и без излишних колебаний принимать обоснованные решения и обдуманно проводить их в жизнь;

3) *настойчивость* — способность к длительному и неослабному напряжению энергии, направленной на неуклонное достижение намеченной цели;

4) *самообладание* — умение подчинять себе нежелательные и при этом достаточно сильные, эмоционально окрашенные побуждения (раздражение, аффекты страха, гнева, ярости, отчаяния и т.п.).

У С.Л. Рубинштейна [2009] этот список дополняется инициативностью, у В.И. Селиванова [1974] — целеустремленностью, выдержкой, организованностью, дисциплинированностью и деловитостью, у А.Ц. Пуни [1977] — смелостью, исполнительностью и инициативностью. В.К. Калинин [1983] к числу базальных волевых качеств, выражающихся в однонаправленных регуляторных действиях сознания, осуществляемых в форме волевого усилия, относит: энергичность (способность волевым усилием быстро поднимать активность до необходимого уровня, вплоть до самого высокого), терпеливость (способность поддерживать с помощью дополнительного волевого усилия напряженность работы на заданном уровне при возникновении условий, препятствующих этому), выдержка (способность волевым усилием быстро затормаживать, замедлять, ослаблять излишнюю активированность, сдер-

живать и подавлять ненужные в данный момент чувства, мысли и привычки) и смелость (способность при возникновении опасной ситуации (для жизни, здоровья или престижа) сохранить устойчивость организации психических функций, выражающуюся в отсутствии снижения качества деятельности). Помимо уже упомянутых, Е.П. Ильин [2001] дополнительно к списку волевых качеств относит героизм и мужество.

Активность, вызванная препятствием, может оттеснить первоначальное побуждение на второй план, и тогда преодоление становится самоцелью, а воля трансформируется в *упрямство*.

Особо следует оговорить случаи, когда волевое усилие направлено не на осуществление, а на сдерживание желаемых субъективно, но неприемлемых по социальным (например, этическим) причинам действий. Именно слабость в подобном звене поведенческой регуляции может отличать лиц с психическими отклонениями.

В силу того, что индикатором для психических расстройств являются нарушения собственно человеческого поведения, которое регулируется мотивами, носит произвольный, управляемый волей и эмоциями характер, значительная их группа получила название расстройств эмоционально-волевой сферы.

В психологии обычно выделяют следующие этапы развертывания волевого действия: побуждение к совершению действия (влечение или желание), осознание цели действия и возможных вариантов ее достижения (ориентировка), возникновение и борьба способствующих и препятствующих мотивов, выбор (принятие решения), исполнение принятого решения. В некоторых случаях в качестве завершающего этапа предлагается рассматривать сверку полученного результата с ожидаемым. Нарушения волевой активности могут обнаруживаться на любом этапе своего развертывания, и даже не связанные с психозом указывают на расстройства личности. Таким образом, волевые процессы, составляющие психику человека, могут нарушаться как в результате возникновения психического расстройства, так и в частных случаях являться их основным выражением.

При анализе современной литературы, исходя из определения воли, можно выделить довольно большое число психических механизмов ее нарушения, в отношении которых применима многомерная, эмпирическая по сути классификация — одно и то же расстройство объективно несет в себе нагрузку различных патогенных факторов — и неполноценного либо искаженного анализа внешней ситуации, недостаточности ориентировочной основы произволь-

ного поведения, ухудшения процесса целсообразования, дефектов контроля и коррекции поведения и др.

1. На уровне анализаторных систем присутствуют нарушения первичной обработки информации (ее фильтрации, отбора, декодирования, выделения сигнала из шума), клинически выражающиеся в таких расстройствах, как агнозии или галлюцинации.

2. Имеется слабость аналитической функции, недостаточность оценки и верификации поступающей информации, что приводит к невозможности вскрыть глубинное смысловое значение текущей ситуации.

3. По разнообразным, в том числе и интеллектуальным причинам, искажается представление о промежуточных и конечных результатах волевого действия, имеет место дефект функции прогнозирования, экстраполяции отдаленного будущего (необдуманность, нерасчетливость).

4. Имеется повышенная зависимость мотивации и целсообразования от внешних факторов и ситуаций (внушаемость, склонность к подражанию, усиление конформистских тенденций).

5. На почве избыточного влияния ведущей мотивации возникает тенденциозность интерпретации модели внешнего мира, используемой для построения столь же тенденциозного произвольного поведения (при сверхценных идеях, паранойяльных, сутяжно-кверулянтских тенденциях — борьбе за поправленные и ущемленные, как кажется, права путем писания многочисленных жалоб в высокие инстанции и т.п.).

6. Болезненно сокращается или возрастает число внешних стимулов и мотивов, способных побудить к деятельности, как это, например, происходит при депрессивных и маниакальных состояниях (угнетение мотивов и влечений либо их усиление).

7. В отношении одного и того же объекта волевого усилия присутствуют противоречивые тенденции и эмоциональные оценки.

8. Формирование очередной цели обнаруживает избыточную зависимость от достижения предыдущей.

9. Разработка конкретного механизма поведения затрудняется из-за аморфности и крайней расплывчатости целей, что выражается в растерянности, тревожности и суетливости.

10. Происходит спонтанное образование принципиально несуществимых, либо нелепых целей, являющихся следствием ранее возникшей и развившейся психической патологии (как при навязчивых состояниях или бредовых синдромах).

11. Имеется сочетание инертной направленности мотивации на завышенные, хотя и принципиально достижимые цели с от-

существом учета внутренних субъективных возможностей, что сопровождается бесплодностью попыток соответствующих волевых усилий (при некоторых неврозах и психопатиях).

12. Над ранее ведущими нравственными мотивами начинают доминировать биоэгоистические (гедонистические) тенденции.

13. Текущие цели и средства их достижения преобладают над отдаленными (например, при эпилепсии).

14. Ослабление критичности к собственным намерениям на этапе подготовки поведенческого акта (при маниакальном синдроме) приводит к отсутствию борьбы мотивов, выражаясь, в частности, и в импульсивном поведении.

15. Гиперкритичность при выработке или выборе решения из ряда возможных приводит к неспособности завершить борьбу мотивов и принять окончательное решение, что сопровождается сомнениями, неуверенностью в правильности даже уже исполненных действий (при психастении).

16. Возникает ослабление контроля над осуществляемой деятельностью, что приводит к ее дезорганизации и хаотичности, как это, например, происходит при вовлечении в органический патологический процесс участков лобной коры.

17. Присутствует шаблонность алгоритмов поведения в ситуациях, требующих нестандартного разрешения.

18. Замедление течения информационных процессов приводит к невозможности своевременного исправления поведения (при органических и сосудистых поражениях мозга).

19. Утрачена способность сравнивать достигнутое с желаемым из-за нестойкости волевой регуляции (при органических поражениях мозга).

20. Тенденциозная оценка достигнутых результатов характерна для больных с синдромом бреда, но может встречаться и при истерии.

21. Страдает представленность произвольных психических процессов в сознании (при расстройствах самого сознания).

22. Нарушается сама способность к волевому усилию (например, на фоне астении или депрессии).

Опираясь на работы В.А. Иванникова, Л.О. Пережогин [2001] предлагает рассматривать семь групп волевых расстройств:

1. *Расстройство волевых действий.* Будучи обусловленным недостаточностью прогностической функции, проявляется клинически неспособностью фиксировать свое внимание и выполнять действия, результат которых не является очевидным, моментально достижимым. Обнаруживающие расстройство пациенты сообщают,

что они не могут представить себе плодов своего труда, разочаровываются в выполняемой ими работе прежде, чем достигнут результата, неспособны мотивировать себя на длительный труд, нуждаются в дополнительных стимулах — вехах. В частности, они не могут сделать накоплений на приобретение какой-либо ценной вещи, обучаться, если их знания не находят практического применения.

2. *Расстройство сознательного преодоления препятствий на пути к цели.* Такими препятствиями выступают физические помехи, сложность действия, социально заданные условия, конкурирующие мотивы и цели, новизна обстановки, внутреннее состояние и т.п.

3. *Расстройство преодоления конфликта.* Может быть вызвано одним или несколькими факторами — например, несовместимость двух действий, необходимость выбора одной из целей: а) обусловленных различными мотивами, б) приводящих к разным последствиям, а также несовместимость личных и социальных мотивов, цели и последствия действия. Расстройство проявляется клинически нарушением способности осуществления выбора, что может реализовываться в различные типы реагирования. Одни избегают принятия решения, намеренно уклоняются от него, стремясь пустить дело на самотек, либо перекладывая принятие решений на других. Вторые пытаются использовать в качестве третьей стороны случай (подбрасывают монетку и т.д.). Для третьих (особенно для лиц с психическим инфантилизмом) характерно избирательное уничтожение одной из альтернатив, что иногда проявляется в инструментальной агрессии.

4. *Расстройство преднамеренной регуляции.* Связано с нарушением параметров действия (силы, скорости, темпа), торможения неадекватных психических процессов, особенно эмоциональных, с организацией психических процессов в соответствии с ходом деятельности, со способностью оказывать сопротивление рефлекторным действиям. Примером такого расстройства является синдром автономной конечности, при котором больные теряют контроль над действиями руки, которая совершает порой сложные движения независимо либо против их воли. Субъективно они оценивают руку как часть своего тела, которая «взбунтовалась и делает только то, что хочется ей». Многие больные отмечают, что не в силах контролировать свои эмоциональные проявления. Сопротивление рефлекторным действиям подразумевает способность сознательно преодолевать боль, страх и другие состояния, имеющие за собой набор рефлекторных моторных актов (отдергивание руки, зажмуривание глаз и т.п.).

5. *Расстройство, сопровождающееся формированием автоматизмов и навязчивостей.* В эту группу входят значительно различающиеся по психопатологическому значению феномены. К автоматизированным действиям относят игру на музыкальных инструментах, вождение автомобиля, привычный выбор маршрута. Люди, добирающиеся до работы одним и тем же путем на протяжении многих лет, порой ловят себя на том, что если им однажды выпадает необходимость пойти другим путем, они автоматически идут привычной дорогой (утрата контроля над автоматизмами). Сюда же относятся и собственно навязчивости.

6. *Расстройство мотивов и влечений.* Нарушено переживание влечения как свободного собственно волевого акта, имеющего осознанную цель.

7. *Расстройства прогностической функции.* Пациенты, обнаруживающие расстройства данного круга, с трудом прогнозируют последствия своих действий. Так, один испытуемый сообщил, что однажды очень удивился, когда, вернувшись с работы, застал жену в слезах. Он и не думал, «что она так близко к сердцу примет его слова», что он уйдет к другой женщине. За прошедшие несколько часов он уже давно пересудумал.

Расстройства волевой регуляции

Терминологически расстройства волевой регуляции описываются следующими понятиями.

Гипобулия — ослабление воли (в просторечии — лень) — недостаток энергии, побуждений и интересов, что сопровождается регрессом мотивов. Степень снижения активности может быть разной — от незначительного, переживаемого лишь субъективно, до граничащего с аспонтанностью. Больной не способен мобилизовать себя, начать и довести до конца выполнение различных задач, что распространяется также и на контроль мысли, речи и движений. Ограничивается общение и снижается уровень произвольного внимания. Подобный симптомокомплекс часто приводит к снижению социального уровня больных, что выражается в неопрятности, гигиенической запущенности (больной не следит за своей внешностью, неряшлив, одет не по сезону, редко моется, не чистит зубы и т.п.). Все это сопровождается физической апатией и инертностью (человек подолгу лежит, не проявляя никакой активности — *гиподинамия*), иногда маскируемой какой-то бессмысленной и непродуктивной деятельностью (типа просмотра телепередач). Падает социальная и профессиональная продуктивность больного, ухудшается выполнение профессиональных обязан-

ностей и навыков, перестают реализовываться социальные роли, обеспечивающие статус человека в обществе.

Крайней степенью прогрессирующей гипобулии является *абулия* — полное отсутствие желаний и побуждений к деятельности, полная безучастность к окружающему, невозможность выполнения не только сложных, но и простых волевых актов даже в опасных для себя ситуациях, обездвиженность (*акинезия*). На фоне резко сниженной экспрессивности, безразличия и отсутствия энергетического потенциала могут минимально сохраняться лишь некоторые автоматизированные действия (*апат-абулический синдром*).

Гипо- и абулия — симптомы, широко встречающиеся при различных заболеваниях. Они характерны для соматических заболеваний, могут являться следствием органических, травматических повреждений головного мозга, характерны для шизофрении, старческих психозов, некоторых психопатий и невротических расстройств, депрессий, возможны при слабоумии и наркомании.

Гипербулия — патологическое повышение волевой активности, усиление интенсивности разнообразных влечений и желаний. Встречается в двух формах.

При первом варианте присутствует быстрая изменчивость побуждений, стремление к немедленному достижению целей (больной не считается с внешними условиями, не учитывает собственные возможности), что поведенчески выражается избыточной инициативностью, порывистостью, импульсивностью, подвижностью, говорливостью, часто сочетающимися с отвлекаемостью, непоследовательностью, недоведением начатого до конца и, следовательно, общей слабой продуктивностью (реальная жажда деятельности отсутствует). Исключения составляют относительно легкие случаи. В тяжелых случаях может возникать хаотическое психомоторное возбуждение.

Усиление волевых функций здесь скорее должно характеризоваться приставкой «псевдо», поскольку оно носит лишь внешний характер при преобладании ситуативных реакций (маниакальные состояния, бредовые расстройства, психопатические синдромы, состояние наркотизации). В некоторых случаях подобный вариант гипербулии может описываться как суетливая псевдоделовитость.

При втором варианте вся жизнь больного действительно начинается подчиняется реализации его гипертрофированных патологических побуждений: проявляется необычайное упорство в достижении целей любыми средствами, обнаруживается инертность нервных процессов и затруднения при необходимости в переключении внимания (при паранойяльных состояниях, при эпилепсии).

Среди детского контингента признаки гипербулии наблюдаются, как мы уже говорили, в рамках *синдрома дефицита внимания и гиперактивности* (СДВГ), основная симптоматика которого проявляется от 1,5 до 15 лет, становясь особенно яркой в конце дошкольного и начале школьного возраста. Поведение таких детей характеризуется чрезвычайной подвижностью, бесцельной избыточной моторной активностью, импульсивностью, обилием лишних движений, неусидчивостью и общим беспокойством, которые могут сочетаться с моторной неловкостью, несформированностью мелкой моторики и праксиса, повышенным риском травматизма. В соответствии с классификацией психических расстройств DSM-IV, разработанной Американской ассоциацией психиатров, ребенок может считаться гиперактивным, и импульсивным, если в его поведении на протяжении 6 и более месяцев встречаются 6 из 9 следующих признаков [Заваденко, 2014] (в DSM-5 вводятся и критерии для подростков и взрослых от 17 лет и старше — 5 из 9):

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.

2. Часто покидает свое место в ситуациях, когда нужно сидеть (например, встает в классе во время уроков, в офисе или на работе, в других ситуациях, когда требуется оставаться на своем месте).

3. Часто бегает туда-сюда, куда-то забирается в ситуациях, когда это неприемлемо (примечание: у подростков и взрослых этот симптом может ограничиваться ощущением беспокойства, невозможности оставаться на месте).

4. Часто не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5. Часто находится в постоянном движении, ведет себя так, как будто к нему «прикрепили мотор» (неспособен или ощущает дискомфорт, если требуется спокойно сидеть в течение продолжительного времени, например в ресторане, на встрече; окружающие могут расценивать его, как беспокойного человека, с которым трудно иметь дело).

6. Часто бывает болтливым.

7. Часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца (например, завершает высказывания за других людей, не может ждать своей очереди во время разговора).

8. Часто с трудом дожидается своей очереди (например, когда стоит в очереди).

9. Часто прерывает других, мешает им (например, вмешивается в беседы, игры, дела; может начать пользоваться вещами других людей, не спросив их или не получив разрешения; у подростков

и взрослых — может вмешаться или начать делать то, что делают другие).

Считается, что гиперактивность является своеобразным следствием утомления — слабым контролем хаотического подкоркового возбуждения на почве преимущественно ранних повреждений ЦНС (ретикулярной формации) в период беременности и родов. Однако это не исключает и влияния наследственного фактора, поскольку исследования семей, в которых имеются дети с признаками СДВГ, указывает на большую вероятность подобного же расстройства у их ближайших родственников — родителей и сиблингов. В ряде случаев наличие СДВГ связывается с дефицитом в мозге такого нейромедиатора (посредника в синаптической передаче импульса), как дофамин, нарушениями связи между подкорковыми структурами и префронтальной корой.

Парабулия — извращение преимущественно филогенетически ранних по уровню волевых актов, патология поведения, вытекающая из нарушения механизмов формирования мотивов и целей. По существу, это *расстройства влечений* — неосознаваемых или слабо осознаваемых стремлений к удовлетворению потребностей. Часть влечений первична, инстинктивна по своей природе (пищевое, половое, самосохранения), но другая часть влечений возникает при жизни, и перечень их может быть велик. В норме влечения в одних случаях угасают (удовлетворяются социально приемлемым способом), в других — осознаются, превращаясь в желания.

При парабулиях мотив либо не формируется, либо является неадекватным внутренней, инстинктивной природе потребности, либо одновременно существуют два противоположных мотива. С известной степенью условности можно говорить и о затронутости интеллектуальной составляющей, и ощущениях нарушения свободы воли — повторяющиеся приступы влечений, как правило, противоречат интересам самого человека.

Расстройства влечений иногда встречаются при психических заболеваниях, таких как психозы, эпилепсия, при умственной отсталости, органических заболеваниях головного мозга (например, при поражении медиобазальной лобной коры, имеющей тесные связи с лимбической системой, а через нее и с гипоталамусом и миндалевидным телом [Лурия, 2000]). Однако наиболее специфические черты они приобретают при психопатиях.

Парабулия может принимать самые разнообразные формы: отказ от обычной еды с употреблением в пищу несъедобного, нанесение себе увечий или стремление к самоубийству, половые извращения, склонность к бродяжничеству, поджогам, бесцельным

кражам, мутизм, ориентация на явно неразрешимые сверхзадачи, пассивная подчиняемость или повышенная внушаемость и т.п. Объяснения, которые больной дает своему поведению, часто носят формальный характер, а реальные побуждения порой нелепых поступков определить невозможно. Исключения составляют случаи, когда необычная деятельность больного определенно вытекает из содержания бреда и галлюцинаций, сопровождающих имеющееся психическое расстройство.

Парабулия также может выражаться неадекватностью выразительных действий, манерностью, гримасничанием, вычурными мимикой, походкой, жестами, позой, т.е. тем, что обозначается как *паракинезии*.

Возможны три клинические формы протекания парабулий, отличающиеся динамикой и качественными особенностями:

1. *Навязчивые (обсессивные) влечения* предполагают возникновение желаний, явно расходящихся с требованиями этики, морали и законности, но которые больной может контролировать и подавлять как недопустимые. В подобных случаях присутствует сопровождаемая сильными переживаниями борьба мотивов, разрешаемая в пользу ожиданий и требований общества (но в сознании постоянно сохраняются мысли о неудовлетворенной потребности).

2. *Компульсивные влечения* (компульсия — от лат. *compulsio* — принуждение) — непреодолимые, субъективно насильственные (без свободы воли) побуждения к каким-то бессмысленным или опасным действиям на почве психофизиологического дискомфорта, возникающие по механизму витальных, физиологических влечений (голода, жажды) и приобретающие характер доминирующего мотива деятельности (борьба мотивов практически отсутствует). Критическое отношение к подобному побуждению, неприемлемость для больного, его противоречие морально-этическим представлениям сочетаются с невозможностью ему противостоять или игнорировать. Сознательное усилие не достигает цели, а попытки заблокировать данное побуждение извне могут лишь его усилить. Среди явлений подобного рода стремление к наркотику или алкоголю, искажения пищевого инстинкта в виде обжорства или отказа от пищи (снижения аппетита — *анорексии*), расстройств полового инстинкта в форме гомосексуализма, мазохизма, педофилии, фетишизма или вуарьеризма (подглядывания за обнаженными лицами противоположного пола), влечения к совершению агрессии над близкими, патологическая увлеченность азартными играми и т.п. Подобные влечения переживаются как тягостные и в силу необъяснимости для больного могут порождать чувство страха. Вместе

с тем вопрос о том, до какой степени влечения, итогом которых становится получение удовольствия, могут рассматриваться как компульсивные, продолжает сохраняться открытым. На вершине своего развития компульсивное влечение иногда сопровождается психомоторным возбуждением.

Если справиться с ним до его начала все же удастся, то развивается последующее *абстинентное* (лат. *abstinentia* — воздержание) состояние (*синдром лишения* — подавленное настроение, физический дискомфорт, вегетативные расстройства, тревога и страхи, расстройства сна и т.п.).

Компульсивные влечения реализовываются в виде *компульсивных действий*. Их частным, но достаточно распространенным даже на бытовом уровне случаем являются ритуальные поведенческие акты, направленные на редукцию и нейтрализацию тревоги, вызываемой навязчивыми влечениями или сомнениями (например, постоянное мытье рук с целью избежать «загрязнения»). Компульсии в этих случаях прекращаются лишь после восстановления внутреннего ощущения завершенности полноты двигательного акта. Такое ощущение возникает по типу обретения утраченного ранее телесного самоощущения. Компульсивные ритуальные действия могут ежедневно занимать много часов в день и сочетаться с нерешительностью, медлительностью и нарушениями мышления.

Поскольку данные влечения имеют форму навязчивостей, то часто психические симптомокомплексы, возникающие на подобной почве, обозначаются в клинической литературе как *обсессивно-компульсивный синдром*. В этом синдроме компульсивный фактор диктует направленность поведения, а обсессивный определяет эмоциональный фон (например, наркоман может испытывать приподнятое настроение, предвкушая прием наркотика). Термин «компульсии» используется и в более широком смысле для обозначения любых навязчивостей в двигательной сфере.

Многие компульсивные влечения, сохраняя свою качественную направленность, могут возникать с такой быстротой и энергичностью, что их осуществление приобретает характер импульса.

3. *Импульсивные влечения* возникают остро, немотивированно с упорным стремлением к немедленному осуществлению болезненного и бессмысленного побуждения, либо под влиянием аффекта, минутного настроения или случайной прихоти. Борьба мотивов с представлением последствий совершенного поступка если и присутствует, то весьма кратковременна, поскольку нарастающее внутреннее напряжение требует немедленной разрядки, вслед за чем реализуется тот или иной вид влечения. Для достижения цели

предпринимается все, а понимание предосудительности такого поступка не останавливает. К числу импульсивных влечений относят уже упоминавшееся неудержимое влечение к перемене места и бродяжничеству (*дромомания*), патологическую страсть к хищению ненужных вещей, которые затем прячутся, выбрасываются или возвращаются владельцу (*клептомания*), влечение к поджогам без злого умысла (*пиромания*), импульсивное стремление к пьянству (*дипсомания*) с периодом запоя в 2–3 недели и абсолютным отсутствием влечения к алкоголю после этого периода и др. В подобных феноменах обнаруживается слабость контролирующей функции воли.

На высоте патологического состояния встречается сужение сознания. По окончании разрядки возможны либо идеи самообвинения (прошедшее импульсивное влечение кажется чуждым), либо апатия, либо эмоциональная приподнятость.

Если стадия борьбы взаимоисключающих мотивов задерживается настолько, что вообще не завершается принятием решения, либо упускается критическое время для реализации одного из полярных и эмоционально окрашенных побуждений (например, любви и ненависти), говорят о состоянии *амбивалентности* (от лат. *ambo* — оба и *valentia* — сила), или *амбитендентности*. При этом по мере развития ситуации одно из чувств или один из мотивов могут бессознательно вытесняться или маскироваться другим.

Сложность характеристики амбивалентности как формы расстройства волевых функций заключается в том, что противоречивость оценок в отношении других лиц, предметов и ситуаций чрезвычайно распространена на бытовом уровне и, являясь универсальным когнитивным механизмом, естественно обуславливается сложностью и противоречивостью (порой диалектической) внешнего мира, а также незрелостью иерархичности системы ценностей индивида, либо — напротив — сложностью объекта, подлежащего промышливанию, и юкспонированностью, оттеночностью мышления индивида.

Об амбивалентности как клиническом феномене есть смысл говорить тогда, когда она провоцирует непоследовательность мышления и неадекватность поведения, когда субъективно переживается ощущение неизбежности и одновременной неприемлемости избираемого действия, последовательное существование и развитие которого может привести, в частности, к неврозу навязчивых состояний. По мнению известного швейцарского психиатра О. Блэйлера, который ввел понятие амбивалентности, она является основным симптомом шизофрении, т.е. ее возникновение детерминруется

не только внешними, но и исходно эндогенными факторами, лишь вторично приводящими к неадекватности поведения.

При внешней схожести более тонкое дифференцирование терминов «амбивалентность» и «амбитендентность» позволяет усматривать в первом случае преимущественный акцент на характере оценивания побуждений по их знаку («хороший — плохой»), а во втором — акцент описания смещается на расплывчатые представления о направленности произвольных действий и поведения, способах реализации мотивов (нерешительность).

Волевые (парабулические) расстройства, просецируясь в нарушении различных сфер психической деятельности, вовлекают и уровень интеграции автоматизированных и произвольных двигательных функций человека, что, в частности, находит свое выражение в так называемых кататонических проявлениях (кататоническом синдроме). *Кататония* (греч. *katateino* — стягивать, напирать) встречается в двух внешне противоположных, но порой сочетающихся у одного больного формах, которые, по сути, едины в своем происхождении и представляют две стороны или последовательные фазы одного и того же явления: кататонический ступор и кататоническое возбуждение.

Кататонический ступор — полное или неполное оцепенение, неподвижность на фоне повышенного мышечного тонуса, отсутствие спонтанных движений и речи (мутизм — один из первых признаков развивающегося ступора), застывание надолго в нелепых, вычурных позах (например, в позе эмбриона) без реагирования на сигналы из внешней среды, амимия (маскообразное лицо), что сочетается с негативизмом, который проявляется немотивированным противодействием больного словам и особенно действиям лица, вступающего с ним в общение, в невыполнении инструкций или выполнении ее противоположно (например, при просьбе открыть рот больной плотно сжимает губы). В основе негативизма лежат механизмы парадоксального торможения в различных сферах психической деятельности.

Нарушается способность социально приемлемым путем совершать отправление физиологических надобностей, либо имеет место сдерживание соответствующих позывов.

Другая форма изменения тонуса мышц в рамках кататонического ступора — восковая гибкость (*каталепсия*): приданная телу или отдельной части тела больного поза, даже неудобная, сохраняется в течение неопределенно длительного времени.

Все это может происходить на фоне ясного сознания, сопровождаться страхом, ужасом, растерянностью, наплывом фантасти-

ческих галлюцинаторных образов и измененным самосознанием. Длительность кататонического ступора составляет от нескольких недель до сроков, исчисляемых годами. В более легких случаях погруженность в состояние ступора невелика и непродолжительна, остается возможность выведения больного из заторможенности стимуляцией извне. В описанной картине симптоматики присутствуют не только парабулические, но и абулические (гипобулические) черты.

Обездвиженность и оцепенение, квалифицируемые как иные варианты ступора, могут возникать в ответ на действие шоковой психической травмы, у лиц с истерическими чертами характера в неосознаваемом стремлении привлечь к себе внимание и по ряду иных психогенных причин.

Кататоническое возбуждение выражается повышенной хаотичной, без внешней проекции психомоторной активностью, импульсивными однообразными (стереотипными) либо нецеленаправленными движениями и жестами с ярким проявлением манерности, вычурности, гримасничания, с неадекватными колебаниями настроения: от восторженно-экзальтированного до тревожно-растерянного, злобного, патетического или безразличного, с бессвязной или вербигерированной (вербигерация — повторение, выкрикивание бессмысленных выражений, коверкание или нелепое панизывание слов и звуков) речью, мимоговорением, нарушениями мышления, эхосимптомами (копированием чужих движений, мимики или слов). Мимика больных не адекватна их поступкам и настроению (парамимия). Поведение, соответствующее парабулии, может приобретать форму нелепой дурашливости.

Физиологическим объяснением этих форм патологии является запредельное торможение, развивающееся в коре головного мозга, вызванное слабостью нервных клеток, неспособных адекватно реагировать на обычные по силе раздражители с одновременным индукционным растормаживанием подкорковых образований (кататоническое возбуждение), либо вовлечением в тормозной процесс и этой области мозга (кататонический ступор). Из-за указанных причин состояние больного в спокойное ночное время может немного улучшаться, восприятию делается доступным шепотная речь. В связи с вовлеченностью подкорковых структур, независимо от клинических особенностей, кататонический синдром всегда сопровождается выраженными вегетативными проявлениями.

Мутизм, негативизм, пассивная подчиняемость вместе со стереотипией, *эхолалией* (непроизвольное, неконтролируемое повторение

услышанных слов) и склонностью к застыванию в одних позах составляют группу так называемых кататонических симптомов.

Кататонические состояния не специфичны и встречаются при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, при умственной отсталости, нейроинфекциях, черепно-мозговых травмах, опухолях в области третьего желудочка, гипофиза, зрительного бугра и базальных ганглиев. Они могут как сочетаться, так и не сочетаться с так называемой продуктивной симптоматикой (бредом, галлюцинациями), протекать на фоне неизмененного сознания либо сопровождаться онейроидными (сновидными) расстройствами сознания.

У детей дошкольного возраста редко возникающий ступор и чаще выявляемое кататоническое возбуждение наблюдаются в виде разрозненных рудиментарных признаков, сочетаемых с такими расстройствами, как энурез, энкопрез и регресс навыков самообслуживания.

Кататоническое возбуждение необходимо отличать от *возбуждения психомоторного*, при котором бурное стремление действовать не утрачивает общей целенаправленности и объяснимости.

Особый класс двигательных нарушений, которые тоже могут быть рассмотрены под углом зрения волевых расстройств, составляют *гиперкинезы*. Это безмотивно непроизвольно-насиленные движения, воспринимаемые субъектом на фоне ясного сознания как чуждые, затрудняющие в большинстве случаев исполнение привычных и произвольных двигательных навыков (ходьбы, стояния, приема пищи, самообслуживания, целенаправленных движений рук и т.п.), не столько угрожающие жизни, сколько разрушающие ее, значительно ограничивая функциональные возможности человека и способствуя социально-психологической дезадаптации.

Проявления гиперкинезов чрезвычайно разнообразны: от дрожания и судорог отдельных групп мышц, вызывающих примитивные непроизвольные стереотипные движения, до весьма сложных по динамике, напоминающих танцевальные движения или вычурную жестикуляцию пространственно разбросанных сокращений мышц, описываемых в клинической литературе как проявления хорсы (греч. *choreia* — пляска). Среди гиперкинезов в силу широкой распространенности особое место занимают *тики* — быстрые, похожие на произвольные, отрывистые движения, в которые чаще и одновременно вовлекаются мышцы лица, шеи, конечностей и реже корпуса (типа подмигивания, наморщивания носа, подергивания головы, выворачивания пальцев и кистей, выкриков,

насильственного смеха или плача и т.п.). Каждый больной имеет свой индивидуальный «репертуар» тиков.

Гиперкинезы могут быть как приступообразными, спровоцированными сильными эмоциями, интеллектуальными нагрузками, необходимостью речевой активности, так и носить постоянный характер, прекращаясь лишь во сне или в покое. Гиперкинез, как правило, не может быть подавлен волевым усилием, но в некоторых случаях, обычно в отношении тиков, это на короткое время сделать удастся.

Возникновение гиперкинезов чаще всего связывают с исходным или вторичным расстройством в деятельности подкорковой части экстрапирамидной системы — морфофункциональной системы мозга, ответственной за тонус мышц, поддержание позы и общую согласованность двигательных актов. Подобные дефекты возможны при воспалительных заболеваниях мозга, его сосудистых поражениях, черепно-мозговых травмах, детских церебральных параличах, интоксикациях и др. Очевидно, что гиперкинезы делают невозможным работу со многими психодиагностическими методиками даже при относительной сохранности интеллектуальных и гностических функций.

Иногда используемое расширительное понимание гиперкинезий включает в себя все случаи психомоторного возбуждения как крайне выраженного усиления психической и двигательной активности (например, гиперактивность в рамках вышерассмотренного СДВГ расценивается как принадлежащая к категории гиперкинетических расстройств поведения).

Противоположный феномен, также являющийся внешним выражением волевых расстройств, — *гипокинезии* — замедление и обеднение движений, двигательное угнетение, оскудение моторики вплоть до состояния акинезии — полной обездвиженности вследствие прекращения произвольных движений с сохранением способности к действиям при активном побуждении извне.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы обязательные условия совершения волевого акта по А.П. Леонтьеву?
2. Опишите основные волевые качества личности.
3. Охарактеризуйте возможные механизмы нарушения волевого регулирования.
4. Что такое гипобулия с точки зрения психологии?
5. При каких обстоятельствах у детей можно наблюдать признаки гипербулии?

6. Как называется извращение волевых актов и какие формы оно может приобретать?
7. В чем различия между компульсивными и импульсивными влечениями?
8. Как внешне проявляются гиперкинезы?

3.3. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Проблема диагностики воли сталкивается с целым рядом трудностей как терминологического характера, так и с точки зрения направленности стимульного материала (исследуется воля вообще или конкретные волевые свойства и качества).

Поскольку построение модели произвольной человеческой деятельности включает в себя и отношения человека, и мотивационные структуры, волевые нарушения со стороны личности могут быть исследованы самыми разными способами, в том числе и опосредованно, например, с помощью эксперимента, направленного на изучение познавательных процессов, изучения уровня притязания, исследования психического насыщения или с помощью проективных методик [Зейгарник, 1986]. Нарушения произвольного управления психическими процессами может выступать в форме разнообразных расстройств внимания и во многом производных от них расстройств гнозиса, памяти, сложных и простых двигательных актов и даже речи.

Оценка волевой регуляции во многом строится на основании сбора анамнеза как от самого больного, так и характеристик его поведения близкими ему лицами (метод обобщенных независимых характеристик), на наблюдении за поведением пациента во время обследования и особенностями его психомоторики.

Приведем несколько приемов исследования воли, отобранных для этой цели Е.П. Ильиным [2009].

Наблюдения для оценки волевых качеств по А.И. Высоцкому

Прием изначально предлагался для исследования детей школьного возраста.

Довольно полную характеристику волевой активности субъекта можно получить, наблюдая за его настойчивостью, инициативностью, решительностью, самостоятельностью, выдержкой, организованностью и дисциплинированностью, проявляемых в каком-нибудь виде деятельности. Эти волевые качества, отражающие активизирующую и сдерживающую функции воли, наиболее ярко проявляются в действиях и поступках, удобны для наблюдения, характерны для всех видов деятельности (учение, труд, спорт и т.п.).

Что касается целеустремленности, то о ней можно судить по проявлению указанных выше качеств.

Оценка силы волевых качеств производится по 5-балльной системе: 5 — волевое качество очень сильно развито, 4 — сильно развито, 3 — слабо развито, 2 — очень слабо развито, 1 — волевое качество не присуще данному субъекту.

Общая оценка каждого волевого качества определяется как среднесарифметическое (М) оценок данного качества экспертами. Если М равно четырем и выше, данное качество проявляется сильно, в остальных случаях — слабо.

Оценка устойчивости того или другого волевого качества производится по частоте проявления признаков данного качества. Волевое качество считается более или менее устойчивым, если один из его признаков обнаруживается у наблюдаемого субъекта в данной деятельности в среднем три и более раз в неделю или если два и более признака проявляются в среднем не менее двух раз в неделю за время наблюдения за субъектом. При более редком проявлении признаков волевое качество считается неустойчивым.

Признаки волевых качеств у школьников

Признаки дисциплинированности:

- сознательное выполнение установленного в данной деятельности порядка (соблюдение требований учителей, своевременное выполнение трудовых поручений, выполнение всех правил в спорте и т.д.);
- добровольное выполнение правил, установленных коллективом (класса, членами кружка, группой товарищей по труду, спорту и т.д.);
- недопущение проступков (уход без разрешения с занятий, неявка на воскресник и т.п.);
- соблюдение дисциплинированного поведения при изменении обстановки.

Признаки самостоятельности:

- выполнение субъектом посильной деятельности без помощи и постоянного контроля со стороны (без напоминаний и подсказок выполнить учебное, трудовое задание и т.п.);
- умение самому найти себе занятие и организовать свою деятельность (приступить к подготовке уроков, обслужить себя, найти способ отдохнуть и т.д.);
- умение отстаивать свое мнение; не проявлять упрямство, если неправ;

- умение соблюдать выработанные привычки самостоятельного поведения в новых условиях деятельности.

Признаки настойчивости:

- стремление постоянно доводить начатое дело до конца; умение длительно преследовать цель, не снижая энергии в борьбе с трудностями;
- умение продолжать деятельность при нежелании ею заниматься или при возникновении другой, более интересной деятельности;
- умение проявить упорство при изменившейся обстановке (смене коллектива, условий труда и т.д.).

Признаки выдержки:

- проявление терпения в деятельности, выполняемой в затрудненных условиях (большие помехи, неудачи и т.п.);
- умение держать себя в конфликтных ситуациях (при спорах, незаслуженном обвинении и т.д.);
- умение сдерживать проявление чувств при сильном эмоциональном возбуждении (большой радости, негодовании и т.д.); умение контролировать свое поведение в непривычной обстановке.

Признаки организованности:

- соблюдение определенного порядка, способствующего успеху в деятельности (держать в порядке книги, рабочее место, предметы труда и т.п.);
- планирование своих действий и разумное их чередование; рациональное расходование времени с учетом обстановки; умение вносить в свою деятельность определенную организацию при изменении обстановки.

Признаки решительности:

- быстрое и обдуманное принятие решений при выполнении того или другого действия или поступка;
- выполнение принятого решения без колебаний, уверенно; отсутствие растерянности при принятии решений в затрудненных условиях и во время эмоционального возбуждения;
- проявление решительных действий в непривычной обстановке.

Признаки инициативности:

- проявление творчества, выдумки, рационализации;
- участие в осуществлении разумного новшества, хорошего начинания, исходящего от других;
- стремление проявить инициативу в непривычной обстановке.

При составлении выводов необходимо учитывать, что если волевое качество определенной силы и устойчивости проявляется только в одном виде деятельности (учение, труд, спорт, общест-

венная работа), то это происходит под влиянием мотива, интереса к данной деятельности. Если в двух и более видах деятельности, то это, скорее всего, качество личности.

Самооценка силы воли

[Обозов, 1997]

Опросник предназначен для изучения обобщенной характеристики проявления силы воли.

Испытуемому предлагается 15 вопросов, на которые можно ответить: «да», «не знаю», «бывает», «случается» или «нет».

При этом присваивается следующее количество баллов:

- «да» — 2 балла;
- «не знаю» или «бывает», «случается» — 1 балл;
- «нет» — 0 баллов.

Баллы суммируются.

Опросник

1. В состоянии ли Вы завершить начатую работу, которая Вам неинтересна, независимо от того, что время и обстоятельства позволяют оторваться от нее и потом снова вернуться к ней?

2. Преодолевали ли Вы без особых усилий внутреннее сопротивление, когда нужно было сделать что-то Вам неприятное (например, пойти на дежурство в выходной день)?

3. Когда попадете в конфликтную ситуацию на работе (учебе) или в быту, в состоянии ли Вы взять себя в руки настолько, чтобы взглянуть на нее с максимальной объективностью?

4. Если Вам прописана диета, сможете ли Вы преодолеть все кулинарные соблазны?

5. Найдете ли Вы силы утром встать раньше обычного, как было запланировано вечером?

6. Останетесь ли Вы на месте происшествия, чтобы дать свидетельские показания?

7. Быстро ли Вы отвечаете на письма?

8. Если у Вас вызывает страх предстоящий полет на самолете или посещение зубоучебного кабинета, сумеете ли Вы без особого труда преодолеть это чувство и в последний момент не изменить своего намерения?

9. Будете ли Вы принимать очень неприятное лекарство, которое Вам рекомендовал врач?

10. Сдержите ли Вы данное сгоряча обещание, даже если его выполнение принесет Вам немало хлопот, являетесь ли Вы человеком слова?

11. Без колебаний ли Вы отправляетесь в поездку в незнакомый город, если это необходимо?

12. Строго ли Вы придерживаетесь распорядка дня: времени пробуждения, приема пищи, занятий, уборки и прочих дел?

13. Относите ли Вы неодобительно к библиотечным задолжникам?

14. Самая интересная телепередача не заставит Вас отложить выполнение срочной и важной работы. Так ли это?

15. Сможете ли Вы прервать ссору и замолчать, какими бы обидными ни казались Вам слова противоположной стороны?

Подсчет баллов:

- 0–12 баллов — слабая сила воли;
- 13–21 балл — средняя;
- 22–30 баллов — большая сила воли.

Шкала контроля за действием Ю. Куля (J. Kuhl)

(адаптация С.А. Шапкина)

Методика предназначена для диагностики индивидуальных особенностей волевой регуляции процессов реализации намерения в действии.

В основе методики лежит теория контроля за действием Ю. Куля, согласно которой существует два типа волевой регуляции процесса реализации намерения в действии: самоконтроль и саморегуляция.

Саморегуляция характеризуется большей погруженностью субъекта в процесс деятельности, меньшей подверженностью интерферирующему влиянию конкурирующих намерений, а также непроизвольностью и большей эффективностью функционирования стратегий волевого контроля. В целом ориентация на действие способствует реализации намерения в действии.

Самоконтроль характеризуется преобладанием в сознании субъекта персверигующих мыслительных процессов, относящихся к прошлому, настоящему или будущему субъекта, соответственно, большей подверженностью интерферирующему влиянию конкурирующих намерений, а также меньшей эффективностью функционирования стратегий волевого контроля. В целом ориентация на состояние препятствует реализации намерения в действии.

Методика состоит из 36 неоконченных утверждений, к каждому из которых на выбор предлагается два варианта ответов.

Инструкция

Вам предлагается 36 различных ситуаций, к каждой из которых на выбор предлагается два варианта ответов. Постарайтесь макси-

мально объективно оценить свое поведение в подобных ситуациях и выберите один из двух предложенных вариантов (а или б). Выбранный вариант проставьте в соответствующей ячейке бланка регистрации.

1. Если я потерял ценную вещь и после долгих поисков так и не смог найти ее:

а) я продолжаю думать о пропаже, даже если занят другими делами;

б) вскоре я об этом забываю и погружаюсь в другие дела.

2. Если мне предстоит завершить какое-либо трудное дело:

а) часто мне нужно подтолкнуть себя, чтобы приступить к нему;

б) я решаюсь на это без колебаний.

3. Если я выучил интересную игру:

а) она мне довольно быстро надоедает, и мне хочется сделать что-то еще;

б) я надолго погружаюсь в нее.

4. Если в течение нескольких недель я работал над важным заданием и не справился с ним:

а) пройдет время, пока я переживу эту неудачу;

б) я не слишком долго думаю об этом.

5. Если у меня появляется много свободного времени:

а) я иногда не могу решить, чем мне заняться;

б) я, как правило, быстро нахожу себе новое дело.

6. Если я делаю что-то важное для меня:

а) я время от времени охотно переключаюсь на другие дела;

б) я занимаюсь только работой.

7. Если в соревнованиях мои результаты оказываются ниже, чем у соперников:

а) я вскоре перестаю думать об этом;

б) это еще долго не выходит у меня из головы.

8. Если я сталкиваюсь с очень трудной проблемой:

а) я сначала думаю: «Можно ли ее вообще решить?»;

б) я думаю: «Начнем действовать, а там — посмотрим».

9. Если я смотрю интересный кинофильм:

а) я настолько поглощен им, что у меня не возникает мысли сделать перерыв;

б) я иногда охотно прерываюсь и делаю что-нибудь другое.

10. Если я по рассеянности уронил на пол новый прибор, и попытки починить его ни к чему не привели:

а) я быстро примиряюсь с неизбежным;

б) меня еще долго не покидает досада.

11. Когда мне необходимо решить трудную задачу:
- а) я обычно сразу принимаюсь за нее;
 - б) я должен какое-то время подумать, прежде чем взяться за дело.
12. Если я долгое время занимаюсь интересным делом (читаю, мастерю что-нибудь и др.):
- а) я иногда думаю, имеет ли смысл тратить на это время;
 - б) я так погружен в работу, что мало задумываюсь, как это потом использовать.
13. Если я в который раз не застал дома того, с кем должен был обсудить важное дело:
- а) у меня это не выходит из головы, даже если я занимаюсь чем-то другим;
 - б) я не думаю об этом до тех пор, пока не представится возможность встречи.
14. Когда у меня выпадает несколько часов свободного времени:
- а) я некоторое время раздумываю, что же мне сделать в первую очередь;
 - б) обычно я быстро выбираю себе занятие.
15. Если я читаю интересную статью в газете:
- а) я углубляюсь в чтение и дочитываю ее до конца;
 - б) часто я пробегаю глазами другие статьи прежде, чем дочитаю ее.
16. Если мне продали дорогую, но некачественную вещь, а в магазине ее не берут обратно:
- а) это беспокоит меня, и я с трудом концентрируюсь на других делах;
 - б) я могу оставить это «на потом», занявшись другими делами.
17. Если я должен сделать важную работу дома:
- а) мне бывает непросто настроить себя на работу;
 - б) обычно я сразу приступаю к работе.
18. Во время путешествия, которое мне очень нравится, бывает так, что:
- а) через некоторое время у меня возникает желание заняться чем-то другим;
 - б) до конца поездки у меня не возникает даже мысли сделать что-то еще.
19. Если мою работу оценивают как совершенно неудовлетворительную:
- а) я недолго расстраиваюсь по этому поводу;
 - б) первое время мне вообще ничего не хочется делать.
20. Когда я должен завершить сразу несколько важных дел:

- а) я тщательно обдумываю, с чего лучше всего начать;
- б) я сразу намечаю план и приступаю к его выполнению.

21. Если я начинаю разговаривать с кем-либо на интересную тему:

- а) это выливается в углубленную беседу;
 - б) вскоре мне хочется поговорить о чем-либо другом.
22. Если я сбился с пути и сорвал тем самым важную встречу:

- а) я сначала плохо соображаю, что теперь делать;
- б) я оставляю все как есть и переключаюсь на другие дела.

23. Если я хочу сделать два важных для меня дела:

- а) я быстро берусь за одно из них и уже не думаю о другом;
- б) мне бывает нелегко выбрать.

24. Если я занимаюсь чем-то интересным:

а) время от времени я ищу возможность заняться чем-нибудь еще;

- б) я могу заниматься этим без конца.

25. Если мне в очередной раз не удастся решить важную задачу:

- а) у меня падает настроение и пропадает желание ее решать;

б) я вскоре забываю об этом и могу спокойно заниматься чем-то другим.

26. Если я должен завершить что-то важное, но неприятное:

- а) обычно я сразу принимаюсь за это;
- б) я откладываю это до тех пор, пока не «припрет».

27. Если на вечеринке я беседую на интересную тему:

- а) я бываю надолго увлечен этим разговором;
- б) через некоторое время я охотно меняю тему.

28. Если что-то очень печалит меня:

- а) у меня отсутствует желание что-либо делать;
- б) мне обычно бывает легко отключиться от этого, занявшись

чем-нибудь.

29. Если я должен завершить большую работу:

- а) иногда я долго раздумываю, с чего начать;
- б) я сразу решаю, с чего начать.

30. Если бы я освоил игру гораздо лучше своих соперников:

- а) я вскоре прекратил бы играть;
- б) я хотел бы продолжить игру.

31. Если у меня срывается несколько дел подряд в один и тот же день:

- а) я иногда не знаю, за что мне хвататься;
- б) я остаюсь деятельным, как если бы ничего такого не происходило.

32. Если мне предстоит заняться довольно скучным делом, которое потребует много времени:

- а) обычно я сразу включаюсь в работу;
- б) я должен «растормозить» себя, чтобы приступить к ней.

33. Если я читаю что-то интересное:

а) для разнообразия я время от времени переключаюсь на что-то другое;

- б) я могу подолгу читать.

34. Если я все силы положил на то, чтобы хорошо выполнить важную работу, но она никак не клеится:

- а) я быстро примиряюсь с этим и занимаюсь другими делами:

- б) мне бывает трудно делать что-либо еще.

35. Если мне нужно выполнить обременительную обязанность:

- а) я без труда решаюсь на это;

- б) мне нужно собраться с силами, чтобы взяться за это.

36. Если я пытаюсь выучить что-то новое и очень интересное:

- а) я надолго погружаюсь в это;

б) вскоре я охотно делаю перерыв, чтобы вернуться к другим делам.

Опросник состоит из следующих шкал:

1. «Контроль за действием при неудаче» — К/Д (н). Данная шкала отражает способность субъекта инициировать процесс реализации намерения, несмотря на сопровождающие его трудности.

2. «Контроль за действием при планировании» — К/Д (н). Шкала отражает способность субъекта принимать решения при планировании и в процессе инициации действия отвлекаться от неполноценных, конкурирующих намерений и другой нерелевантной, интерферирующей информации действия.

3. «Контроль за действием при реализации» — К/Д (р). Шкала отражает способность субъекта пребывать в процессе реализации намерения необходимое время, удерживать в фокусе внимания актуальную интенцию, проявлять настойчивость.

Количественное измерение по трем тестовым шкалам опросника производится за счет начисления баллов согласно ключу:

1. «Контроль за действием при неудаче» — К/Д (н): 1б, 4б, 7а, 10а, 13б, 16б, 19а, 22б, 25б, 28б, 31б, 34а.

2. «Контроль за действием при планировании» — К/Д (н): 2б, 5б, 8б, 11а, 14б, 17б, 20б, 23а, 26а, 29а, 32а, 35а.

3. «Контроль за действием при реализации» — К/Д (р): 3б, 6б, 9а, 12б, 15а, 18б, 21а, 24б, 27а, 30б, 33б, 36а.

Совпадение индивидуальных ответов респондентов с вариантом ключа оценивается в 1 балл. Таким образом, максимальное число баллов по каждой субшкале — 12, минимальное — 0.

Высокие оценки по каждой из шкал означают «Ориентацию на действие» (ОД), низкие — «Ориентацию на состояние» (ОС). Допускается интерпретация оценок, как по отдельным шкалам, так и профиля в целом.

Ориентация на состояние отражает фиксацию на эмоциональных переживаниях, склонности к раздумьям, соответственно, большей подверженности мешающему влиянию конкурирующих намерений и негативного опыта, а также меньшей эффективности функционирования стратегий волевого контроля. Люди с ориентацией на состояние более склонны к формированию таких негативных психологических состояний, как выученная беспомощность и алиенация, и в целом менее успешно реализуют свои намерения в действии, даже когда действия, которые намеревался осуществить человек, полезны и потенциально просты.

Люди с ориентацией на действие более успешно реализуют свои намерения в действии, так как они способны дольше удерживать их в активном состоянии и защищать от конкурирующих тенденций. Они лучше усваивают новую информацию и быстрее трансформируют ее в навыки. Люди с ориентацией на действие являются более успешными в различных видах деятельности (учебной, профессиональной, спортивной и т.д.). При ориентации на действие человек сосредоточивается именно на действиях, необходимых для реализации поставленной цели, а не на своих переживаниях по этому поводу.

Изучение терпеливости методом задержки дыхания

В ее основе лежат приемы оценки способности организма противостоять недостатку кислорода (проба Штаге и проба Генчи), в основе которых, помимо физиологических и антропологических предпосылок лежит и «субъективность и зависимость от воли испытуемого лица» (А.Г. Дембо).

Разработка методики связана с работами М.Н. Ильиной (выделение волевого компонента по субъективным ощущениям) и А.И. Высоцкого (определение начала волевого компонента с помощью оксигеометра).

Длительность задержки дыхания зависит от объема легких, скорости обменных процессов и других факторов. Чтобы «уравнять» испытуемых и определить время волевой задержки дыхания, надо из общего времени задержки дыхания исключить время устойчивой оксигенации (насыщенности крови кислородом), при которой существенных изменений в химизме крови еще не происходит и для

задержки дыхания не требуется более или менее выраженных волевых усилий.

Волевая задержка дыхания начинается с окончанием фазы устойчивой оксигенации, когда в крови настолько мало кислорода, что у человека появляется нарастающая потребность вдохнуть (это определяется по падению стрелки оксигеометра на 1%). Чем меньше в крови кислорода, тем больше накопившаяся в крови углекислота возбуждает дыхательный центр и тем больше требуется волевых усилий, чтобы сознательно подавить возбуждение этого центра. Данный тест определения терпеливости основан на торможении этой потребности.

Методика изучения терпеливости задержкой дыхания состоит в следующем.

До начала эксперимента на ухе испытуемого закрепляется датчик оксигеометра, и ухо прогревается (подготовка оксигеометра к работе описана в приложенной к прибору инструкции). Затем испытуемый делает несколько глубоких вдохов, чтобы провентилировать легкие (комната, где проводится эксперимент, должна быть хорошо проветрена, к эксперименту допускаются только лица, не имеющие патологии легких).

Испытуемому дается инструкция: «Постарайтесь показать свою волю и задержать дыхание как можно дольше. Когда появится потребность сделать вдох, дайте мне знать движением руки. Вдох не делать, терпите сколько сможете».

После инструкции по команде экспериментатора испытуемый зажимает нос (лучше это делать на выдохе), а экспериментатор включает секундомер. В протоколе отмечается время появления потребности испытуемого сделать вдох и время, когда кончится фаза устойчивой оксигенации (стрелка оксигеометра падает на 1%). По показаниям секундомера, который выключается, когда испытуемый сделает первый вдох, определяется величина волевого усилия по следующей формуле:

$$T = [(t_j - t_0) / t_j] \times 100,$$

где T — время терпения, %; t_j — общее время задержки дыхания, с; t_0 — время от появления потребности сделать вдох до вдоха, с.

Тест можно проводить и без использования оксигеометра.

В данной методике определения терпеливости с помощью задержки дыхания, по мнению Е.П. Ильина, имеется методический недостаток.

Он предлагает определять терпеливость только по фиксации на секундомере времени с начала падения содержания кислорода

в крови до вдоха, и таким образом терпеливость выражается в абсолютных величинах (с). Данный вариант не даст возможности узнать относительную долю волевого компонента в общем времени, характеризующем выносливость человека.

Динамометрия по М.Н. Ильиной

В эксперименте используется универсальный динамометр Албакова с индикатором часового типа. Динамометр имеет две рукоятки, одна из которых подвижная, другая — неподвижная. С помощью специального приспособления расстояние между рукоятками легко изменяется в соответствии с размером кисти испытуемого. Для регистрации времени используется ручной секундомер.

Процедура эксперимента

Испытуемый садится вполоборота к столу, правая рука, согнутая в локте, лежит на столе.

Задание 1. Измерение физической силы испытуемого.

Установив оптимальное расстояние между рукоятками динамометра в соответствии с размером кисти испытуемого, определяют среднее значение максимальной силы из трех попыток.

Оно принимается за 100%.

Задание 2. Измерение выносливости и волевого усилия.

На динамометре устанавливается уровень, равный 50% максимальной силы. Испытуемый, сжимая рукоятки динамометра кистью правой руки, поднимает стрелку динамометра до ограничителя и старается удерживать ее в этом положении столько времени, сколько сможет (до отказа). Одновременно включается секундомер. При удержании усилия испытуемый сообщает экспериментатору о моменте появления у него чувства усталости. При устойчивом отклонении стрелки на два-три деления секундомер выключается. Экспериментатор регистрирует время от начала удержания усилия до отказа и момент появления субъективного чувства усталости.

Инструкция испытуемому

Сядьте к столу так, чтобы вам было удобно, и возьмите в правую руку динамометр. Попробуйте несколько раз сжать рукоятки динамометра и установите для себя наиболее удобное расстояние между рукоятками.

При измерении своей физической силы сожмите рукоятки с максимальной силой. После непродолжительного отдыха проделайте это задание еще раз. Для выполнения задания 2 по сигналу «Начали» сожмите рукоятки и поднимите стрелку на динамометре до ограничителя. Старайтесь удерживать стрелку в этом положении

как можно дольше (чем больше время удержания стрелки, тем большая у вас выносливость и волевое усилие). При первом ощущении усталости и желании прекратить работу сообщите об этом экспериментатору, однако, несмотря на усталость, продолжайте удерживать волевое усилие.

Обработка и анализ результатов

1. Рассчитать волевое усилие в секунду: $T_n - T_y$.
2. Рассчитать волевое усилие, B_y , %:

$$B_y = [(T_n - T_y) / T_n] \times 100,$$

где T_n — общее время работы, или выносливость, с; T_y — время появления чувства усталости, с.

В протокол заносятся:

- среднее значение максимальной силы, кг;
- сила, равная 50% от максимальной, кг;
- время появления чувства усталости, с;
- общее время работы (выносливость), с;
- длительность поддержания волевого усилия, с;
- длительность поддержания волевого усилия, %.

Выводы

Если длительность поддержания волевого усилия составляет 40% и меньше, то терпеливость выражена слабо, если 60% и больше, то терпеливость высокая.

Тест Торнтона

Представляет собой деформированный текст, в котором нарушена слитность написания слов; знаки препинания (точки, запятые) смещены и поставлены в середине предложений и слов, некоторые буквы или слова переставлены либо пропущены. Задача испытуемого состоит в полном восстановлении текста. Измеряется время, за которое производится эта работа, и те трудности, с которыми сталкивается испытуемый. Оценка уровня проявления упорства выводится из трех показателей: времени, затраченного на восстановление текста (чем его больше, тем выше оценка, поскольку испытуемый имеет право прекратить работу в любом месте текста), количества восстановленного текста (чем оно больше, тем выше оценка) и трудностей, которые преодолел испытуемый.

По отношению к этому тесту имеется критика, касающаяся того, что в нем присутствует большой удельный вес фактора интеллекта, что затрудняет его дифференциацию от собственно волевых качеств.

Кубики Коса

Оригинальная методика создавалась для исследования пространственного мышления и конструктивного праксиса, а в ряде случаев применяется и для оценки невербального интеллекта. Наиболее известна версия, используемая в качестве субтеста в методике Векслера (см. параграф 2.3).

Для оценки такого волевого качества, как упорство, эта методика используется нестандартно.

Первые две картинки подбираются таким образом, чтобы испытуемые могли составить их относительно легко, третья же задача не имеет решения. О наличии нерешаемой задачи испытуемый не информируется. Фиксируется время, затраченное на выполнение каждого задания. В качестве критерия выступает показатель времени, в течение которого испытуемый пытается выполнить третье задание. Это время и рассматривается как показатель волевого усилия при выполнении интеллектуального акта.

Корректурная проба

Описание стандартного варианта этой пробы дано в параграфе 2.7.

Ее роль в данном контексте сводится к учету допускаемых ошибок и уменьшения объема обработанного стимульного материала как производных от ослабления волевого усилия по удержанию внимания на монотонном виде деятельности. При решении данной задачи может оказаться целесообразным увеличение объема предъявляемого материала (например, требования к испытуемому обработать не один, а два или три стандартных бланка).

Основным материалом для дальнейшей интерпретации становится «кривая истощаемости», выстраиваемая по количественным показателям числа просмотренных за означенные периоды времени (30 или 60 с) знаков и количества допущенных за эти периоды времени ошибок (к концу работы объем просмотренных знаков прогрессивно уменьшается, а количество ошибок, в том числе ошибочно зачеркнутых знаков, увеличивается).

Признаком волевой слабости может стать прерывание деятельности и отказ от дальнейшей работы.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие источники могут служить основанием для суждения о волевых характеристиках человека?
2. Перечислите волевые качества, подвергаемые экспертной оценке по А.И. Высоцкому для школьников.
3. Какие типы волевой регуляции берутся за основу в шкале контроля за действиями Ю. Куля?

4. Какой параметр исключается из времени задержки дыхания при исследовании волевых усилий методом Штанге и Генчи?
5. Какой процент от максимального мышечного усилия необходимо удерживать на динамометре при исследовании волевого компонента такого усилия?
6. В чем заключается нестандартность использования методики «Кубики Коса» при исследовании волевого усилия?
7. Какие признаки волевой слабости могут обнаруживаться при работе с корректурной пробой?

3.4. РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

Одним из основных индикаторов расстройств личности являются отклонения в поведении, которые непосредственно или опосредованно сказываются на благополучии самого больного и его окружения. Понятие «поведение» означает «образ жизни, совокупность поступков и действий кого-либо» [Толковый словарь..., 1939], причем в одном аспекте под поведением понимается «система взаимосвязанных действий, осуществляемых субъектом с целью реализации определенной функции и требующих его взаимодействия со средой», а в другом аспекте — не всегда осознаваемая форма самовыражения индивида в социальном окружении [Юдин, 1975].

Поведение в самом общем биологическом плане можно определить как реализацию организмом генетической программы динамических соотношений организма со средой, а в более узком плане, особенно при изучении поведения на коротких временных интервалах, — как активное изменение этих соотношений для удовлетворения обусловленных генетической программой и индивидуальным опытом потребностей [Швырков, 1995].

С одной стороны, поведение для объективного наблюдателя является внешним, поверхностным феноменом, но с другой — практически всегда отражает глубинные отношения с внешней средой и ее социальным компонентом. Парадокс связи поведенческих проявлений с психическими расстройствами заключается в том, что внешне безобидные поведенческие эпизоды могут оказаться способом выражения довольно серьезных душевных конфликтов. И наоборот — бросающиеся в глаза своей необычностью и неожиданностью проявления на поверку оказываются вполне адекватными ситуации, адаптивными по своей природе, т.е. нормальными. К фактам поведения относят мимику и пантомимику, отдельные движения и жесты, действия и поступки, реакции и операции.

При любом варианте социализации поведение конкретного человека можно описать, используя общие характеристики поведения [Змановская, 2004]:

- мотивированность — внутренняя готовность действовать, направляемая потребностями и целями личности;
- адаптивность — соответствие ведущим требованиям социальной среды;
- аутентичность — соответствие поведения индивидуальности, его естественность для данной личности;
- продуктивность — реализация сознательных целей;
- адекватность — согласованность с конкретной ситуацией.

Более частными, но не менее важными являются такие признаки поведения личности, как:

- уровень активности (энергичность и инициативность);
- эмоциональная выразительность (сила и характер проявляемых аффектов);
- динамичность (темп);
- стабильность (постоянство проявлений в разное время и в разных ситуациях);
- осознанность (понимание своего поведения, способность объяснить его словами);
- произвольность (самоконтроль);
- гибкость (изменение поведения в ответ на изменения среды).

Легко заметить, что предложенные критерии весьма созвучны критериям ВОЗ, предложенным для характеристики психического здоровья.

Поведенческой норме в терминологическом отношении противостоит категория *девиантного поведения*, обозначающего систему поступков, противоречащих официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам (ожиданиям) и проявляющимся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушения процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного или эстетического контроля за собственным поведением. Обычно к числу форм девиантного поведения относят аморальные поступки, систематическое пьянство, наркоманию, сексуальную распущенность, проституцию, самоубийства, вандализм, маргинальность и т.п. Но в отдельных случаях девиация может иметь для общества и позитивные последствия, обеспечивающие развитие и отход от консервативной системы взглядов — новаторство, социальное творчество, содействие развитию общественных отношений. При квалификации девиантности приходится иметь дело и с так называемым культурным

релятивизмом, благодаря которому одни и те же формы поведения в различных обществах могут или осуждаться, или рассматриваться как само собой разумеющиеся. По мнению Ю.А. Клейберга [2015], девиантное поведение является результатом деформации ценностных ориентаций и ценностно-нормативных представлений, т.е. системы внутренней регуляции поведения.

Различные классификации расстройств поведения с позиции девиантологии приведены у А.Ю. Егорова [2006], Ю.Ю. Комлева [2014] и Ю.А. Клейберга [2015].

Первые проявления девиантного поведения иногда наблюдаются в детском и подростковом возрасте и объясняются относительно низким уровнем интеллектуального развития, незавершенностью формирования личности, отрицательным влиянием семьи и ближайшего окружения, зависимостью от требований референтной группы и принятых в ней ценностных ориентаций. Детская девиантность приобретает формы агрессивности, лживости, прогулов школы, бродяжничества, крайнего непослушания, враждебности к учителям и родителям, жестокости к младшим и животным, дерзости и сквернословия. В этом возрасте такое поведение нередко служит средством самоутверждения, выражает протест против действительной или кажущейся несправедливости взрослых. Причем все это может сочетаться с достаточно хорошим формальным знанием нравственных норм [Социальная..., 2006]. Кроме того, нарушения поведения у детей и подростков отличаются динамичностью, изменчивостью, нестойкостью и обратимостью.

Понятие девиации поведения в данном контексте понимается достаточно узко, подразумевая наличие осуждения со стороны общества за отклонения от культурно ожидаемых норм и шаблонов, но без применения каких-либо жестких санкций по отношению к девианту. Однако существует и более общее представление о девиантном поведении, в котором, помимо «устных» порицаний или встречных «эмоциональных» феноменов, предусматриваются и такие реакции общества, как изоляция, лечение, исправление или наказание нарушителя. А это значит, что спектр разновидностей поведения, подпадающий под эту категорию, существенно расширяется. Вышеописанные формы поведения оказываются лишь одним из слоев отклонения.

Тогда типом девиантного поведения становится поведение *делинквентное* — крайнее проявление девиантности, представляющее собой либо уголовно наказуемый проступок, либо очевидно осуждаемое деяние. При всей размытости и неоднозначности данных терминов иногда в качестве фактора, дифференцирующего делинквен-

тность от девиантности, рассматривается однозначная трактовка какого-то отклоняющегося поведения законами данной страны, т.е. не психологический, а социальный (абсолютный, а не относительный) критерий. Аморальность девиантности (в узком ее понимании) сменяется антисоциальностью делинквентности. В реальной практике под делинквентным поведением подростков чаще всего понимают проступки, которые, хотя и попадают под действие некоторых статей Уголовного кодекса РФ, все же не ведут к фактическому наказанию либо рассматриваются в специальных судах по делам несовершеннолетних, выносящих предельно мягкие приговоры. У взрослых аналогичные по тяжести и устойчиво повторяющиеся отклонения в поведении начинают трактоваться как криминальные.

В качестве частных и самостоятельно рассматриваемых форм девиантного поведения выступает *аддиктивное* и *аутоагрессивное* поведение. Первое из них характеризуется стремлением человека к уходу от реальности посредством изменения им своего психического состояния. Активность такого человека носит избирательный характер, преимущественно там, где есть возможность удовлетворить эмоциональный голод.

В настоящее время представляется возможным выделить следующие основные виды аддиктивных реализаций (химические и поведенческие):

- 1) употребление никотина;
- 2) употребление веществ, изменяющих психическое состояние, включая алкоголь, наркотики, лекарства, различные яды;
- 3) участие в азартных играх, включая компьютерные (гемблинг); интернет-зависимость;
- 4) сексуальное аддиктивное поведение;
- 5) переседание или голодание;
- 6) работоголизм;
- 7) длительное прослушивание музыки, главным образом основанной на низкочастотных ритмах, либо продолжительные просмотры телевизионных программ;
- 8) полное погружение в какой-то вид деятельности (например, политика, спорт высоких достижений, религия и т.п.) с игнорированием других важных сторон жизни;
- 9) манипулирование собственной психикой;
- 10) нездоровое увлечение литературой в стиле «фэнтези», дамскими романами и т.п.;
- 11) неумеренная трата денег и т.д. [Леонова, Бочкарева, 1998; Смагин, 2000; Виничук, 2004; Егоров, 2006; Старшенбаум, 2006].

Проблема аддикции начинается тогда, когда стремление к уходу от реальности, связанное с изменением психического состояния, начинает доминировать в сознании, становясь центральной идеей, вторгающейся в жизнь, приводя к отрыву от реальности [Короленко, Дмитриева, 2000]. В основе подобного поведения часто лежит страх перед реальностью и утрата чувства безопасности у лиц с низкой переносимостью трудностей, низкими адаптационными способностями, скрытым комплексом неполноценности и тревожностью.

При формировании аддиктивного подхода происходит замена межличностных эмоциональных отношений проекцией эмоций на предметные суррогаты. На этапе полного доминирования аддиктивного поведения последнее полностью определяет стиль жизни, отношения с окружающими. Оно функционирует как самообеспечивающаяся система, отчуждающая человека от общества.

Аутоагрессивное поведение направлено на причинение вреда самому себе, начиная от вербального самоуничтожения и самооскорбления и заканчивая самоповреждениями и самоубийствами (суицидами).

Попытки систематизировать взгляды, касающиеся данной сферы, обнаруживают различные подходы и акценты на соотношении тех внешних обстоятельств, которые являлись объективными побудителями суицидального поведения, и тех личностных особенностей, которые для него стали психологической почвой.

Э. Дюркгейм еще в конце XIX в. выделил три психологические предпосылки (типа) суицидального поведения. Приведем их в современной интерпретации В.Д. Менделевича [2001].

Эгоистическая — суицидные тенденции возникают на фоне переживания одиночества, отчужденности, отсутствия связи с окружающим миром, непонимания, своей невостребованности («томительной меланхолии»). Субъект сосредоточен только на своих переживаниях и страданиях.

Альтруистическая — благо людей, общества и государства ставится выше собственного блага и даже жизни. Присутствует ориентированность на высокие идеи на фоне осознания реального смысла происходящего (например, огромная ответственность за свое дело и жизни других людей), но возможны и суицидные действия психически больных людей, находящихся, например, в состоянии религиозного исступления или уходящих из жизни по бредовым мотивам «всеобщего блага».

Аномическая — встречается у психически здоровых людей как реакция личности на непреодолимые жизненные трудности и фру-

стрирующие события (например, суицидальные попытки лиц с хроническим соматическим заболеванием, сопровождающимся выраженным болевым синдромом).

Анализируя суицидальное поведение у подростков, А.Е. Личко [1983] выделяет три его формы:

1. Демонстративное — истинное намерение покончить с жизнью здесь отсутствует (избираются фактически безопасные способы самоубийства, действия осуществляются на глазах у окружающих и т.п.), а доминирующую роль играет желание избавиться от неприятностей, наказания или вызвать жалость, сочувствие, заполучить репутацию исключительной личности («игра со смертью»). Демонстративные суициды обычно адресуются конкретному лицу или лицам и при успешности исполнения (индивид получает желаемое сочувствие или привлекает к себе внимание) имеют тенденцию повторяться.

2. Аффективное суицидальное поведение является реакцией на острые аффективные ситуации (унижение на глазах окружающих, уязвленное самолюбие, утрата надежд и т.п.) и в некоторых отношениях близко демонстративному (сама попытка призвана «произвести впечатление»). Но в ряде случаев глубина аффекта столь велика, например, на фоне уже имеющейся депрессии, что формируется истинное суицидальное желание, доводимое до законченного исполнения.

3. При истинном суицидальном поведении имеет место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой, побуждаемое целой цепью неудач и разочарований. Поведение строится так, чтобы суицидная попытка, по представлению подростка, была эффективной, чтобы ей «не помешали». В оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения, записки больше адресованы самому себе, чем другим, или предназначены для того, чтобы избавить от обвинений близких.

К числу распространенных в отечественной психологии относится классификация мотивов суицидального поведения, разработанная В.А. Тихоненко [1978]. В соответствии с ней выделяют пять ведущих мотивов такого поведения.

1. Суицидальные реакции по типу «призыва» («крик о помощи»). К данной группе относят случаи, когда индивид совершает суицидальную попытку, руководствуясь целью привлечь внимание окружающих, получить от них помощь и поддержку, а также демонстративно-шантажные попытки, которые предпринимаются с целью повлиять на определенных лиц из социального окружения (супруга, родителей, детей).

При наличии мотивов данного типа индивид, как правило, перед совершением суицидального акта в прямой или косвенной форме сообщает о своих намерениях или угрожает покончить с собой. Суицидальная попытка обычно совершается в присутствии окружающих или человек стремится сделать так, чтобы близкие узнали о его поступке (например, сразу после акта отравления лекарственными препаратами человек звонит по телефону знакомым и сообщает о своих действиях). Лица, руководствующиеся мотивами по типу «крика о помощи», обычно не думают о возможном летальном исходе своих действий, они чаще сосредоточены на мыслях о том, как окружающие прореагируют на их поступок.

Мотивы данного типа характерны для лиц молодого возраста с тревожно-мнительными, истероидными или инфантильными чертами.

2. Суицидальные реакции по типу «протеста». К этой группе относят случаи, когда человек, испытывая возникшие на фоне конфликтной ситуации чувства гнева, ярости, обиды, совершает самоповреждающие действия с тем, чтобы выразить свой протест против происходящего.

Самоповреждающие действия обычно не планируются, носят характер «коротких замыканий», нередко совершаются в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Реакции данного типа характерны для лиц молодого возраста с возбудимыми и эмоционально неустойчивыми чертами.

3. Суицидальные реакции по типу «избегания». К данной группе относят случаи, когда человек, находясь в какой-либо трудной, психотравмирующей жизненной ситуации, совершает акт суицида под влиянием переживаний безысходности, беспомощности, тщетности всех усилий по исправлению создавшегося положения (избегание ситуации), а также случаи, когда индивид совершает суицидальную попытку с целью уменьшения негативных эмоциональных переживаний или отвлечения от них (избегание страдания).

Мотивы по типу «избегания» являются одними из наиболее распространенных и встречаются у 50–70% лиц с истинными попытками суицида.

Реакции данного типа характерны для старших возрастных групп — мужчин и женщин старше 30 лет. Суициды совершаются путем самоповешения, самоотравления. Алкоголь, если и принимается, то после принятия решения о самоубийстве.

4. Суицидальные реакции по типу «самонаказания». Данная группа включает случаи, когда человек совершает суицид под

влиянием интенсивных переживаний стыда, вины, чувства ненависти к себе. Реакции по типу «самопаказания» характерны для людей (чаще женщин) среднего возраста. Самоубийство обычно совершается жестоким способом (самоповешение, падение с высоты).

5. Суицидальные реакции по типу «отказа». Данная группа включает случаи, когда человек совершает суицид, руководствуясь стремлением умереть, прекратить свое существование. Обычно эти случаи связаны с потерей смысла существования (например, в связи с потерей близкого человека, тяжелым заболеванием, невозможностью исполнять прежние социальные роли). Суицидальные действия обычно носят спланированный характер и совершаются в одиночестве.

По мнению А. Бека и соавторов [2003], психологическим ядром суицидального пациента является чувство безнадежности (или «генерализованные негативные ожидания»). В своих исследованиях В.В. Нечипоренко [1991] считает, что наибольшую значимость для прогнозирования суицидальной опасности имеют следующие факторы (в порядке убывания меры информативности): 1) восприимчивость, впечатлительность; 2) гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов; 3) низкий уровень самооценки; 4) стремление к уединению, замкнутость; 4) уход от неблагоприятных («нагрузочных») ситуаций; 5) примитивность, незрелость суждений; 6) переживание физического отставания; 7) снижение толерантности к фрустрациям; 9) служебные конфликты; 10) изоляция, отвержение от социального окружения; 11) затруднения в перестройке ценностных ориентаций; 12) предшествующие суицидальные высказывания.

При этом к числу наиболее частых причин суицидов среди подростков А.Е. Личко [1983] можно отнести: 1) потерю любимого человека; 2) состояние переутомления; 3) уязвленное чувство собственного достоинства; 4) разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков; 5) отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство; 6) различные формы страха, гнева и печали по разным поводам [Личко, 1983].

Если подростковые суициды достаточно изучены, то драматические ситуации в более раннем возрасте, распространившиеся в последние годы, только начинают становиться предметом исследования.

У пожилых людей частой причиной суицидов становится потеря близких и одиночество, возрастные болезни, утрата социального

статуса (потеря смысла жизни), нежелание становится тяготой для детей.

М.В. Зотов [2006], анализирувавший статистику самоубийств по отечественным и зарубежным источникам, приводит данные, согласно которым у 2/3 лиц, совершивших попытку самоубийства, диагностируются депрессия, суицидальный риск среди больных психозов в 30–40 раз превышает аналогичный риск в общей популяции, а от 30 до 55% лиц, погибших в результате суицидов, злоупотребляли алкоголем или наркотиками.

Реже в качестве девиантного рассматривается специфическое поведение, обусловленное *гиперспособностями* человека [Платонов, 1986]. В.Д. Менделевич [2001] считает, что в подобных случаях нужно говорить о проявлениях одаренности, таланта, гениальности в какой-либо одной из деятельности человека. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождается девиациями в обыденной жизни. Такой человек часто оказывается дезадаптированным в отношении «бытовой, приземленной» стороны жизни. Он не способен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и неподготовленным к трудностям повседневного быта. При поведении, связанном с гиперспособностями, имеет место игнорирование реальности. Человек расценивает обычный мир как что-то малозначимое, несущественное и поэтому не принимает никакого участия во взаимодействии с ним, не вырабатывает стиля эмоционального отношения к поступкам и поведению окружающих, принимает любое происходящее событие отстраненно. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гиперспособностями как необязательные, временные и не значимые для его личностного развития. Внешне в обыденной жизни поступки такого человека могут казаться чудачковатыми. Например, он может не знать, как пользоваться бытовыми приборами, как совершаются обыденные действия. Весь интерес у него сосредоточен на деятельности, связанной с неординарными способностями (музыкальными, математическими, художественными и иными).

Среди типов девиантного поведения В.Д. Менделевич [2001] специально выделяет патохарактерологический, традиционно описываемый в литературе через категорию психопатий или специфических расстройств личности.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте противоречивость определения понятия поведения.
2. Какими признаками и характеристиками может быть описано поведение?

3. Как называется система поступков, противоречащих принятым нормам?
4. В чем общность и различие девиантного и делинквентного поведения?
5. Какие виды аддикций являются наиболее распространенными?
6. Опишите предпосылки и формы суицидального поведения.
7. Каковы позитивные и негативные стороны гиперспособностей?

3.5. ПСИХОПАТИИ (СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ)

В процессе индивидуального развития под влиянием конституциональных факторов и социального опыта у каждого человека формируются характерные для него особенности поведения, в том числе и стереотипы реагирования на психогенные и другие воздействия. Индивидуализация подобных механизмов обеспечивает успешность общей адаптации и, в частности, регуляции поведения в межличностных контактах. Но в ряде случаев, как уже отмечалось в медицинской науке с конца XVIII в., встречаются индивиды, стиль жизни и система отношений которых с другими препятствуют приспособлению в социальной среде («моральные помешательства», «мания без бреда»). Подобное психологическое явление получило название психопатии — склада личности, от которого, по определению немецкого психиатра и психолога Курта Шнайдера (Kurt Schneider, 1887–1967), страдает или сам больной, или общество [Шнайдер, 1999].

На протяжении многих лет в отечественной медицине психопатии рассматривались как продукт дисгармонического развития личности [Лебединский, 1996], наблюдаемый у взрослого человека, в силу чего психопатия не может в полной мере рассматриваться как классическая болезнь, которая должна иметь такие необходимые процессуальные атрибуты, как начало, закономерная смена симптомов и синдромов и исход. С другой стороны, у ребенка и подростка всегда сохраняется надежда на возрастное дозревание и выравнивание качеств, исходно послуживших основанием для отнесения субъекта к категории психопатов.

В настоящее время в связи с пересмотром клинического содержания и приобретением термином «психопатия» нарицательного значения, в современных классификациях психических расстройств, в том числе и в МКБ-10, используется термин «*специфические расстройства личности*», которые обозначают стойкие врожденные или приобретенные характерологические расстройства при общей сохранности интеллекта, приводящие к нарушениям межличностных отношений и адаптации к окружающему. Они выражаются отклонениями в поведении индивида, обычно охва-

тывают несколько сфер личности и, начинаясь в детском или подростковом возрасте, продолжают в течение всей жизни.

Смысл подобного определения почти полностью совпадает с тремя обязательными характеристиками, предложенными в 1933 г. П.Б. Ганнушкиным [2007] и окончательно сформулированными О.В. Кербиковым [1971]:

- тотальностью охвата личности, всего ее психического склада, а не отдельных черт характера: в когнитивной сфере (т.е. *характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий; формирование отношений и образов «Я» и «другие»*), в эмоциональной сфере (*диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций*), в контролировании влечений и удовлетворении потребностей, отношениях с другими и манере решения интерперсональных ситуаций;
- стабильностью проявлений (однотипностью реагирования, при которой патологические черты актуализируются везде и всегда, в слабой зависимости от благоприятности или неблагоприятности ситуации, на протяжении всей жизни, т.е. не ограничиваясь одним «пусковым механизмом»), что, впрочем, не исключает наличия довольно длительных периодов компенсации;
- социальной дизадаптацией (нарушение нормальных взаимоотношений с окружающими).

Оценка вышеперечисленных критериев должна основываться на как можно большем количестве источников информации.

Таким образом, болезненные состояния личности (личностные расстройства) представляют собой глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, отличающиеся негибкостью реагирования на широкий диапазон различных социальных ситуаций.

В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева [1999], анализирующие современное состояние учения о психопатиях, указывают на три основных источника противоречий и несогласованности в их интерпретации:

1) постепенное расширение сферы психиатрии и вовлечения в нее того, что еще недавно относилось к области нормы, из-за чего клинические критерии теряют свою определенность (существует и противоположная тенденция — избыточно расширительного толкования нормы);

2) тесная связь позиции исследователя с его мировоззрением, формирующимся в условиях конкретных общественных отношений;

3) наличие разнообразия личностных расстройств и их динамики — от состояний, трудно отличимых от нормы, до психотиче-

ского уровня нарушений, при том что одни исследователи говорят о патологических характерах, а другие — о патологии личности.

Наличие стабильности в проявлениях психопатий не означает невозможности их известной вариативности на протяжении жизни. Ю.А. Александровский [2000] выделяет два типа динамики расстройств личности (психопатий), отличая такую динамику от течения заболевания (в которой сохраняется единство строя личности и коренного изменения характера не происходит). Первый соответствует возрастным кризам, и его проявления напоминают те сдвиги в характере людей, которые происходят у гармоничных, здоровых личностей в пубертатном и климактерическом периодах. Можно отметить лишь большую остроту таких заострений характера у патологических личностей.

Второй тип динамики расстройств личности обусловлен стрессовыми, главным образом психотравмирующими воздействиями. Наиболее общий механизм такого рода динамики — сменяющие друг друга компенсация и декомпенсация личностных особенностей. Декомпенсация проявляется в заметном обострении всех присущих личности черт. Компенсация есть более или менее адекватное, хотя в данном случае и хрупкое, приспособление личности к микросоциальной среде. Причем столь же очевидно, что большую часть своей жизни, несмотря на наличие патохарактерологических черт, такие субъекты остаются адаптированными к окружающей жизни. Они работают, получают образование, создают семьи и т.д.

К. Ясперс [1997], часто подчеркивающий синонимичность понятий «психопатия» и «расстройство личности», вообще считал, что в психопатии и неврозах, равно как и в психозах, раскрываются не только отклонения от здоровой нормы, но и истинные источники человеческих возможностей, проявление глубочайшей человеческой сущности.

К числу проблем, возникающих в области изучения психопатий, необходимо отнести и такие, как соотношение между врожденным и приобретенным в их генезе. Например, несмотря на то что в подавляющем большинстве работ, посвященных психопатиям, имеются прямые или косвенные указания на врожденный, конституциональный характер их происхождения, на врожденную неполноценность нервной системы, в иных случаях решающую роль начинают играть прижизненные социальные факторы типа грубых ошибок в воспитании. Характерны и специфические интеллектуальные недостатки, например: слабость или отсутствие критичности и снижение прогностических функций. Больных специфическими расстройствами личности отличает значительно

большая (по сравнению с остальными людьми) ранимость, чувствительность к влиянию ряда соматогенных и психогенных факторов. В.М. Бехтерев еще в 1886 г. в определение психопатии включал наличие лабильности эмоций и импульсивности [Овсянников, 1995], а С.С. Корсаков — чересчур резкое развитие одной какой-нибудь стороны душевной сферы в ущерб другой, несоответствие между мыслями и поступками (повышенная эмоциональная возбудимость при отсутствии контроля за поведением и реакциями, вызываемыми аффективными стимулами; тревожность, неуверенность и подозрительность при недостаточности адекватной оценки окружающего и чувства реальности; эгоцентризм, чрезмерные притязания на свою значимость при отсутствии способностей, возможностей и т.д.), другими словами, выраженные признаки расстройства эмоционально-волевой сферы.

Самим человеком фактическая дисгармоничность своей личности индивидуально приемлема и не воспринимается как чуждая, требующая специализированного вмешательства и психиатрической помощи.

Помимо клинической, существенную роль в характеристике психопатий играет ее описание с позиции социальной оценки. В качестве критериев расстройств личности выступают «плохая школьная характеристика с прогулами уроков, плохая характеристика трудовой деятельности, неблагоприятная история семейной жизни, злоупотребление наркотиками, алкогольными напитками, неоднократные аресты, агрессивность или драчливость, половая распущенность или половые извращения, попытки к самоубийству, импульсивное поведение, жизнь за чужой счет, бродяжничество, патологическая лживость, отсутствие сознания вины при преступлениях, безрассудные поступки» [O'Neal et al., 1962; цит. по: Пережогин, 2001], жестокость по отношению к людям и животным, эгоизм, отсутствие чувства сострадания, склонность к воровству. В МКБ-10 эта позиция представлена следующей формулировкой: «Внутренние переживания и поведение индивидуума в целом существенно отклоняются от культурально ожидаемого и принимаемого диапазона (или "нормы")».

Важную роль здесь играют дезадаптивные механизмы психологической защиты, с помощью которых индивид пытается преодолеть конфликты, возникающие между основными параметрами его психической жизни, но которые, на самом деле, лишь снижают эффективность приспособительного поведения. С другой стороны, те же самые защитные механизмы оказываются полезными для поддержания внутренней устойчивости субъекта, что и обуславливает

их повторяемость во времени. В последние годы наиболее обособленной представляется концепция полиэтиологичности происхождения личностных расстройств.

По мнению Л.М. Балабановой [1998], для лиц, страдающих психопатией, важной составляющей являются расстройства, относящиеся к тревожному ряду, сужающие возможности адекватного реагирования на ситуации, выделения главных, существенных факторов. Такое состояние представляет собой, по существу, фрустрацию, угрожающую целостности и самоидентичности субъекта, приводящую к накоплению аффекта и, естественно, порождающую потребность освободиться от тревоги. Последнее возможно либо с помощью интрапсихической адаптации (перестроить себя), либо путем изменения ситуации до удовлетворения потребности. Ни один из этих вариантов по указанным причинам для лица с психопатическими чертами (отсутствие гибкости и прогностичности) невозможен, из-за чего в ряде случаев единственным приемлемым и наиболее простым путем разрешения конкретных жизненных ситуаций становится совершение антисоциальных поступков и преступных действий (это не означает, что все лица с диагнозом «специфическое расстройство личности» обречены на совершение преступлений). В МКБ-10 это расстройство личности называется диссоциальным.

Подобные девиантные (делинквентные) проявления могут видоизменяться, т.е. усиливаться или, напротив, оказываться в определенном возрасте менее явными. В связи с этим возникает проблема отграничения специфических расстройств личности от таких вариантов характерологической нормы, наблюдаемых в подростковом возрасте, которые приобретают форму акцентуаций (см. выше). При внешней схожести, в отличие от психопатий, при акцентуациях характера может не быть ни одного из признаков психопатий: ни относительной стабильности характера на протяжении жизни, ни тотальности его проявлений во всех ситуациях, ни социальной дизадаптации как следствия тяжести аномалии характера. Во всяком случае, никогда не бывает соответствия всем этим признакам сразу [Личко, 1983].

Существуют многочисленные классификации психопатии, построенные на различных базовых принципах. Наибольшую известность среди отечественных имеет классификация О.В. Кербинова, основывающаяся на генетическом подходе. Она предполагает деление всех психопатий на так называемые ядерные (конституциональные) и нажитые, а последние, в свою очередь, делятся на краевые и органические.

К числу ядерных, или «истинных», относят психопатии, обязанные своим возникновением генетическому фактору или наследственным заболеваниями (например, шизофрении). В этих случаях удастся установить наличие того же типа характера у родителей, сибсов (потомков одних родителей) и у родственников по боковым линиям. Отмечается также раннее проявление аномалий характера и их относительная неизменность в течение жизни. Ядерные психопатии могут возникать даже при самых благоприятных условиях воспитания. Именно эта группа выступает общепринятым эталоном психопатий [Овсянников, Гурьева, 1999].

Группа нажитых (приобретенных, реактивных) психопатий объединяет патологию характера, формирующуюся в детстве. В генезе «красвых» личностных аномалий в этих случаях большое место занимают неблагоприятные социально-психологические факторы (плохие условия жизни в детстве, сиротство, отсутствие материнской ласки либо, напротив, гиперопека, асоциальные установки микросоциального окружения, наркомания, алкоголизм родителей, утрата одного из родителей, распад родительской семьи и другие стрессовые события), которым не противостоят корректирующие воспитательные влияния. Этот этап формирования личности в патологическом направлении, предшествующий возникновению стойкой нажитой патологии личности или приобретенной психопатии, О.В. Кербиков называл патохарактерологическим развитием. Такое развитие может быть не только проявлением динамики сформированной психопатии, но и формой становления психопатической личности [Ковалев, 1979]. Иными словами, в группе «красвой психопатии», по О.В. Кербикову, патологическое (патохарактерологическое) развитие первично по отношению к психопатии, которая формируется этим развитием.

По мере окончательного формирования патохарактерологической структуры различия между клиническими проявлениями ядерных и красвых психопатий постепенно нивелируются [Горин, 1997].

Органические психопатии обуславливаются органической недостаточностью или «минимальной мозговой дисфункцией», возникшей до 3,5 лет. Это период, когда головной мозг и особенно его молодые в эволюционном отношении отделы еще не сформированы. Весь ход дальнейшего развития мозговых систем, все становление характера и личности в целом оказывается «поврежденным», изначально искаженным. Нерезко выраженные остаточные явления раннего органического поражения мозга могут быть компенсированными и не приводить к развитию органической психопатии.

Но они могут создавать почву для того, чтобы под влиянием неблагоприятных влияний окружающей среды (например, хронической психической травматизации, неправильного воспитания) началось формирование устойчивых психопатических черт характера, т.е. благоприятствуют психопатическим развитиям [Сухарева, 1959; Личко, 1983].

По рекомендациям МКБ-10, выделяют следующие основные типы специфических расстройств личности: параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально неустойчивое, истерическое, ананкастное (обсессивно-компульсивное), тревожное (уклоняющееся) и зависимое.

1. *Параноидное* характеризуется чрезмерной чувствительностью к неудовлетворению своих притязаний или к игнорированию собственных мнений окружающими, следствием чего становятся подозрительность и тенденциозность в интерпретации «злонамеренного» поведения других лиц, воинственность в отстаивании своих прав, склонность к патологической ревности, сверхценным идеям преследования, сутяжничества, изобретательства, реформаторства, к переоценке персональной значимости и т.п. Смысл и значение приобретает все, что так или иначе связано с собственной личностью, затрагивает ее интересы. Особую группу составляют фанатики (политические, религиозные и др.) с повышенным самомнением, пренебрегающие разумными доводами, моральными принципами и бескомпромиссно насаждающие свою идею. Здесь типичны узость кругозора, односторонность мышления, субъективная логика, застревание на одних и тех же мыслях и аффектах, незрелость суждений, признаки резонерства и фантазирования на фоне бедности идей, склонность к конфликтам, неспособность прощать обиды или неуважение, отсутствие чувства юмора и упрямство. Группой повышенного риска являются лица, сформировавшиеся в условиях разных коммуникативных ограничений.

Диагностические критерии параноидного расстройства личности: 1) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; 2) тенденция постоянно быть кем-то недовольным, склонность не прощать оскорбления, причинение ущерба и пренебрежительное отношение к своей личности; 3) подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий окружающих в качестве враждебных; 4) воинственно-ценительное отношение к вопросам, связанным с правами личности, несоответствующее фактической ситуации; 5) возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга; 6) тенденция постоянно

относить на свой счет происходящее вокруг; 7) частые несобственные мысли о заговорах, субъективно объясняющих события в близком или широком социальном окружении.

2. *Шизоидное* — типичны замкнутость, оторванность от реальности, социальная отгороженность и отрешенность от окружающего мира, аутистическая погруженность в собственный мир фантазий, склонность к символическим, абстрактным или сложным не по возрасту проблемам. Своеобразие интеллектуальной деятельности также проявляется в особых способах обобщения фактов и образования понятий, из-за чего оригинальность мышления позволяет иногда достигать известных успехов в видах деятельности, слабо связанных с общением (причудливое коллекционирование, написание странных произведений, увлеченность философскими учениями и т.п.). Суждения о людях неожиданны и непредсказуемы.

Часть шизоидных психопатов отличается эмоциональной холодностью и даже черствостью, но другая часть — повышенной ранимостью, обидчивостью и «мимозоподобностью». Оба аффективных полюса могут сочетаться у одного человека, образуя феномен «стекла и дерева». Проблемы в коммуникативных контактах объясняются причудливостью и парадоксальностью эмоциональной жизни и поведения, отсутствием эмпатии, резонанса с чужими переживаниями (безразличие и холодность с близкими, сухость и официальность с сотрудниками). Повышенная внушаемость и легковерие могут сочетаться с упрямством и негативизмом, пассивность и бездельность при решении житейских задач — с предприимчивостью при достижении неожиданно значимых для них целей, робость — с бесцеремонностью и нередко жестокостью, повышенная самооценка — с чувством неполноценности.

В детстве возможно запаздывание навыков самообслуживания и усвоения общепринятых норм поведения. В пубертатный период в выявлении личностной патологии наблюдается резкий скачок. Имеется повышенный риск пристрастия к алкоголю.

Диагностические критерии шизоидного расстройства личности: 1) лишь немногие виды деятельности доставляют радость; 2) эмоциональная холодность, отчужденность или уплощенная аффективность; 3) снижение способности к выражению теплых, нежных чувств или гнева по отношению к другим людям; 4) внешнее безразличие к похвале и критике; 5) незначительный интерес к сексуальным контактам с другими людьми (с учетом возраста); 6) почти постоянное предпочтение уединенной деятельности; 7) чрезмерная углубленность в фантазирование и интроспекцию;

8) отсутствие близких друзей или доверительных отношений и нежелание их иметь; 9) недостаточный учет социальных норм и требований, частые ненамеренные отступления от них.

3. *Диссоциальное* характеризуется наличием постоянных анти-социальных и часто противоправных действий, неспособностью соответствовать принятым моральным и нравственным нормам, что осложняет социальные взаимодействия. При подобном расстройстве личности наблюдаются отсутствие привязанности к людям, импульсивность поведения; отсутствие раскаяния, сожаления и угрызений совести по поводу допущенных нарушений (бессовестность).

Отклоняющемуся поведению могут способствовать ослабление или отсутствие четырех форм контроля [Гинецинский, 1997]: 1) прямого, осуществляемого извне посредством наказаний; 2) внутреннего, основанного на интернализованных нормах и ценностях; 3) косвенного, связанного с идентификацией с родителями, друзьями, персонажами культуры или историческими деятелями; 4) определяемого мерой доступности различных (легальных и нелегальных) способов достижения целей, удовлетворения потребностей.

Основные отрицательные качества у лиц с антисоциальными расстройствами начинают проявляться довольно рано и обостряются в пубертатном возрасте. К их числу относятся частые уходы из дома с невозвращением на ночь, невыполняемые обещания не повторять наказуемого поведения, склонность к физическому насилию, драчливость с более слабыми сверстниками, жестокость по отношению к другим и издевательство над животными, сознательное повреждение собственности, принадлежащей другим, целенаправленные поджоги, частое вранье, склонность к кражам и грабёжам, стремление к вовлечению лиц противоположного пола в насильственную сексуальную активность. Типичны неумение извлекать опыт из прошлого и низкая толерантность к фрустрации.

Ссылаясь на многочисленные отечественные и зарубежные работы, касающиеся истории изучения антисоциального поведения, В.Я. Гиндикин и В.А. Гурьева [1999] для описания соответствующих феноменов используют термин «губоидные состояния», связывая его с карикатурно утрированным пубертатным кризом, в рамках которого наблюдаются выраженный инфантильный эгоцентризм, гротескное самоутверждение с грубой оппозицией к окружающим, жестокость, выраженные садистские наклонности, отсутствие чувства жалости и сострадания, склонность к импульсивной агрессии, отсутствие чувства долга, ответственности, усиленный патологический интерес ко всему, что касается насилия,

убийств, издевательств и т.п. К этому же ряду относятся расторможенность влечений, примитивная гедонистическая мотивация своих поступков.

По мнению Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой [2000], лица с антисоциальным расстройством могут быть достаточно и даже высоко интеллектуальными. Для них характерно умение держаться, при необходимости соответствовать общепринятым нормам, производя положительное впечатление на окружающих, из-за чего при кратковременном контакте о них часто возникает неправильное представление. Отрицательные качества выявляются только при изучении их поведения в течение сколько-нибудь длительного промежутка времени, а не в обстановке непродолжительной беседы, в течение которой они могут «собраться», добываясь у собеседника необходимой положительной оценки. Для людей с такого рода расстройствами характерны хорошая вербализация, логика, умение правильно оценить обстановку. Благодаря этому некоторые лица умудряются никогда не вступать в конфликт с законом, оставаясь лживыми и безответственными в рамках избранной профессии и эксплуатируя других для собственной выгоды.

Диагноз диссоциального расстройства личности основывается на следующих критериях: 1) бессердечное равнодушие к чувствам других; 2) стойкая безответственность и пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями; 3) неспособность поддерживать устойчивые отношения при отсутствии затруднений в их установлении; 4) крайне низкая толерантность к фрустрации и низкий порог появления агрессивного поведения; 5) отсутствие осознания своей вины или неспособность извлекать уроки из негативного жизненного опыта, особенно наказания; 6) выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом; 7) постоянная раздражительность.

4. *Эмоционально неустойчивое* представляет собой сборную группу расстройств, которая, во-первых, характеризуется, наряду с неустойчивостью настроения, выраженной тенденцией действовать импульсивно, без учета последствий и без достаточной логической оценки. Эта форма психопатии отличается бурными аффективными проявлениями раздражения, недовольства и гнева в ситуациях, которые не отвечают интересам больного, или в случаях, когда ему может казаться, что ущемляют его права, и т.д. Основным компонентом расстройства — отдельные эпизоды потери контроля над своими агрессивными побуждениями, выражающиеся в нападении на окружающих и повреждении имущества. Уровень агрессивности не со-

ответствует силе ситуативного стресса, послужившего пусковым фактором для эпизода. Вне обстоятельств, эмоционально значимых для больного, его аффективные реакции могут быть вполне адекватны, хотя среди типичных черт характера эмоционально неустойчивых называют властность, эгоистичность, мстительность, требовательность, обидчивость и неуживчивость, упорство в достижении целей, предвзято понимаемую справедливость.

Встречаются два варианта завершения всплеска эксплозивности (взрывчатости). В одних случаях возникают сожаление о содеянном, чувство вины и упреки в собственный адрес, сопровождаемые тревожно-депрессивной симптоматикой. В других случаях адекватного осознания неправильности своих реакций и поведения у них не появляется и реализуется тенденция находить причины и обстоятельства, оправдывающие такое поведение. Профессиональная и семейная жизнь обычно не ладится.

По классификации П.Б. Ганнушкина аналогом этого типа расстройства личности является возбудимый тип психопатии, включающий в себя и эпилептоидные черты. Для людей с этим типом личности, наряду с вязкостью аффекта и мышления, склонностью к детализации, застреваемостью, злопамятностью, мстительностью, характерны слащавость, лстивость, ханжество, бережливость до скупости, ситуационная подобострастность, склонность к употреблению в разговоре уменьшительно-ласкательных слов. Мелочная требовательность, доходящая до придирчивости, сочетается с беспринципностью в серьезных вопросах. Ценностные ориентации, как правило, обусловлены эгоистическими притязаниями. При этом отмечаются целеустремленность, упорство и стеничность.

Возможны периоды злобно-тоскливого настроения с примесью тревоги или страха (дисфории), которые длятся несколько часов или, реже, суток. Бурным аффективным реакциям обычно предшествует постепенное нарастание вначале подавляемого раздражения. В аффекте, например, во время драк способны наносить тяжкие повреждения («зверекют»).

Иногда аффективные разряды происходят на фоне суженного сознания с последующей частичной амнезией некоторых деталей происшедшего. Чрезмерный педантизм, аккуратность, властность, эгоизм в сочетании с мрачным, угрюмым настроением делают лиц с эпилептоидными чертами тяжелыми в коммуникативных контактах. В ряде случаев на первый план выступают нарушения влечений в виде злоупотребления алкоголем, наркотиками (снимают напряжение), стремления бродяжничать, склонности к азартным

играм, алкоголю (возможна и его непереносимость), сексуальным извращениям.

Диагноз устанавливают на основании следующих критериев: 1) отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий; 2) тенденция к ссорам и конфликтам, усиливающаяся при воспрещении импульсивным действиям или их порицании; 3) склонность к вспышкам ярости и насилия с неспособностью контролировать эксплозивное побуждение; 4) лабильное и непредсказуемое настроение.

5. *Истерическое* — исходными качествами являются эгоцентризм и стремление в собственных глазах и глазах окружающих казаться более значительной личностью по сравнению с реальностью, постоянное желание быть оцененным. Отсюда — стремление привлечь к себе внимание любыми средствами, претенциозность, демонстративность и театральность в поведении, эксцентричность, жеманство, капризность, внушаемость и самовнушаемость, повышенная чувствительность к обстоятельствам, представляющим в невыгодном или, напротив, в выгодном свете, на этой почве допустимость подтасовок, подчеркнутая экстравертированность, гиперэмоциональность и самодраматизация (внешне яркие и выразительные эмоциональные отношения типа привязанностей или интересов могут производить на окружающих впечатление своей интенсивностью, хотя фактически оказываются кратковременными, ситуативно обусловленными и часто поверхностными — «соломенный огонь»).

Одна из форм подобного поведения — бутафорские, демонстративные попытки самоубийства, обставленные как результат непонятого страдания, невинной жертвы или благородного ухода [Кербинов, Коркина, Наджаров, Снежневский, 1968]. Непереносимая ситуация — равнодушие со стороны окружающих, в этом случае предпочитается даже роль «отрицательного героя». Если истеричный не встречает внимания и обожания, то быстро тускнеет, становится мелочно-придирчивым, злобным и мстительным. А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин и М.Е. Литвак [1998] отмечают, что исполнение такими людьми социальных ролей крайне затруднено и часто подменяется ношением масок, причем окружающие использование масок нередко принимают за искреннее исполнение роли.

Лица с истерическими расстройствами личности отличаются психологической незрелостью, аффективным мышлением (логикой), поверхностными непоследовательными суждениями, но богатым воображением и склонностью к фантазированию, также направленному на привлечение к себе внимания. Здесь больше, чем

при других формах психопатий, очевидны признаки дисгармонического инфантилизма. Так же как и для истерического псевроза, типична склонность к вытеснению травмирующих переживаний, бегству в болезнь и к косметической лжи.

Внешне истероидные черты могут проявляться в вычурной или броской манере одеваться, в выразительных рассказах о героических или очевидных порочащих (как правило, мнимых) поступках, достижениях или нечеловеческих страданиях, в акцентировании своей сексуальной привлекательности.

Диагноз истероидного расстройства личности устанавливают при наличии следующих критериев: 1) театральность поведения или преувеличенное выражение чувств; 2) внушаемость, легкое подчинение влиянию окружающих людей или ситуаций; 3) поверхностная и неустойчивая эмоциональность; 4) постоянный поиск возбуждающих переживаний и такой деятельности, в которой пациент находится в центре внимания; 5) неадекватное подчеркивание своей сексуальности и обольстительности (внешностью и поведением).

6. *Ананкастное (обсессивно-компульсивное)*. Характерная черта — постоянная тревога и беспокойство за свое будущее и будущее своих близких. С целью предотвращения возможных неприятностей и на почве чувства собственной неполноценности предпринимаются многочисленные меры, психологически выражающиеся педантичностью, озабоченностью порядком, чрезмерной добросовестностью, правильностью всего, от опрятности в одежде до стремления к совершенству (перфекционизм), что заметно снижает гибкость приспособления к окружающему миру. Чем меньше уверенность в себе, тем выше потребность иметь стабильное окружение, не востребующее решительных действий. Страх совершить ошибку, которая может разрушить перспективу или карьеру, приводит к многочисленным сомнениям в принятии решений, болезненной предусмотрительности, формализму, потребности планировать всякую деятельность наперед в самых незначительных деталях, стремлению повторно перепроверять уже сделанное или промышленное. Характерны склонность к анализу и самоконтролю, мнительность, превалирование рассудочной деятельности, ригидность, упрямство (неспособность к компромиссам в общении), требовательность к другим (и в семейной, и в профессиональной сфере), склонность придерживаться установленного порядка или условностей, исходя из принципа «как бы чего не вышло» (нарушение порядка воспринимается как катастрофа).

Особенно болезненно воспринимаются ситуации принятия нового и необычного, когда необходимо нести ответственность

не только за себя и свои поступки, но и за плохо контролируемых других. Спонтанность и импульсивность не свойственны, избыточная серьезность идет в ущерб чувству юмора. Обострение данной формы психопатии наблюдается в возрасте перехода от зависимой к самостоятельной жизни, хотя сходные черты обнаруживаются еще со школьных лет. Неуверенность в себе создает условия для быстрого возникновения ритуалов и усвоения примет и суеверий, беспочвенных ипохондрических переживаний. Ананкастные расстройства личности чаще встречаются у мужчин.

Компенсаторные механизмы в подобных случаях могут оказаться утрированными: нерешительность при уже принятом решении оборачивается нетерпеливостью, застенчивость — неожиданной и ненужной безапелляционностью [Коркина, Лакосина, Личко, 2008].

По мнению Н.В. Репиной, Д.В. Воронцова, И.И. Юматова [2003], провоцирующим фактором здесь выступает такой стиль детско-родительских отношений, при которых к ребенку предъявляются завышенные требования и применяются жесткие санкции за несоблюдение установленных правил.

Диагноз ананкастного расстройства личности устанавливают по следующим признакам: 1) постоянные сомнения и чрезмерная предосторожность; 2) постоянная озабоченность деталями, правилами, перечнями, планами; 3) стремление к совершенству и связанные с этим многочисленные перепроверки уже сделанного, что нередко мешает завершению выполняемых задач; 4) чрезмерная добросовестность и скрупулезность; 5) неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям; 6) чрезмерная педантичность и следование социальным условностям; 7) ригидность и упрямство; 8) необоснованные, настойчивые требования, чтобы другие делали все в точности так, как и сам больной, или столь же необоснованное нежелание позволять другим поступать самостоятельно.

7. Тревожное (уклоняющееся). Данный тип расстройства имеет общие черты с предыдущим, а также в известной степени может быть отождествлен с сенситивным вариантом психопатии, иногда выделяемым в отечественной психиатрии. Ощущение собственной неполноценности и сверхчувствительности к отвержению, отрицательным оценкам и критике со стороны окружающих на фоне тревожности и ожидания надвигающейся беды порождают тяжелые предчувствия, стеснительность, робость и избегающее поведение. При сильном желании правиться в момент отвержения тревога генерализуется и может выступать как паническое расстройство.

В связи с этим круг знакомых и занятий весьма ограничен, существует тенденция уклоняться от участия в коллективных или публичных действиях (например, выступать на людях) и устанавливать новые межличностные контакты (в привычной для них среде они достаточно общительны), ограничивать уклад жизни. Преувеличения потенциальных опасностей и риска в обыденных ситуациях, опасение оказаться в затруднительном, неловком положении (сказать глупость, покраснеть, выказать нервозность, оказаться пристыженным или высмеянным) заставляют отказываться от видов деятельности, связанных с ответственностью и новыми коммуникациями. Это не значит, что у лиц с тревожными чертами нет потребности общения с другими, напротив, часто она заметно выражена, но из-за невозможности исполнения приводит к пониженному настроению, чувству одиночества или уходу в фантазии.

Отрицательные переживания не вытесняются и не проявляются вовне, следствием чего становится застревание на аффекте. При значительном его застое (например, переживание незаслуженного оскорбления или унижения) случаются внезапные и сильные порывы поведения типа суицидных попыток.

К числу факторов, формирующих подобный стиль поведения, относят подавляющий, осуждающий стиль воспитания, избыточно честолобивые устремления родителей, а также материнскую депривацию, приводящую к высокому уровню тревоги.

Для диагностики тревожного расстройства личности должны реализовываться следующие критерии: 1) постоянное чувство напряженности и наличие тяжелых предчувствий; 2) убежденность в своей социальной несостоятельности и непривлекательности в сравнении с другими; 3) повышенная озабоченность критикой или неприятием в социальных ситуациях; 4) нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться; 5) ограниченность стиля жизни из-за потребности в безопасности; 6) уклонение от социальной или профессиональной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами, из-за страха критики, неодобрения или отвержения.

8. *Зависимое*. Основные черты — выраженная зависимость от других и перекладывание на них ответственности за принятие решения, пассивность, подчиняемость и внушаемость, отсутствие инициативы, самостоятельности и способности противостоять чужим желаниям (покорность), дискомфорт в одиночестве, преувеличенный страх неспособности позаботиться о себе. Мир рассмат-

ривается как неприветливое, одинокое или даже опасное место, где не выжить в одиночку. Очевидным является слабоволие.

Во многих отношениях, главным образом низкой энергизированностью [Александровский, 2000], напоминает тревожный и ананкастный типы расстройства личности, но при тревожном типе трудности общения проявляются в страхе перед общением, а при зависимом — в страхе остаться в одиночестве.

Зависимым личностям свойственны общая «первая слабость», чрезмерная чувствительность и впечатлительность, склонность к самонаблюдению и пессимизм. Эти качества обнаруживаются прежде всего в необычных, экстремальных ситуациях. Внутренний мир при этом типе личностных аномалий определяется сложным комплексом переживаний, среди которых преобладают сознание собственной несостоятельности, беспомощности, опасения предстоящих трудностей, «превратностей судьбы» [Смулевич, 1999]. Представители этого типа довольствуются второстепенными ролями, сносят обиды и всегда готовы всем услужить, ждут подбадриваний, убеждений и советов.

Склонны обнаруживать когнитивное искажение «катастрофических оценок», особенно когда дело доходит до разрыва отношений. В тяжелых житейских ситуациях возможны реакции «ухода из действительности» с картиной депрессии и страхом одиночества.

Существует и тенденция объяснять зависимое расстройство личности через так называемую «тревожную привязанность» [Боулби, 2003] — сомнения в доступности и отзывчивости фигуры, от которой субъект находится в зависимости, и производном страхе ее потерять. В случае утраты близких отношений он стремится найти новую тесную связь как источник заботы и поддержки. Присутствуют признаки эгоизма и иждивенчества, которые могут становиться тягостными для окружающих.

Признаки зависимого расстройства личности впервые могут обнаруживаться в ранние школьные годы (в дошкольный период привязанность к родителям рассматривается как нормальное адаптивное поведение ребенка), проявляясь поначалу астеническими чертами: резким утомлением к концу занятий, снижением успеваемости, а также повышенной робостью, нерешительностью, застенчивостью, чувством собственной неполноценности.

Предрасполагающими факторами можно считать чрезмерную родительскую заботу или ее полное отсутствие (по причине физической утраты родителей или их невнимательного, безразличного отношения к своему ребенку); наличие в детстве тревожного расстройства, вызванного разлукой; критикующий, подавляющий

стиль воспитания. Чрезмерная забота блокирует развитие инициативности и активности во взаимоотношениях с окружающими и формирует «выученную беспомощность» [Ромек, 2000].

В качестве диагностических критериев выступают: 1) активное или пассивное перекладывание на других большей части важных решений в своей жизни; 2) подчинение собственных потребностей нуждам других людей, от которых зависит пациент, и неадекватная податливость их желаниям; 3) неспособность к предъявлению даже разумных требований людям, от которых пациент находится в зависимости; 4) тревога при пребывании в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к совместной жизни; 5) страх быть покинутым человеком, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе; 6) ограниченная способность принимать повседневные решения без постоянных советов и подбадривания со стороны других лиц.

Рассмотренные типы специфических расстройств личности могут быть с известной долей условности объединены в три группы с преимущественными проявлениями психических нарушений в сфере мышления (шизоидные и параноидные личности), в эмоциональной сфере (диссоциальные, эмоционально неустойчивые, а также истерические личности) и с преобладанием волевых нарушений (ананкастные, уклоняющиеся и зависимые личности). Как показывает клиническая практика, у одного больного могут сочетаться признаки разных психопатий.

Преморбидный (существовавший до возникновения болезни) тип личности человека может оказывать модифицирующее влияние на проявление самых разных иных эндогенных и экзогенных заболеваний. Так, наличие грубых психопатических черт резко ухудшает прогноз при алкоголизме и наркоманиях, депрессивный синдром у тревожной личности часто сопровождается навязчивыми сомнениями и страхами, тревогой, ипохондрической настороженностью [Жариков, Тюлькин, 2002] и т.п.

В опубликованном проекте МКБ-11 реализован новый подход к категории, пока (в МКБ-10) обозначаемой как «специфические расстройства личности», при котором производится упразднение имеющихся и вышеописанных их типов. Подобная направленность изменений мотивируется тем, что у пациентов, которые принадлежат к какому-то ранее известному типу, встречаются и черты, наблюдаемые для других «классических» описаний (коморбидность), и, напротив, пациенты с одним диагнозом могут заметно отличаться по спектру и интенсивности внешних симптомов и личностных качеств. Тем самым признается целесообразность глобального оце-

нивания функционирования личности, что расширяет смысловой аспект работы психолога.

В МКБ-11 предлагается введение трех степеней выраженности расстройств личности (термин «специфические» убран из определения) — легкой, умеренной и тяжелой (критерии их выделения выстраиваются на квалификации серьезности проблем, возникающих в сфере отношений, на разнообразии ситуаций, в которых происходит срыв выполнения социальных и профессиональных ролей, а также на выраженности вреда, причиняемого себе и окружающим людям). Вместе с тем допускается возможность уточнения основного вектора дисфункций личности, который может быть связан с пятью тенденциями: отрицательной аффективностью (*Negative Affectivity*), расторможенностью (*Disinhibition*), отстраненностью (*Detachment*), диссоциальными (*Dissociality*) и ананкастными (*Anankastia*) проявлениями.

Указанные тенденции проистекают из идеи «Большой пятерки», возникшей в рамках так называемого диспозиционного направления в изучении личности, согласно которому личность может быть эффективно описана с помощью характеристики соотношения выраженности пяти факторов: нейротизм — эмоциональная стабильность, добросовестность — импульсивность, экстраверсия — отгороженность, доброжелательность — антагонизм, открытость опыту — консерватизм (соответственно).

Дополнительно предусматривается категория «трудных», или «сложных» личностей (*Personality Difficulty*), которые в отечественной психологической среде более известны как акцентуации характера и которые в МКБ-11 в качестве психического расстройства не рассматриваются, но могут занимать место промежуточного к нему этапа.

Контрольные вопросы и задания

1. Как психопатии квалифицируются в МКБ-10?
2. Каковы обязательные характеристики психопатий по П.Б. Ганнушкину?
3. В чем источники несогласованности интерпретации психопатий?
4. Какова роль социальной оценки в характеристике психопатий?
5. Какова структура классификации психопатий по О.В. Кербикову и специфических расстройств личности по МКБ-10?
6. Опишите ключевые эмоционально-волевые расстройства при разных вариантах психопатий.
7. Какие изменения в оценке расстройств личности предусмотрены в МКБ-11?

3.6. НЕВРОЗЫ (НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА)

Невроз — психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений [Карвасарский, 1990]. Еще в 1911 г. французский психолог Пьер Жане (Pierre Janet, 1859–1947) отмечал, что все невротические расстройства — это нарушение приспособления к новым внешним и внутренним обстоятельствам, обнаруживаемым «в моменты, когда индивидуальная и социальная эволюция становится наиболее трудной» [цит. по: Александровский, 2000].

В соответствии с патогенетической концепцией неврозов, разработанной В.Н. Мясищевым [1960], опирающейся на созданную им теорию отношений, невроз — это несомненно глобальное личностное нарушение, которое характеризуется: 1) обратимостью патологических нарушений, независимо от его длительности; 2) психогенной природой заболевания, которая во многом определяется особенностями системы отношений больного; 3) доминированием в клинической картине эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Для возникновения невроза решающей является значимость для личности нарушенного отношения. В таком понимании невроз — болезнь, обусловленная действием информации, семантической (смысловой) ее стороной [Святош, 1982] — психологическими травмами и конфликтами, порождающими длительное эмоциональное напряжение. М.М. Хананавили [1978] указывает и на возможность возникновения неврозов на почве избытка или дефицита информации безотносительно ее природы. Ю.А. Александровский [2000] отмечает, что анализ психофизиологической сущности развития невротических и эмоционально-стрессовых состояний свидетельствует об их принципиальной общности. В обоих случаях начальным звеном оказывается конфликтная ситуация с ее психологическим эквивалентом. Определяющим фактором выступают не сила стрессора, не его объективная качественная (физическая) характеристика и не реальная окружающая ситуация, а психологическая оценка воздействия как негативного влияния. При этом учитывается невозможность управления ситуацией и отсутствие способов ее избегания или преодоления (защиты), недостаточная способность к переработке возникшего конфликта, в основе которого могут лежать и объективные противоречия многообразных отношений, к тому же имеющие тенденцию расширяться с ростом

связей субъекта [Леонтьев, 1975]. По мнению В.С. Мерлина [1975, 1990], психологический конфликт вообще возникает в результате противоречий свойств индивидуума и отношений личности.

Соотношение биологических предпосылок (типа высшей нервной деятельности, особенностей ряда сторон темперамента), а также собственно личностных, психологических факторов в этиологии неврозов продолжает оставаться дискуссионным. Во всяком случае, имеются многочисленные данные, указывающие на наличие (помимо психогенности) определенной морфофункциональной почвы неврозов в центральной нервной системе, особенно со стороны неспецифических структур мозга и тех его функциональных систем, которые ответственны за вегетативную регуляцию (в частности, гипоталамуса). По-видимому, определяющим для возникновения невроза является преобладание негативной информационно-аффективной нагрузки на человека над его актуальными и резервными ресурсами, которые, в свою очередь, обуславливаются и генетическими предпосылками, и возрастными особенностями, и всем ходом воспитания и социализации.

В.Н. Мясичевым [1960] была предпринята попытка охарактеризовать основные типы внутренних и внешних конфликтов (противоречий, столкновений), с наибольшей вероятностью порождающих конкретные формы неврозов. К числу последних традиционно относят неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний (обсессивно-психастенический).

Неврастенический конфликт представляет собой противоречие между реально ограниченными возможностями личности (интеллектуальными, волевыми, физическими и др.) и неадекватно завышенными требованиями к себе (несоответствие между задачами личности и возможностями их осуществления), которые могут не только являться продуктом неправильного воспитания, но и стимулироваться извне (например, «подстегиванием» со стороны ближайшего социального окружения по пути карьерного успеха) уже в зрелые годы. Неврастения может провоцироваться и попытками уйти в работу от имеющихся в жизни противоречий. Это конфликт между мотивированным «хочу» или «должен» и несостоятельным «могу», приводящий к истощению нервной системы, хроническому переутомлению.

Неврастения

Неврастения является наиболее распространенной формой невроза. В ее рамках рассматривают две формы: *гиперстеническую* и *гипостеническую*, которые можно расценивать и как этапы раз-

вития данного невроза. Для первой характерны чрезмерная раздражительность, несдержанность, нетерпеливость (плохая переносимость ожидания), повышенная чувствительность к незначительным раздражителям (громким звукам, шуму, яркому свету), нарушения внимания и т.п. Повышенная активность беспорядочна, а начатая деятельность не доводится до конца.

При втором варианте доминирует так называемый *астенический синдром*: повышенная утомляемость, снижение трудоспособности, ухудшение памяти и внимания, вялость, сонливость днем и бессонница ночью (даже состоявшийся сон при неврастении не дает полного отдыха, больные утром вялые, разбитые). Возникают отвлекающие ассоциации и воспоминания, снижается интерес к окружающему. Весьма характерно механическое чтение без усвоения содержания прочитанного.

Вегетосоматические проявления неврастении часто сводятся к головным болям, лабильности пульса, неопределенным или неприятным ощущениям со стороны кожи, мышц и внутренних органов, к расстройствам сексуальных функций, аппетита, потливости, зябкости конечностей. Возможен тремор век и пальцев вытянутых рук. Характерен пониженный эмоциональный фон со склонностью к ипохондрическим проявлениям.

У детей данный невроз в развернутой форме встречается только в школьном возрасте и у подростков, где основное проявление — состояние раздражительной слабости, характеризующееся, с одной стороны, несдержанностью, склонностью к аффективным разрядам недовольства и даже гнева, а с другой — повышенной истощаемостью аффекта с переходом к плачу, психической утомляемостью, непереносимостью любого психического напряжения, быстрым ослаблением активного внимания [Ковалев, 1979], психомоторным беспокойством.

По мнению А.И. Захарова [1988], младшим школьникам именно с неврастением свойственен такой распространенный мотив внутреннего конфликта, как страх не соответствовать общепринятым нормам, ожиданиям со стороны значимых лиц (автор определяет его как «быть не тем»). Это страх сделать не так, как нужно, не то, что следует, т.е. страх ошибки, неудачи, своей несостоятельности в представлении окружающих, страх порицания, осуждения и наказания, потери расположения других и тем самым страх социальной изоляции.

Он становится актуальным в возрасте интенсивного развития нравственно-этических и нормативно-регулирующих социальных отношений, отражая возросший уровень самосознания в форми-

ровании личности, новую социальную позицию школьника. Его клиническое заострение происходит под влиянием ряда факторов. Важнейшие из них: подчеркнутое чувство собственного достоинства, самолюбие, нередко перерастающие в честолюбие; выраженность чувства вины у детей; высокая тревожность у родителей и завышенный уровень притязаний, усваиваемые детьми; излишний рационализм в отношениях с ними и, наконец, избыточная интеллектуальная перегрузка, усугубляемая чрезмерным контролем родителей за уроками и оценками.

Выделяют формы детской неврастении, при которых на первый план выступают такие проявления, как анорексия, тошнота, расстройства ритма дыхания, кашель, спазм голосовой щели, неприятные ощущения в сердце, обмороки, аффективные вспышки с двигательным возбуждением и агрессией [Исаев, 2001].

Помимо традиционных для этого невроза конфликтов в семье, в возникновении неврастении у детей важную роль играет соматическая ослабленность, практически всегда сочетаемая с психотравмирующими обстоятельствами.

Истерический конфликт отличается избыточно завышенными претензиями личности к окружающим, сочетающимися с недооценкой или игнорированием реальных условий, интересов или требований других людей, что дополняется отсутствием критического отношения к своему поведению и внушаемостью. В рамках истерического характера В.Н. Мясищев выделяет первичные, вторичные и даже третичные личностные черты. К первичным относятся эгоцентризм и аффективность, следствием которых являются частые переживания и неудачи, приводящие, в свою очередь, к претенциозности (потребности в признании), с одной стороны, и неуверенности в себе — с другой (вторичные черты). Третичными личностными образованиями, возникающими на основе первых двух, являются склонность к ухищрениям и различным уловкам для достижения цели, а также лживость, симуляция, театральность и демонстративность — поведенческие феномены, реализуемые во взаимоотношениях с другими людьми. Существует предположение, согласно которому третичные черты выполняют своего рода функцию сохранения внешней позитивной самооценки. В некоторых случаях возможно и снижение социально-этического уровня личности, что в принципе более типично для истероидной психопатии.

Краткая формула истерического конфликта: «нельзя», но «хочу любой ценой». В происхождении данного конфликта существенное

значение приобретает история развития личности и последствий влияния прижизненных факторов (чаще всего, неправильного воспитания, например, по типу «кумира семьи», когда стимулируется стремление ребенка быть в центре внимания окружающих. С другой стороны, истерические особенности характера могут формироваться и в условиях грубодеспотического, подавляющего воспитания, при котором начинают преобладать недоверчивость, озлобленность, тенденция противопоставлять себя окружающим).

Истерия

Разнообразная симптоматика данного невроза может быть сведена к нескольким группам болезненных проявлений: психическим расстройствам, моторным, сенсорным и вегетовисцеральным [Кербинов и др., 1968; Карвасарский, 1990].

К числу первых относятся нарушения в виде страхов (кардиофобия, танатофобия), колебаний настроения, депрессивного настроения, сопровождающихся ярким внешним оформлением в виде театральных поз, стонов, заламываний рук, использования эпитетов «непереносимый», «ужасный», «исключительный», «необычный» и т.п., психогенных амнезий с выпадением памяти (вытеснений) не только на субъективно неприсмлемые эпизоды, но и на значительные периоды жизни вообще, пугэрилизма (психического состояния, сопровождающегося детским поведением, речью, моторикой, эмоциями), ярких образных галлюцинаторных переживаний. Последний симптом, описываемый в ранних работах по истерии, в настоящее время почти не встречается.

Двигательные нарушения выражаются парезами, параличами, дрожательными гиперкинезами, контрактурами (ограничением подвижности сустава) и астазией-абазией (неустойчивостью при сидении и при ходьбе), параличом голосовых связок, приводящего к афонии, а также мутизмом.

Сенсорные расстройства, возникающие под влиянием психических травм, могут выражаться («симулироваться») изменениями в работе любого органа чувств (истерическая слепота, глухота, потеря обоняния, вкуса), боли, локализованные в различных частях тела, гипо- или гиперестезии, которые не соответствуют зонам иннервации (например, в участках кожи по типу «перчаток» или «носок»).

Вегетовисцеральные расстройства при истерическом неврозе проявляются в нарушениях дыхания, сердечной деятельности, желудочно-кишечного тракта, сексуальной функции, чувства сжатия

горла («истерический ком»), в чувстве непроходимости пищевода, ощущения нехватки воздуха и других расстройств, связанных со спазмами гладкой мускулатуры.

В выраженных и в настоящее время редко встречающихся случаях, в ответ на психогенное воздействие возникают припадки, напоминающие судорожные при эпилепсии (истерическая дуга). Чаще встречаются малые истерические припадки, отличающиеся чрезвычайным разнообразием: судорожный крик, смех и плач, истерический лающий кашель, звуки подражательного характера, приступы упорной икоты, своеобразное и характерное для истерии учащение дыхания до 20–30 вдохов в минуту.

Поскольку возникающие симптомы не имеют под собой никакой органической основы, довольно отчетливо просматривается ситуационная их обусловленность по типу «бегства в болезнь» при столкновении с жизненными трудностями, причем в качестве «болезни» может выступить любая, требующая внимания со стороны окружающих.

В соответствии с концепцией З. Фрейда, который одним из первых предпринял психологический анализ истерии, ее симптоматика определяется вытесненными в бессознательное конфликтами, которые заявляют о себе через символический характер симптомов (например, расстройства зрения — это свидетельство нежелания человека видеть, что происходит, паралич — демонстрация беспомощности, необходимости заботы и недопустимости требований к субъекту). Массовые истерические припадки с примешиванием эротического компонента по типу «овладения дьяволом», носящие характер эпидемий, наблюдались в средневековых женских монастырях [Осипов, 1923; Пашковский, 2006]. В подобной симптоматике усматривается ее выгодность больному, помогающая разрешить имеющиеся проблемы или избавиться от нежелательных либо заполучить желательные отношения.

Превращение вытесненного душевного конфликта в соматическую симптоматику обозначается как *конверсия*. Степень и выраженность конверсионных реакций во многом зависят от их оценки, получаемой от окружающих. При этом возникающую при истерическом неврозе симптоматику нельзя рассматривать как буквально симуляцию, поскольку в силу самовнушения сам больной при этом реально страдает и убежден в наличии у себя соответствующего расстройства.

Для истеричных детей наиболее характерно возникновение астазии — абазии, энуреза, заикания, анорексии.

Обсессивно-психастенический конфликт обусловлен наличием одинаково сильных, но противоречащих друг другу внутренних тенденций и потребностей, например таких, как борьба между желанием и долгом, моральными принципами и личными привязанностями, инстинктивными влечениями и этическими надстройками и т.п. Неспособность определенно произвести выбор в пользу одной из тенденций и сохраняющееся напряжение наиболее ярко выражают себя в состоянии нерешительности, раздвоенности, мучительных сомнениях, страхах и колебаниях (первичные черты). При обсессивном конфликте постоянная борьба с процессами, выпавшими из-под управления личности, сопровождается нарушениями переработки в ее центральной («интрапсихической») части. В силу слабости волевой регуляции возникают чувство вины, неуверенность в себе и заторможенность (вторичные черты).

Итогом становится фиктивно-символическое разрешение конфликта, ложное удовлетворение в форме осуществления навязчивых ритуальных действий (третичные черты), значение которых может быть понято только на основе их генетического анализа, позволяющего установить тесную связь между симптомами болезненного состояния и характером внутренних противоречий.

При этом, если даже одна из тенденций становится доминирующей, но продолжает встречать противодействие другой, благоприятные возможности для усиления напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний продолжают сохраняться. Возможная причина подобного конфликта — воспитание в условиях запугивания и лишения собственной инициативы, предъявление к ребенку противоречивых требований, приводящих к чувству неполноценности и отрыву от реальной жизни, воспитание нересальных жизненных установок.

Краткая формула обсессивно-психастенического конфликта, включающего в себя сочетание противоречий и нерешительности: «хочу, но не могу сделать выбор».

Невроз навязчивых состояний

По сравнению с психастенией и истерией невроз навязчивых состояний встречается реже. Заболевание характеризуется навязчивыми симптомами, как правило, ярко выраженными фобиями. В качестве навязчивых страхов чаще всего встречаются: кардиофобия, канцерофобия, страх сумасшествия (лиссофобия), страх острых предметов, открытых и закрытых пространств, высоты, загрязнения, навязчивый страх покраснеть и т.д. Эти страхи могут выступать как изолированно, так и в различных сочетаниях, в при-

чинно-следственных связях, например, кардиофобия порождает клаустрофобию (страх закрытых пространств). В одних случаях в основе страхов лежит исходное реальное переживание критической ситуации, в других — невроз развивается у лиц с уже имеющимися психастеническими (тревожно-мнительными) чертами. Прототипом навязчивых состояний, но не требующих врачебного внимания, являются весьма кратковременные состояния, не имеющие патологического характера навязчивости, нередко возникающие у здоровых лиц (навязчивая мелодия, отрывок стихотворения).

Более редкое, но типичное проявление невроза навязчивых состояний — навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и действия, которые, помимо навязчивого компонента, характеризуются сознанием их бесполезности и критическим к ним отношением. В начальный период заболевания человек может использовать самонереубеждение, в дальнейшем пытается избегать встреч с травмирующими моментами, вовлекая в свои защитные действия и близких.

Распространенной разновидностью навязчивых действий являются ритуалы. Это навязчивые движения и действия, которые всегда сопровождаются сомнениями, опасениями или страхами. Они производятся больным вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья и имеют защитный, охранительный характер.

Наряду с фобическим синдромом и синдромом навязчивых состояний в клинической картине невроза навязчивых состояний могут иметь место астенические симптомы: нарушается сон, возникают раздражительность, непереносимость резких звуков, быстрая утомляемость, снижение работоспособности. Однако последние носят характер сопутствующих симптомов, поскольку основной жалобой, определяющей состояние больных, являются навязчивости.

Само сознание обычно не обнаруживает заметного изменения, степень критичности к своему состоянию достаточно высока. Больные вне и даже во время повторных приступов достаточно активны, собраны и стараются не обнаружить у себя навязчивостей.

При типично длительном неврозе навязчивых состояний у больного все более заостряются черты, свойственные личностям психастенического круга (робость, застенчивость, мнительность, нерешительность, тревожность, «умственная жвачка»). Ряд ученых считают невроз навязчивых состояний проявлением динамики психастенической психопатии, другие полагают, что психастения вообще является неврозом, а понятие невроза навязчивых состояний

излишне [Гиндикин, 1997]. В пока действующей МКБ-10 [1994] понятие невроза навязчивых состояний отсутствует, но имеются ананкастный невроз (в числе навязчивых расстройств) и психастенический невроз.

Д.Н. Исаев [2006] отмечает, что у детей невроз навязчивостей в подавляющем большинстве случаев начинается постепенно, спустя значительное время после эмоциональных потрясений и выражается в форме страха устной речи, покраснения, своей смерти или смерти родителей, закрытых дверей и т.п. Возможны обкусывание ногтей, сосание пальцев и другие более сложные действия.

Среди разнообразных патогенных ситуаций, являющихся причиной психической травматизации детей при неврозах, выделяются семейно-бытовые, прежде всего конфликтные, отношения в семье [Захаров, 1988; Эйдемиллер, Добряков, Никольская, 2003], к числу важнейших из которых относятся следующие:

- отсутствие учета родителями индивидуального своеобразия ребенка;
- отражение в воспитании неблагоприятных личностных особенностей родителей или проекция личностных проблем родителей на отношения с детьми;
- большое количество взрослых, прямо или косвенно принимающих участие в воспитании, нередко заменяющих собой родителей в первые годы жизни ребенка;
- несогласованность воспитания, обусловленная конфликтной структурой семейных отношений и трудностью сочетания установок родителей;
- односторонний характер, исключая роль отца;
- инверсия воспитательных ролей, когда бабушка играет роль матери, мать — отца, а последний — роль «приемного сына»;
- конфликтный характер воспитания, доминантность, или властность, в отношениях с детьми, безапелляционность, категоричность и директивность суждений родителей, стремление подчинить себе детей и добиться беспрекословного послушания, не принимая во внимание их выраженное чувство собственного достоинства и природный темперамент;
- несоответствие повышенных ожиданий и требований родителей реальным психофизиологическим возможностям детей, в том числе ритму развития, темпу протекания психических процессов, а также особенностям формирования характера и личности;

- заданность, шаблонность, схематизм, когда воспитание подгоняется под заранее составленные схемы, предписания, в том числе моральные, установки, «заорганизованность»;
- гиперсоциальность — повышенная принципиальность в отношениях с детьми, гипертрофированное, одностороннее понятие чувства долга, обязанности, отсутствие компромиссов, что в целом более характерно для матерей;
- отношение к детям как к уже «почти взрослым», т.е. наделение их всеми атрибутами взрослого поведения без достаточного учета возрастных особенностей;
- недостаточная отзывчивость в отношениях с детьми, недостаток эмоционально-теплых и непосредственных чувств к детям, дефицит душевной щедрости, доброты и естественности (искренности) в отношениях с детьми;
- недостаточное внимание к половым аспектам в формировании личности детей;
- разрыв между словом и делом в воспитании, невыполнение родителями своих обещаний, их необязательность при требовании обязательности у детей;
- неприятие в отношениях с детьми, обусловленное нежелательностью ребенка, преждевременностью его появления, несоответствием его пола;
- неравномерность воспитания, включающая в себя главным образом недостаток эмоционального контакта с детьми и любви к ним в первые годы их жизни и избыток этих чувств в последующие годы;
- аффективность в обращении с детьми подразумевает эмоционально бурные проявления родителями своего раздражения и недовольства (крик, ругань и угрозы в адрес детей);
- недоверие к детям, их возможностям и опыту — субъективно сформулированное мнение родителей о неспособности детей к самостоятельным действиям. Недоверие часто сочетается с тревожностью и нетерпимостью родителей, их категоричностью и властностью, чрезмерной регламентацией образа жизни ребенка;
- гиперопека, выражающаяся стремлением родителей: а) окружать ребенка повышенным вниманием; б) во всем защищать, даже если в этом нет реальной необходимости; в) сопровождать каждый его шаг; г) предохранять от опасностей, которых нет; д) беспокоиться по любому поводу и без повода; е) удерживать детей около себя, «привязывать» к своему настроению и чувствам; ж) обязывать поступать определенным способом.

Важную роль в обусловливании невротических расстройств, по мнению английского психолога и психоаналитика Джона Боулби (John Bowlby, 1907–1990) — автора теории присоединения (привязанности), играет родительская депривация. Ребенок, столкнувшийся с нечутким, эмоционально холодным отношением со стороны родителей или людей, заботящихся о нем, обычно переживает такие чувства, как протест, отчаяние и отчуждение. Постоянное отсутствие родительской заботы и внимания приводит к установлению непрочной привязанности, развитию у ребенка представления о самом себе как о недостойном и нелюбимом, формированию взгляда на других людей как несущих угрозу и незаслуживающих доверия [Мэши, Вольф, 2003].

В МКБ-10 расстройства невротического круга классифицированы по синдромальному принципу, в основу которого положено ведущее клиническое проявление [Справочник..., 2006]. Рассматриваются следующие невротические расстройства:

1) *фобическое тревожное* — единственным или преобладающим симптомом является боязнь определенных ситуаций, не представляющих текущей опасности; к числу других тревожных расстройств относят паническое, генерализованное тревожное, смешанное тревожное и депрессивное;

2) *обсессивно-компульсивное* — наличие повторяющихся навязчивых мыслей или вынужденных действий (ритуалов);

3) *реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации* — повторяющиеся наплывы болезненных воспоминаний об имевших место угрожающих жизни ситуациях, возникновение «вины за выживание» перед погибшими и их родственниками, мучительные сновидения с кошмарными сценами пережитого, общая заторможенность, отчуждение от других людей, стремление избегать эмоциональных нагрузок, комплекс астенических расстройств;

4) *диссоциативное (конверсионное)* — полная или частичная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознать себя как личность, непосредственными ощущениями и способностью управлять движениями тела; функционально-неврологические (псевдоневрологические) симптомы, имитирующие проявления органических неврологических заболеваний, множественные соматические жалобы, а также расстройства, характеризующие нарушения интегративных функций сознания;

5) *соматоформное* — повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные

их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы; функциональные расстройства внутренних органов и систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой) и хронический болевой синдром, дефектность системы вегетативной регуляции и / или антиноцицептивных (предупреждающих и ликвидирующих патологические боли) систем;

б) *неврастения* — повышенная утомляемость при умственных нагрузках, рассеянность, ослабление памяти, ощущения физической слабости и изнеможения при незначительных физических нагрузках, головокружение, напряженная головная боль и ощущение общей нестабильности.

В МКБ-11 термин «невроз» отсутствует, а наиболее близкие ему проявления сосредоточены под рубрикой «Тревожные и связанные со страхом расстройства», куда отнесены:

- генерализованное тревожное расстройство (Generalized anxiety disorder) (6B00);
- паническое расстройство (Panic disorder) (6B01);
- агорафобия (Agoraphobia) (6B02);
- специфическая фобия (Specific phobia) (6B03);
- социальное тревожное расстройство (Social anxiety disorder) (6B04);
- сепарационное (вызванное разлукой) тревожное расстройство (Separation anxiety disorder) (6B05);
- селективный мутизм (Selective mutism) (6B06).

В известной степени невротический радикал присутствует и в ипохондрии (Hypochondriasis) (6B23), которая отнесена к разделу «Обсессивно-компульсивные и связанные расстройства».

Контрольные вопросы и задания

1. Чем характеризуется невроз как личностное расстройство?
2. Дайте характеристику различных типов конфликтов (по В.Н. Мясищеву) при разных формах неврозов.
3. В чем особенности неврастенического невроза у детей?
4. Какими психологическими механизмами объясняется происхождение невроза истерии?
5. Какие формы приобретают навязчивости при неврозе навязчивых состояний?
6. Какие патогенные ситуации являются причиной психической травматизации детей?
7. Какие изменения в отношении структуры невротических расстройств представлены в МКБ-11?

3.7. СОЗНАНИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

Проблема сознания — одна из сложнейших в психологии. Определение этого понятия сталкивается с большим количеством трудностей, связанных и с его объективной содержательной неопределенностью, и с весьма различающимися подходами к этой проблеме. Ключевые дифференцирующие моменты лежат в сопоставлении таких феноменов, как «сознание — психика», «сознание — самосознание», «сознательное — бессознательное», «сознательное — оречевленное», «сознательное — произвольное», «сознательное — активное», «сознательное — социальное», «сознание — бытие» и т.д.

Только в отечественной психологии существует довольно большое число определений сознания, в каждом из которых подчеркивается какой-то нюанс, смещающий акценты внимания на те или иные базовые атрибуты сознания.

Сознание — это:

- все то, что вызывает внутреннюю или субъективную реакцию, как в форме самого элементарного и общего, т.е. недифференцированного самоощущения, так и в форме сложных внутренних состояний, открываемых путем самоанализа и называемых нами представлениями, понятиями, суждениями и т.п. [Бехтерев, 1999];
- как бы контакт с самим собой; сознание есть взаимодействие, отражение, взаимовозбуждение различных систем рефлексов [Выготский, 1982];
- это осознание вне его находящегося объекта, который в процессе осознания трансформируется и выступает в форме, в виде ощущения, мысли [Рубинштейн, 1957];
- очеловеченная трудом психика [Платонов, 1967];
- высшая, свойственная только человеку и связанная с речью функция мозга, заключающаяся в обобщенном, оценочном и целенаправленном отражении и конструктивно-творческом преобразовании действительности, в предварительном мысленном построении действий и предвидении их результатов, в разумном регулировании и самоконтролировании поведения человека [Спиркин, 1972];
- эффект интеграции когнитивных, эмоциональных и регуляционно-волевых процессов [Веккер, 1998];
- динамическое соотношение чувственных и логических знаний, их система, работающая как единое целое и определяющая каждое отдельное знание; состояние бодрствования человека, специфически человеческая характеристика бодрствования; ак-

тивное отражение объективной действительности есть регулирование практической деятельности человека в окружающем его мире [Ананьев, 1977];

- высшая интегративная функция головного мозга человека, которая осуществляет процесс познавательного отображения им мира и самого себя, а также целенаправленного, действенного регулирования взаимоотношений человека с социальной и природной средой [Меграбян, 1978];
- идеальное отражение, формирующееся и развивающееся в процессе исторического развития человека [Ломов, 1984];
- способность к концентрации внимания и ориентировка в себе, времени и собственной личности (Я) [Самохвалов, 2003];
- высшая форма отражения человеком окружающей действительности, представляющая собой совокупность психических процессов, позволяющих носителю сознания ориентироваться в действительности, времени и собственной личности [Блейхер, Крук, 1995];
- форма отражения объективной действительности в психике человека — высший уровень отражения психического и саморегуляции; обычно считается присущим только человеку как существу общественно-историческому [Словарь..., 2007];
- осознанное бытие и отношения «Я» к «не-Я»; субъективный образ объективного мира, свойственный высокоорганизованной материи; идеальная сторона целенаправленной практической деятельности человека; способность отдавать отчет в своих мыслях, чувствах и актах; способность правильно расценивать окружающее; особенность сочетания психических процессов; арена, на которой разыгрываются ассоциативные процессы; поток впечатлений или чувствование сменяющихся душевных состояний [Спиркин, 1972].

Если из этих многочисленных дефиниций сознания попытаться вычленить важнейшее и регулярно ему приписываемое, то это:

- принадлежность только человеку;
- обусловленность социальным бытием;
- опосредованность языком;
- принадлежность к высшему уровню психических явлений;
- интегративный характер;
- отражательная функция;
- регулирующая функция.

Неопределенность и многозначность общенаучной трактовки сознания привела к тому, что за известной степенью ясности различных явлений, составляющих содержание конкретных психиче-

ских функций, стали либо усматривать его «бескачественность», либо отождествлять его с вниманием или мышлением, которые действительно являются важнейшими составляющими сознания, но к которым оно не сводится.

Отождествление сознания с вниманием обосновывается тем общим, что «поле сознания» неоднородно и в нем выделяется центральная область, особенно ясная и отчетливая, — «поле внимания», или «фокус сознания»; за пределами ее — область, содержание которой смутны и нерасчлененны, — это «периферия сознания». В зоне ясного сознания находят свое отражение лишь очень немногие сигналы из внутренней и внешней среды, как правило, лишь те, которые создают препятствия для нормального продолжения регулирования поведения или в силу других причин значимы для человека.

Роль мышления в организации сознания определяется тем, что сознание характеризует высший способ психического взаимодействия со средой, состоящий из вербальных образов реальности, возникающих в определенный момент времени, формой существования которых является мышление.

Осознать объект — значит включить его в систему своих знаний, отнести к определенному классу предметов, обозначить словом, вербализовать. Будучи общественным продуктом, сознание в данном случае оказывается знанием, которое может с помощью речи или иным способом быть передано другим. В этом отношении индивидуальное сознание является со-знанием (совмещенным, сопутствующим знанием), существующим только при наличии общественного сознания и языка. В конкретном случае сознание (со-знание) — функция *соотнесения* возникшего психического явления (ощущения, образа, эмоции, мысли и т.п.) с уже известным знанием, закрепленным в памяти в качестве социального опыта. По словам К. Маркса, «способ, каким существует сознание и каким нечто существует для него, это — знание» [Маркс, Энгельс, 1956].

Физиологической предпосылкой сознания является бодрствование, однако нельзя считать, что бодрствование идентично сознанию [Адам, 1983]. Например, не все сенсорные процессы достигают сознания, даже когда человек находится в бодрствующем состоянии.

Двойственность сознания заключается и в том, что при попытках субъективно наблюдать за ним обнаруживается, что, с одной стороны, оно предстает не как совокупность статичных объектов и их отношений, но как непрерывный «поток» сменяющих друг друга

событий и состояний (фактов сознания) [Джемс, 1991]. С другой стороны, сознание — это последовательность психических процессов, которая наряду с непрерывностью обладает и некоторым дискретным качеством [Винник, 2002], в частности их способностью начинаться и заканчиваться. Поэтому принято выделять два вида состояний сознания: устойчивые и изменчивые, быстро преходящие. Переходные моменты между ними при попытках использования метода самонаблюдения часто оказываются неуловимыми, а большинство сознательных процессов сознательны лишь кратковременно. Таким образом, сознание феноменологически — это процесс, развернутый во времени.

Анализ содержания этого процесса показывает, что он включает *контроль* над тремя слоями жизнедеятельности индивида, в том числе над функционированием самой психики:

1) над отражением — всеми психическими процессами, поставляющими информацию из внешней и внутренней среды;

2) над формированием отношений, включающих оценку и переживание этой оценки;

3) над целенаправлением, т.е. формированием целей деятельности, построением планов и программ деятельности (по-видимому, это обстоятельство является ключевым, поскольку предполагает присущую только человеку способность предвидеть последствия своей деятельности и на основании опережающего отражения (П.К. Анохин) регулировать приближение к цели).

По мнению Б.Д. Карвасарского [2002], структуру сознания образует система отражения, отношений и целенаправленного. А для А.Н. Леонтьева [2002] структура сознания включает: 1) чувственную ткань, образуемую чувственным составом конкретных образов актуально воспринимаемой или вспоминаемой, воображаемой реальности; 2) значения, преломляющие мир в сознании человека и 3) смысл, делающий сознание пристрастным. Многие авторы, помимо включения в структуру сознания эмоций, мышления (интеллекта), памяти, мотивов и волевых процессов, в качестве важнейшего его компонента рассматривают самосознание, обеспечивающее выделение человеком себя из внешнего мира.

Являясь системным качеством психики полноценного человека, сознание обеспечивает самоконтроль функционирования каждого элемента этой системы, их взаимосвязь и функционирование системы в целом. Но уровень осознанности может иметь различные степени выраженности и, в частности, закономерно меняться в процессе созревания от детского возраста к взрослому. Ранее не осознаваемые и не контролируемые процессы становятся осознава-

мыми и контролируемыми, равно как позднейшая часть осознаваемых процессов автоматизируется, а в старости может наблюдаться и некоторая деградация сознания [Горбатенко, 1994].

Проблема бессознательного

Как писал Л.С. Выготский [2003], человеческая личность представляет собой иерархию деятельностей, из которых далеко не все сопряжены с сознанием, поэтому сфера психического шире сферы сознания, а само сознание характеризуется перерывами и нередко отсутствием видимых связей между отдельными его элементами. Свообразной альтернативой сознанию, без которого теряет смысл само содержание сознания, выступает бессознательное.

Введенное еще немецким философом Готфридом Лейбницем (Gottfried Leibniz, 1646–1716), понятие бессознательного до сих пор не имеет своего окончательного определения. Основой для суждения о бессознательном можно считать взгляды В. Вундта [1862], который выделил три взаимосвязанных уровня психической деятельности, признаваемые большинством ученых и в настоящее время [Носачёв, Баранов, 2006]:

- 1) сознательный (осознаваемое актуальное содержание мыслей и переживаний);
- 2) подсознательный (содержание, переходящее в нужный момент на сознательный уровень);
- 3) бессознательный (инстинктивные механизмы и личное бессознательное — неосознаваемая мотивация аффективных и других общих реакций).

Зигмунд Фрейд (Sigmund Freud, 1856–1939) также разрабатывал учение о трехуровневой организации психики, структура которой включает в себя сознание, предсознание (уровень волевой регуляции поведения в реальных условиях жизни) и бессознательное (подсознательное — биологические инстинкты, чувства, аффекты, ведущим из которых является либидо — половое влечение), отделенное от двух предыдущих особой психической инстанцией — цензурой. Несовместимость требований, исходящих от этих трех уровней, приводит к ситуации внутреннего конфликта личности, в свою очередь, ведущего к психопатологической, прежде всего невротической симптоматике, либо к выработке защитных механизмов. С позиций психоаналитической концепции бессознательному принадлежит решающая роль в определении поведения — тезис, который в целом не нашел подтверждения в дальнейшей истории изучения этого феномена. В частности, резко критиковал психоанализ Л.С. Выготский за его иррационализм, антиисторизм,

пансексуализм [Ярошевский, 1993]. Вместе с тем со времен написания И.М. Сеченовым его работы «Рефлексы головного мозга» никем из современных ученых важная роль бессознательного в деятельности и поведении человека не оспаривается, отличаясь лишь естественно-научной его трактовкой.

Часть бессознательных процессов может быть объяснена через концепцию установки, разрабатывавшейся Д.Н. Узнадзе [1966]. Им выявлено, что в психической деятельности человека имеется две стороны: актуальная и потенциальная. Одна сторона — это реальное, сейчас протекающее действие, другая — потенциальное, скрытое состояние готовности к действию, которое не осознается, но влияет на характер психического процесса. Эту потенциальную готовность к деятельности, которая содержит предпосылки, определяющие характер и направление деятельности, Узнадзе назвал установкой.

Фактически в категорию бессознательного попадает довольно широкий круг явлений:

- субсенсорные (т.е. подпороговые) ощущения и восприятия;
- интероцептивные ощущения, которые не осознаются в норме, когда человек здоров, и начинают осознаваться только при нарушениях состояния здоровья;
- автоматизмы и навыки, которые вырабатываются в течение жизни (например, автоматизм речи, ходьбы, навык письма, рабочие навыки);
- импульсивные действия — действия, совершаемые безотчетно, без контроля сознания (например, в состоянии аффекта);
- информация, которая накапливается в течение всей жизни и хранится в памяти;
- интуиция — формы бессознательной переработки информации (в контексте творчества иногда обозначается как надсознание);
- установка как целостное состояние человека, выражающее динамическую направленность личности на активность в каком-либо виде деятельности, устойчивую ориентацию по отношению к определенным объектам;
- психические явления, возникающие во сне [Карвасарский, 2002], в гипнозе;
- инстинктивные тенденции;
- ранние формы познания ребенком действительности;
- архаическое мышление;
- эффекты влияния некоторых химических веществ;
- патологические феномены.

Отличительной особенностью бессознательных процессов является невозможность их речевого (недоступность вербализации) и волевого контроля, регуляции и оценки, субъективная непонятность или чуждость человеку (иногда насильственность), аффективно-ассоциативная логика возникновения и протекания, ретроспективный характер констатации.

Имеет право на существование и взгляд, в соответствии с которым бессознательное психическое как особая сфера в принципе не существует, поскольку обработка информации, своим итогом способная иметь некий осознаваемый психический результат, исходно протекает на уровне функционирования физиологических процессов, которые сами не поддаются осознанию их субъектом. В этом контексте речь может идти лишь о степени осознания результата, т.е. о степени перехода, проекции (перекодирования) физиологического в психическое.

Самосознание

В философской и психологической литературе до сих пор отсутствует однозначное соотнесение категорий «сознание» и «самосознание». Разнообразие определений самосознания столь же велико, как разнообразие определений базового понятия. Приведем лишь часть из них.

Самосознание — это:

- отражение акта собственного сознания [Сеченов, 1947];
- осознание и оценка человеком своих действий, их результатов, мыслей, чувств, морального облика и интересов, идеалов и мотивов поведения, целостная оценка самого себя и своего места в жизни [Спиркин, 1972];
- хозяин и организатор своего субъективного мира [Меграбян, 1878];
- осознание человеком своего общественного статуса и своих жизненно важных потребностей; образ себя и отношение к себе [Словарь..., 1998];
- сознание своей социальной принадлежности [Психометрические..., 2003];
- рефлексия, высший уровень развития сознания, осознание человеком себя как личности [Демина, Ральникова, 2000];
- осознание человеком своего тела, мыслей, действий, чувства, интересов, собственного положения в системе общественного производства [Мягков, Боков, Часва, 2002];

- процесс, результатом которого является формирование «Я-концепции», совокупность всех представлений индивида о себе [Бернс, 1986];
- саморегуляция, самоконтроль, самооценка, т.е. установление равновесия между внешними влияниями, внутренним состоянием и формами поведения человека [Ганзен, 1984];
- познание самого себя [Дремов, Семин, 2001];
- осознание близких и отдаленных целей, мотивов своего «Я», своих реальных и желаемых качеств (реальное «Я» и идеальное «Я», познавательные когнитивные представления о себе [Столярченко, 2007];
- осознание человеком себя как личности с присущими ей интересами, целями, мотивами, мировоззрением [Блейхер, Крук, 1995];
- способность личности правильно отражать действительность в ее настоящем и прошлом, а также предвидеть будущее, правильно оценивать себя самого и свое место в действительности [Мясищев, 1998];
- вербальный образ самого человека [Репина, Воронцов, Юматова, 2003];
- процесс восприятия и соединения многочисленных образов себя в единое целостное образование [Чеснокова, 1977];
- знание своего физического облика, состояния, внутреннего духовного мира, своих возможностей [Клиническая..., 2002];
- система ощущений, знаний о самом себе, об отношениях с окружающими, о своем внутреннем мире [Жмуров, 1994(6)];
- осознание своей личности, своих телесных и психических данных, своего «Я», своей активности и своего места в общественной жизни [Кирпиченко, 1996];
- распознавание собственных чувств [Яковлева, 1997].

Считается, что если предметное сознание ориентировано на осмысление окружающего мира, то при самосознании субъект делает объектом самого себя. Объектом анализа при этом становятся его собственные представления, мысли, чувства, переживания и т.д.; это как бы анализ им своего сознания.

Изучение этих определений позволяет обнаружить в них следующие смысловые тенденции:

- осознание человеком своих телесных, сенсорно-перцептивных, эмоционально-чувственных сторон (схемы тела — это генетически наиболее ранний уровень самосознания);
- осознание своей отдельности, отличия от других людей и внешнего мира в целом;

- осознание мотивационно-ценностных сторон собственной личности;
- осознание своей позиции в системе социальных отношений;
- процесс формирования (на базе указанного) представлений о собственном «Я» («Я-образа» и «Я-концепции»);
- наличие самооценки (удовлетворенности или неудовлетворенности собой).

По вопросу соотношения сознания и самосознания существует две противопоставляемые друг другу точки зрения. В соответствии с первой, более распространенной, самосознание постулируется как высшая ступень развития сознания, которое выступает как нечто целое, более общее и в структуре которого самосознание определяется как существенный, но частный аспект (например, центр сознания, интегрирующее начало в нем, либо одна из сторон сознания, включающего осознание внешнего мира и осознание себя). В соответствии с другой — самосознание больше сознания, самосознание — более устойчивый компонент психики, чем предметное сознание, и потому не может быть его эпифеноменом [Дремов, Семин, 2001]. В.А. Гиляровский [1973], во избежание путаницы, предлагал вообще отказаться от употребления термина «самосознание». Вероятнее всего, самосознание и сознание, построенные на известном противопоставлении «Я» и «не-Я», развиваются в онто- и филогенезе как параллельные, функционально и генетически взаимосвязанные процессы, существование которых друг без друга невозможно. Изменение или обогащение любого из них неизбежно видоизменяет всю систему.

Самосознание предполагает внутреннюю целостность и постоянство личности, которая относительно независима от изменяющихся ситуаций. Вместе с тем самосознание константой не является. Будучи продуктом постоянного сравнения себя «актуального» с некоторым «идеалом», который сам во многом заимствуется из результатов общения с другими людьми, самосознание постоянно корректируется, углубляется и уточняется, особенно в отношении своего самооценочного компонента. При констатации неудовлетворительной оценки происходит срабатывание копинг-стратегий или формирование защитных механизмов.

В целом ряде исследований высказывается мнение о существовании трехкомпонентного строения самосознания, которое включает когнитивную (представления о себе и своем «Я»), аффективно-оценочную (самоуважение, самопрятие, самообвинение, самообесценивание) и регуляторно-поведенческую (саморегуляция, самоконтроль, локус контроля, самообладание) составляющие.

Указанные конструкторы обладают лишь относительной самостоятельностью, поскольку они также неразрывно связаны между собой в онтогенетическом и функциональном плане. Характер их взаимодействия при отдельных типах расстройств самосознания, их динамика на разных этапах патологического процесса являются весьма важными критериями состояния человека.

В.В. Столин [1983] также обнаруживает три уровня самосознания: 1) отражение субъекта в системе его органической активности; 2) в системе его коллективной предметной деятельности и детерминированных ею отношениях; 3) в системе личностного развития, связанного с множественностью его деятельностей. Соответственно этим трем уровням можно различить и единицы самосознания. На уровне органического самосознания такая единица имеет сенсорно-перцептивную природу; на уровне индивидуального сознания представляет собой воспринимаемую оценку себя другими людьми и соответствующую самооценку, свою возрастную, половую и социальную идентичность; на уровне личностного самосознания такой единицей является конфликтный смысл, путем столкновения в поступке одних личностных качеств с другими проясняющий для личности значение ее же собственных свойств и сигнализирующий об этом в форме эмоционально-ценностного отношения к себе.

При этом уже в самом факте существования самосознания заложена его двойственность, диалогизм. Объектом познания становятся собственные свойства, рассматриваемые «со стороны», что предполагает наличие различных точек зрения и на мир, и на самого себя. К тому же диалогичность строения самосознания определяется и способом, через который происходит его формирование у ребенка — через человеческое общение и отношение к нему взрослого.

Развитие самосознания в онтогенезе обычно связывается с двумя критическими периодами в созревании ребенка. Первый из них относится к возрасту 2,5–3,5 года и характеризуется заметным начальным обособлением «Я» и индивидуальности, выделением себя из внешней среды, формированием речевых конструкций, которые это обособление закрепляют и подтверждают, а второй — юношеский возраст — период наиболее интенсивного развития самосознания с приобретением им завершенных, «взрослых» форм.

«Я-концепция»

Результатом процесса самосознания становится «Я-концепция». Это понятие было введено американским психологом и философом

Уильямом Джеймсом (William James, 1842–1910) в конце XIX в. [Джеймс, 1991]. Глобальное личностное «Я» он рассматривал как двойственное образование, в котором соединяются «Я-сознание» («Я-познающее») и «Я» как объект (эмпирическое «Я»). Выражаясь метафорически, это две стороны одной медали, существующие лишь как единая целостность.

В современной психологии «Я-концепция» рассматривается как динамическая система всех представлений человека о самом себе, в которую входит как собственно осознание своих физических, интеллектуальных и других качеств, так и самооценка [Бернс, 1986]. В «Я-концепцию» включают также субъективное восприятие влияющих на данную личность внешних факторов и возможности ее развития в будущем, систему установок, направленных на самого себя [Психологический..., 1996]. Согласно взгляду К. Роджерса, «Я-концепция» — это одновременно и представление, и внутренняя сущность индивида, которая тяготеет к ценностям, имеющим культурное происхождение [Хелл, Зиглер, 1997].

С момента своего зарождения «Я-концепция» становится активным началом, выступающим в трех функционально-ролевых аспектах [Бернс, 1986].

1. Как средство обеспечения внутренней согласованности. Согласно теории когнитивного диссонанса человек испытывает потребность в поддержании внутренней гармонии. Новый опыт, вступающий в противоречие с представлениями человека о самом себе, может приводить к ситуации психологического дискомфорта. Существенным фактором восстановления внутренней согласованности является то, что индивид думает о самом себе.

2. Как интерпретация опыта. Действует как своего рода внутренний фильтр, который определяет характер восприятия человеком любой ситуации. Проходя сквозь этот фильтр, ситуация получает значение, соответствующее представлениям человека о себе.

3. Как совокупность ожиданий. Определяет представление человека о том, что, по его мнению, должно произойти.

Таким образом объектом самосознания является человек, сама личность как познающий субъект, который осознает себя субъектом деятельности.

«Я-концепция» охватывает всю хранящуюся в памяти информацию, относящуюся к самому себе, т.е. речь идет о существующих, ранее выработанных когнитивных представлениях. В активированном виде они предопределяют переработку приходящей извне информации и активное собственное производство такой информации [Бауманн, Перре (ред.), 2007]. Поэтому «Я-концепция» со-

стоит из двух групп феноменов: центральной ядерной, наиболее устойчивой части представлений субъекта о себе и периферической зоны, в которую поступает самая новая и свежая информация.

Считается, что «Я-концепция» отражает самовосприятие человеком себя с позиций его представлений о тех или иных социальных ролях и того, как он их реально выполняет в различных жизненных ситуациях. Отсюда — традиционное выделение в структуре «Я-концепции» *реального «Я»* (представления человека о самом себе, которое, по его мнению, наиболее достоверно и адекватно характеризует личность в данный момент) и *идеального «Я»* (представления личности о себе в соответствии с идеалами, суммы желательных качеств). Соотношение первого и второго и закладывается в основу самооценки, чувства собственной ценности.

Важнейшей чертой «Я-концепции» является ее вектор в будущее, выстраиваемый на вероятностном прогнозировании жизненного успеха — неуспеха исходя из наличных ресурсов и сформировавшейся на основе прошлого опыта самооценки (последняя связана не только с представлением о себе, но и с ожидаемой оценкой, а также реальной оценкой со стороны других, референтной группы).

Как уже указывалось, в человеческом сознании заложены психологические механизмы защиты своего реального «Я», они необходимы для поддержания психологического равновесия и психологического «комфорта» личности. Вместе с тем эти же механизмы могут затруднить некоторые аспекты восприятия, поскольку нарушают единство созданного представления о себе. Например, когда «Я-концепция» подвергается критике, индивид склонен к страху или к принятию оборонительной позиции, когда же «Я-концепция» подтверждается и одобряется, индивид испытывает интерес или радость [Изард, 1980]. Неадекватное представление о себе создаст многие психологические барьеры (общения, игнорирования информации, чужого мнения) и порождает конфликтность поведения. Дети и подростки с заметными отклонениями в физическом развитии в большей степени подвержены неблагоприятному влиянию социально-психологической среды, способствующей формированию негативной «Я-концепции», зависимости от окружения или бунта против него [Соколова, 1989].

М. Розенберг выделил несколько параметров, характеризующих уровень развития самосознания личности [Rosenberg, 1965].

1. Степень дифференцированности образа «Я» («Я-образа»): чем больше своих качеств человек вычленяет и относит к своему «Я», чем сложнее и обобщеннее эти качества, тем выше уровень его самосознания.

2. Степень слитности качества и его эмоциональной оценки. «Сцепленность» качества и его оценки делает образ «Я» чрезмерно «пристрастным», обуславливает легкость его дестабилизации и искажения под влиянием разного рода мотивационных и аффективных факторов.

3. Степень внутренней цельности, последовательности образа «Я»: несоответствие реального и идеального «Я», противоречивость отдельных качеств, которые больной относит к «Я».

4. Степень отчетливости образа «Я», его субъективной значимости для личности, что характеризует как уровень развития рефлексии, так и содержание образа «Я» в зависимости от субъективной значимости тех или иных качеств.

5. Степень устойчивости и стабильности образа «Я» во времени.

6. Мера самопринятия — позитивное или негативное отношение к себе.

Если «Я-концепция» — это вербализированные, глубокие и достаточно рациональные представления о себе, своей позиции в системе моральных, нравственных и других социальных норм, своих возможностях и перспективах, то «Я-образ» составляет внешнюю, описательную, перцептивную, эмоционально насыщенную сторону такого представления (включая отношение к собственному облику, схеме собственного тела, полоролевой определенности и т.п.). Существуют и попытки разграничения «Я-образа» и «Я-концепции» по степени их организованности и устойчивости во времени [Захарова, 1989; Шибутани, 2002]. При подобном подходе «Я-концепция» трактуется как константный компонент самосознания, а «Я-образ» — как динамическое многообразие представлений субъекта о себе. «Я-концепция» начинает складываться из «Я-образов». Очевидно, что «Я-образ» в любом случае является частью «Я-концепции» и хронологически предшествует ее формированию.

Вместе с тем в научной литературе довольно часто встречаются случаи, когда «Я-концепция» и «Я-образ» перестают в психологическом плане отличаться друг от друга, превращаясь в синонимы: «Я образ» интерпретируется как разворачивающееся во времени представление о себе в целом, включая и самооценку, и мотивационно-волевую регуляцию. В других случаях «Я-концепция» в структуре самосознания вообще не рассматривается.

Одной из особенностей «Я-образа» является его способность создавать некоторые шаблоны собственного поведения и отношения к партнерам по коммуникативному акту, что делает поведение человека индивидуально предсказуемым и даже позволяет его вероятно типологизировать, в том числе и по характеру зашит.

Самооценка

Важное место в структуре самосознания занимает *самооценка*. С.Л. Рубинштейн [2000] по этому поводу писал, что развитие самосознания проходит ряд ступеней — от наивного неведения в отношении самого себя ко все более углубленному самопознанию, соединяющемуся затем со все более определенной и иногда резко колеблющейся самооценкой. И.И. Чеснокова [1977], напротив, рассматривает содержание самооценки как самый важный и устойчивый компонент, становящийся необходимым внутренним психологическим условием тождественности личности, ее константности. Большинство исследователей этого понятия указывают на формирование самооценки из единства двух факторов: рационального (знания о себе) и эмоционального (оценки этих знаний). При этом самооценка даже психически здорового человека может характеризоваться в параметрах ее высоты, устойчивости, дифференцированности, осознаваемости и некоторых других.

Самооценочные представления могут дифференцироваться либо по сфере проявлений человека — «Я» социальное, духовное, физическое, интимное, публичное, моральное, семейное и т.д., либо на временном континууме («Я» в прошлом и настоящем), либо по какому-то иному существенному признаку. С точки зрения ориентации на психологическую помощь важно знать, в какой именно сфере деятельности субъект переживает себя состоятельным или несостоятельным, на чем содержательно базирует свое самоуважение, стремится ли к достижению своего идеала, переживает ли разорванность своего «интимного Я» и публичной самопрезентации [Бодалев, Столин (ред.), 2000].

По мнению Е.Т. Соколовой [1989], устойчивость системы самооценки может быть понята как динамическое равновесие системы оценок и самооценок человека. Изменение любого звена этого целого приводит к переструктурированию отношений внутри него и обуславливает возникновение нового равновесия (в случае нормального функционирования личности) или же дальнейших изменений, приводящих к распаду самооценочного гештальта либо его ригидизации и т.п. (например, в случае невротических расстройств).

Решающее влияние на формирование самооценки у ребенка оказывают отношение окружающих и осознание самим ребенком особенностей своей деятельности, ее хода и результатов. У взрослого человека в основе самооценки лежит иерархия его ценностей.

Рефлексия

Основным механизмом формирования самосознания является *рефлексия* — свойство психики отражать свои собственные состояния, отношения, переживания, управлять личностными ценностями, обращение сознания на самое себя, либо, в более узком, личностном плане — стремление к постоянному анализу своих мыслей, поступков, эмоций [Блейхер, Крук, 1995]. Но рефлексия — это не только самопонимание и самопознание. Она включает и такие процессы, как понимание и оценка другого («удвоенный процесс зеркальных отражений друг друга» [Кон, 1978, с. 110]), видение себя не просто со стороны, но и глазами другого. С ее помощью достигается соотнесение своего сознания, ценностей, мнений с ценностями, мнениями, отношениями других людей на всех уровнях организации вплоть до общечеловеческих. Отрефлексировать что-то — значит это «пережить», «пропустить через свой внутренний мир», «оценить», осознать свой внутренний опыт.

Проблема взаимосвязи рефлексии и сознания заключается в том, что рефлексия, будучи определенной процедурой изучения сознания, является в то же время его свойством. Предметом рефлексии выступает не сознание вообще (абстрактное сознание), а уже определенным образом понятое сознание. Это первичное понимание сознания не зависит от рефлексии, определяет способ рефлексии, но в то же время само может быть выявлено только в рефлексии [Молчанов, 1998].

В широком философском контексте рефлексия рассматривается как метод, принцип философии, отражение, а также исследование познавательного акта.

Эмпатия

Реализация рефлексии через отношения с другими людьми сближает реффлексию с другим понятием, введенным Э. Титченером и часто используемым в психологии эмоций — *эмпатией* — сопереживанием (переживание эмоционального состояния другого на основе отождествления с ним), сочувствием (переживание по поводу чувств другого, переживание эмоционального состояния другого на основе отождествления с ним), способностью входить в состояния другого человека (резонанс, синтонность), аффективным «пониманием». Эмпатия может рассматриваться и как процесс постоянного улавливания изменений состояния человека, с которым происходит процесс взаимодействия, путем их соотнесения с собственным аффективным опытом, хранящимся в долговременной памяти.

Возникновение эмпатии возможно и при восприятии произведений искусства, под влиянием средств массовой информации.

По мнению К. Роджерса [1984], важнейшей составляющей эмпатии является ощущение «как будто», без которого происходит присвоение свойств другого человека, растворение в нем, обозначаемое как *идентификация*. Г.Н. Носачёв, В.С. Баранов [2006] считают, что идентификация с партнером должна сочетаться с рефлексией — критическим самоанализом человека, осознанием того, как он ведет себя, как воспринимается партнером, насколько правильно строит процесс общения, какие коррективы и в какие звенья его необходимо внести.

Психологическими предпосылками эмпатии служат интуиция, внимание и наблюдательность.

Различаются следующие виды эмпатии:

1) *эмоциональная* основана на механизмах проекции и подражания моторным и аффективным реакциям другого;

2) *когнитивная* базируется на процессах интеллектуальных (сравнение, аналогия и пр.);

3) *предикативная* проявляется как способность предсказывать аффективные реакции другого в конкретных ситуациях.

Установлено, что эмпатическая способность индивидов возрастает, как правило, с ростом жизненного опыта, а ее слабость или потеря становятся предпосылкой нарушений в коммуникативной сфере [Лабунская, Менджерицкая, Бреус, 2001].

Таким образом, нарушения в структуре самосознания и его функционировании являются одной из причин психологических проблем и содержанием некоторых форм психических расстройств.

Расстройства сознания

Несмотря на то что в современной клинической литературе существуют достаточно устоявшиеся подходы к классификации расстройств сознания, окончательно вопрос о их соотношениях и трактовке не решен. Прежде всего, это обстоятельство определяется тем, что понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философской и психологической интерпретацией. В последнем случае любое изменение психического функционирования, начиная с сенсорного уровня и заканчивая утратой связи с внешним миром в результате тяжелого психического расстройства, будет являться признаком нарушенного сознания. Кроме того, проблема нарушенного сознания осложняется и тем, что в смысловое поле этих расстройств попадают как изменения сознания, возникшие вследствие психозов, по неврологическим причинам (например, в результате

черепно-мозговых травм), из-за приема различных химических веществ. По мнению С.В. Дремова и И.Р. Семина [2001], сознание может изменяться при биологической угрозе жизни, в осложненных условиях жизнедеятельности, в ходе экспериментального исследования, психотерапевтической ситуации или при психическом заболевании. Поэтому до сих пор остается открытым вопрос: до какой степени может сохраняться или, напротив, нарушаться сознание при расстройствах частных психических процессов, интегратором которых сознание является, и могут ли возникать расстройства сознания при полной сохранности всех остальных психических процессов.

Для практических целей, исходя из феноменологии, используют условный термин «нарушения сознания», под которым подразумевают особые формы расстройства сознания.

Традиционно все виды нарушенного сознания делят на количественные (выключение сознания — психическая деятельность редуцируется или полностью прекращается) и качественные (помрачения сознания — интенсивная психическая деятельность «извращается», начинает носить неестественный характер). Выделяют и параметр по течению (по динамике): пароксизмальное (приступообразное, с внезапным началом и концом), непароксизмальное (хроническое).

Общие признаки расстройств сознания были описаны К. Ясперсом еще в 1911 г. [Ясперс, 1997].

К их числу относятся четыре группы критериев.

1. Дезориентированность во времени, в месте, ситуации, непосредственном окружении и собственной личности (неспособность определить текущее время, расположить события во времени, характеризовать собственную роль дома и на работе, оценить взаимоотношения между людьми и происходящие события, неузнавание знакомых и родственников, непонимание вопросов и т.п.).

2. Отрешенность от действительности, отсутствие отчетливого восприятия окружающего, его фрагментарность, повышение порогов восприятия (события воспринимаются неполно, непоследовательно, способность к их осознанию ослаблена или утрачена, изменения во внешнем мире внимания не привлекают, возникает феномен сверхизменчивости внимания, в поле сознания больного попадают быстро сменяющиеся отрывочные впечатления, возможны растерянность, нерешительность и аффект недоумения).

3. Разные степени бессвязности мышления, нарушение последовательности мышления в сочетании с ослаблением суждений и речевыми нарушениями (затруднения и упрощения ассоциативных

процессов, особенно в операциях абстрагирования, обобщения, сравнения, а также тотальные ошибки в логических операциях).

4. Полная амнезия или затрудненные воспоминания на события, происходившие в период помрачения сознания. Расстройства памяти являются одной из причин общей неэффективности и других психических процессов.

При расстройствах сознания не все элементы его поражаются в одинаковой мере. Как правило, легче подвергается изменениям предметное сознание, тогда как сознание собственного «Я» оказывается более прочным [Гиляровский, 1954]. Все признаки встречаются только при помрачениях сознания, но для определения нарушенного сознания решающее значение имеет констатация всех вышеперечисленных признаков [Зейгарник, 1986].

К исключениям сознания относят:

- оглушение (сомнолентность, обнублияцию);
- сонор;
- кому.

К помрачениям сознания причисляют:

- делирий;
- онейроид;
- амению;
- сумеречное состояние;
- амбулаторный автоматизм (фуга, транс).

Выключения сознания

Оглушение — ослабление интенсивности сознания, резкое повышение порога для всех внешних раздражителей, затруднение образования ассоциаций, пассивность внимания, заторможенность, сопровождающиеся вялостью, нечеткостью восприятия, ослаблением запоминания и воспоминаний, нарушениями осмысления (например, сложных вопросов), снижением способности к суждениям и умозаключениям, установлению причинно-следственных связей, замедленностью речевых реакций (ответы, как правило, односложные, в зависимости от тяжести состояния правильные или не-впадет), склонностью отвечать жестами (например, наклоном головы или ее покачиванием). Информация воспринимается верно, но не полно. Внешне это состояние напоминает физиологическое утомление.

Также отмечаются замедленность в движениях, их незаконченность и неуверенность, неловкость, молчаливость, безучастие к окружающему, невосприимчивость к факторам, которые обычно вызывают раздражение, отсутствие желаний. Выражение лица

у больных безразличное, амимичное, голос тихий, без модуляций, легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная (только грубая) или отсутствует. В связи с этим оглушение определяется как состояние, при котором внешнее с трудом становится внутренним, а внутреннее — внешним [Жмуров, 1994(б)]. Возможны немотивированное благодушие (эйфория) и суетливость.

Состояние оглушения длится от нескольких минут до нескольких часов. После выхода из него у больного в памяти сохраняются отдельные фрагменты имевшей место ситуации («островковое припоминание»).

Этот синдром встречается при острых нарушениях ЦНС, вследствие гипоксии мозга, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах, прогрессирующем параличе, опухолях головного мозга, при некоторых тяжелых соматических заболеваниях.

Этапами оглушенности или ее формами являются следующие варианты исключения:

- *обнубиляция* (*nubes* — облако — «облачность сознания», «вуаль на сознании»), напоминающая состояние легкого опьянения с рассеянностью внимания, беспечностью настроения, неспособностью сразу оценить происходящее, замедленностью восприятия событий; субъект данное неожиданное состояние переживает как затруднение, но не полную невозможность понять происходящее, при этом характерны короткие эпизоды включения в ситуацию, колебания ясности сознания;
- *сомнолентность* (повышенная, патологическая сонливость), при которой до сознания субъекта доходят только очень сильные раздражители, в то время как слабые вообще не замечаются (например, для получения ответа вопрос надо задавать более громким голосом), но странности в поведении еще отсутствуют; иногда сомнолентность описывается как оглушенность с выраженной сонливостью (предоставленный сам себе человек засыпает), что возможно, например, после судорожных эпилептических припадков.

При нарастании тяжести болезни оглушение может переходить в сонор и кому.

Сонор — более глубокое нарушение сознания с полной потерей ориентировки в окружающей обстановке и собственной личности. Больной лежит неподвижно, безучастен, глаза закрыты, лицо амимично. Словесное общение с больным невозможно. В подобном состоянии могут проявляться лишь малодифференцированные, вялые и очень кратковременные защитные реакции на сильные раз-

дражители, например на болевые, яркий свет, сильный звук и др., возможны стереотипные двигательные акты.

Кома — наиболее глубокое расстройство сознания, характеризующееся угнетением функций центральной нервной системы и утратой ориентировки и ответных реакций на любые внешние раздражители (и условных, и безусловных). Сохраняется лишь деятельность, обслуживающая витальные функции организма. При углублении коматозного состояния расстраивается и она, что приводит к нарушению сердечной и дыхательной деятельности, тонуса сосудов, терморегуляции, в результате чего без оказания специальной медицинской помощи наступает смерть. Эти состояния наблюдаются при тяжелых инфекциях и интоксикациях, эпилепсии, энцефалите, менингите, черепно-мозговых травмах, церебральных катастрофах, опухолях мозга, у больных уремией, диабетом, в терминальных стадиях умирания.

Моделью запредельной комы может служить состояние «мозговой смерти» при искусственном поддержании функций внутренних органов.

Выход из коматозного состояния идет в обратной последовательности с соответствующим восстановлением физиологических и психических функций организма: кома — сонор — оглушение. По выходе из сонорозного и коматозного состояния остается полная амнезия.

Помрачение сознания

При этой форме расстройства сознания имеется тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, при которой содержанием отражения становится не объективная реальность, а мир болезненных переживаний больного. Формы помрачения сознания различаются по преобладающим продуктивным симптомам.

Делирий — остро возникающее галлюцинаторное помрачение сознания, сопровождающееся страхом, острым чувственным бредом, двигательным возбуждением. Ранними признаками начинающегося расстройства выступают нарастающая тревога, беспокойство, смутное предчувствие угрозы, общее повышение чувствительности (гиперестезия). Больные страдают бессонницей, прислушиваются к случайным звукам в квартире, обращают внимание на мелкие, несущественные детали обстановки. Позднее появляется ложная ориентировка в месте и времени при сохранности ориентировки в собственной личности (самосознании). Возникают наплывы ярких представлений и обрывков воспоминаний, парейдолические иллюзии. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценопо-

добными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой, — выражение лица становится то тревожным, то радостным, отражается то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными, говорливыми, но речь приобретает форму коротких фраз, отдельных слов, выкриков. Возможно развитие бреда, а поведение обуславливается бредовой трактовкой окружающего (например, элементы преследования, оборона или агрессия). Больные в связи с этим могут представлять опасность для себя и окружающих. По выходе из делирия память о пережитом (галлюцинаторные образы) сохраняется, в то время как реально происходившие события могут выпасть из памяти. Как правило, в вечернее время, накануне сна и ночью делириозное состояние усиливается. Сон поверхностный с устрашающими сновидениями.

Длительность делирия — от нескольких часов до нескольких суток. Исчезновение расстройств чаще происходит после продолжительного сна. Некоторое время может сохраняться убежденность, что все происходившее в момент психоза случилось на самом деле, однако такие ошибочные суждения нестойки и в течение нескольких последующих часов к ним вырабатывается критическое отношение.

В известном отношении делирий по характеру симптоматики может быть противопоставлен оглушению.

Делириозное помрачение сознания наблюдается при интоксикациях, алкоголизме, энцефалитах, органических заболеваниях головного мозга, при тяжелых соматических заболеваниях, лихорадочных состояниях.

Онейроид — особая форма помрачения сознания, проявляющаяся сценноподобным фантастическим бредом и яркими грезоподобными галлюцинациями, калейдоскопическими переживаниями, напоминающими сновидения. Типична необычность, причудливость происшествий, происходящих с больным, носящих обычно угрожающий мрачный, катастрофический, апокалиптический или романтический характер (полеты в космос, гибель мира, атомные войны, жизнь в других эпохах, борьба добра и зла и т.п.). При этом разворачивающиеся события подчинены единой фабуле, сюжетной целостности. Толчком для фантастических образований могут служить любые детали реальной обстановки.

Ведущее место занимают зрительные образы, отличающиеся богатством красок, рельефностью, подвижностью, особым освещением, яркостью зрительных восприятий. Несмотря на то что возникающий при этом аффект может носить восторженный, экзотический или депрессивный характер, больной ведет себя пассивно,

созерцательно (богатство переживаемых фантастических событий никак не отражается на поведении, но об имеющихся расстройствах восприятия и мышления можно догадаться по смене выражения лица больного), что отличает психологическую картину онейроида от делирия, где больные являются активными деятелями происходящего. В случае онейроида больной имеет возможность как бы наблюдать за собой со стороны. Возможен *симптом двойной ориентировки*, при котором наряду с бредовой интерпретацией происходящего сохраняется и ложное понимание окружающего (больной одновременно считает себя и пациентом клиники, и участником невероятных событий). Движения обычно заторможены, возможны стереотипные раскачивания, *мутизм* (психогенно обусловленный отказ от общения, отсутствие спонтанной и ответной речи при сохранности артикуляторного аппарата и речепонимания) либо разорванность речи.

В более тяжелых случаях онейроидного помрачения сознания на его последних этапах единая сюжетная линия переживаний может распадаться, возникают их фрагментарность и спутанность.

Помимо вышеописанных явлений дереализации, возможны признаки деперсонализации больного — нарушения ориентировки в собственной личности: больные ощущают себя перевоплотившимися в другие существа, в персонажи сказок, мифов или легенд, изменившими человеческое качество, мертвыми, перешедшими в неопределенное состояние, и т.п. [Жмуров, 1994(6); Доброхотова, 1999]. В мышлении вместо каузальных связей и реальных отношений устанавливаются символические связи и магические взаимоотношения.

Онейроидное состояние продолжается от нескольких часов до нескольких недель. Амнезии при онейроидном помрачении сознания, как правило, не бывает. Больные лучше помнят содержание грез и галлюцинаций, но хуже — окружавшую их реальную обстановку, больше забываются действия, а затем и фавулы.

Онейроид характерен для шизофрении, иногда встречается при интоксикациях психоактивными веществами и эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, истерии, инфекционных заболеваниях. При эпилепсии или опухоли мозга онейроид может быть приступообразным.

Аменция — тяжелая по течению и глубокая по характеру степень помрачения сознания, сопровождающаяся тотальной дезинтеграцией всей психической деятельности, полной потерей ориентировки как в окружающем пространстве, так и в собственной личности и времени. Активное внимание нарушено, имеется его

резкая отвлекаемость на фоне психомоторного возбуждения, сменяющегося метанием или обездвиженностью (в пределах постели). Речь бессвязна, немодулирована, напоминает бормотание или бессмысленный набор слов, вербальный контакт невозможен. Осмыслить происходящее больной не может, возникает смутное осознание своей беспомощности, лицо выражает недоумение или растерянность. Возможны плаксивость или немотивированная веселость. Встречаются обманы восприятия в виде галлюцинаций, но они, как и бредовые идеи, носят отрывочный и нестойкий характер.

Внешне такие больные выглядят как тяжелые соматические — истощенными, бледными, с заостренными чертами лица, худеют, несмотря на достаточный прием пищи.

Продолжительность аменции — от нескольких недель до нескольких месяцев. По выходе из нее отмечается амнезия.

Наиболее часто это состояние наблюдается при психозах, возникших на фоне инфекционных заболеваний и интоксикаций (тяжело протекающий грипп, сепсис, кишечные инфекции, раковая интоксикация и др.), при сосудистых заболеваниях, органических поражениях центральной нервной системы, а также психозах.

Сумеречное состояние — особая разновидность остро начинающегося и внезапно прекращающегося помрачения сознания, характеризующаяся сужением сознания, прерыванием его потока, отсутствием связи с окружающей действительностью или искаженным ее восприятием при сохранности привычных автоматизированных форм поведения (внешне целенаправленных, но не контролируемых сознанием). Поведение больных определяется наплывом устрашающих зрительных и слуховых галлюцинаций, бредом. Выражены аффективные расстройства в виде страха, ужаса, ярости, под влиянием которых могут совершаться нелепые или агрессивные, разрушительные действия, направленные как на неодушевленные предметы, так и на окружающих людей. Возникают эпизоды немотивированного возбуждения. Ориентировка обычно нарушается полностью (в ряде случаев элементарная ориентировка в окружающем сохраняется, остаются правильное узнавание отдельных лиц и элементы самосознания).

Спонтанная речь почти невозможна либо ограничивается стереотипным повторением отдельных междометий, слов или коротких фраз. Вступить с больным в общение невозможно.

Помрачение сознания может продолжаться от нескольких минут до нескольких недель, заканчиваясь последующим глубоким сном. После выхода из него часто остаются воспоминания о галлюцина-

циях, в то время как агрессивные действия отрицаются и воспринимаются как чуждые.

Подобные нарушения сознания наблюдаются при эпилепсии, травматическом поражении, опухолях и других органических поражениях головного мозга, в остром периоде инфекционных, интоксикационных психозов.

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название *амбулаторного автоматизма* (непроизвольного блуждания). Больной внезапно уходит из дома, куда-то едет, иногда совершает довольно длительные миграции, очнувшись оказывается в неожиданном для себя месте. Чаще перемещения происходят в пределах квартиры, улицы или города. При этом поведение внешне выглядит упорядоченным и внимания к себе не привлекает, либо такой больной производит впечатление погруженного в свои мысли человека.

Если припадки амбулаторного автоматизма приурочиваются к периоду сна, то такое явление называется *сомнамбулизмом* (следствие органического поражения головного мозга — встречается при эпилепсии, а у детей при минимальной дисфункции мозга, истерии). Спонтанного перехода к бодрствованию не происходит, сомнамбулизм обычно завершается возвращением к нормальному физиологическому сну. Наутро больные чувствуют себя разбитыми, как после обычного припадка, и о факте снохождения, как правило, не помнят.

К числу внешних проявлений амбулаторного автоматизма относятся и такие совершаемые при полной отрешенности от окружающего элементарные действия, как кивание, вращение вокруг вертикальной оси, облизывание губ, стяхивающие движения и т.п.

Кратковременный вариант амбулаторного автоматизма, длящийся несколько секунд или минут (часто в форме порывистых перемещений), называется *фугой*, а вариант затяжного характера (несколько дней, недель) — *трансом* (при трансе больной внешне производит впечатление рассеянного задумчивого человека с неловкими движениями).

К числу форм нарушенного сознания относят и такие вышеописанные явления, как деперсонализация, дерегализация, патологический аффект, а также *патологическое опьянение*. Это непродолжительное, но глубокое помрачение сознания (особое состояние сознания) после приема незначительных доз алкоголя, которое сопровождается аффективными расстройствами, часто оборонительно-агрессивным поведением, двигательным возбуждением, бредом и галлюцинациями. Такое состояние может длиться от не-

скольких минут до нескольких часов, завершаясь глубоким сном и последующей полной или частичной амнезией. Может возникать у лиц с органическими заболеваниями центральной нервной системы, у психопатических личностей. Патологическое опьянение рассматривается не как результат интоксикации, а как явление идиосинкразии (болезненной непереносимости) к алкоголю, становящемуся лишь провоцирующим фактором на фоне других, способствующих и совпадающих по времени — переутомления, бессонницы, психогений. К числу отличий от обычного опьянения относятся отсутствие типичных моторных, вестибулярных и координационных расстройств, а также характерных мимических и пантомимических особенностей (патологическое опьянение может развиваться и на фоне обычного, со всеми его атрибутами).

Фоном для протекания многих патологических симптомов и синдромов является *суженное сознание* — выпадение из-под контроля сознания некоторых психических функций либо доминирование ограниченной группы идей и эмоций при практическом исключении любого другого содержания, ослабление отчетливости любых представлений, кроме одной ведущей идеи. Сужение сознания возможно при переутомлении, истерии и при некоторых формах церебральных нарушений, при раннем слабоумии, патологическом аффекте и опьянении.

Расстройства самосознания

Расстройства самосознания представляют собой довольно большую группу психических изменений, которые могут интерпретироваться как различные варианты уже описанных дереализации, аутопсихической и соматопсихической деперсонализации, нарушений «Я-концепции» и анозогнозии.

Наиболее полная и систематизированная характеристика этих расстройств приведена Г.Н. Носачёвым и В.М. Барановым [1994].

Расстройство самосознания витальности представляет особую форму нарушения физического и психического «Я-образа», сопровождающуюся снижением или исчезновением чувства собственной жизненности, болезненной «психической анестезией», потерей эмоционального резонанса (например, больной убежден в своей смерти), что приводит к дезорганизации всей психической деятельности. Наблюдается при депрессивных, депрессивно-бредовых синдромах.

Нарушение самосознания активности (произвольности) — чувство затруднения, замедления, ослабления мышления, восприятия, чувств, моторики. Субъективно затруднены повседневные

ощущения, решения, речь, действия, снижается энергетический потенциал, что наиболее характерно для астенических и депрессивных состояний. Нередко совершаемые больным поступки, его действия, речь воспринимаются как проявление чужой воли (в структуре психического автоматизма).

Нарушение осознания единства (целостности) «Я» проявляется переживанием утраты простоты, единства «Я», вместо которых возникает чувство раздвоенности, дисгармонии, внутреннего распада, появления двух-трех несогласованных «Я», нередко находящихся в постоянном противоречии и борьбе. Встречается при галлюцинаторно-бредовых синдромах.

Нарушение осознания идентичности (постоянства) «Я» — неуверенность, изменчивость, отдаленность, непостоянство «Я» в данный момент в сравнении с прежним «Я», нет постоянства присущих личности отдельных свойств характера, мышления, эмоций, памяти и т.п., «туманность», «расплывчатость» наличного «Я». Встречается при аффективных, аффективно-бредовых синдромах помрачения сознания.

Изменение границ самосознания — ослабление самосознания вплоть до полного исчезновения различия между «Я» и «не-Я», между миром внутренним и внешним, реальным и образами, созданными аутистическим мышлением, галлюцинаторными и бредовыми переживаниями. Встречается при синдромах психического автоматизма, при большинстве остро развивающихся галлюцинаторно-бредовых, аффективно-бредовых синдромах помрачения сознания.

Расстройство осознания непроницаемости («секретности») «Я», утрата больным чувств четкого отграничения собственной личности от окружающей действительности — открытость внутреннего мира пациента, его «рассекречивание», доступность для проникновения в личностную индивидуальность, открытость и измененность привычного образа «Я», преимущественно в форме «отчуждения», «нереальности», «чувства овладения», «открытости» физических и психических актов. Наиболее ярко проявляется при синдроме психического автоматизма, аффективно-бредовом помрачении сознания. Противоположный феномен — болезненная отгороженность от внешнего мира, аутизм.

Изменение стабильности «Я» в пространстве включает в себя элементы дезориентировки в ситуации, дереализацию и нарушение схемы тела в трехмерном пространстве. Особенно тяжелые, глубокие, фантастические, апокалиптические переживания нарушения «Я» в пространстве наблюдаются при бредовых синдромах и синдромах помрачения сознания.

Нарушение стабильности «Я» во времени — ослабление, изменение, замедление и ускорение переживания «Я» во времени, изменение непрерывности и преемственности «Я» во времени и идентичности «Я» в настоящем, прошлом и будущем. На невротическом уровне преобладают нарушения времени в будущем, на психотическом — в настоящем и прошлом.

Изменения транзитивности «Я» проявляются в неспособности больного перенести на себя знания о других больных, в присвоении чужой симптоматики или «отчуждении» своих переживаний от сходных у других больных, без переноса на другого больного.

Самооценка

Как уже указывалось, составной частью самосознания является *самооценка* — способность соотносить имеющиеся качества и потенциал здоровой или больной личности с реальностью восприятия личности собой или другими людьми.

Возможны следующие варианты изменения самооценки.

1. *Пониженная самооценка* заключается в равномерном снижении самооценки всех параметров психических свойств личности (памяти, внимания, мышления и т.д.) и частично или полностью физических свойств, различных ролевых позиций и образа «Я». Наблюдается при депрессивных и депрессивно-бредовых синдромах.

2. *Повышенная самооценка* проявляется в равномерном завышении своих способностей, умений, знаний, привлекательности и т.д. Встречается при маниакальных и маниакально-бредовых синдромах.

3. *Диссоциированная самооценка* выражается в завышении одних параметров психических свойств личности и занижении других. Встречается в клинической картине психоза.

4. *«Мозаичная» оценка* характеризуется относительно адекватным повышением или понижением одних параметров и противоречивым отражением других.

5. *Парадоксальная самооценка* представлена противоречивыми параметрами по близким психическим и физическим свойствам образа «Я». Характерна для некоторых бредовых синдромов.

6. *«Продуктивная» самооценка* психических и физических свойств личности и образа «Я» обнаруживает зависимость от содержания бреда, галлюцинаций, явлений психического автоматизма и онейроидных включений.

7. *Тотальное нарушение самооценки* — полное нарушение осознания различных параметров своего физического и психического «Я». Свойственно острым аффективно-бредовым синдромам, помрачению сознания.

Применительно к самооценке и самосознанию может быть применена категория *регресса* — временного или стойкого возврата на пройденный ранее этап или уровень самовосприятия [Жмуров, 1994(6)]. Если зрелым личностям в самооценке свойственно опираться на свои духовные и социальные качества, то откат от подобного критерия к опоре на внешние, физические качества (сложение тела, привлекательность), например, в форме дисморфофобических явлений у взрослого человека, очевидно, будет свидетельствовать о подобном регрессе. Регресс самосознания возможен и при дементных изменениях.

По мнению В.В. Столина [1983], к числу состояний самосознания, требующих психологического или психолого-педагогического вмешательства, можно отнести следующие обстоятельства, согласно которым «Я-образ» может включать:

- 1) социально неприемлемое содержание в виде асоциальных идеалов или, наоборот, отсутствия таких внутренних барьеров, как оглядка на общественное мнение. Такое асоциальное «Я» может формироваться благодаря вовлечению индивида — ребенка или подростка — в антисоциальную деятельность взрослых, а также в силу ряда других причин, изучаемых криминологами;

- 2) неадекватно завышенный уровень притязаний, или неадекватную самооценку, или неадекватное негативное эмоционально-ценностное отношение к себе и может быть мистифицированным;

- 3) «спутанную идентичность» — половую, возрастную, ролевую, что, в свою очередь, является следствием неадекватного воспитания.

Самосознание взрослого может быть основано на инфантильной идентификации с родителями или одним из них. Противоречия, возникающие вследствие неосознанной идентификации с родителями и реальной неспособности воплотить в себе родительские черты, приводят к невротизации личности и последующей невротизации стиля взаимоотношений в собственной семье и невротизации детей.

Когнитивные структуры, обеспечивающие процесс самосознания, могут быть недостаточно расчлененными, бедными и тем самым могут не давать субъекту возможности адекватно сознавать себя в изменяющихся условиях жизни и собственного развития, в сложной системе человеческих взаимоотношений.

Наконец, эмоциональная структура отношения человека к самому себе в смысле размерности и готовности к диалогу может быть недостаточно сформированной.

Характер нарушений могут также носить состояния органического уровня самосознания, что выражается в признании у себя наличия мнимых дефектов и соответствующем негативном самочувствии либо, наоборот, неадекватном преувеличении в самосознании (причем не только в оценке, но и в восприятии) собственных телесных достоинств.

Любое из названных состояний самосознания может входить в «синдромы», в которых ведущими будут нарушения в работе высшего личностного уровня самосознания.

Контрольные вопросы и задания

1. Приведите важнейшие содержательные составляющие понятия сознания.
2. Над чем сознание осуществляет контроль?
3. Какова система взглядов на проблему бессознательного?
4. Какие явления попадают в сферу бессознательного?
5. В чем сложности определения понятия самосознания и его соотношения с понятием сознания?
6. Какие компоненты и уровни самосознания рассматриваются в современной психологии?
7. Раскройте содержание понятия «Я-концепции».
8. Какое место в «Я-концепции» занимает «Я-образ»?
9. Как соотносятся между собой процессы рефлексии, эмпатии и идентификации?
10. В чем противоречивость понимания феномена расстройств сознания?
11. На какие виды делятся расстройства сознания и с помощью каких критериев они устанавливаются?
12. Охарактеризуйте степени выключения сознания.
13. Опишите формы помрачения сознания.
14. Какие возможны изменения и нарушения самооценки?

6.8. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ И САМОСОЗНАНИЯ

6.8.1. Беседа

Это один из самых распространенных и универсальных клинических методов исследования (коммуникативный метод [Дружинин, 2000]), направленность которого далеко выходит за рамки лишь оценки внутренней картины болезни или самосознания. Беседа как диагностический метод представляет не только самостоятельную ценность, но и является благоприятным фоном для реализации другого диагностического инструмента — наблюдения, способного обеспечить селекцию необходимых для дальнейшей работы фактов поведения пациента. Помимо работы с документами, беседа

выступает и как основной способ собирания психологического анамнеза о человеке, а порой и способа влияния на отношение больного к своей болезни. Беседа — это и акт психического взаимодействия экспериментатора и испытуемого, в процессе которого учитываются не только вербальные, но и поведенческие сигналы — мимика, пантомимика, интонированность голоса, паузы, направленность взгляда и т.п.

Термин «клиническая беседа», исходно появившийся в рамках генетической психологии Ж. Пиаже, закрепился за способом исследования целостной личности, при котором в ходе диалога с испытуемым («искусства спрашивать») исследователь стремится не только получить максимально полную информацию о его индивидуально-личностных особенностях, жизненном пути (анамнестические данные), содержании его сознания и подсознания и т.д., но и выявить качественную сторону психологических механизмов, стоящих за видимыми изменениями. Иногда клиническая беседа превращается в клинический эксперимент или может приобретать форму интервью. В связи с последним обстоятельством Р. Гудман и С. Скотт [2008] предупреждают, что обследующий не должен становиться всего лишь «говорящим опросником», поскольку на запрограммированный комплект вопросов пациенту чаще легче отвечать письменно.

В.М. Блэйхер, И.В. Крук, С.Н. Боков [1996] считают, что беседа с обследуемым, направленная особым образом, может содержать элементы проективности. В частности, это может быть достигнуто при обсуждении с больным тех или иных жизненных коллизий или содержащих глубокий подтекст произведений искусства, явлений общественной жизни (например, в клинической беседе предпочтение должно отдаваться открытым вопросам, стимулирующим речевую активность больного [Репина, Воронцов, Юматова, 2003]). Беседа, проводимая с детьми, должна, помимо этого, давать общее представление об уровне интеллектуального развития, о соответствии этого уровня возрасту ребенка.

Очевидно, что интерпретация результатов беседы в значительной степени субъективна, определяется профессиональным и жизненным опытом экспериментатора, и поэтому информация, полученная в ходе беседы, должна сопоставляться с данными, полученными из имеющейся в распоряжении документации (в клинике, например, с материалами истории болезни), а также с полученными в дальнейшем результатами экспериментального исследования.

Не касаясь общей методологии организации беседы (фактора личного контакта, эмпатии, психотерапевтической направленности и общей тематики беседы, организационной стороны, корректности формулировок вопросов, достоверности ответов и др.), а также ее видов [Блейхер, Крук, Боков, 1996; Марищук, Сенопальников, Шестаков, 1996; Зейгарник, 1999; Лурия, 2000; Клиническая..., 2002; Вассерман, Щелкова, 2004; Сенопальников, 2010 и др.], остановимся лишь на тех информационных аспектах, которые могут представлять интерес для оценки ВКБ.

Прежде всего, это факт осознания болезни и наличия к своему состоянию критического отношения. Поскольку нарушения критики к заболеванию, как правило, являются лишь частным случаем более общих личностных расстройств, во время беседы следует обращать внимание на все симптомы подобных нарушений и анализировать их под углом зрения того, являются ли они сами результатом психического или соматического заболевания, либо лишь защитной реакцией на него. Весь спектр того, что может быть связано с ВКБ, часто описывается в клинической литературе как психический статус больного, который с достаточной степенью условности может быть представлен следующими взаимосвязанными и взаимозависимыми направлениями психологического анализа (качества одной сферы могут быть причинами изменения в других):

- уровнем сознания и общей ориентировки (понимание времени и места беседы, ориентировка в самом себе, в возникших расстройствах, принципиальное понимание вопросов и адекватность ответов, отношение к патопсихологическому обследованию и т.п.);
- мотивационно-волевыми проявлениями (интерес к беседе и ее последствиям, заинтересованность в получении встречной информации о своем состоянии и путях выхода из болезненной ситуации, желание планировать свою жизнь на перспективу, структура жизненных ценностей, способность сосредоточиваться и удерживать внимание на содержании беседы, умение отстаивать свое мнение и отношения, внушаемость и т.п.);
- особенностями восприятия (себя и своего тела, внешней среды с обращением внимания на высказывания и жалобы, которые могут заставить подозревать агнозии, галлюцинации или склонность к иллюзорному восприятию отдельных сторон действительности);
- эмоциональным статусом (наличие сниженного настроения, удрученности или депрессивных тенденций, тотальной эмоцио-

нальной неадекватности или неожиданных аффективных реакций на те или иные вопросы или возникшие в ходе беседы обстоятельства, тревожной напряженности, оптимизма, эйфории, притушенности, изменении содержания эмоционального реагирования при смещении тематики беседы с болезни на другие сферы и наоборот, привычность текущего состояния и т.п.); возможна оценка экспериментатором глубины чувства опрашиваемого по интонации его ответов, репликам, мимике;

- характеристиками памяти (наличие провалов в памяти, особенно, если они касаются недавнего прошлого или обстоятельств, имеющих отношение к болезни, умение запоминать и использовать информацию, полученную в ходе уже состоявшейся части беседы, тенденциозность в «забывании» или, напротив, исключительная детализация каких-то обстоятельств жизни, которые можно расценивать как потенциально психотравмирующие, и т.п.);
- спецификой мыслительной деятельности и речи (адекватность суждений, умение устанавливать причинно-следственные связи, аргументированность собственной позиции и умение расценивать аргументы собеседника, наличие признаков ригидности мышления или, напротив, ускорения ассоциативного процесса, доминирование в высказываниях одной, например ипохондрической, тематики, соответствие грамотности речи имеющемуся образованию и социальному статусу и т.п.);
- коммуникативными и поведенческими особенностями (раздражение, агрессия, стремление вызвать к себе симпатию, готовность вступать в контакт, оборонительная позиция, апатичность, ирония, сарказм, фамильярность, манерность, суетливость, наличие странностей в поведении или поведенческих феноменов, не согласующихся с информацией, полученной о больном из других источников, быстрота и объем движений, скованность и др.); здесь в качестве индикатора могут выступать позы, жесты, мимика, взгляд, умение держать дистанцию, другие паралингвистические компоненты общения;
- оформлением внешности (одежда, ухоженность, опрятность, соотнесение их с аналогичными проявлениями у лиц того же возраста и социальной группы, нелестности в оформлении внешности и в поведении).

При построении беседы с больным психолог не должен подменять собой врача, вероятнее всего, уже отразившего схожую информацию в медицинской документации, но должен создавать собственное мнение, сопоставимое в дальнейшем как с объективными

данными экспериментальных психодиагностических процедур, так и с характером возможной психотерапевтической или коррекционной работы.

Кроме самостоятельного использования как исследовательского метода, беседа часто сопровождает и иные диагностические процедуры, например сам патопсихологический эксперимент. В этом случае она начинает приобретать иную роль — одного из регуляторов такой процедуры.

При исследовании ребенка в процессе выполнения заданий экспериментатор может задавать ему вопросы и помогать правильно выполнить задание. Формы этой помощи могут быть различны [Рубинштейн, 1986]:

- 1) простое переспрашивание, т.е. просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание ребенка к сказанному или сделанному;
- 2) одобрение и стимуляция дальнейших действий, например: «хорошо», «далее»;
- 3) вопросы о том, почему ребенок совершил то или иное действие (такие вопросы помогают ему уточнить собственные мысли);
- 4) наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;
- 5) подсказ, совет действовать тем или иным способом;
- 6) демонстрация действия и просьба самостоятельно повторить это действие;
- 7) длительное обучение ребенка тому, как надо выполнять задание.

Все формы вмешательства и помощи, равно как и следствия этой помощи, должны протоколироваться.

6.8.2. Наблюдение

Как правило, наблюдение определяется как преднамеренное, систематическое, целенаправленное и организованное восприятие поведения изучаемого объекта, а для человека и сопутствующих психических явлений, цель которого — их изучение, анализ и объяснение [Словарь..., 1998; Новейший..., 1998]. Во многих сферах патопсихологической деятельности, особенно в отношении детского возраста, наблюдение является одним из основных методов получения диагностических данных.

Полноценное наблюдение может стать информативно полезным только в том случае, если проводится на целенаправленной основе (имеет замысел и программу), а предмет исследования и сами результаты наблюдения подвергаются осмыслению [Басов, 1975;

Корнилова, 2002; Ретуш, 2008]. Внешняя сторона деятельности — лишь исходный материал наблюдения, который должен получить свою психологическую интерпретацию.

Поскольку в большинстве случаев, стремясь к естественности, экспериментатор, выступающий в качестве «измерительного инструмента», не вмешивается в ход происходящих событий (а испытуемый может вообще не подозревать о наблюдениях за ним), то и контроль над ситуацией и планируемыми в наблюдении феноменами может иметь ограниченный характер. Кроме того, в качестве негативных факторов могут выступать субъективизм экспериментатора, выражающийся в его установке избирательно и пристрастно подходить к определенным проявлениям в поведении наблюдаемого (например, ориентируясь на уже ранее выработанное мнение или гипотезу исследования), такие ситуативные обстоятельства, как усталость наблюдателя, ограничения восприятия, отсутствие опыта и некоторые другие [Комер, 2005; Саногова, 2005]. Следует иметь в виду, что наблюдаемые в одних условиях формы поведения (например, агрессивность в школе) совсем не обязательно будут обнаруживать себя в условиях клиники.

Ключевым для предупреждения подобного и повышения валидности результатов является предварительная выработка достаточно отчетливых критериев того, что в дальнейшем может становиться предметом диагностического суждения. Иногда целесообразно использование технических приемов, позволяющих возврат к уже произведенным наблюдениям и привлечение для их оценки внешних экспертов, сопоставление аудиовизуальной записи с формализованными протокольными записями. Важен и временной интервал, на протяжении которого могут быть уловлены симптомы возможного расстройства.

Независимо от того, какой характер носит наблюдение — поисковый (выявление всего спектра возможных феноменов) или конкретно-исследующий, — наблюдатель должен иметь представление о перечне единиц наблюдения: определенных актах, доступных прямому наблюдению (единиц поведения) [Психологическая..., 2005]. Сложность подобных единиц может колебаться в широком диапазоне. Например, наблюдая за поведением вообще, исследователь, тем не менее, делит его на ряд единиц: моторика, речь, общение, эмоции и т.д. Если же предметом наблюдения является только речь пациента, то единицами могут быть: содержание речи, ее направленность, продолжительность, экспрессивность, особенности лексического, грамматического и фонетического строя и т.п.

Для психологических целей основным предметом наблюдения становятся признаки нарушения психических функций и личностной сферы в целом, нетипичное для возраста и социального статуса вербальное и невербальное поведение испытуемого, наличие или отсутствие критики к своему поведению и состоянию, живость и адекватность эмоциональных реакций во взаимодействии с окружающими или характер реакций на удачу — неудачу при наблюдениях в рамках проводимого тестирования. При этом внешняя сторона наблюдаемого (мимика, движения, поступки, контакты, вербальное поведение, вегетативные реакции и т.п.) становится лишь исходным материалом для дальнейшей психологической интерпретации.

В частности, квалифицированное наблюдение за ребенком-школьником позволяет оценить его интеллектуальные способности и недостатки, например:

- отсутствие системности в изложении какого-либо материала;
- поверхностный анализ фактов;
- необоснованные заключения;
- примитивность заключений и выводов;
- противоречивость собственных мыслей;
- ни на чем не основанная категоричность утверждений;
- абсурдность заключений, выводов, заявлений;
- неспособность понять переносный смысл шуток, пословиц.

Другие возможные направления наблюдения приведены выше в подпараграфе 3.8.1 «Беседа».

В отношении внутренней картины болезни наблюдение может дать ценный материал, касающийся форм эмоционального реагирования, мотивационной сферы заболевшего, его оптимизма, поиска поддержки, адекватности самооценки.

Карта наблюдения Д. Стотта

[Регуш, 2008; Рабочая..., 1991; Прихожан, Толстых, 2007]

Адаптация этого метода была проведена сотрудниками НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева.

Предназначена для ранней диагностики нарушений психики ребенка, проявляющихся в его поведении, дезадаптации в школе.

Данная методика наблюдения относится к числу формализованных, т.е. таких, при которых заведомо известен перечень вариантов поведения и психических проявлений, требующих обнаружения и фиксации. Здесь появляется возможность более четкого и полного сопоставления результатов различных наблюдений, исключается отрицательное влияние наблюдателя (его субъек-

тивность), может быть достигнуто единство качественного и количественного анализа полученных фактов, а также установлены не только факты, но и их причины.

Карта наблюдений Стотта состоит из 16 разделов (содержательно — синдромов или симптомокомплексов), включающих элементарные фрагменты, образцы поведения или симптомы. Синдромы отпечатаны в виде перечней и пронумерованы (I—XVI). Образцы поведения, о наличии или отсутствии которых у ребенка должен судить наблюдатель, заполняющий карту (учитель, воспитатель, взрослый, хорошо знающий ребенка), также имеют свою нумерацию (1, 2, 3...). При заполнении карты наличие каждого из указанных в ней образцов поведения у обследуемого отмечается знаком «+», а отсутствие — знаком «-». Эти данные заносятся в специальный регистрационный бланк.

Карта наблюдений

1. НД — недоверие к новым людям, ситуациям. Любой успех, достижения стоят ребенку огромных усилий. От 1 до 11 — менее явные симптомы; от 12 до 16 — симптомы явного нарушения.

1. *Разговаривает с учителем только тогда, когда находится с ним наедине.*

2. *Плачет, когда ему делают замечания.*

3. *Никогда не предлагает никому никакой помощи, но охотно оказывает ее, если его об этом попросят.*

4. *Ребенок «подчиненный» (соглашается на «невыигрышные» роли, например, во время игры бежит за мячом, в то время как другие спокойно на это смотрят).*

5. *Слишком тревожен, чтобы быть непослушным.*

6. *Лжет из боязни.*

7. *Любит, если к нему проявляют симпатию, но не просит о ней.*

8. *Никогда не приносит учителю цветов или других подарков, хотя его товарищи часто это делают.*

9. *Никогда не приносит и не показывает учителю найденные им вещи или предметы, хотя его товарищи часто это делают.*

10. *Имеет только одного хорошего друга и, как правило, игнорирует остальных мальчиков и девочек в классе.*

11. *Здоровается с учителем только тогда, когда тот обратит на него внимание. Хочет быть замеченным.*

12. *Не подходит к учителю по собственной инициативе.*

13. *Слишком застенчив, чтобы попросить о чем-то (например, о помощи).*

14. Легко становится «нервным», плачет, краснеет, если ему задают вопрос.

15. Легко устраняется от активного участия в игре.

16. Говорит невыразительно, бормочет, особенно тогда, когда с ним здороваются.

II. Д — депрессия (или астения). В более легкой форме (симптомы 1–6) время от времени наблюдаются разного рода перепады активности, смена настроения. Наличие симптомов 7 и 8 свидетельствует о склонности к раздражению и о физиологическом истощении. Симптомы 9–20 отражают более острые формы депрессии (астении).

1. Во время ответа на уроке иногда старателен, иногда ни о чем не заботится.

2. В зависимости от самочувствия либо просит о помощи в выполнении школьных заданий, либо нет.

3. Ведет себя очень по-разному. Старательность в учебной работе меняется почти ежедневно.

4. В играх иногда активен, иногда апатичен.

5. В свободное время иногда проявляет полное отсутствие интереса к чему бы то ни было.

6. Выполняя ручную работу, иногда очень старателен, иногда нет.

7. Нетерпелив, теряет интерес к работе по мере ее выполнения.

8. Рассерженный (впадает в бешенство).

9. Может работать в одиночестве, но быстро устает.

10. Для ручной работы не хватает физических сил.

11. Вял, безынициативен (в классе).

12. Апатичен, пассивен, невнимателен.

13. Часто наблюдаются внезапные и резкие спады энергии.

14. Движения замедлены.

15. Слишком апатичен, чтобы из-за чего-нибудь расстраиваться (и, следовательно, ни к кому не обращается за помощью).

16. Взгляд «тупой» и равнодушный.

17. Всегда ленив и апатичен в играх.

18. Часто мечтает наяву.

19. Говорит невыразительно, бормочет.

20. Вызывает жалость (угнетенный, несчастный), редко смеется.

III. У — уход в себя. Симптомы свидетельствуют об избегании контактов с людьми, самоустранении. Имеется защитная установка по отношению к любым контактам с людьми, неприятие проявляемого к нему чувства любви.

1. Абсолютно никогда ни с кем не здоровается.
2. Не реагирует на приветствия.
3. Не проявляет дружелюбия и доброжелательности к другим людям.

4. Избегает разговоров (замкнут в себе).
5. Мечтает и занимается чем-то иным вместо школьных занятий (живет в другом мире).
6. Совершенно не проявляет интереса к ручной работе.
7. Не проявляет интереса к коллективным играм.
8. Избегает других людей.
9. Держится вдали от взрослых, даже тогда, когда он чем-то задет или его в чем-то подозревают.

10. Совершенно изолируется от других детей (к нему невозможно приблизиться).

11. Производит такое впечатление, как будто не замечает других людей.

12. В разговоре беспокоен, сбивается с темы разговора.

13. Ведет себя подобно настороженному животному.

IV. ТВ — тревожность по отношению к взрослым. Беспокойство и неуверенность в том, интересуются ли им взрослые, любят ли его. Симптомы 1–6 — ребенок старается убедиться, принимают ли и любят ли его взрослые. Симптомы 7–10 — обращает на себя внимание и преувеличенно добивается любви взрослого. Симптомы 11–16 — проявляет большое беспокойство о том, принимают ли его взрослые.

1. Очень охотно выполняет свои обязанности.
2. Проявляет чрезмерное желание здороваться с учителем.
3. Слишком разговорчив (докучает своей болтовней).
4. Очень охотно приносит цветы и другие подарки учителю.
5. Очень часто приносит и показывает учителю найденные им предметы, рисунки и т.п.

6. Чрезмерно дружелюбен по отношению к учителю.

7. Преувеличенно много рассказывает учителю о своих занятиях в семье.

8. Подлизывается, старается понравиться учителю.

9. Всегда находит предлог занять учителя своей особой.

10. Постоянно нуждается в помощи и контроле со стороны учителя.

11. Добивается симпатии учителя. Приходит к нему с различными мелкими делами и жалобами на товарищей.

12. Пытается «монополизировать» учителя (занимать его исключительно собственной особой).

13. Рассказывает фантастические, вымышленные истории.
14. Пытается заинтересовать взрослых своей особой, но не прилагает со своей стороны никаких стараний в этом направлении.
15. Чрезмерно озабочен тем, чтобы заинтересовать собой взрослых и приобрести их симпатии.
16. Полностью «устраняется», если его усилия не увенчиваются успехом.

V. ВВ — враждебность по отношению к взрослым. Симптомы 1–4 — ребенок проявляет различные формы неприятия взрослых, которые могут быть началом враждебности или депрессии. Симптомы 5–9 — то враждебно относится ко взрослым, то старается добиться их хорошего отношения. Симптомы 10–17 — открытая враждебность, проявляющаяся в асоциальном поведении. Симптомы 18–24 — полная, неуправляемая, привычная враждебность.

1. Переменчив в настроениях.
2. Исключительно нетерпелив, кроме тех случаев, когда находится в «хорошем» настроении.
3. Проявляет упорство и настойчивость в ручной работе.
4. Часто бывает в плохом настроении.
5. При соответствующем настроении предлагает свою помощь или услуги.
6. Когда о чем-то просит учителя, то бывает иногда очень сердечным, иногда — равнодушным.
7. Иногда стремится, а иногда избегает здороваться с учителем.
8. В ответ на приветствие может выразить злость или подозрительность.
9. Временами дружелюбен, временами в плохом настроении.
10. Очень переменчив в поведении. Иногда кажется, что он умышленно плохо выполняет работу.
11. Портит общественную и личную собственность (в домах, садах, общественном транспорте).
12. Вульгарный язык, рассказы, стихи, рисунки.
13. Неприятен, в особенности когда защищается от предъявляемых ему обвинений.
14. Бормочет под нос, если чем-то недоволен.
15. Негативно относится к замечаниям.
16. Временами лжет без какого-либо повода и без затруднений.
17. Раз или два был замечен в воровстве денег, сладостей, ценных предметов.
18. Всегда на что-то претендует и считает, что несправедливо наказан.
19. «Дикий» взгляд. Смотрит исподлобья.

20. *Очень непослушен, не соблюдает дисциплину.*
21. *Агрессивен (кричит, угрожает, употребляет силу).*
22. *Охотнее всего дружит с так называемыми подозрительными типами.*

23. *Часто ворует деньги, сладости, ценные предметы.*

24. *Ведет себя непристойно.*

VI. ТД — тревога по отношению к детям. Тревога ребенка за принятие себя другими детьми. Временами она принимает форму открытой враждебности. Все симптомы одинаково важны.

1. *Играет героя, особенно когда ему делают замечания.*
2. *Не может удержаться, чтобы не играть перед окружающими.*
3. *Склонен прикидываться дурачком.*
4. *Слишком смел (рискует без надобности).*
5. *Забывается о том, чтобы всегда находиться в согласии с большинством. Навязывается другим; им легко управлять.*
6. *Любит быть в центре внимания.*
7. *Играет исключительно (или почти исключительно) с детьми старше себя.*

8. *Старается занять ответственный пост, но опасается, что не справится с ним.*

9. *Хвастает перед другими детьми.*
10. *Наясничает (строит из себя шута).*
11. *Шумно ведет себя, когда учителя нет в классе.*
12. *Внешний вид вызывающий (длинные волосы у мальчиков, яркая косметика у девочек).*

13. *Со страстью портит общественное имущество.*
14. *Дурацкие выходки в группе сверстников.*
15. *Подражает хулиганским проделкам других.*

VII. А — недостаток социальной нормативности (асоциальность). Неуверенность в одобрении взрослых, которая выражается в различных формах негативизма. Симптомы 1–5 — отсутствие стараний понравиться взрослым, безразличие и отсутствие заинтересованности в хороших отношениях с ними. Симптомы 5–9 у более старших детей могут указывать на определенную степень независимости. Симптомы 10–15 — отсутствие моральной щепетильности в мелочах; 16 — считает, что взрослые недружелюбны, вмешиваются, не имея на это права.

1. *Не заинтересован в учебе.*
2. *Работает в школе только тогда, когда за ним постоянно следят или когда его заставляют работать.*
3. *Вне школы работает только тогда, когда его контролируют или заставляют.*

4. Не застенчив, но проявляет безразличие при ответе на вопросы учителя.

5. Не застенчив, но никогда не просит о помощи.

6. Никогда добровольно не берется ни за какую работу.

7. Не заинтересован в одобрении или в неодобрении взрослых.

8. Сводит к минимуму контакты с учителем, но нормально общается с другими людьми.

9. Избегает учителя, но разговаривает с другими людьми.

10. Списывает домашние задания.

11. Берет чужие книги без разрешения.

12. Эгоистичен, любит интриги, портит другим детям игры.

13. В играх с другими детьми проявляет хитрость и неупорядоченность.

14. Нечестный игрок (играет только для личной выгоды, обманывает в играх).

15. Не может смотреть прямо в глаза другому.

16. Скрытен и недоверчив.

VIII. ВД — враждебность к детям (от ровнивого соперничества до открытой враждебности).

1. Мешает другим детям в играх, подсмеивается над ними, любит их пугать.

2. Временами очень недоброжелателен по отношению к тем детям, которые не принадлежат к тесному кругу его общения.

3. Надоедает другим детям, пристает к ним.

4. Ссорится, обижает других детей.

5. Пытается своими замечаниями создать определенные трудности у других детей.

6. Прячет или уничтожает предметы, принадлежащие другим детям.

7. Находится по преимуществу в плохих отношениях с другими детьми.

8. Пристает к более слабым детям.

9. Другие дети его не любят или даже не терпят.

10. Дерется неподобающим образом (кусается, царапается и пр.).

IX. Н — неугомонность (гиперактивность). Неугомонность, нетерпеливость, неспособность к работе, требующей усидчивости, концентрации внимания и размышления. Склонность к кратковременным и легким усилиям. Избегание долговременных усилий.

1. Очень неряшлив.

2. Отказывается от контактов с другими детьми таким образом, что это для них очень неприятно.

3. Легко примиряется с неудачами в ручном труде.
4. В играх совершенно не владеет собой.
5. Непунктуален, нестарателен. Часто забывает или теряет карандаши, книги, другие предметы.
6. Неровный, безответственный по отношению к ручному труду.
7. Нестарателен в школьных занятиях.
8. Слишком беспокоен, чтобы работать в одиночку.
9. В классе не может быть внимателен или длительно на чем-либо сосредоточиться.
10. Ни на чем не может остановиться, хотя бы на относительно длительный срок.
11. Слишком беспокоен, чтобы запомнить замечания или указания взрослых.

Х. ЭН — эмоциональное напряжение. Симптомы 1–5 свидетельствуют об эмоциональной незрелости; 6–7 — о серьезных страхах; 8–10 — о прогулах и непунктуальности.

1. Играет в игрушки, не соответствующие его возрасту.
2. Любит игры, но быстро теряет интерес к ним.
3. Проявляет инфантильность в речи.
4. Слишком незрел, чтобы прислушиваться и следовать указаниям.
5. Играет исключительно (преимущественно) с теми, кто младше его.
6. Слишком тревожен, чтобы решиться на что-либо.
7. Другие дети пристают к нему (он является «козлом отпущения»).
8. Его часто подозревают в том, что он прогуливает уроки, хотя на самом деле он пытался это сделать раз или два.
9. Часто опаздывает.
10. Уходит с отдельных уроков.
11. Неорганизован, разболтан, несобран.
12. Ведет себя в группе (классе) как посторонний, отверженный.

ХІ. НС — невротические симптомы. Острота их может зависеть от возраста ребенка; они также могут быть последствиями существовавшего прежде нарушения.

1. Заикается, запинаясь («трудно вытянуть из него слово»).
2. Говорит беспорядочно.
3. Часто моргает.
4. Бесцельно двигает руками. Разнообразные тики.
5. Грызет ногти.
6. Ходит, подпрыгивая.
7. Сосет палец (старше 10 лет).

XII. С — неблагоприятные условия среды.

1. Часто отсутствует в школе.
2. Не бывает в школе по нескольку дней.
3. Родители сознательно лгут, оправдывая отсутствие ребенка в школе.

4. Вынужден оставаться дома, чтобы помогать родителям.
5. Неряшлив, грязнуля.
6. Выглядит так, как будто очень плохо питается.
7. Значительно некрасивее других детей.

XIII. СР — сексуальное развитие.

1. Очень раннее развитие, чувствительность к противоположному полу.

2. Задержки полового развития.
3. Проявляет извращенные наклонности.

XIV. УО — умственная отсталость.

1. Сильно отстает в учебе.
2. Туп для своего возраста.
3. Совершенно не умеет читать.
4. Пробелы в знании основ элементарной математики.
5. Совсем не понимает математику.
6. Другие дети относятся к нему, как к дурачку.
7. Попросту глуп.

XV. Б — болезни и органические нарушения.

1. Неправильное дыхание.
2. Частые простуды.
3. Частые кровотечения из носа.
4. Дышит через рот.
5. Склонность к ушным заболеваниям.
6. Склонность к кожным заболеваниям.
7. Жалуется на частые боли в желудке и тошноту.
8. Частые головные боли.
9. Склонность чрезмерно бледнеть или краснеть.
10. Болезненные, покрасневшие веки.
11. Очень холодные руки.
12. Косоглазие.
13. Плохая координация движений.
14. Неестественные позы тела.

XVI. Ф — физические дефекты.

1. Плохое зрение
2. Слабый слух.
3. Слишком маленький рост.
4. Чрезмерная полнота.
5. Другие ненормальные особенности телосложения.

Перевод ответов в начисляемые баллы

[illegible]

Образцы поведения обладают неодинаковой информативностью. Поэтому при переводе первичных эмпирических показателей в сырые оценки за одни образцы поведения начисляется 1 балл, за другие — 2 балла. Для этого пользуются специальной таблицей (табл. 3.1).

Суммируются все баллы по каждому из симптомокомплексов, а затем каждая из возможных сырых сумм оценок делится на максимально возможную сумму и умножается на 100%.

Интервалы 20–40, 41–60, 61–80% и выше соответствуют заметной выраженности, сильной выраженности, очень сильной выраженности качества.

Анализ структур заполненных карт наблюдений показал, что типичной является структура, при которой выделяется доминирующий синдром, иногда — группа синдромов. Выделены следующие частоты распределения доминирующих синдромов: V. «Враждебность по отношению к взрослому» — 34,4%; VII. «Недостаток социальной нормативности» — 22,2%; III. «Уход в себя» — 12,5%; II. «Депрессия» — 11,1%; VIII. «Конфликтность в отношениях со сверстниками» — 11,1%; I. «Недостаток доверия к новым людям, вещам, ситуациям» — 8,3% [Рабочая..., 1991].

Самооценка методом Дембо — Рубинштейн

[Прихожан, 1988; Ратанова, Шляхта, 2003; Рубинштейн, 1998; Яншин, 2004]

Идея методики заимствована у американского психолога Тамары Дембо (Т. Dembo, 1902–1993), которая первоначально использовала ее для выявления представлений человека о своем счастье. В настоящее время методика используется для характеристики самооценки и сознания болезни у взрослых и детей, что также можно рассматривать как определенные стороны «Я-концепции».

Предложенный экспериментальный прием состоит из сочетания беседы и графического задания больному, которое заключается в необходимости отметить на проведенной вертикальной линии, символизирующей распределение людей по какому-то качеству (здоровью, уму, характеру и счастью), то место, которое занимает сам обследуемый, исходя из того, что самые счастливые — вверху линии, а несчастные — внизу и т.д. Указанные качества задаются достаточно неопределенно, что позволяет рассматривать данную методику, как несущую в себе проекционный компонент.

Экспериментально выявилось, что психически здоровые взрослые и подростки обнаруживают тенденцию к проставлению меток чуть выше середины, а при различных психических заболе-

ваниях отметки самооценки обнаруживают тенденцию к крайним местам линии: «самый больной из всех» либо «самый здоровый, самый умный», но «самый несчастный» из всех и т.д.

После того как метки расставлены, начинается их обсуждение, которое обеспечивает качественную информацию, становящуюся ключом к пониманию самооценки субъекта. Содержание вопросов определяется характером и соотношением сделанных меток (кого можно отнести к самым больным, в чем больной видит недостатки собственного характера, в чем заключается счастье и т.п.). По существу, материал методики становится основанием для психологической беседы или опроса.

В модификации П.В. Яншина предметом анализа является не самооценка, а процесс ее формирования во время исследования по «классическим» здоровью, уму, характеру и счастью, а также принесенным автором удовлетворенности собой и оптимизму — всего шести шкалам.

Кроме того, на каждой вертикальной линии (шкале) должны появиться не одна, а три метки:

- первая соответствует реальной оценке себя в данный момент (проставляется черточка);
- вторая — мечте или идеалу (проставляется кружок);
- третья — чего можно добиться, реально оценивая свои возможности (проставляется галочка).

На самих вертикальных линиях предусматриваются не только полюса, но специальная черточка обозначает и среднее развитие качества. Это, по мнению П.В. Яншина, позволяет в дальнейшей беседе, которая является столь же органической составляющей диагностической процедуры, как и у С.Я. Рубинштейн, уточнить структуру шкалы и склонность испытуемого рассматривать идеал как «золотую середину».

В качестве основных показателей, выводимых в результате об-счета формальной части методики, предлагаются следующие:

- 1) высота самооценки (фон настроения);
- 2) устойчивость самооценки (наличие или отсутствие ее заметных колебаний от шкалы к шкале);
- 3) степень реалистичности (адекватности) самооценки — расположение метки актуальной самооценки в верхнем интервале.

Более дифференцированное (по трем параметрам) оценивание позволяет получить и целый ряд новых показателей:

- 1) степень критичности (требовательности к себе) — расположение метки актуальной самооценки ниже средней отметки;

2) зрелость — незрелость отношения к ценностям — при незрелости показатель идеальной самооценки совпадает с верхним полюсом шкал в трех и более случаях;

3) степень удовлетворенности собой — расстояние между отметками актуальной и идеальной самооценки по шкалам (косвенный индикатор) — чем это расстояние меньше, тем больше удовлетворенность собой, а также высота актуальной самооценки на шкале «удовлетворенность собой» (прямой индикатор);

4) уровень оптимизма — соотношение интервала возможного (расстояние от актуальной самооценки до объективной оценки собственных возможностей) и интервала невозможного (расстояние от оценки собственных возможностей до идеальной самооценки); чем больше интервал возможного и меньше невозможного, тем выше уровень оптимизма (косвенный индикатор), а также высота актуальной самооценки на шкале «оптимизм» (прямой индикатор);

5) интегрированность осознанного и неосознаваемого уровней самооценки либо отсутствие интегрированности — показатели оптимизма и удовлетворенности собой по прямым и косвенным индикаторам не совпадают, интегрированность — показатели оптимизма и удовлетворенности собой по прямым и косвенным индикаторам совпадают;

6) наличие и характер компенсаторных механизмов, участвующих в формировании «Я-концепции», что определяется по целому ряду предлагаемых автором правил.

В процессе беседы в зависимости от особенностей самооценки испытуемого предусматривается включение новых шкал, уточняющих позицию человека (например, шкала «здоровье» может быть разбита на шкалы «психическое здоровье» и «физическое здоровье», что дополнительно позволяет обнаружить противоречивость в ответах).

Интерпретация получаемых результатов автором несет на себе отпечаток тенденции усматривать в особенностях самооценки работу защитных механизмов «Я-концепции», что представляет несомненную ценность для характеристики специфики ВКБ испытуемого-пациента.

В модификации А.М. Прихожан, предназначенной преимущественно для работы с детьми и подростками, на бланке методики предлагается не четыре, а семь 100-миллиметровых вертикальных линий, символизирующих здоровье, ум и способности, характер, авторитет у сверстников, умение много делать своими руками, внешность, уверенность в себе. На каждой вертикальной линии необходимо сделать не одну, а две метки. Первая должна характе-

ризовать развитие качества в данный момент, а вторая — уровень притязаний: такую степень развития качества, при которой испытуемый почувствовал бы гордость за себя. Первая шкала — здоровье — является тренировочной, т.е. результаты по ней в версии А.М. Прихожан не учитываются.

Основным в данном варианте методики становится не качественный, а количественный анализ, который включает подсчет баллов (количество миллиметров от нижней точки шкалы) для самооценки, уровня притязаний, а также разницы между ними.

По мнению автора, норму притязаний составляют величины в диапазоне 60–89 баллов, а оптимальный их уровень для личностного развития — 75–89 баллов. Результат от 90 до 100 баллов обычно удостоверяет нерасистическое, некритическое отношение детей к собственным возможностям. Менее 60 баллов свидетельствует о заниженном уровне притязаний — это индикатор неблагоприятного развития личности.

По уровню самооценки балл от 45 до 74 («средняя» и «высокая» самооценка) удостоверяет реалистическую (адекватную) самооценку. От 75 до 100 и выше свидетельствует о завышенной самооценке и указывает на определенные отклонения в формировании личности. Завышенная самооценка может подтверждать личностную незрелость, неумение правильно оценивать результаты своей деятельности, сравнивать себя с другими; такая самооценка указывает на существенные искажения в формировании личности — «закрытое для опыта», нечувствительность к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих. Балл ниже 45 свидетельствует о заниженной самооценке (недооценке себя) и крайнем неблагополучии в развитии личности. За низкой самооценкой могут скрываться два совершенно разных психологических явления: подлинная неуверенность в себе и «защитная», когда декларирование (самому себе) собственного неумения, отсутствия способности и тому подобного позволяет не прилагать никаких усилий.

Версия А.М. Прихожан не предназначена для расширения представлений о ВКБ и приводится здесь лишь для сопоставления и возможности ссылки при описании других разделов патопсихологии.

Тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН)

[Доскин, Лаврентьев, Мирошников, Шарай, 1973; Большая..., 2007]

Тест САН, названный по первым буквам слов «самочувствие», «активность», «настроение», предназначен для определения теку-

щего функционального состояния человека и его изменений в течение определенных интервалов времени (например, различных периодов социальной или медицинской реабилитации). САН представляет собой бланк с 30 парами слов противоположного значения, между которыми расположены цифры 3–2–1–0–1–2–3. Они являются семью градациями континуальной шкалы, по которой испытуемый должен себя оценить. Цифра 0 соответствует нейтральной оценке, а цифры 1, 2, 3 указывают на возрастающую представленность соответствующего состояния вплоть до весьма выраженного на момент обследования (нужную цифру с той или иной стороны от нуля или сам ноль испытуемый должен зачеркнуть или обвести кружком). Последовательно рассматривается и оценивается каждая строка данного перечня качеств.

При обработке результатов все оценки перекодируются в ряд от 1 до 7, причем балл «3» шкалы 3 2 1 0 1 2 3, соответствующий плохому самочувствию, низкой активности и плохому настроению, приобретает значение 1, балл «0» оценивается цифрой 4, балл «3», отражающий хорошее самочувствие, высокую активность и хорошее настроение, приобретает значение 7 (полюса шкалы постоянно меняются).

Пример пересчета:

	7 6 5 4 3 2 1	
Чувствую себя сильным	3 2 1 0 1 2 3	Чувствую себя слабым
	1 2 3 4 5 6 7	
Пассивный	3 2 1 0 1 2 3	Активный

Итогом анализа результатов исследования является сумма значения баллов по отдельным шкалам: «самочувствие», «активность», «настроение».

Производится расчет суммы баллов согласно ключу к тесту.

Самочувствие — сумма баллов за вопросы: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность — сумма баллов за вопросы: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение — сумма баллов за вопросы: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Бланк теста дифференциальной самооценки функционального состояния (САН)

1	Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое
2	Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым

3	Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
4	Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный
5	Веселый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный
6	Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение
7	Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый
8	Полный сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленный
9	Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
10	Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный
11	Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный
12	Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный
13	Напряженный	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленный
14	Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной
15	Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлеченный
16	Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованный
17	Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый
18	Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный
19	Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
20	Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнуренный
21	Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбужденный
22	Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
23	Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный
24	Оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистичный
25	Выпосливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомляемый
26	Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый
27	Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко
28	Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательный
29	Полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованный
30	Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный

Итоговая таблица

Показатели	Результаты
Самочувствие	
Активность	
Настроение	

Полученная по каждой шкале сумма находится в пределах 10–70 и позволяет выявить функциональное состояние индивида в данный момент времени. В некоторых случаях полученная сумма по каждому показателю делится на 10 — соответствующее число вопросов — и рассматривается средний балл по каждой шкале. Средние оценки для выборки из 300 студентов Москвы (год публикации данных — 1973) равны: самочувствие — 5,4; активность — 5,0; настроение — 5,1.

При анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. У отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. По мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения *самочувствия* по сравнению с *активностью* и *настроением*.

Несмотря на широкое использование данной методики, корректность получаемых по ней данных вызывает нарекания. В частности, А.Б. Леонова [1984] при проверке адекватности вхождения пар слов в соответствующие шкалы с помощью факторного анализа обнаружила выделение не трех, а четырех факторов («самочувствие», «уровень напряженности», «эмоциональный фон» и «мотивация»), причем лишь первый из них с достаточной надежностью соответствовал одноименной шкале оригинальной методики.

Фактор 1 — самочувствие	Фактор 3 — эмоциональный фон
Самочувствие хорошее — плохое (1) Чувствую себя сильным — слабым (2) Работоспособный — разбитый (7) Полный сил — обессиленный (8) Отдохнувший — усталый (19) Свежий — изнуренный (20) Выносливый — утомляемый (25) Бодрый — вялый (26)	Напряженный — расслабленный (13) Безучастный — увлеченный (15) Равнодушный — взволнованный (16) Сопливы — возбужденный (21) Рассеянный — внимательный (28)
Фактор 2 — уровень напряженности	Фактор 4 — мотивация
Пассивный — активный (3) Малоподвижный — подвижный (4) Медлительный — быстрый (9) Бездеятельный — деятельный (10)	Настроение хорошее — плохое (6) Желание отдохнуть — работать (22) Полный надежд — разочарованный (29) Довольный — недовольный (30)

Использование САН представляется целесообразным для получения дополнительного материала к общему представлению о внутренней картине болезни, но с учетом обнаруженных недостатков методики. Весьма вероятно, что применение новой структуры шкал, предложенной А.Б. Леоновой, позволит получать более точную характеристику самооценки, однако разработка новых нормативных критериев требует дополнительных экспериментальных исследований.

Семантический (личностный) дифференциал

[Адрианов, Адрианов, Волкова, Десфонтейнес и др., 1992;

Основы..., 1996; Вассерман, Щелкова, 2004]

Общий принцип семантического подхода к характеристике личности и сама методика были разработаны группой американских психологов под руководством Чарльза Осгуда (Charles Egerton Osgood, 1916–1991) в 1952 г. [Osgood, 1952] и изначально предназначались для маркетинговых исследований (независимо от Осгуда сходная методика в 1955 г. была разработана в рамках психотерапевтической практики другим американским психологом Джорджем А. Келли и его последователями). В настоящее время семантический дифференциал широко используется для оценки некоторых свойств личности, самосознания и самоотношения. В работе с детьми методика может применяться как для изучения уровня сформированности и цельности представлений ребенка о мире (когнитивная диагностика), так и в качестве проективной – для исследования личностных установок и эмоциональных отношений ребенка к определенному кругу объектов.

По мнению Ч. Осгуда, любой объект (предмет, изображение, музыкальный фрагмент, текстовый фрагмент и т.д.) вызывает у испытуемого определенную реакцию, которая характеризуется двумя показателями: качеством и интенсивностью. Качество реакции может быть определено соответствующей шкалой с двумя полюсами, за которые принимаются антонимичные прилагательные, а интенсивность реакции исследуется исходя из положения или позиции метки испытуемого на шкале. Используются различные формы семантического дифференциала, которые могут различаться размерностью шкалы (количеством делений на шкале – обычно 5–7 баллами), привлеченными прилагательными, способами разметки шкалы или вообще заменой прилагательных на графические абстрактные или содержательные изображения, сказочные персонажи (для детей) и т.п. [см., например: Петренко, 2005].

По существу, речь идет о построении семантического пространства, упорядочивание которого производится с помощью статистических процедур (факторного анализа, многомерного шкалирования, кластерного анализа), позволяющих сгруппировать ряд отдельных признаков описания в более емкие категории-факторы (слабо структурированные и мало осознаваемые формы обобщения). При этом существенная роль в оценке признака принадлежит ее эмоциональной составляющей.

К числу модификаций классического семантического дифференциала Ч. Осгуда относятся «личностные семантические дифференциалы» (ЛД), составленные из прилагательных для обозначения черт личности и ориентированные на оценку самого себя или другого человека. В отечественной психодиагностике наибольшую известность приобрел вариант семантического дифференциала, адаптированный в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [Бажин, Эткинд, 1985].

Так же, как и семантический дифференциал Ч. Осгуда, данная методика (ЛД) содержит в основе три универсальных фактора: оценка (О), сила (С) и активность (А), получаемых из 21 шкалы.

Испытуемому предлагается следующий бланк (без столбцов 1, 2 и 13, которые являются ключами методики) со следующей инструкцией:

Оцените себя (или другого человека, в зависимости от конкретной задачи) по приведенному ниже списку качеств, зачеркивая (обводя кружком) одну цифру в каждой строке в соответствии с тем, насколько выражено у вас то или иное качество: 3 — ярко выражено, 2 — выражено, 1 — слабо выражено, 0 — не выражено ни это качество, ни противоположное ему, с другой стороны строки.

О	+	1	Обаятельный	3	2	1	0	1	2	3	Непривлекательный	—
С	—	2	Слабый	3	2	1	0	1	2	3	Сильный	+
А	+	3	Разговорчивый	3	2	1	0	1	2	3	Молчаливый	—
О	—	4	Безответственный	3	2	1	0	1	2	3	Добросовестный	+
С	+	5	Упрямый	3	2	1	0	1	2	3	Уступчивый	—
А	—	6	Замкнутый	3	2	1	0	1	2	3	Открытый	+
О	+	7	Добрый	3	2	1	0	1	2	3	Эгоистичный	—
С	—	8	Зависимый	3	2	1	0	1	2	3	Независимый	+
А	+	9	Деятельный	3	2	1	0	1	2	3	Пассивный	—
О	—	10	Черствый	3	2	1	0	1	2	3	Отзывчивый	+

С	+	11	Решительный	3	2	1	0	1	2	3	Перешительный	—
А	—	12	Вялый	3	2	1	0	1	2	3	Энергичный	+
О	+	13	Справедливый	3	2	1	0	1	2	3	Несправедливый	—
С	—	14	Расслабленный	3	2	1	0	1	2	3	Напряженный	+
А	+	15	Суетливый	3	2	1	0	1	2	3	Спокойный	—
О	—	16	Враждебный	3	2	1	0	1	2	3	Дружелюбный	+
С	+	17	Уверенный	3	2	1	0	1	2	3	Неуверенный	—
А	—	18	Нелюдимый	3	2	1	0	1	2	3	Общительный	+
О	+	19	Честный	3	2	1	0	1	2	3	Неискренний	—
С	—	20	Несамостоя- тельный	3	2	1	0	1	2	3	Самостоятельный	+
А	+	21	Раздражительный	3	2	1	0	1	2	3	Невозмутимый	—

Если соединить единой ломаной линией все пометки, то возникнет субъективный профиль, который и подвергается анализу.

Интерпретация результатов ЛД

Фактор О — *уровень самоуважения*. Высокие оценки говорят о том, что испытуемый принимает себя как личность, склонен осознавать себя носителем позитивных социально желательных характеристик, в определенном смысле удовлетворен собой. Низкие оценки указывают на критическое отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность собственным поведением, низкий уровень принятия самого себя. Особо низкая самооценка свидетельствует о возможных невротических или иных проблемах, связанных с ощущением малой ценности своей личности.

При использовании ЛД для измерения взаимных оценок фактор О выступает как свидетельство уровня привлекательности, симпатии, которую испытывает один человек в отношении другого.

При этом положительные значения фактора соответствуют предпочтению, оказываемому субъекту оценки, отрицательные значения — его отвержению.

Фактор С — *фактор силы*. Его оценка свидетельствует о развитии волевых сторон личности, как они осознаются самим испытуемым. Высокие оценки говорят об уверенности в себе, независимости, склонности рассчитывать на свои силы в трудных ситуациях. Низкие оценки — о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних

обстоятельств и оценок. Особо низкие оценки указывают на астенизацию и тревожность.

Во взаимных оценках фактор С выявляет отношения доминирования — подчинения, как они воспринимаются субъектом оценки.

Фактор А — фактор активности. В самооценках интерпретируется как свойство экстравертированности личности. Положительные значения указывают на высокую активность, общительность, импульсивность. Отрицательные значения — на интровертированность, определенную пассивность, спокойные эмоциональные реакции.

Во взаимных оценках отражается восприятие людьми личностных особенностей друг друга.

Q-сортировка

[Адрианов, Адрианов, Волкова, Десфонтейнес и др., 1992; Методика..., 2001; Пугачев, 2003]

Данная методика, предназначенная для изучения представлений о себе, разработана английским психологом У. Стефенсоном (William Stephenson, 1902–1989) в 1953 г. [Stephenson, 1953].

Испытуемому предлагается набор из 60 карточек, содержащих утверждения или названия свойств личности. Их необходимо распределить по группам от «наиболее характерных» до «менее характерных» для него. Вместо карточек может быть предложен просто текст теста-опросника «Q-сортировка». В бланке для ответов предусмотрено три варианта ответов: «Да», «Нет» и «Сомневаюсь» (для исключительных случаев).

Методика может быть использована для определения «реального Я», а также повторно для определения «идеального Я» (каким бы я хотел быть) или «социального (зеркального) Я» (каким меня видят другие). Одним из технических приемов, позволяющих объективировать сравнения подобных представлений, является корреляционный анализ.

Примеры утверждений:

1. *Я критичен к товарищам.*
2. *У меня возникает тревога, когда в группе начинается конфликт.*
-
60. *Я склонен выражать недовольство лидером.*

Методика позволяет определить шесть основных тенденций поведения человека в реальной группе:

- зависимость — независимость;*
- общительность — необщительность;*
- принятие борьбы — избегание борьбы.*

Так, тенденция к зависимости проявляется во внутреннем стремлении индивида к принятию групповых стандартов и ценностей (социальных и морально-этических).

Тенденция к общительности свидетельствует о контактности, стремлении к эмоциональным проявлениям в общении как в группе, так и за ее пределами.

Тенденция к борьбе — это активное стремление личности участвовать в групповой жизни, добиваться более высокого статуса в системе межличностных взаимоотношений. В противоположность данной тенденции избегание борьбы показывает стремление уйти от взаимодействия, сохранить нейтралитет в групповых спорах и конфликтах, склонность к компромиссным решениям.

Каждая из этих тенденций имеет внутреннюю и внешнюю характеристики, т.е. может быть внутренне присущей индивиду или внешней, своеобразной маской, скрывающей истинное лицо человека.

Ответы испытуемого, согласно ключу, распределяются по указанным тенденциям.

I. Зависимость — 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 54.

II. Независимость — 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 57, 60.

III. Общительность — 5, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, 52.

IV. Необщительность — 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 55, 58.

V. Принятие борьбы — 1, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 56, 59.

VI. Избегание борьбы — 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 53.

Подсчитывается частота проявления каждой из тенденций, при этом количество ответов «да» по одной из тенденций суммируется с количеством «нет» по полярной тенденции в сопряженной паре (отрицание одного качества выступает признанием полярного качества). Например, количество положительных ответов по шкале «зависимость» складывается с количеством отрицательных ответов по шкале «независимость». Если полученное число приближается к 20, то можно говорить об истинном преобладании той или иной устойчивой тенденции, присущей индивиду и проявляющейся не только в определенной группе, но и за ее пределами.

В случае если количество ответов «да» по одной тенденции оказывается равным количеству положительных ответов по противоположной тенденции (например, зависимость — независимость), то такое положение может говорить о наличии внутреннего конфликта личности, которая находится во власти одинаково выраженных противоположных тенденций.

Три-четыре ответа «сомневаюсь» по отдельным тенденциям расцениваются как признак нерешительности, уклончивости, застен-

чивости либо могут свидетельствовать об избирательности в поведении, о тактической гибкости индивида.

Методика может использоваться для контроля эффективности психотерапии, а также для описания группы с психиатрическими синдромами [Анастаси, Урбина, 2005].

В принципе, утверждения для других вариантов Q-сортировки могут составляться различным образом. Например, формулироваться соответственно конкретной теории личности или отбираться из группы утверждений, взятых из терапевтических протоколов, самоописаний, личностных опросников и т.д.

Однозначная трактовка результатов этой методики должна быть весьма осторожной и учитывать данные, полученные из других источников. В своей монографии, посвященной теориям личности, К.С. Холл и Г. Линдсей [1997] приводят примеры использования Q-сортировки для сравнительного исследования здоровых и больных (психоневротиков и параноидные шизофреники), сопоставляя их «реальные» и «идеальные» данные. Выяснилось, что медианная корреляция для 16 здоровых субъектов составила 0,63; для стольких же невротиков и психотиков — соответственно 0,03 и 0,43. Иными словами, пациенты-психотики продемонстрировали существенно более высокое самоуважение, чем невротики, и ненамного меньшее, чем здоровые субъекты. Автор этого исследования Friedman (1955) делает вывод, что «использование высокой корреляции между представлениями о себе и представлениями об идеальном себе в качестве единственного критерия адаптированности приведет к тому, что многие неадаптированные люди, в частности, параноидные шизофреники, будут отнесены к категории адаптированных» [цит. по: Холл, Линдсей, 1997].

Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)

[Вассерман, Вукс, Иовлев, Карпова, 1987]

Методика разработана на основе клинико-психологической типологии реакций личности на болезнь, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым [1980], а также широко известной методики ЛЮБИ (личностный опросник Бехтеревского института), созданной для оценки степени выраженности соответствующих типов реагирования, в свою очередь теоретически опирающейся на концепцию отношений В.Н. Мясищева.

Методика ТОБОЛ предназначена для определения личностных психотерапевтических «мишеней», основываясь на которых возможно проводить дальнейшую коррекцию неадекватных реакций личности

на болезнь и состояний дизадаптации в связи с хроническими соматическими заболеваниями, а также у больных с психосоматическими и пограничными нервно-психическими расстройствами.

Технически опросник включает большое число утверждений, сгруппированных в 12 тем: 1) самочувствие; 2) настроение; 3) сон и пробуждение ото сна; 4) аппетит и отношение к еде; 5) отношение к болезни; 6) отношение к лечению; 7) отношение к врачам и медицинскому персоналу; 8) отношение к родным и близким; 9) отношение к работе (учебе); 10) отношение к окружающим; 11) отношение к одиночеству; 12) отношение к будущему. В пределах каждой темы испытуемый должен выбрать два наиболее подходящих для него утверждения. Каждое из утверждений является своеобразным носителем диагностических коэффициентов, отражающих ту или иную предрасположенность к определенному типу реагирования на болезнь.

Примеры утверждений из разных тем:

С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие.

Как правило, настроение у меня хорошее.

Проснувшись, я сразу заставляю себя встать.

.....
Болезнь делает мое будущее печальным и унылым.

Ни одно из определений не подходит.

После суммирования этих диагностических коэффициентов по темам выстраивается графический профиль 12 шкальных оценок, соответствующих 12 типам отношений к болезни (гармонический, эргопатический и т.д.).

Помимо выделения ведущего типа реагирования на болезнь, «профиль» шкальных оценок позволяет отнести испытуемого к одному из трех вариантов приспособления к сложившейся ситуации:

- 1) без выраженной социальной дизадаптации;
- 2) с личностной дизадаптацией в связи с болезнью (интрансическая направленность);
- 3) с личностной дизадаптацией в связи с болезнью (интерпсихическая направленность).

Проблему изучения внутренней картины болезни, отношения больного к своему заболеванию и социально-психологической ситуации, сложившейся в связи с ним, следует рассматривать как составную часть более общей проблемы изучения *качества жизни* больных. Особое значение это имеет для больных с хроническим характером течения заболевания [Вассерман, Ицелкова, 2004].

Опросник для изучения отношения к болезни и лечению [Клиническая..., 2002]

Данный опросник позволяет достаточно дифференцированно отразить важнейшую составляющую ВКБ — субъективное отношение к болезни и мотивационные механизмы, формирующиеся с ее учетом.

Инструкция

Ниже приводятся 22 утверждения о причинах, побудивших Вас начать лечение, а также о возможных ожиданиях, связанных с лечением. Оцените, пожалуйста, по 6-балльной шкале, насколько каждое из утверждений совпадает с Вашими представлениями, насколько оно справедливо для Вас:

- 1 — совершенно не подходит;
- 2 — не подходит;
- 3 — скорее не подходит;
- 4 — скорее подходит;
- 5 — подходит;
- 6 — полностью подходит.

Примеры вопросов:

1. Я считаю, что условием уменьшения или устранения невротических симптомов является глубокое познание себя.

2. Тревога, которую я часто испытываю, настолько сильна, что только врачи и лечебное учреждение в состоянии обеспечить мне чувство безопасности.

3. Я хочу познакомиться с современными методами лечения неврозов в известном медицинском учреждении.

.....
22. Я надеюсь, что специалисты могут сделать так, чтобы мои контакты с окружением стали бы для меня более легкими и начали приносить мне удовлетворение.

На основании данного опросника можно выделить характерные для пациента виды установок к лечению или мотивацию к лечению.

Мотивация к лечению (виды установок и номера соответствующих вопросов):

1. Установка на достижение инсайта: 1, 13, 15.
2. Установка на изменение поведения: 5, 10, 20.
3. Установка на достижение симптоматического улучшения: 12, 16, 22.
4. Установка на получение «вторичного выигрыша» от болезни (включая пребывание в больнице): 2, 4, 14, 17, 18, 19.
5. Иная мотивация (включая пассивную позицию): 3, 6, 7, 8, 9, 11, 21.

Оценка каждого высказывания может быть выражена в баллах от 1 до 6. Сопоставление полученных данных даст возможность определить доминирующий вид мотивации (установки) к лечению.

Опросник качества жизни Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗКЖ-100)

[Бурковский, Коцюбинский, Левченко, Ломаченков, 1998]

Качество жизни (КЖ), по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), является многомерной, сложной структурой, учитывающей «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами». Расшифровка этого общего положения включает восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также его отношение к значимым характеристикам окружающей среды и духовной сферы — всего шесть сфер, содержание которых и было положено в основу шести разделов создаваемого опросника. Разрабатываемый в рамках международного научного сотрудничества опросник был адаптирован к российским условиям на базе Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

ВОЗКЖ-100 оценивает индивидуальное восприятие respondentом своей жизни в тех областях, которые связаны со здоровьем, но не предполагает измерять объективное состояние здоровья, причем его содержание фокусируется на тех аспектах жизненного благополучия, изменения в которых являются результатом как заболевания, так и медицинского вмешательства и социальной помощи.

Опросник ВОЗКЖ-100, состоящий из 100 вопросов, позволяет получить оценку КЖ пациента в целом, частные оценки по отдельным сферам и субсферам. Таких сфер 24, и каждая из них определяется ответами на четыре вопроса, а еще четыре вопроса оценивают КЖ «глобально», в целом.

Примеры вопросов:

Беспокоитесь ли вы по поводу физических болей или дискомфорта?

Получаете ли вы какую-нибудь поддержку от других, когда вам это нужно?

Насколько вы удовлетворены своей способностью принимать решения?

Насколько вы удовлетворены климатом в месте своего проживания?

На каждый вопрос предусмотрено пять вариантов ответа, выстроенных «по нарастающей» или «убывающей».

Результатом исследования является получение «профиля качества жизни» испытуемого, для чего определяются: а) шесть оценок для основных сфер; б) 24 оценки для субсфер; в) оценка восприятия качества жизни и здоровья (на основе четырех «глобальных» вопросов); г) итоговая суммарная оценка связанного со здоровьем качества жизни индивида (складывается из оценок шести основных субсфер).

Сами авторы [Бурковский, Кабанов, Коцюбинский, Левченко, Ломаченков, 2001] при критическом анализе данной методики указывали на следующие проблемы при работе с ней.

1. Низкая достоверность получаемых данных о КЖ пациентов с дефектами внимания, понимания, саморефлексии и мотивации. Такие пациенты имеют пониженную способность соотносить свои эмоциональные состояния с предлагаемыми шкалами и вследствие этих причин дают большой процент случайных или стереотипных ответов либо вообще отказываются отвечать.

2. Низкая чувствительность субъективных показателей КЖ при их использовании больными со сниженной эмоциональной реактивностью или апатией, так как их субъективная оценка своей жизни слабо зависит от объективного состояния их дел, что может проявиться в низкой вариативности и стереотипности ответов.

3. Плохая интерпретируемость субъективных показателей КЖ при изучении явных или потенциально криминогенных контингентов, чье субъективное благополучие связано с нанесением вреда другим людям (необходим учет специфической мотивации).

4. Искажение результатов измерений, связанное с нарушением мотивационной и оценочной функции, характерной для психических расстройств (расстроеным оказывается сам инструмент измерения).

Тем не менее ВОЗКЖ-100 — весьма полезный инструмент, расширяющий представление о предпосылках возникновения той или иной внутренней картины болезни, поскольку перечисленные проблемы достаточно универсальны для всех диагностических процедур, в основе которых лежат проявления субъективного мнения или отношения.

Краткий общий опросник оценки статуса здоровья

(разработка Джона Э. Вэе (John E. Ware) и Кати Дональд Шербурн)
(Cathy Donald Sherbourne) [Ware, Sherbourne, 1992]

Данный опросник призван измерять общее здоровье, т.е. те составляющие здоровья, которые не являются специфичными

для возрастных групп, определенных заболеваний или программ лечения. Для создания этого опросника исследователями MOS из 40 концепций здоровья были отобраны только 8 — те, в отношении которых изучение показало, что они наиболее часто измеряются на практике в популяционных исследованиях и подвергаются влиянию заболевания и лечения.

Опросник содержит 36 вопросов, неравномерно сгруппированных в девять категорий.

1. *PF (Physical Functioning) — Физическое функционирование.* Шкала оценивает физическую активность, включающую самообслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, переноску тяжестей, а также выполнение значительных физических нагрузок. Показатель шкалы отражает объем повседневной физической нагрузки, который не ограничен состоянием здоровья: чем он выше, тем большую физическую нагрузку, по мнению исследуемого, он может выполнить. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность значительно ограничена состоянием здоровья. Содержит 10 вопросов.

2. *RP (Role Physical) — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности.* Шкала отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение обычной деятельности, т.е. характеризует степень ограничения выполнения работы или повседневных обязанностей проблемами, связанными со здоровьем: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, проблемы со здоровьем ограничивают их повседневную деятельность. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием здоровья. Включает 4 вопроса.

3. *BP (Bodily Pain) — Физическая боль.* Шкала оценивает интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому и вне его в течение последнего месяца: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, болевых ощущений они испытывали. Низкие значения шкалы свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает физическую активность исследуемых. 2 вопроса.

4. *GH (General Health) — Общее восприятие здоровья.* Шкала оценивает состояние здоровья в настоящий момент, перспективы лечения и сопротивляемость болезни: чем выше показатель, тем лучше состояние здоровья респондента или пациента. 5 вопросов.

5. *VT (Vitality) — Жизнеспособность.* Шкала подразумевает оценку ощущения респондентом или пациентом себя полным сил

и энергии. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении исследуемых, снижении их жизненной активности. 4 вопроса.

6. *SF (Social Functioning)* — *Социальная активность*. Шкала оценивает удовлетворенность уровнем социальной активности (общением, проведением времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе) и отражает степень, в которой физическое или эмоциональное состояние респондента или пациента их ограничивает: чем выше показатель, тем выше социальная активность за последние 4 недели. Низкие баллы соответствуют значительному ограничению социальных контактов, снижению уровня общения в связи с ухудшением здоровья. 2 вопроса.

7. *RE (Role Emotional)* — *Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности*. Шкала предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества: чем выше показатель, тем меньше эмоциональное состояние ограничивает повседневную активность респондента или пациента. 3 вопроса.

8. *MH (Mental Health)* — *Психическое здоровье*. Шкала характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций: чем выше показатель, тем больше времени респонденты или пациенты чувствовали себя спокойными, умиротворенными в течение последнего месяца. Низкие показатели свидетельствовали о наличии депрессивных, тревожных состояний, психологическом неблагополучии. 5 вопросов.

9. *CH (Change Health)* — *Сравнение самочувствия с предыдущим годом*. Изменение оценки здоровья в течение последнего года. 1 вопрос.

Примеры вопросов:

Ограничивает ли Вас состояние вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
<i>Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта</i>	1	2	3

Насколько сильную физическую боль вы испытывали за последние четыре недели? (обведите одну цифру)

<i>Совсем не испытывал(а)</i>	<i>1</i>
<i>Очень слабую</i>	<i>2</i>
<i>Слабую</i>	<i>3</i>
<i>Умеренную</i>	<i>4</i>
<i>Сильную</i>	<i>5</i>
<i>Очень сильную</i>	<i>6</i>

SF-36 позволяет получить количественную характеристику КЖ по указанным девяти критериям. Показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов (чем выше значение, тем лучше КЖ, причем по одним пунктам расчет баллов производится в прямом порядке, а по другим — в обратном).

Русская версия *SF-36* валидизирована Межнациональным центром исследования КЖ Санкт-Петербурга [Новик, Ионова, 2007]. При исследовании ее психометрических свойств были подтверждены надежность, валидность и чувствительность опросника к изменениям и получены популяционные данные показателей КЖ жителей г. Санкт-Петербурга, а позднее и других регионов Российской Федерации.

Последняя и наиболее убедительная стандартизация шкал данного опросника по возрастным и половым группам была произведена в 2008 г. [Амירджанова, Горячев, Коршунов, Ребров, Сорочкая, 2008].

Опросник для изучения самооценки социальной значимости болезни (опросник А.И. Сердюка) [Михайлов, Сердюк, Федосеев, 2002]

Разработан на основании опроса двух тысяч больных с различными хроническими соматическими заболеваниями. Опросник позволяет выделить и подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса испытуемых.

Опросник включает 10 утверждений и пять стандартных вариантов согласия — несогласия с каждым из них.

Примеры утверждений:

1. *Из-за болезни я не могу работать с прежней работоспособностью, стал(а) слабым(ой), немощным(ой), сам(а) себе неприятен(а) ...*

1) *наверняка нет;*

2) *скорее, нет;*

3) затрудняюсь ответить;

4) пожалуй, да;

5) безусловно, да.

2. Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел(а) родным...

.....
10. Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, вынуждает тратить средства на лечение, не дает возможности больше зарабатывать...

Один из двух последних вариантов ответов свидетельствует о высокой либо очень высокой значимости для данного больного влияния болезни на ту или иную условно выделенную сферу его социального статуса (соответствующую номеру вопроса): 1) ощущение потери силы и энергии; 2) ухудшение отношения в семье; 3) отказ от удовольствий; 4) ухудшение отношения на работе; 5) ограничение свободного времени; 6) невозможность сделать карьеру; 7) снижение физической привлекательности; 8) формирование чувства ущербности; 9) ограничение общения; 10) материальный ущерб.

Обработка полученных результатов предполагает построение векторной диаграммы по всем 10 показателям, что позволяет нагляднее судить о необходимых направлениях психотерапевтического воздействия.

Помимо уже упоминавшегося в связи с исследованиями эмоциональных состояний опросника MMPI (см. параграф 2.11), а также наблюдения, беседы, сбора анамнеза, самооценки и др., изучение личности как вершины интеграции всех психических функций и процессов, а также отклонений в личностном развитии в клинической практике производится с помощью широкого круга опросников и проективных методов, часть из которых позволяет получать «прямые указания» на наличие разных степеней расстройств, а часть — предлагает показатели и интерпретации, служащие фоном или психологическим контекстом, в которомстораживающие признаки приобретают новую окраску.

Опросник темперамента Я. Стреляу

(Formal Characteristics of Behavior — Temperament Inventory FCB-TI)

[Strelau, 1969; Практикум..., 2002; Стреляу, Митина, Завадский, Бабаева, Менчук, 2007]

Методика направлена на изучение трех основных характеристик нервной деятельности, обычно причисляемых к ключевым параметрам темперамента:

- 1) уровня процессов возбуждения (В);
- 2) уровня процессов торможения (Т);
- 3) уровня подвижности нервных процессов (П).

Соответственно, тест содержит три шкалы (В, Т, П), которые реализованы в виде перечня из 134 вопросов, предполагающих один из трех фиксированных вариантов ответов: «да», «не знаю», «нет».

Для обработки полученных результатов используется специальный ключ (трафарет с прорезями, который накладывается на регистрационный бланк). Подсчитывается сумма баллов по каждой шкале. Если ответ испытуемого совпадает с кодом, то он оценивается в 2 балла, если не совпадает, то испытуемый получает нулевую оценку. Ответ «не знаю» оценивается в 1 балл.

Если эта сумма превышает 42 балла, считается, что свойство, на диагностику которого направлена данная шкала, выражено у тестируемого субъекта в высокой степени.

Примеры вопросов:

1. *Относите ли Вы себя к людям, легко устанавливающим товарищеские контакты?*
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 сил после продолжительной работы?*

.....
134. *Охотно ли Вы исполняете ответственную работу?*

Ключ к опроснику

1. Сила процессов возбуждения:

Ответ «да»: вопросы — 3, 4, 7, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 32, 39, 45, 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.

Ответ «нет»: вопросы — 47, 51, 107, 123.

2. Сила процессов торможения:

Ответ «да»: вопросы — 2, 5, 8, 10, 12, 16, 27, 30, 35, 37, 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.

Ответ «нет»: вопросы — 18, 34, 36, 128.

3. Подвижность нервных процессов:

Ответ «да»: вопросы — 1, 6, 9, 11, 14, 20, 22, 26, 28, 29, 31, 33, 40, 41, 43, 44, 46, 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.

Ответ «нет»: вопросы — 25, 57, 63, 116.

Высокий результат по шкале возбуждения «В» отражает способность нервной системы тестируемого выдерживать интенсивное

и длительное воздействие раздражителей, не демонстрируя запредельного торможения. Индивид, обладающий этим свойством, способен интенсивно реагировать на раздражители, сохраняя длительное время высокую эффективность деятельности в экстремальных условиях.

Низкие баллы — слабая и запоздалая реакция на возбуждение, быстро достигается запредельное торможение, вплоть до ступора, отказа в работе; низкие показатели по тешинг-тесту; медленные: включаемость в работу, вработываемость и невысокая производительность труда; высокая утомляемость; низкая работоспособность и выносливость.

Высокий результат по шкале торможения «Т» является свидетельством способности нервной системы индивида к выработке тормозных условных рефлексов. Такие индивиды могут блокировать произвольные и импульсивные действия в ситуации запрета деятельности.

Низкие баллы — слабость процессов торможения, импульсивность в ответных действиях на стимул, слабый самоконтроль в поведенческих реакциях, определенная расторможенность, расхлябанность, нетребовательность и снисходительность к себе; медленное или запоздалое реагирование ответными действиями на простые сигналы; плохая реакция, неровное реагирование, неадекватные реакции, склонность к истерии.

При высоком результате по шкале подвижности «П» нервная система характеризуется способностью к быстрой перестройке реакций при смене раздражителя. Такие индивиды не теряются при столкновении с новыми обстоятельствами, готовы к взаимодействию с новыми объектами и явлениями.

Низкие баллы характерны для людей, склонных работать по стереотипу, не любящих быстрых и неожиданных изменений в деятельности, инертных, проявляющих, как правило, низкую способность переключаться на новые виды работ и успешно осваивать новую профессию; непригодны для работы в быстроменяющихся условиях.

Расчет дополнительного показателя: уравновешенность по силе.

Уравновешенность по силе Λ равна отношению силы по возбуждению F_d к силе по торможению F_r :

$$\Lambda = F_d / F_r$$

Чем ближе к единице значение дроби F_d / F_r , тем выше уравновешенность.

По опыту известно, что *уравновешенным человеком* является тот, для которого значение дроби не выходит за пределы интервала 0,85–1,15.

Если значение дроби выходит за пределы интервала, то можно утверждать, что данный индивидуум *отличается неуравновешенностью* своей психологической активности.

Причем если значение дроби меньше 0,85, это означает *неуравновешенность в сторону возбуждения*, т.е. процессы возбуждения не уравновешивают собой процессы торможения; если значение больше 1,15, это означает *неуравновешенность в сторону торможения*, т.е. процессы торможения не уравновешивают собой процессы возбуждения.

Опросник структуры темперамента В.М. Русалова (ОСТ)

[Русалов, 1989, 1992]

Опросник основан на функционально-системной концепции поведения П.К. Анохина, в соответствии с которой функциональная система состоит из четырех блоков: афферентного синтеза (своеобразного входа сигналов от внешних раздражителей), программирования (принятия решения), исполнения действия и обратной связи (сравнения результата с тем, что было намечено). Каждому из этих компонентов соответствует одно свойство темперамента. Первое из них — *эргичность* — характеризует степень напряженности взаимодействия со средой (широту — узость афферентного синтеза); второе — *пластичность* — показывает легкость переключения с одних программ поведения на другие; третье — *психический темп* — отражает скорость выполнения действия; четвертое — *эмоциональность* — свидетельствует о пороге чувствительности к несовпадению результата и цели действия.

По мнению В.М. Русалова, каждое из этих свойств неодинаково проявляется в предметной и коммуникативной сферах (т.е. во взаимодействии человека с миром неодушевленных объектов и с окружающими людьми), благодаря чему могут быть выделены и оценены восемь базовых свойств темперамента.

Существуют две формы этого опросника: рассчитанный на взрослых от 18 до 55 лет (В-ОСТ) и на подростков от 13 до 17 лет (Д-ОСТ).

Опросник ОСТ содержит 105 вопросов, на каждый из которых необходимо дать ответ «да» или «нет».

Обработка данных по ОСТу проводится путем сравнения ответов испытуемого с ключом. Каждое совпадение ответа испытуемого с ключевым оценивается в 1 балл. Количество баллов суммируется по каждой шкале.

По результатам ответов вычисляются девять шкал. Одна из них — *Шкала социальной желательности ответов («К»)* — является индикатором степени откровенности и искренности тестируемого. Ее высокие значения (ВЗ) говорят о неадекватной оценке своего поведения, желании выглядеть лучше, чем есть на самом деле; низкие значения (НЗ) — об адекватном восприятии своего поведения. Результаты испытуемых, получивших высокий балл (7 и более) по шкале «К» (контрольные вопросы на социальную желательность), дальнейшему рассмотрению не подлежат.

Другие восемь — это шкалы свойств темперамента.

Предметная эргичность включает в себя вопросы об уровне потребности в освоении предметного мира, стремлении к умственному и физическому труду.

ВЗ (9–12 баллов) по этой шкале означают высокую потребность в освоении предметного мира, жажду деятельности, стремление к напряженному умственному и физическому труду, легкость умственного пробуждения.

НЗ (3–4 балла) означают пассивность, низкий уровень тонуса и активации, нежелание умственного напряжения, низкую вовлеченность в процесс деятельности.

Социальная эргичность содержит вопросы об уровне потребности в социальных контактах, о стремлении к лидерству.

ВЗ — коммуникативная эргичность, потребность в социальном контакте, желание освоить социальные формы деятельности, общительность, стремление к лидерству, занятию высокого ранга, освоение мира через коммуникацию.

НЗ — незначительная потребность в социальных контактах, уход от социально активных форм поведения, замкнутость, социальная пассивность.

Пластичность — содержит вопросы о степени легкости или трудности переключения с одного предмета на другой, скорости перехода с одних способов мышления на другие.

ВЗ — легкость переключения с одного вида деятельности на другой, быстрый переход от одних форм мышления к другим в процессе взаимодействия с предметной средой, стремление к разнообразию форм предметной деятельности.

НЗ — склонность к монотонной работе, боязнь и избегание разнообразных форм поведения, вязкость, консервативные формы деятельности.

Социальная пластичность содержит вопросы, направленные на выяснение степени легкости или трудности переключения в процессе общения от одного человека к другому, склонности к разнообразию коммуникативных программ.

ВЗ — широкий набор коммуникативных программ, автоматическое включение в социальные связи, легкость вступления в социальные контакты и переключения в процессе общения, наличие большого количества коммуникативных заготовок, коммуникативная импульсивность.

НЗ — трудность в подборе форм социального взаимодействия, низкий уровень готовности к вступлению в социальные контакты, стремление к поддержанию монотонных контактов.

Темп, или скорость, включает вопросы о быстроте моторно-двигательных актов при выполнении предметной деятельности.

ВЗ — высокий темп поведения, высокая скорость выполнения операций при осуществлении предметной деятельности, моторно-двигательная быстрота, высокая психическая скорость при выполнении конкретных заданий.

НЗ — замедленность действий, низкая скорость моторно-двигательных операций.

Социальный темп включает вопросы, направленные на выявление скоростных характеристик речедвигательных актов в процессе общения.

ВЗ — речедвигательная быстрота, быстрота говорения, высокие скорости и возможности речедвигательного аппарата.

НЗ — слабое развитие речедвигательной системы, речевая медлительность, медленная вербализация.

Эмоциональность включает в себя вопросы, оценивающие эмоциональность, чувствительность, например к неудачам в работе.

ВЗ — высокая чувствительность к расхождению между задуманным и ожидаемым, планируемым и результатами реального действия, ощущения неуверенности, тревоги, неполноценности, высокое беспокойство по поводу работы, чувствительность к неудачам, несоответствию между задуманным, ожидаемым, планируемым и результатами реального действия.

НЗ — незначительное эмоциональное реагирование при неудачах, нечувствительность к неудачам, спокойствие, уверенность в себе.

Социальная эмоциональность включает вопросы, касающиеся эмоциональной чувствительности в коммуникативной сфере.

ВЗ — высокая эмоциональность в коммуникативной сфере, нечувствительность к неудачам в общении.

НЗ — низкая эмоциональность в коммуникативной сфере, нечувствительность к оценкам товарищей, отсутствие чувствительности к неудачам в общении, уверенность в себе и ситуациях общения.

Примеры вопросов:

1. *Подвижный ли Вы человек?*
2. *Всегда ли Вы готовы с ходу, не раздумывая, включиться в разговор?*

3. Предпочитаете ли Вы уединение большой компании?

.....
105. Любите ли Вы подолгу бывать наедине с собой?

Ключи к ОСТ

Шкала «К»: «да» — 32, 52, 89; «нет» — 12, 23, 44, 65, 73, 82.

Шкала «Эргичность»: «да» — 4, 8, 15, 22, 42, 50, 58, 64, 96; «нет» — 27, 83, 103.

Шкала «Социальная эргичность»: «да» — 11, 30, 57, 62, 67, 78, 86; «нет» — 3, 34, 74, 90, 105.

Шкала «Пластичность»: «да» — 20, 25, 35, 38, 47, 66, 71, 76, 101, 104; «нет» — 54, 59.

Шкала «Социальная пластичность»: «да» — 2, 9, 18, 26, 45, 68, 85, 99; «нет» — 31, 81, 87, 93.

Шкала «Темп»: «да» — 1, 13, 19, 33, 46, 49, 55, 77; «нет» — 29, 43, 70, 94.

Шкала «Социальный темп»: «да» — 24, 37, 39, 51, 72, 92; «нет» — 5, 10, 16, 56, 96, 102.

Шкала «Эмоциональность»: «да» — 14, 17, 28, 40, 60, 61, 69, 79, 88, 91, 95, 97.

Шкала «Социальная эмоциональность»: «да» — 6, 7, 21, 36, 41, 48, 53, 63, 75, 80, 84, 100.

По материалам шкальных оценок может быть построен графический профиль структуры темперамента.

В.М. Русаловым разработана и другая методика — опросник формально-динамических свойств индивидуальности, в котором такие параметры темперамента, как эргичность, пластичность, скорость и эмоциональность, проецируются на психомоторную, интеллектуальную и коммуникативную сферы [Русалов, 1997; Ильин, 2004].

Патохарактерологический диагностический опросник

А.Е. Личко (ПДО)

[Личко, 1976; Личко, 1983; Личко, Иванов, 2001]

Патохарактерологический диагностический опросник для подростков разработан в отделении подростковой психиатрии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева и предназначен для диагностики и квалификации акцентуаций характера и психопатий (специфических расстройств личности) у подростков 14–18 лет (в практике патопсихологии часто расширяют возрастной диапазон применения ПДО от 10 до 25 лет [Блейхер, Крук, 1986]), а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей. В основу опросника были положены отечественные и зарубежные

исследования патологических характеров, сочетаемые с принципом отношения к личностным проблемам. С момента своего первого опубликования в 1970 г. неоднократно пересматривался с целью усовершенствования.

Стимульный материал ПДО включает 25 таблиц — наборов фраз различной тематики («Самочувствие», «Настроение» и др.). В каждом наборе предусмотрено от 10 до 19 пронумерованных утверждений, отражающих отношение подростка к различным жизненным проблемам.

Образцы утверждений

Самочувствие:

1. *У меня почти всегда плохое самочувствие.*

.....
12. *Я очень плохо переношу боль и физические страдания и очень их боюсь.*

0. *Ни одно из определений ко мне не подходит.*

Настроение:

1. *Как правило, настроение у меня очень хорошее.*

.....
12. *Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей.*

Сон и сновидения:

1. *Я сплю хорошо, а сновидениям значения не придаю.*

.....
14. *Я могу свободно регулировать свой сон.*

Пробуждение ото сна:

1. *Мне трудно проснуться в назначенный час.*

.....
13. *Проснувшись, я люблю полежать в постели и помечтать.*

Аппетит и отношения к еде:

1. *Неподходящая обстановка, грязь и разговоры о неаппетитных вещах никогда не мешали мне есть.*

.....
19. *Еда не доставляет мне большого удовольствия.*

Отношение к спиртным напиткам:

1. *Мое желание выпить зависит от настроения.*

.....
13. *Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушать компанию.*

Сексуальные проблемы:

1. *Половое влечение меня мало беспокоит.*

14. Считаю, что половым проблемам не следует придавать большого значения.

Отношение к одежде:

1. Люблю костюмы яркие и бросакие.

12. Временами одеваюсь модно и ярко, временами своей одеждой не интересуюсь.

Отношение к деньгам:

1. Нехватка денег меня раздражает.

12. Я никогда и никому не позволю ущемлять меня в деньгах.

Отношение к родителям:

1. Очень боюсь остаться без родителей.

13. Я считаю себя виноватым перед ними.

Отношение к друзьям:

1. Мне не раз приходилось убеждаться, что дружат из выгоды.

15. Люблю иметь много друзей и тепло отношусь к ним.

Отношение к окружающим:

1. Я окружен глупцами, невеждами и завистниками.

17. Мне кажется, что окружающие смотрят на меня как на никчемного и ненужного человека.

Отношение к незнакомым людям:

1. Я отношусь настороженно к незнакомым людям и невольно опасаясь зла.

12. Я стесняюсь незнакомых людей и боюсь заговорить первым.

Отношение к одиночеству:

1. Я считаю, что всякий человек не должен отрывать от коллектива.

11. Одиночество я переношу легко, если только оно не связано с неприятностями.

Отношение к будущему:

1. Я мечтаю о светлом будущем, но боюсь неприятностей и неудач.

13. Периодами мое будущее кажется мне светлым, периодами — мрачным.

Отношение к новому:

1. *Периодами я легко переношу перемены в своей жизни и даже люблю их, но периодами начинаю их бояться и избегать.*

10. *Меня привлекает лишь то новое, что соответствует моим принципам и интересам.*

Отношение к неудачам:

1. *Свои неудачи я переживаю сам и ни у кого не ищу сочувствия и помощи.*

13. *Я считаю, что при неудачах нельзя отчаиваться.*

Отношение к приключениям и риску:

1. *Люблю всякие приключения, даже опасные, охотно иду на риск.*

10. *Бывает, что риск и азарт меня совершенно опьяняют.*

Отношение к лидерству:

1. *Я могу идти впереди других в рассуждениях, но не в действиях.*

12. *Я охотно слеую за авторитетными людьми.*

Отношение к критике и возражениям:

1. *Я не слушаю возражений и критики и всегда думаю и делаю по-своему.*

13. *Если меня критикуют или мне возражают, мне всегда начинает казаться, что другие правы, а я — нет.*

Отношение к опеке и наставлениям:

1. *Я слушаю наставления только тех, кто имеет на это право.*

14. *Я допускаю опеку над собой в повседневной жизни, но не над моим душевным миром.*

Отношения к правилам и законам:

1. *Когда правила и законы мне мешают, это вызывает у меня раздражение.*

12. *Строго слеую тем правилам, которые считаю справедливыми, борюсь с теми, которые считаю несправедливыми.*

Оценка себя в детстве:

1. *В детстве я был робким и плаксивым.*

15. *В детстве я плохо спал и плохо ел.*

Отношение к школе:

1. *Любил вместо школьных занятий погулять с товарищами или сходить в кино.*

13. *Старался аккуратно выполнять все задания.*

Оценка себя в данный момент:

1. *Мне не хватает холодной рассудительности.*

.....
13. *Я чрезмерно чувствителен и обидчив.*

В современной версии исследование проводится в два этапа. На первом испытуемому предлагается из каждого перечня выбрать два-три наиболее подходящих для него утверждения и их номера записать на бланке. На втором этапе процедура повторяется, но уже для наиболее неподходящих испытуемому утверждений (отвергаемых в отношении себя). В обоих исследованиях разрешается отказываться от выбора ответа в отдельных таблицах, проставляя ноль (0) в регистрационном листе. Если число таких отказов в обоих исследованиях составляет в сумме 7 и более, то это свидетельствует либо о трудности работы с опросником в силу невысокого интеллекта, либо, при достаточном интеллекте, о негативном отношении к исследованию.

Обработка полученных исходных данных проводится с помощью специальных таблиц, позволяющих с помощью кода определять принадлежность соответствующего выбора утверждения тому или иному типу акцентуации (отдельно для положительного и отрицательного выборов, которые затем суммируются).

Буквенные символы кода соответствуют баллам в пользу указанных ниже типов: Г — гипертимный, Ц — циклоидный, Л — лабильный, А — астено-невротический, С — сенситивный, П — психастенический, Ш — шизоидный, Э — эпилептоидный, И — истероидный, Н — неустойчивый, К — конформный.

При этом двосенные и стросенные буквы в таблице означают начисление двух и трех баллов по соответствующему типу, а выбор одного утверждения может предусматривать начисление баллов по нескольким вариантам акцентуаций.

Пропуск в графах, где проставлены баллы, означает, что данный выбор является неинформативным.

Помимо типов акцентуаций, в методике предусмотрена возможность вычисления следующих дополнительных показателей, кодируемых в таблицах обработки:

О — негативное отношение к исследованию;

Д — диссимуляция действительного отношения к рассматриваемым проблемам и стремления не раскрывать черты характера;

Т — откровенность;

В — черты характера, встречающиеся при органических психопатиях;

Е — отражение в самооценке реакции эмансипации;
 Д — психологическая склонность к делинквентности (только для подростков мужского пола);
 М — черты мужественности;
 Ф — черты женственности в системе отношений.

Кроме того, на основании числовых баллов в теме «Отношение к спиртным напиткам» может быть дана оценка психологической склонности к алкоголизации (шкала V).

Результатом становится исходный столбчатый график (рис. 3.1).

Этот график экспериментатор подвергает анализу в соответствии с таблицей начисления уже дополнительных баллов, которые в случае соблюдения указанных в таблице условий приплюсовываются к соответствующим столбикам на графике (табл. 3.2).

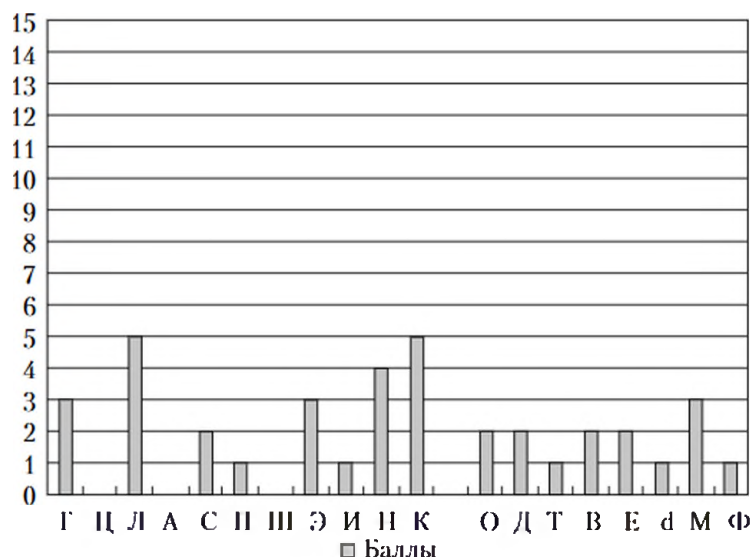


Рис. 3.1. Пример столбчатого графика ПДО

В дальнейшем основной диагностической процедурой является определение типа акцентуации характера испытуемого, для чего каждый показатель на полученном окончательном графике сопоставляется с минимальным диагностическим числом баллов (МДЧ), при котором данная акцентуация может быть гипотетически установлена.

МДЧ неодинаково для разных типов и равно: для типа Г — 7 баллов, для типа А — 5 баллов, для остальных типов — 6 баллов.

Таблица 3.2

Начисление дополнительных баллов

Показатели по графику	Начисляемые дополнительные баллы
$\Gamma = 0$ или $\Gamma = 1$	П, С
$\Pi = 6$ или $\Pi > 6$	Л
$A = 4$ или $A > 4$	Л
$\Pi = 0$ или $\Pi = 1$	Н
$\Pi = 0$ или $\Pi = 1$	П
$K = 0$	Ш, Ш, И
$K = 1$	Ш
$D = 6$ или $D > 6$	Н
$T > D$	П, П, Ц
$B = 5$	Э
$B = 6$ или $B > 6$	Э, Э
$E = 6$ или $E > 6$	Ш, И
$d = 5$ или $d > 5$	Ш
$O = 6$ или $O > 6$	С
$M < \Phi$ (у мальчиков)	С, Ш, И
$V = -6$ и ниже	С
$V = +6$ и выше	И
<i>Наличие ошибок в выборах (один и тот же номер выбора на одну тему в 1- и 2-м исследованиях)</i>	
за 1 ошибку	Э
за 2 и более ошибок	Э, Э

После того как на графике обнаруживаются все превышения МДЧ, в силу вступает система из восьми логически упорядоченных правил, приводимых в соответствующих руководствах, которая позволяет минимизировать и оптимизировать число и характер выделяемых типов, а также развернутая система правил выделения и квалификации дополнительных показателей (эмансипации, делинквентности и др.).

Построенный окончательный график служит одним из источников и для выявления признаков возможной психопатизации. Но авторы методики подчеркивают, что при пользовании перечисленными в прилагаемой ниже таблице признаками, указываю-

щими на вероятность формирования психопатии, нужно руководствоваться следующими правилами:

1. Отсутствие указанных признаков не может свидетельствовать против клинического диагноза психопатии, поскольку в 30% случаев, клинически верифицированных как психопатии, эти признаки могут отсутствовать.

2. Наличие указанных признаков (одного или нескольких) у подростков с нарушениями поведения может расцениваться как один из доводов в пользу диагноза психопатии, но не как решающий диагностический фактор.

3. Обнаружение указанных признаков в результатах, полученных с помощью ПДО при массовых обследованиях подростков в популяции, не может служить прямым указанием для подозрения в отношении психопатии. Однако такие подростки нуждаются в более тщательном и детальном психологическом обследовании как возможные случаи с повышенным риском в отношении психопатического развития.

В табл. 3.3 приведены признаки, свидетельствующие о возможности формирования психопатии.

Таблица 3.3

Признаки, указывающие на вероятность формирования психопатии

Тип характера, определяемый с помощью ПДО	Признаки, указывающие на вероятность формирования психопатии (по показателям графика)	Частота обнаружения хотя бы одного из признаков (%) при:		
		психопатиях	акцентуациях с(со)	
			транзиторными нарушениями	стабильной адаптацией
Гипертимный	И = 10 и больше. К = 0. Е = 6 и больше	75	5	5
Лабильный	А = 6 и больше. III = 7 и больше. К = 0. Д = 6 и больше	60	10	5
Сенситивный	С = 12 и больше	75	15	10
Шизоидный	Г = 1 и меньше. Л = 1 и меньше. III = 13 и больше. d = 4 и больше. V = +4 и больше	85	10	10

Тип характера, определяемый с помощью ПДО	Признаки, указывающие на вероятность формирования психопатии (по показателям графика)	Частота обнаружения хотя бы одного из признаков (%) при:		
		психопатиях	акцентуациях с(со)	
			транзиторными нарушениями	стабильной адаптацией
Эпилептоидный	$\Gamma = 0$. $\Pi = 8$ и больше. $K = 1$ и меньше. $d = 6$ и больше. 2 ошибки и более при $\Theta = 10$ и больше	60	25	10
Истероидный	$A = 5$ и больше. $O = 6$ и больше. $E = 6$ и больше	65	20	10
Неустойчивый	$H = 12$ и больше. $K = 1$ и меньше. $B = 5$ и больше. $V = -6$ и ниже	70	5	5

В ранних версиях ПДО, помимо шкал объективной оценки акцентуаций, предлагались и субъективные шкалы, характеризующие то, каким видит свой характер сам обследуемый (или каким хочет его представить). В перечне этих шкал, помимо указанных, были предусмотрены шкалы меланхолической и паранойяльной акцентуаций (т.е. всего шкал 13), что в целом позволяло делать вывод о точности самооценки, которая, в свою очередь, обнаруживает зависимость от степени психопатизации. Несмотря на то что из более поздних версий ПДО субъективные шкалы были исключены, их применение, на наш взгляд, продолжает оставаться актуальным.

Помимо ПДО для решения проблемы выделения типов акцентуаций, в патопсихологической практике широко используется десятишкальный опросник К. Леонгарда — Г. Шмиеске (К. Leonhard — H. Schmieschek) [Schmieschek, 1970; Мельников, Ямпольский, 1985; Лучшие..., 1992; Психологические..., 1996; Практикум..., 2003], а также методика аутоидентификации акцентуаций характера Э.Г. Эйдемиллера [Эйдемиллер, Юстицкис, 2008; Рогов, 1996], построенная на выборе (или ранжировании) портретов различных вариантов акцентуаций, наиболее похожих на испытуемого.

Личностный опросник Г. Айзенка

[Eysenk, 1964; Блейхер, Крук, 1986; Гильяшева, 1983; Лушие..., 1992]

Среди целой серии опросников Г. Айзенка, разработанных по материалам факторного анализа, наибольшую популярность приобрел опросник ЕРІ, предложенный в 1963 г. Он содержит 57 вопросов, из которых 24 составляют шкалу экстраверсии — интроверсии, другие 24 вопроса — шкалу эмоциональной стабильности — нестабильности (нейротизма), а остальные девять образуют контрольную шкалу *L*, предназначенную для оценки искренности испытуемого. На каждый из вопросов необходимо дать альтернативный ответ — «да» или «нет». При совпадении ответа с ключом по соответствующей шкале начисляется один балл. Таким образом максимальное число баллов, которое можно набрать по данному показателю, — 24 при средней величине 12 ± 2 .

По мнению автора, данные шкалы ортогональны между собой, т.е. независимы, что и позволяет графически представлять получаемые результаты, как расположенные в системе координат из двух соответствующих осей (в «круге Айзенка»). Каждая из двух основных переменных представляет собой континуум между двумя полюсами крайне выраженного личностного свойства, поэтому большинство испытуемых должны располагаться между полюсами, ближе к центру системы координат.

Опросник имеет две эквивалентные формы: *A* и *B*, что облегчает возможность отслеживания динамики изучаемых качеств.

Сам Г. Айзенк считал, что характеристики экстраверсии — интроверсии (терминология заимствована у К. Юнга) и нейротизма — стабильности, как базовые для личности, описывают тот или иной классический тип темперамента. Так, выраженное сочетание нестабильности с интроверсией будет терминологически соответствовать меланхолику, нестабильности с экстравертированностью — холерику, экстравертированности со стабильностью — сангвинику, а стабильности с интровертированностью — флегматику.

Примеры вопросов (форма *A*):

1. Часто ли Вы испытываете тягу к новым впечатлениям, смене обстановки?
2. Часто ли Вы чувствуете, что нуждаетесь в друзьях, которые Вас понимают, могут ободрить и поддержать?
3. Можно ли Вас назвать беспечным, беззаботным человеком?

.....
57. Страдаете ли Вы бессонницей?

Ключ к опроснику

Шкала искренности (лжи)	6+, 12-, 18-, 24+, 30-, 36+, 42-, 48-, 54-
Экстраверсия — интроверсия	1-, 3-, 5+, 8-, 10-, 13-, 15+, 17-, 20+, 22-, 25-, 27-, 29+, 32+, 34-, 37+, 39-, 41+, 44-, 46-, 49-, 51+, 53-, 56-
Стабильность — нейротизм	2+, 4+, 7+, 9+, 11+, 14+, 16+, 19+, 21+, 23+, 26+, 28+, 31+, 33+, 35+, 38+, 40+, 43+, 45+, 47+, 50+, 52+, 55+, 57+

Следует отметить, что шкала лжи в опроснике Г. Айзенка не всегда соответствует своему предназначению. Показатели по ней в первую очередь коррелируют с интеллектуальным уровнем обследуемого. Нередко лица с выраженными истерическими чертами и склонностью к демонстративности в поведении, но обладающие хорошим интеллектом, сразу же определяют направленность содержащихся в этой шкале вопросов и, считая их отрицательно характеризующими обследуемого, дают по этой шкале минимальные показатели. Таким образом, очевидно, что шкала лжи в большей мере свидетельствует о личностной примитивности, чем о демонстративности в ответах.

В случаях психопатии при исследовании с помощью опросника обнаруживается известное различие показателей. Так, психопаты пизоидные и психастенического круга нередко обнаруживают интровертированность. Различные формы неврозов также дифференцируются не только по показателю экстраверсии. Для больных истерией нередко характерен высокий показатель лжи и утрированно высокий показатель нейротизма, не всегда соответствующий объективно наблюдаемой клинической картине [Блейхер, Крук, 1986].

Несмотря на чрезвычайно широкое распространение данного опросника, его адаптацию к отечественной популяции нельзя считать законченной. Повторная факторизация исходных данных по получаемым ответам [Бизюк, 2000] свидетельствует о том, что содержание части ее пунктов не вписывается в ожидаемые факторы, что требует более взвешенного подхода к традиционным расчетным результатам.

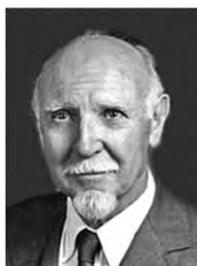
В психодиагностической практике используется и подростковый вариант опросника [Ильин, 2004].

Другим широко известным опросником, разработанным в контексте факторного подхода к личности и на инструментальном уровне, детализирующим обобщения, произведенные Г. Айзенком, является шестнадцатифакторный опросник Р. Кеттелла («Шест-

надцать личностных факторов») [Cattell, Eber, Tatsuoka, 1970; Гильяшева, 1983; Мельников, Ямпольский, 1985; Вассерман, Щелкова, 2004], имеющий несколько форм. Он реже используется в патопсихологической диагностике, но позволяет уловить некоторые индивидуальные особенности, дополняющие картину функционального диагноза. Детский и юношеский варианты этого опросника приводятся в работе [Практикум по..., 2002].

Следует иметь в виду, что популярные у отечественных психологов версии этого опросника по целому ряду причин продолжают вызывать и обоснованные нарекания [Забродин, Похилько, Шмелев, 1987; Русалов, Гусева, 1990; Шмелев, 2002].

В последние годы для исследования личности начинает привлекаться еще одна методика, построенная по диспозиционно-факторному принципу — опросник «Большая пятетка» (Big Five), который имеет несколько зарубежных версий и несколько вариантов адаптации для России (см. с. 354 данного учебника).



Р. Кеттелл

Тематический апперцептивный тест

[Morgan, Murrey, 1935; Murrey, 1943; Гильяшева, 1969;

Блейхер, Крук, 1986; Соколова, 1987; Бурлачук, 1997; Леонтьев, 2004]

Данная методика относится к числу классических проекционных и обладает всеми достоинствами и недостатками этой группы диагностических приемов. Имеется несколько редакций ее стимульного материала.

Наиболее известным является вариант методики для взрослых, предусматривающий комплект из 30 черно-белых картин (иллюстраций к малоизвестным художественным произведениям американских авторов) и одной белой карты. В стандартном случае испытуемому предлагаются 20 картин, по каждой из которых необходимо составить небольшой, но связный рассказ (что привело к ситуации, изображенной на картине, что происходит в настоящее время, о чем думают и что чувствуют действующие лица, чем эта ситуация закончится). Рассказы записываются дословно, с фиксацией пауз, интонаций, выразительных движений и других особенностей. Обследование завершается уточняющим опросом.

В других случаях из имеющегося набора экспериментатором отбираются только те картины, которые наиболее подходят для исследования данного индивида и его проблемных сфер.

На рис. 3.2 приведены образцы стимульного материала (размер изменен).

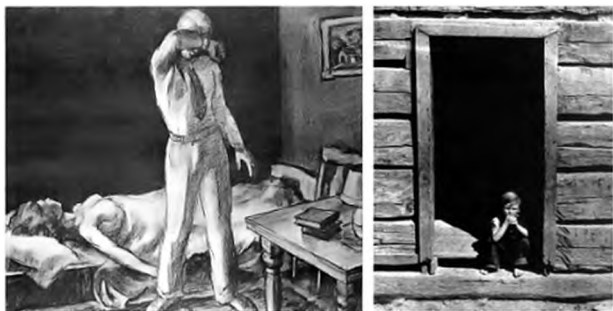


Рис. 3.2. Стимульный материал для апперцептивного теста

Дальнейший анализ полученных рассказов предполагает следующие шаги:

- по ряду критериев нахождение «героя», с которым обследуемый идентифицирует себя;
- определение «потребностей» «героя» и выявление «давлений» среды, сил, воздействующих на «героя» извне, препятствий, которые мешают осуществлению стремлений;
- сопоставление и сравнение этих двух тенденций;
- интерпретация всего комплекса полученной информации, в том числе по формальным показателям.

Формальные показатели:

- формальное следование инструкции может выражать уход от тем, связанных с конфликтными переживаниями;
- строго ригидное соблюдение инструкции — свидетельство повышенной ригидности испытуемого;
- излишняя детализация рассказа может указывать на повышенную тревожность, встречается у истероидов;
- опускание некоторых пунктов инструкции — в случае отсутствия «прошлого» или «будущего» это может быть признаком существования конфликтных переживаний в прошлом или ожидания несчастья в будущем;
- отказ в начале эксперимента свидетельствует о непонятности инструкции либо об отсутствии контакта с психологом, отказ от определенных картин — об особой значимости провоцируемых ими сюжетов;

- неупоминание отдельных частей или деталей картины обычно указывает, что ассоциации с этими деталями вызывают тревогу;
- введение дополнительных деталей или персонажей — почти всегда говорит об особой значимости и близости данной темы;
- перцептивные искажения — неправильное или искаженное восприятие каких-то деталей картины, как правило, вследствие глубоких конфликтов;
- восприятие картины как рисунка, фотографии, кадра из фильма иногда может рассматриваться как своеобразное отстранение от травмирующей тематики рассказа.

Методика продемонстрировала свою ценность для выявления значимых, в том числе патогенных, отношений личности, она представляет интерес для дифференциальной диагностики неврозов, психозов и пограничных состояний, для выявления аффективных конфликтов, характерных для большого механизмов психологической защиты. Косвенно методика позволяет судить и об умственной сохранности испытуемого.

Диагностируемые посредством данного теста закономерности и явления — не более чем тенденции, установки личности. Прямой перенос данных тестирования на характеристику личности и ее поведения без учета клинического материала и объективных условий жизни испытуемого неправомерен.

Детский апперцептивный тест

(Children's Apperception Test — CAT)

[Bellak, 1978; Bellak, 1982; Тесты..., 1999; Бурлакова, Олешкевич, 2001; Беллак, 2002; Детский..., 2002]

Эта проективная методика была разработана Леопольдом и Соней Беллак в 1949 г. для исследования детей в возрасте от 3 до 10 лет. Она создана по образцу тематического апперцептивного теста Мюррея — Моргана и в первой, наиболее известной версии состоит из 10 картинок с изображениями животных в различных ситуациях, напоминающих человеческие взаимоотношения. Рисунки выполнены в манере, характерной для детских книг.

Используется для исследования детских конфликтов, помогает определить личностную позицию ребенка, его способ видения мира. В 1966 г. предложен новый вариант CAT (CAT-H), где в качестве персонажей рисунков выступают не животные, а люди.

Образец стимульного материала из CAT показан на рис. 3.3 (размер изменен).



Рис. 3.3. Стимульный материал для детского апперцептивного теста

Вторая версия, разработанная в 1965 г., включала тоже 10 изображений, но уже людей в тех же ситуациях, что и животные.

Методика чернильных пятен Г. Роршаха

[Rorschach, 1942; Бурлачук, 1979; Беспалько, Гильяшева, 1983; Соколова, 1987; Белый, 1992; Ассанович, 2002]

Данная проективная методика была разработана в 1921 г. швейцарским психиатром и психологом Германом Роршахом (Hermann Rorschach, 1884–1922).

Стимульный материал методики состоит из стандартного набора: 10 симметричных слабоструктурированных пятен (пять черно-белых и пять с включением цветов), каждое из которых нанесено на отдельную карту. Изображения пятен предъявляются в строго определенном порядке. Обследуемому предлагается ответить, на что, по его мнению, похоже каждое изображение. Ведется дословная запись всех высказываний, эмоциональных и поведенческих реакций во время обследования, а также фиксируется время с момента предъявления очередного пятна до начала ответа.



Г. Роршах

Стимульные пятна Роршаха включают различные особенности, которые могут создавать трудности при распознавании образов. Одни части пятен имеют более определенные, а другие — более двусмысленные контуры. Разнородный цвет и оттенки пятен «зашумливают» процесс распознавания и классификации образов. Из сказанного следует, что каждая карта представляет собой проблемную

ситуацию определенного уровня сложности, где требуется распознать образ в условиях разночастотных помех. Ответы испытуемого, категоризирующие изображения и их фрагменты на картах, представляют собой решения этих стимульных проблемных ситуаций. Известно, что любая проблемная ситуация характеризуется определенным уровнем личностной значимости для субъекта. Поэтому окончательно отобранные ответы для вербализации будут детерминированы как когнитивными, так и личностными особенностями испытуемого, которые у него обычно оказывают влияние на процесс принятия решения в проблемной ситуации. Знание того, как эти психологические особенности связаны с теми или иными параметрами ответа, позволяет на основании анализа структуры ответа выявить у испытуемого данные особенности. Соответствия между параметрами ответа и психологическими особенностями были установлены эмпирическим путем в результате многочисленных экспериментов и многократно подтверждались клинической практикой. Принимая во внимание, что условия стимульной ситуации теста Роршаха в значительной степени носят нагрузочный характер, они будут предъявлять повышенные требования к адекватной психической деятельности субъекта. Поэтому в ответах испытуемого может быть зафиксирована даже глубоко скрытая психическая патология, которая обнаруживает себя только при попадании данного испытуемого в достаточно сложную проблемную ситуацию [Ассанович, 2002].

На рис. 3.4 приведен образец стимульного материала (размер изменен).



Рис. 3.4. Стимульный материал для методики Г. Роршаха

При интерпретации ответов основное внимание Г. Роршах предлагал уделять не ассоциативным процессам испытуемого, которые находили свое воплощение в содержании ответов, а процессам распознавания тех или иных объектов при восприятии пятен. Именно

проявления нарушений восприятия в ответах психически больных людей были критериями дифференцирования их от ответов здоровых. Особенности восприятия испытуемого обнаруживались не столько в содержании ответа, сколько в формальных его характеристиках.

К числу последних относятся:

- локализация (выбор для ответа всего изображения или его отдельных деталей);
- детерминанты (ответ может обуславливаться формой, цветом, наличием движения или их сочетаниями);
- уровень формы (адекватность формы ее интерпретации, сопоставляемые с частотными характеристиками ответов);
- содержание (категория выделяемых объектов — люди, животные, неодушевленные предметы и т.д.);
- оригинальность — популярность (оригинальными ответами считаются очень редкие ответы, а популярными — те, которые встречаются не менее, чем у 30% обследованных).

После того как получены ответы по всем таблицам, начинается вторая фаза исследования — опрос испытуемых, который не является обязательным, если все ответы ясны и недвусмысленны, что бывает очень редко. В подобных случаях следует избегать целенаправленных и суггестивных вопросов.

Полная интерпретация материалов методики Г. Роршаха, сопряженная с целой системой кодирования ответов, чрезвычайно сложна, уязвима для критики и требует специальной профессиональной подготовки, а также учета опыта, закрепленного в специальных таблицах, шкалах, кластерах, формулах, справочных материалах, руководствах и т.д.

Л.Ф. Бурлачук [1979], обобщивший материалы зарубежных исследований по данной методике, в качестве важных диагностических признаков, в частности, выделяет следующие.

Для шизофрении:

- частые отказы;
- неоправданное приписывание изображению числовых или геометрических значений;
- внезапное снижение качества реагирования на форму;
- контаминации;
- частные абстракции, отнесение интерпретаций к себе;
- небольшое количество ответов по деталям изображения;
- отсутствие популярных ответов;
- преобладание «цветовых ответов» и «светотеневых» интерпретаций;

- высокое количество «анатомических» ответов;
- затруднения при интерпретации «легких» таблиц;
- абсурдные ответы.

Для эпилепсии:

- увеличение среднего числа ответов и времени ответа;
- указание на симметрию;
- называние цвета;
- ответы «чистого» цвета;
- персеверации;
- детализация (педантизм формулировок);
- описание вместо интерпретации;
- «светотеневые» шоки (нарушения ассоциативного процесса);
- интерпретации с агрессивным содержанием.

Метод Роршаха наиболее эффективен для внутрипознательного изучения структуры психического дефекта, степени его выраженности, индивидуальных особенностей стереотипа развития болезни.

Методика оценки фрустрационной толерантности Розенцвейга

[Rosenzweig, 1945; Тарабрина, 1984; Блейхер, Крук, 1986; Лучшие..., 1992; Бурлачук, Морозов, 1999; Ясюкова, 2001; Диагностика..., 2002]

Стимульный материал данной проективной методики представляет собой 24 схематичных контурных рисунка; на них изображены два или три персонажа, один из которых находится в ситуации фрустрации. Сами ситуации можно разделить на две основные группы: ситуации «препятствия» («эгоблокинговые», их 16 — номера рисунков: 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24) и ситуации «обвинения» («суперэгоблокинговые», их восемь — номера рисунков: 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21).

Испытуемый должен представить себя на месте «героя» (он на рисунках всегда справа) и вписать свой ответ на реплику собеседника в предусмотренном месте.

Испытуемому могут быть заданы вопросы относительно коротких или двусмысленных ответов.

На рис. 3.5 приведены примеры стимульного материала (для взрослых).

Каждый ответ оценивается с точки зрения двух критериев: направленности и типа реакции.

По направленности.

1. Экстрапунитивные. Реакции направлены на живое или неживое окружение в форме подчеркивания степени фрустриру-

ющей ситуации, в форме осуждения внешней причины фрустрации или вменения в обязанность другому лицу разрешить данную ситуацию. Ведущие эмоции — гнев и возмущение.



Рис. 3.5. Стимульный материал для методики Розенцвейга (версия для взрослых)

2. Интропунитивные. Реакция направлена на самого себя, с принятием вины или же ответственности за исправление возникшей ситуации, фрустрирующая ситуация не подлежит осуждению. Испытуемый принимает фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя. Ведущие эмоции — виновность и угрызение совести.

3. Импунитивные. Фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто незначительное или неизбежное, преодолимое со временем, обвинение окружающих или самого себя отсутствует. Типична примиряющая позиция.

По типу реакции.

1. Препятственно-доминантные. Препятствия, вызывающие фрустрацию, всячески акцентируются, независимо от того, расцениваются они как благоприятные, неблагоприятные или незначительные.

2. Самозащитные. Активность в форме порицания кого-либо, отрицание или признание собственной вины, уклонение от упрека, направленные на защиту своего «Я», ответственность за фрустрацию никому не может быть приписана.

3. Необходимо-упорствующие. Постоянная потребность найти конструктивное решение конфликтной ситуации в форме либо требования помощи от других лиц, либо принятия на себя обязанности

разрешить ситуацию, либо уверенности в том, что время и ход событий приведут к ее разрешению.

Полученные от испытуемого ответы интерпретируются, а результаты кодируются буквами:

E — экстрапунитивные реакции;

I — интропунитивные;

M — импунитивные.

Типы реакций обозначаются следующими символами:

OD — «с фиксацией на препятствии»;

ED — «с фиксацией на самозащите»;

NP — «с фиксацией на удовлетворении потребности».

Если в ответе с экстрапунитивной, интропунитивной или импунитивной реакцией доминирует идея препятствия, добавляется значок «прим» (*E'*, *I'*, *M'*).

Тип реакции «с фиксацией на самозащите» обозначается прописными буквами без значка (*E*, *I*, *M*).

Тип реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности» обозначается строчными буквами (*e*, *i*, *m*).

Экстра- и интропунитивные реакции самозащитного типа в ситуациях обвинения имеют еще два дополнительных варианта оценки, которые обозначаются символами *E* и *I*.

Все полученные в результате интерпретации буквенные коды заносятся в специальный протокол, после чего производится анализ реакций испытуемых, а структура его ответов сравнивается со стандартными усредненными для данной популяции данными. Это позволяет рассчитать «степень социальной адаптации» (GCR).

Следует иметь в виду, что качество анализа ответов по данной методике возрастает, если помимо формальных процедур интерпретации написанного испытуемым текста производится и учет его «живых» мимических, интонационных и поведенческих реакций на каждую предложенную ситуацию.

Помимо взрослого варианта методики Розенцвейга, известна и его детская версия [Rosenzweig, Fleming, Rosenzweig, 1948; Данилова, 1996; Диагностика..., 2002; Дементий, 2004].

На рис. 3.6 приведен пример стимульного материала (детская версия).

При обработке данных, полученных с помощью детской версии методики Розенцвейга, используется тот же подход, который был предложен для взрослой.



Рис. 3.6. Стимульный материал методики Розенцвейга (версия для детей)

Методика незаконченных предложений Д.М. Сакса — С. Леви
 (J.M. Sacks, S. Levy — SSCT: Sack's Sentence Completion Test)
 [Sacks, Levi, 1950; Блейхер, Крук, 1986; Кудряшов (ред.), 1992;
 Михайлов, Сердюк, Федосеев, 2002; Калягин, Овчинникова, 2006;
 Райгородский, 2007]

Данная методика, адаптированная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева, предназначена для исследования различных сторон и проблемных зон личности, для выявления основных психотравмирующих ситуаций, для дополнения анамнестических данных. Интерпретация носит качественный характер.

Методика заключается в том, что обследуемому предлагают дописать первыми пришедшими в голову мыслями 60 готовых незаконченных фраз.

Образцы фраз:

1. Думаю, что мой отец редко...
2. Если все против меня, то
3. Я всегда хотел
4. Если бы я занимал руководящий пост
5. Будущее кажется мне
6. Мое начальство
7. Знаю, что глупо, но боюсь

8. Думаю, что настоящий друг
9. Когда я был ребенком
10. Идеалом женщины (мужчины) для меня является
11. Когда я вижу женщину рядом с мужчиной
12. По сравнению с большинством других моя семья
13. Лучше всего мне работается с
14. Моя мать и я
15. Сделал бы все, чтобы забыть
16. Если бы мой отец только захотел
17. Думаю, что я достаточно способен, чтобы
18. Я мог бы быть очень счастливым, если бы
19. Если кто-нибудь работает под моим руководством
20. Надеюсь на
21. В школе мои учителя
22. Большинство моих товарищей не знают, что я боюсь
23. Не люблю людей, которые
24. Когда-то
25. Считаю, что большинство юношей (девушек)
26. Супружеская жизнь кажется мне
27. Моя семья обращается со мной как с
28. Люди, с которыми я работаю
29. Моя мать
30. Моей самой большой ошибкой было
31. Я хотел бы, чтобы мой отец
32. Моя наибольшая слабость заключается в том
33. Моим скрытым желанием в жизни является
34. Мои подчиненные
35. Наступит тот день, когда
36. Когда ко мне приближается мой начальник
37. Хотелось бы мне перестать бояться
38. Больше всех люблю тех людей, которые
39. Если бы я снова стал молодым
40. Считаю, что большинство женщин (мужчин)
41. Если бы у меня была нормальная половая жизнь
42. Большинство известных мне семей
43. Люблю работать с людьми, которые
44. Считаю, что большинство матерей
45. Когда я был молодым, то чувствовал вину, если
46. Думаю, что мой отец
47. Когда мне начинает не везти, я
48. Больше всего я хотел бы в жизни
49. Когда я даю другим поручение
50. Когда буду старым
51. Люди, превосходство которых над собой я признаю
52. Мои опасения не раз заставляли меня
53. Когда меня нет, мои друзья

54. *Мойм самым живым воспоминанием детства является*
 55. *Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины)*
 56. *Моя половая жизнь*
 57. *Когда я был ребенком, моя семья*
 58. *Люди, которые работают со мной*
 59. *Я люблю свою мать, но*
 60. *Самое худшее, что мне случилось совершить, это*

Учитываются качество ответа (смысл законченного предложения), латентный период (время, затраченное на обдумывание ответа) и эмоциональная реакция пациента. Ответы испытуемого группируются в соответствии с ключом, предусматривающим 15 тем.

Ключ к методике незаконченных предложений

№ п/п	Группы предложений	№ заданий			
		1	16	31	46
1	Отношение к отцу	1	16	31	46
2	Отношение к себе	2	17	32	47
3	Нереализованные возможности	3	18	33	48
4	Отношение к подчиненным	4	19	34	49
5	Отношение к будущему	5	20	35	50
6	Отношение к вышестоящим лицам	6	21	36	51
7	Страхи и опасения	7	22	37	52
8	Отношение к друзьям	8	23	38	53
9	Отношение к своему прошлому	9	24	39	54
10	Отношение к лицам противоположного пола	10	25	40	55
11	Сексуальные отношения	11	26	41	56
12	Отношения к семье	12	27	42	57
13	Отношение к сотрудникам	13	28	43	58
14	Отношение к матери	14	29	44	59
15	Чувство вины	15	30	45	60

Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную.

Для более тонкой дифференциации ответов по категориям отношений и их сравнению возможен вариант оценки, при котором каждый ответ (система отношений) оценивается по 3-балльной системе (0, 1, 2):

- 0 баллов — если адаптация не нарушена, конфликт не выявлен;
- 1 балл — если конфликт на субклиническом уровне, испытуемый сам видит пути разрешения конфликта;
- 2 балла — когда адаптация нарушена, требует психотерапевтической коррекции.

Часть ответов бывает формального характера, соответствует по содержанию началу фразы. Эмоционально значимые предложения даже при формальном соответствии ответа сопровождаются задержкой (удлинением латентного периода), мимико-вегетативной реакцией. У больных с истерической акцентуацией, как правило, выявляется множество конфликтов, выражена демонстративность, вычурность ответов. У больных со страхами и болезненными переживаниями фиксируется неуверенность в будущем. Чем категоричнее и ярче даже отрицательные ответы, свидетельствующие о конфликте, тем больше они доказывают социальную дизадаптацию пациента [Михайлов, Сердюк, Федоссов, 2002].

Помимо версии Сакса — Леви, существует много иных вариантов данной методики, отличающихся как направленностью вопросов, так и характером возможных вариантов ответа (например, степенью их регламентированности или выбором ответа из готового списка).

Контрольные вопросы и задания

1. В чем преимущества беседы как одного из клинических методов исследования?
2. Какие формы помощи ребенку возможны при проведении экспериментальных заданий?
3. Дайте характеристику наблюдения как одного из наиболее универсальных методов исследования психических явлений.
4. Опишите принцип построения шкал теста дифференциальной самооценки функционального состояния.
5. Какой теоретический подход к оценке личности реализован в методике «Семантический дифференциал»?
6. С помощью каких методик возможно исследование личностного отношения к болезни и здоровью?
7. Какие характеристики темперамента оцениваются в опросниках Я. Стреляу и В.М. Русалова?
8. С помощью каких методик исследуется степень выраженности акцентуированных черт?
9. Какими методиками представлен факторный подход к личности?
10. Опишите технологию исследования по тематическому апперцептивному тесту и специфику его стимульного материала для взрослых и детей.

11. Каковы проективные критерии шизофренических и эпилептических изменений, регистрируемые по методике Роршаха?
12. Какие цели реализует исследование по методике Розенцвейга?
13. Какие особенности личности и эмоциональной сферы можно выявить при исследовании по методике незаконченных предложений?

3.9. СПОСОБНОСТИ И ИНТЕЛЛЕКТ

Способности

Большинство авторов определяют *способности* как индивидуально-психологические особенности личности, обуславливающие быстроту (динамику) и успешность усвоения знаний, навыков, умений, исполнения какой-то деятельности. Есть все основания включать в их содержание и такие качества, как творческий элемент, оригинальность и новизна. Для способностей характерна и возможность переноса выработанных умений и навыков в новую ситуацию. Таким образом, способности могут описываться как количественными, так и качественными характеристиками. Свойства темперамента и характера в число способностей не попадают, равно как знания и умения, которые могут являться результатом упорного труда при отсутствии способностей в заданной области.

Например, по мнению одного из основных отечественных разработчиков проблемы способностей Б.М. Теплова [1961], имеются три признака, обуславливающих корректное использование данного понятия:

1) под способностями понимаются индивидуально-психологические особенности, отличающие одного человека от другого;

2) способностями называют не всякие вообще индивидуальные особенности, а лишь такие, которые имеют отношение к успешности выполнения какой-либо деятельности или многих деятельностей (этой мысли созвучно и определение способностей, даваемое К.К. Платоновым, — «степень соответствия личности в целом определенной деятельности» [Платонов, 1972, с. 87];

3) способность не сводится к тем знаниям, навыкам или умениям, которые уже выработаны у данного человека.

Однако между такой важнейшей составляющей способностей, как мышление, и характером существуют более сложные отношения. Такие качества, как легкомыслие, благоразумие, рассудительность, глубина и острота мысли, необычность постановки вопроса и его решения, уверенность в ходе мыслительных процессов, будучи исходно интеллектуальными, являются или могут становиться характерологическими чертами. При этом, превращаясь

в свойства характера, интеллектуальные качества начинают характеризовать не один интеллект как таковой, а личность в целом [Рубинштейн, 2000]. С другой стороны, в широкой трактовке, к числу способностей могут быть отнесены восприятие, память и мышление, которые часто определяются через это понятие.

Как и все индивидуально-психические особенности личности, способности не даются человеку от природы в готовом виде, а формируются прижизненно, в деятельности. Однако в их основе лежат врожденные и генетически детерминируемые задатки (анатомо-физиологические предпосылки), к числу которых обычно относят морфологические особенности строения мозга, специфику его функционирования, а также свойства нервной системы в целом. Иногда к числу задатков причисляют качество работы органов чувств и осуществления психомоторных процессов. Но по результатам развития невозможно сказать, каков был вклад задатка, способностей определения меры участия генотипического фактора пока тоже нет.

Наличие задатков не гарантирует развития способностей, это лишь природный потенциал, который может реализоваться при соответствующих условиях и образовательных воздействиях извне. Более того — и сами способности не могут существовать иначе, как в постоянном процессе развития.

Двумя сторонами, или составными частями, способностей, которые могут иметь разную степень выраженности, являются *обучаемость* — способность приобретать уже накопленные в обществе знания и *креативность* — способность преобразовывать полученную информацию, создавать новые знания и интеллектуальные продукты с участием воображения и фантазии.

Традиционно выделяют:

- *общие способности*, определяющие успех в любой деятельности и часто отождествляемые с интеллектом или общим уровнем развития либо с системой индивидуально-волевых качеств, способствующих эффективности осуществления широкого круга деятельности; по В.Н. Дружинину [2002], общие способности характеризуются как способности получать, преобразовывать и применять знания;
- *специальные способности*, реализуемые в пределах лишь одного вида деятельности, но возникающие на базе общих (например, музыкальные, конструктивные, математические, педагогические и т.п.).

Между общими и специальными способностями существуют иерархические отношения, точно так же, как подобные отно-

шения существуют между факторами, составляющими интеллект (например, факторами более низкого уровня по отношению к фактору общего интеллекта являются факторы вербального, во многом зависящего от социализации и приобщения к культуре, и невербального (пространственного, практико-технического) интеллекта, а на еще более низком уровне иерархии расположены частные умственные качества, измеряемые с помощью тестов и диагностических проб, но и те при известной изопренности могут быть разложены на более мелкие мыслительные операции).

Способности разных людей к одной и той же деятельности могут иметь различную структуру благодаря индивидуальному своеобразию психических качеств и их сочетаний. Результатом непропорционального развития какой-то стороны интеллектуальных функций становятся так называемые *односторонние способности* (математические, музыкальные, лингвистические и др.). Многие из них в благоприятных обстоятельствах обучения и реализации позволяют человеку достичь выдающихся успехов и войти в историю науки, искусства или какого-либо вида деятельности, но в некоторых случаях, отнимая мозговые ресурсы у других психических процессов, могут сопровождаться признаками социально-психологической дизадаптации и недоразвитием иных психических функций.

По мнению В.Д. Шадрикова [1983], необходимо различать такие внешне близкие понятия, как способности и *одаренность*. Основываясь на системном подходе, способности необходимо соотносить со свойствами познавательных и психомоторных процессов, и их классификация должна опираться на классификацию психических функций и процессов. Одаренность же представляет собой индивидуально-своеобразное сочетание способностей. Она должна соотноситься с конкретной деятельностью, и при ее классификации необходимо исходить из психологического анализа соответствующих видов деятельности.

Интеллект

Несмотря на отсутствие общепринятого определения, как эквивалент понятия общей одаренности или как общая способность к обучению и деятельности, независимо от их содержания часто рассматривается интеллект.

Практически все авторы, занимающиеся проблемой интеллекта, сходятся в одном — в неразрешенности этой проблемы и в необходимости признания множественности точек зрения на его научное

содержание. В некоторых работах высказываются даже сомнения в самом факте существования интеллекта.

Основной интерес к проблеме интеллекта исторически возник в конце XIX — начале XX в. на почве дифференциальной диагностики познавательных функций детей, что и определило начальное психометрическое русло подобных исследований, лежащее в сфере разработки разнообразного измерительного инструментария (заданий), способного их (познавательные, а ранее и сенсорные функции) количественно оценить (Френсис Гальтон, Джеймс Кеттелл, Альфред Бине и др.). В дальнейшем полученные оценки стало возможным сопоставить с данными, типичными для соответствующего хронологического возраста. Таким образом, главным предметом исследования стал достигнутый уровень психического развития, традиционно обозначаемый в психологии как IQ (*intelligence quotient*). Оставался открытым тогда и до сих пор не вполне определен вопрос о конкретном перечне проб или заданий, которые с достаточной полнотой могли бы характеризовать стихийно складывающиеся представления об интеллекте, источником которых в большей степени являлся произвол автора — разработчика тестовых батарей, а не общетеоретические представления о психологической сущности интеллекта. Вместе с тем уже в те годы в понятие интеллекта начинают включаться и факторы, источником которых выступает социальная среда (осведомленность, способность к моральным оценкам и др.), а не только биологические предпосылки (пороговая чувствительность, время реакции и т.п.).

Позднее существенный слой в разработке представлений об интеллекте начинает связываться с активным внедрением в психологию статистических методов, в частности, факторного анализа, благодаря которому возникают две, на первый взгляд, взаимоисключающие тенденции. Первая (она возникла на почве исследований английского психолога Чарльза Спирмена (Charles Edward Spearman, 1863–1945) утверждает наличие общего фактора интеллекта (фактора «G»), который обосновывается наличием положительных корреляций (статистических связей) между результатами исполнения различных интеллектуальных тестов. Но помимо фактора «G», Спирмен выделяет и второй фактор специфических способностей «S», который характеризует человека с точки зрения того, насколько успешнее или неуспешнее он справляется с конкретным видом деятельности по сравнению с другим человеком, обладающим одинаковым с ним фактором «G».

Дальнейшее развитие фактор «G» получил в работах англо-американского психолога Раймонда Кеттелла (Raymond Bernard Kettell, 1905–1998). Спирменовский фактор «G» был разделен им на два компонента: «Gc» — кристаллизованный интеллект и «Gf» — текучий интеллект. Кристаллизованный интеллект является результатом влияния культуры и образования, его основная функция — накопление и организация знаний и навыков. Текучий интеллект связан с биологическими возможностями нервной системы, его основная функция — быстро и точно обрабатывать текущую информацию. Кроме этих базовых интеллектуальных способностей, Р. Кеттелл выделил еще три дополнительных фактора: «Gv» — способность манипулировать образами при решении дивергентных задач, «Gm» — способность сохранять и воспроизводить информацию и «Gs» — способность поддерживать высокий темп реагирования.

Вторая тенденция представлена работами американского психолога Луиса Терстоуна (Louis Leon Thurstone, 1887–1955), предложившего свой вариант многомерного факторного анализа, заключавшийся в отказе от единого общего фактора интеллекта, место которого заняли несколько так называемых групповых факторов:

- вербальное понимание — способность понимать значение текстов, понятий, словесных аналогий, умение интерпретировать пословицы и т.п.;
- речевая беглость — способность быстро подобрать слово по заданному критерию (рифм, слов, принадлежащих к одной категории);
- вычислительный — скорость и точность выполнения основных арифметических действий;
- пространственный — способность быстро воспринимать и эффективно оперировать в уме зрительными пространственными отношениями;
- память — способность запоминать и воспроизводить информацию, в том числе построенную на ассоциациях;
- скорость и точность восприятия деталей, сходств и различий в изображениях и вербальном материале;
- индуктивный (логический) — способность выявлять закономерности и правила при завершении последовательностей.

Следствием подобной замены стала необходимость для диагностики использовать не обобщенный показатель, а целый профиль умственных способностей, составляющих интеллект. Центральным аргументом здесь становится мысль, что можно быть «умным» в одной сфере и «глупым» — в другой. Однако даль-

нейшие исследования показали, что выделенные факторы не являются полностью независимыми, они также коррелируют друг с другом, что говорит в пользу существования фактора «G». Другими словами, противостояние этих двух концепций обобщения когнитивных функций в факторную модель интеллекта представляет собой не что иное, как диалектическое единство общего и специфического в одном и том же феномене.

Так или иначе, обе эти модели интеллекта исходно опираются на эмпирические данные, полученные путем тестирования (до факторизации необходимо иметь числовую матрицу, в которой каждая ячейка содержит число, характеризующее степень выраженности способности, предположительно измеряемой отобранным тестом).

Теоретически развивая идеи факторного подхода, другой американский психолог Джой Пол Гилфорд (Joy Paul Guilford, 1897–1987) на основе своих двадцатилетних исследований приходит к построению концептуально иной, трехмерной «кубической» модели интеллекта [Гилфорд, 1965], осями которой становятся: пять типов операций (познание, память, оценивание, дивергентная и конвергентная продуктивность), четыре вида содержания (образовательный материал, символический, семантический и поведенческий) и шесть видов результатов или конечных мыслительных продуктов (элементы, классы, отношения, системы, типы преобразований и производимые выводы). Сочетание указанных составляющих позволяет зафиксировать 120 самостоятельных факторов интеллекта. Здесь за основу модели принимаются не перечни желаемых способностей, а внутренняя конструкция интеллекта.

Теоретически достаточно стройная, данная модель для практических целей оказывается совершенно неприемлемой, так как «рассыпает» интеллект на мозаику многочисленных компонентов, недоступных для полноценного экспериментального исследования.

К учету трех совершенно различных концепций интеллекта призывал Ханс Айзенк (Hans Jürgen Eysenck, 1916–1997) [Айзенк, 1995]. Он считал необходимым выделение *биологического интеллекта* (физиологической, нейрологической, биохимической и гормональной основы познавательного поведения, в рамках которой важную роль играет генетический фактор), *психометрического интеллекта*, на практике измеряемого IQ-тестами, и *социального интеллекта*, во многом зависящего от культурных факторов и в основном выражающегося в эффективности социальной адаптации. Айзенк утверждал, что при тестировании примерно 70% различий определяется биологическим фактором, а 30% зависят от средовых.

Одним из обоснований роли социального интеллекта Г. Айзенк считал работы Роберта Стернберга (Robert Sternberg, р. 1949), скептически относящегося к тестовым способам оценки интеллекта, среди которых отсутствуют проблемные ситуации, регулярно встречающиеся в повседневной жизни. Взамен традиционного подхода он предпринимает попытку описания «обыденных» его проявлений, для чего использует метод факторного анализа суждения экспертов о наиболее показательных качествах интеллекта. Результатом его работы стало выделение трех форм интеллектуального поведения:

1) вербальный интеллект, который характеризуется запасом слов, эрудицией, умением понимать прочитанное;

2) способность решать проблемы;

3) практический интеллект (социальная компетентность) как умение добиваться поставленных целей.

Р. Стернберг приходит к выводу, что практический интеллект воплощается в «формах приобретаемого опыта» [Стернберг, 2002], рассматриваемых Г. Айзенком как проявление социально полезной адаптации.

В последние годы феномен социального интеллекта привлекает к себе все большее внимание. Этот термин, в общих чертах обозначавший «вести себя мудро в человеческих взаимоотношениях», введен в 1920 г. американским психологом Эдвардом Торндайком [Edward Lee Thorndike, 1884–1974] в статье *Intelligence and its use*. Позднее предпринимались многократные попытки формулировать более точные и научные его определения, включавшие в том числе способность понимать самого себя во взаимоотношениях, а также прогнозировать межличностные события [Емельянов, 1995]. Основная критика социального интеллекта часто сводится к его искусственности, поскольку он представляет собой лишь гармоничную часть общего интеллекта или один из зависимых от него факторов.



Д. Векслер

Факторный подход к интеллекту дополняется его иерархическими моделями, в которых общий интеллект распадается на несколько факторов более низкого уровня (групповых), например, на вербальный и интеллект действия, которые, в свою очередь, дробятся на более мелкие специфические факторы у Дэвида Векслера (David Wechsler, 1896–1981), или же находящийся на вершине фактор общих способностей презентуется вербальным, пространственным, мнемическим

и фактором перцептивной скорости, определяемыми психологическими тестами, — как это было показано в других исследованиях [Дружинин, 1999].

Представление об интеллекте как наиболее совершенной форме адаптации организма к среде, являющей собой единство процесса ассимиляции (усвоения) и процесса аккомодации (модификации) внешних когнитивных схем, разрабатывалось еще Уильямом Штерном (William Lewis Stern, 1871–1938) [Штерн, 1998] и Жаном Пиаже (Jean William Piaget, 1896–1980) [Пиаже, 2003]. Суть интеллекта заключается в возможности осуществлять гибкое и одновременно устойчивое приспособление к физической и социальной действительности, а его основное назначение — в структурировании (организации) взаимодействия человека со средой. Более высокий интеллект означает лучшую способность приспособления мышления к новым условиям существования и требованиям бытия.

Вслед за Дж. Гилфордом, уходя от феноменологической и апеллируя к общеструктурной стороне интеллекта, М.А. Холодная [1990, 2000] усматривает уже четыре основных аспекта его функционирования, характеризующих четыре типа интеллектуальных способностей: конвергентные способности, дивергентные способности (или креативность), обучаемость и познавательные стили.

Конвергентные способности представлены четырьмя свойствами интеллекта.

1. Уровневые свойства, характеризующие достигнутый уровень развития отдельных познавательных функций. Их типичными примерами являются те особенности интеллектуальной деятельности, которые диагностируются с помощью интеллектуальных шкал Векслера или Амтхауэра.

2. Комбинаторные свойства, характеризующиеся способностью к выявлению и формированию разного рода связей и отношений.

3. Процессуальные свойства, характеризующие операциональный состав, приемы и отражение интеллектуальной деятельности (как человек выполняет то или иное задание).

4. Регуляторные свойства, характеризующие обеспечиваемые интеллектом эффекты координации, управления и контроля психической активности.

В качестве критериев *дивергентных способностей* целесообразно рассматривать комплекс определенных свойств интеллектуальной деятельности:

- 1) *беглость* (количество идей, возникающих в единицу времени);

2) *оригинальность* (способность производить «редкие» идеи, отличающиеся от общепринятых, типичных ответов);

3) *восприимчивость* (чувствительность к необычным деталям, противоречиям и неопределенности, а также готовность гибко и быстро переключаться с одной идеи на другую);

4) *метафоричность* (готовность работать в фантастическом, «невозможном» контексте, склонность использовать символические, ассоциативные средства для выражения своих мыслей, а также умение в простом видеть сложное и, напротив, в сложном — простое).

Обучаемость выводится из широко известной концепции Л.С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития. При широкой трактовке обучаемость рассматривается как общая способность к усвоению новых знаний и способов деятельности, а при узкой — как величина и темп прироста эффективности интеллектуальной деятельности под влиянием тех или иных обучающих воздействий. При этом в качестве критериев обучаемости выступают: 1) количество дозированной помощи, в которой нуждается ребенок (со стороны экспериментатора или учителя); 2) возможность переноса усвоенных знаний или способов действия на выполнение аналогичного задания.

Познавательные стили (устойчивые способы исполнения интеллектуальной деятельности):

- *стили кодирования информации* — визуальный, аудиальный, кинестетический;
- *когнитивные стили* — насчитывается до 20 различных (поле-зависимость — полнезависимость, импульсивность — рефлексивность, фокусирующего — сканирующего контроля и др.) [Холлодная, 2004];
- *интеллектуальные стили* — способы постановки и решения проблем: законодательный, исполнительный, оценочный и др.;
- *эпистемологические стили* (эпистемология — раздел философии, изучающий закономерности получения научных знаний) — индивидуально-своеобразные способы познавательного отношения человека к происходящему, проявляющиеся в особенностях индивидуальной «картины мира» (эмпирический, рациональный, метафорический).

Заметное место в отечественной психологии занимает система взглядов В.Н. Дружинина, предложившего модель «интеллектуального диапазона», или «диапазона продуктивности», суть которой сводится к тому, что интеллект ограничивает верхний уровень достижений в любой деятельности, но не детерминирует его результат.

С ростом общего интеллекта растет и диапазон достижений, но при прочих равных условиях важную роль начинают играть мотивация, общая активность и компетентность, способные в отдельных случаях обеспечить более высокий уровень достижений [Дружикин, 1998, 2007]. Он так же, как и Ж. Пиаже и Г. Айзенк, важную роль в понимании интеллекта отводит ему как способности, определяющей общую успешность адаптации человека к новым условиям.

Активность интеллекта, особенно его высшие творческие формы, по мнению Б.Г. Ананьева [1977], детерминируются установками, потребностями, интересами и идеалами личности, ее притязаниями. Ананьев видел в интеллекте интегрированную систему познавательных процессов, причем степень этой интегрированности, выраженная в корреляционных связях между отдельными свойствами познавательных функций, рассматривалась как критерий развития интеллекта. Одно из важнейших мест в теории интеллекта взрослого человека занимает «сложная диалектика памяти и мышления» [Ананьев, 1977, с. 360]. Аналогичной позиции о связи памяти с мышлением как предпосылки высшего уровня интеллекта придерживался и Л.М. Веккер [1998].

Связь особенностей организации индивидуальной базы знаний, опираясь на которую субъект строит свои представления о происходящем, а также правил, с помощью которых субъект использует имеющиеся у него сведения (хранит и воспроизводит их), с интеллектуальными способностями подчеркивается еще в ряде теорий. В способах интерпретации интеллекта особое место занимают и концепции, которые во главу угла ставят характеристики эффективности обучения или присвоения знаний, причем в одном случае критерием интеллектуального развития выступает собственно обучаемость, а в другом — интеллект определяется как совокупность приобретенных в процессе обучения когнитивных навыков.

Среди факторов, рассматриваемых как составная часть интеллекта, довольно часто упоминаются творческие, или креативные, потенции. В.Н. Дружинин [1994], анализировавший роль этого фактора, считал, что в психологии существует как минимум три основных подхода к проблеме творческих способностей:

- 1) как таковых творческих способностей нет. Главную роль в детерминации творческого поведения играют мотивация, ценности, личностные черты (когнитивная одаренность, чувствительность к проблемам, независимость в неопределенных и сложных ситуациях);

- 2) творческая способность (креативность) является самостоятельным фактором, независимым от интеллекта, а в более «мягком»

варианте между уровнем интеллекта и уровнем креативности есть незначительная корреляция;

3) высокий уровень развития интеллекта предполагает высокий уровень творческих способностей и наоборот.

Последующие исследования показали, что между интеллектом и креативностью существует более сложная зависимость — креативность и общий интеллект являются способностями, определяющими процесс решения мыслительной задачи, но играющими разную роль на различных его этапах; при этом количество гипотез, порождаемых индивидом при решении комплексной мыслительной задачи, коррелирует с креативностью, а правильность решения положительно коррелирует с уровнем общего интеллекта. Кроме того, обнаружилось, что среди лиц с низким интеллектом трудно найти человека с креативными способностями, но встречаются интеллектуалы с низкой креативностью.

Как способность индивида к целесообразному поведению, рациональному мышлению и эффективному взаимодействию с окружающим миром определял интеллект Д. Векслер. Он показал, что успешность решения интеллектуальных тестов зависит от интеллектуальных параметров и от приобщения к культуре, любознательности, двигательной активности и т.д.

Большинство из рассмотренных теоретических построений входит в парадоксальный конфликт с общепринятой практикой измерения интеллекта, которая опирается на весьма конкретные показатели типа скорости выполнения задания, количества допущенных ошибок и т.п.

В качестве рабочего в дальнейшем будем использовать следующее определение *интеллекта*: это — интегративная способность психики индивида обеспечивать прогресс в избранных видах деятельности.

Спектр «избранных» видов деятельности может колебаться в широких пределах, начиная от единичных (как это, например, может иметь место при синдроме Аспергера) и заканчивая фронтальным, многогранным, приближающимся к тому, что у Спирмена обуславливается фактором «G».

При этом необходимо различать *«инструменты» интеллекта* — комбинации конкретных психических функций и процессов (в первую очередь гнозиса, мнезиса, мышления и селективной регуляции и др.), основой которых являются морфофункциональные системы мозга, развивающиеся в том числе и под воздействием социальной среды, и *«мишени» интеллекта*, выступающие для внешнего наблюдателя в качестве его индикаторов (обучаемость, адаптивность, экономичность, безошибочность и т.п.).

Учитывая, что за любой способностью с одной стороны стоит этапность в развитии многочисленных функциональных систем мозга и возрастная специфика его межполушарного взаимодействия [Сандомирский, Белгородский, Еникеев, 1997], а с другой — столь же многочисленные внешние, в том числе социальные, условие развития желаемых способностей у ребенка оказывается связанным с наличием и реализацией так называемых *сенситивных периодов*. Это относительно узкие этапы онтогенетического развития, в которые развивающийся организм бывает повышенно восприимчив к определенному рода воздействующим влияниям и стимулам. В такие периоды создаются оптимальные сочетания внутренних психофизиологических условий для развития конкретных психических свойств и способностей. Запоздывание в предоставлении ребенку соответствующей внешней стимуляции в необходимые сроки чревато неэффективностью соответствующей способности в дальнейшем, а в худшем случае и ее регрессией. Это обстоятельство обусловило то, что помимо определения «сенситивный», в психологии по отношению к тем же периодам времени используют или объединяют с ним понятия «критический» или «кризисный».

Как уже указывалось, понятие *критических периодов* в психологию ввел Л.С. Выготский [1984], который различал периоды спокойного развития и периоды развития переломного, характеризующиеся рассогласованностью в работе функциональных систем организма, перестройкой многих из них, наличием, наряду с позитивными, разрушительных тенденций. По смыслу это способ разрешения конфликта между уже сложившимися и вновь созревающими функциональными механизмами. Особенностью каждого критического периода является то, что в его конце формируются новые свойства и качества, которых не было в предыдущем возрасте.

Мнение о том, что потери, связанные с неэффективным использованием сенситивного (критического) периода, оказываются в дальнейшем невозполнимыми, в настоящее время подвергается пересмотру. Основанием для этого послужили исследования, показавшие волнообразное развитие многих функций, т.е. потенциальную возможность, хотя и с трудом позднее «добирать» упущенное.

Наращение уровня способностей выражается понятиями таланта и гениальности.

На инструментальном уровне наиболее распространенной формой оценки степени выраженности способностей являются

тесты (достижений, интеллекта, креативности и др.) [Айзенк, 1995]. Однако для детей первых лет жизни приемы оценки психического развития — основного предмета интересов детских психологов — требуют иного подхода, при котором основную роль играет наблюдение, сочетаемое с искусственным созданием условий, позволяющих раскрыть возможности сенсорно-перцептивной, моторной и аффективной сфер ребенка, проверить его активность, навыки самостоятельности и общения [Смирнова, Галигузова, Ермолова, Мецзякова, 2005].

Контрольные вопросы и задания

1. В чем заключается сложность определения понятия способностей?
2. Каковы различия между способностями и задатками?
3. Охарактеризуйте факторный подход в разработке представлений об интеллекте.
4. Каковы четыре аспекта функционирования интеллекта (по М.А. Холодной)?
5. Раскройте соотношение между интеллектом и творческими способностями.
6. В чем особенность приемов оценки интеллектуальной деятельности у детей первых лет жизни?

3.10. ПАТОПСИХОЛОГИЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Многочисленные и чрезвычайно разнообразные состояния, в различной степени и по разным причинам ухудшающие познавательные способности человека и, в первую очередь, ребенка, получили название умственной отсталости. К числу основных расстройств интеллектуального функционирования, помимо умственной отсталости, могут быть отнесены еще две формы дизонтогенетических изменений: задержка психического развития и деменция.

Умственная отсталость

Умственная отсталость — это целая группа сочетанных расстройств интеллекта и психического функционирования в целом, характеризующихся общим стойким недоразвитием психики в результате врожденных или рано приобретенных диффузных поражений мозга или генетических пороков развития. В МКБ-10 умственная отсталость определяется как «состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных особен-

ностей». Страдает и аффективная сфера, ухудшается способность к обучению. Такие дети составляют около 2,5% от общей детской популяции [Специальная..., 2007].

Термин «умственная отсталость» с начала 1990-х гг. заменил ранее широко распространенный термин «олигофрения», введенный в 1915 г. Е. Крепелиным с целью обозначения специфической аномалии развития и ограничения врожденного слабоумия от приобретенного (деменции — см. ниже), а также еще ранее применявшийся к лицам с интеллектуальной неполноценностью термин «идиотия». Замена одних терминов другими связана не только с углублением научных представлений об указанном дефекте и психофизиологических механизмах его возможного появления, но и с этическими соображениями. В разработанном проекте МКБ-11 понятие «умственной отсталости» предлагается заменить на еще более лояльное по отношению к таким детям понятие «расстройство интеллектуального развития» («Disorders of intellectual development») (6A00), которое само входит в рубрику «Нейроонтогенетические расстройства» («Neurodevelopmental disorders») (в DSM-5 — «психическая несостоятельность») или «расстройство когнитивных функций», причем акцент при таких заменах смещается с количественных критериев интеллектуальной деятельности на успешность адаптации в бытовой и социальной сферах.

Содержание данного раздела патопсихологии традиционно является одним из основных предметов анализа специальной психологии и, как правило, разрабатывается специалистами, работающими в этой сфере. Ключевой спектр проблем интеллектуальной недостаточности формируется в детстве под преимущественным влиянием факторов, специфических для данного возрастного периода, начиная от его пренатальных этапов.

Исходя из классификации, предложенной В.В. Лебединским и опирающейся на более ранние разработки Г.Е. Сухаревой, В.В. Ковалева и др. [Лебединский, 2003], умственная отсталость обоснованно квалифицируется как разновидность дизонтогенеза. Если *онтогенез* — это естественное, постепенное и одновременно этапное качественное и количественное изменение в организме и параллельно в психике на протяжении всей жизни, включающее как преимущественно прогрессивные, так и регрессивные (инволюционные на последнем этапе жизни) преобразования, то *дизонтогенез* — это патологическое отклонение от естественных хода, ритма, темпа и качества возрастных изменений (задержки и искажения). Дизонтогенез психического развития может возникать под влиянием многих внутренних и внешних факторов (био-

генетических, психогенных и микросоциальных), а также при их сочтанном взаимодействии. Однако отчетливые причинно-следственные связи между потенциально вредоносными факторами и возникшими неблагоприятными эффектами отслеживаются не всегда.

В соответствии с МКБ-10 выделяют легкую, умеренную, тяжелую и глубокую степени умственной отсталости (аналогичная четырехступенчатая классификация сохранилась и в МКБ-11), заменившие ранее использовавшиеся в рамках олигофрении категории дебильности, имбецильности и идиотии. Особенно сложным является установление причин возникновения легких дизонтогенетических расстройств, наблюдаемых у основной части умственно отсталых лиц. В материалах МКБ-11 оговаривается, что для отнесения индивида к категории лиц с нарушенным интеллектуальным развитием, необходимо, чтобы по показателям стандартизированных тестов он набирал на два и более стандартных отклонения ниже среднего.

Степени умственной отсталости и количественные показатели по стандартизированным методикам, в частности методике Векслера, соотносятся следующим образом (табл. 3.4) [Г.С. Мариничева, М.Ш. Вроно, 1999].

Таблица 3.4

Количественные критерии определения умственной отсталости

IQ (по тесту Векслера)	Определение через понятие «олигофрения»	Определение по МКБ-10
80–100	Норма (средняя)	Норма
70–79	Пограничные с нормой задержки развития	—
50–69	Дебильность	Легкая
35–49	Имбецильность	Умеренная
20–34 (40)		Тяжелая
Менее 20	Идиотия	Глубокая

Но нужно иметь в виду, что тяжелая и глубокая степени расстройств интеллектуального развития не могут быть с достаточной степенью адекватности дифференцированы с помощью стандартизированных тестов, и их категоризация производится на основе поведенческих критериев и уровня адаптированности к внешней среде.

В табл. 3.5 показано примерное распределение оценок по материалам выборки 1,7 тыс. лиц в возрасте от 16 до 64 лет.

Таблица 3.5

Процентное соотношение представителей выборки по уровню интеллектуального развития

Показатель IQ	Степень	% выявления
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

Учитывая, что степень умственной отсталости (расстройства интеллектуального развития) определяют величиной IQ весьма условно, да и стимульный материал методики может отставать от развития общества. В каждом конкретном случае рекомендуется учитывать и другие характеристики индивида, в частности его социальную компетентность, навыки самообслуживания и умение обеспечивать собственную безопасность.

Для типичной умственной отсталости свойственны тотальность психического недоразвития, которая касается не только интеллектуальной деятельности, но и всей психики в целом. К.С. Лебединская [1982], кроме тотальности, подчеркивает и фактор иерархичности психического недоразвития, выражающийся в том, что при отсутствии осложненности олигофренией (устар.) недостаточность восприятия, памяти, речи, эмоциональной сферы, моторики при прочих равных условиях всегда выражена меньше, чем недоразвитие мышления, особенно его абстрактных форм, отвлечения и обобщения. Однако Д.Н. Исаев [2007] указывает, что при умственной отсталости далеко не всегда имеют место тотальность и преимущественное недоразвитие фило- и онтогенетически наиболее молодых систем мозга. Психическое недоразвитие может быть обусловлено преобладающим поражением более древних глубинных образований, которые препятствуют накоплению жизненного опыта и обучения. В то же время вопрос о соотношении таких критериев, как ослабленная способность к социальной адаптации и ухудшенные познавательные возможности, продолжает оставаться открытым.

В качестве определяющего умственную отсталость фактора выступает и ее непрогредиентность (неразвиваемость, отсутствие динамики, процессуальности) [Сухарева, 1965].

Количественный и качественный состав потерь со стороны психики, сроки и интенсивность их проявлений, а также прогноз социальной адаптации для разных степеней умственной отсталости заметно различаются (глубокая степень умственной отсталости с ее фактическим отсутствием собственно психической жизни и переходом на вегетативный вариант взаимодействия с внешней средой здесь, как не представляющая интерес для патофизиологии, вообще не рассматривается).

С первых лет жизни могут замечаться отставания в моторном развитии ребенка, в способности эмоционально реагировать на окружающее, дети хуже и позднее овладевают навыками самообслуживания, в отличие от сверстников отличаются простотой и манипуляторным характером игр, непониманием взаимоотношений, моделируемых в ролевых играх, отсутствуют пытливость и свойственная здоровым детям любознательность, эмоции с возрастом не дифференцируются, высшие морально-этические чувства не формируются, все более заметной становится слабость познавательной деятельности, особенно в возрасте, требующем перехода к систематическим учебным занятиям.

Качеством неполноценности охвачены все предпосылки интеллекта: и внимание (плохо привлекается и фиксируется), и память (особенно в своих опосредованных, семантических формах, в то время как механическое запоминание может быть даже выше нормы), и общая психическая работоспособность, во многом обуславливаемые необходимыми произвольными волевыми усилиями. Восприятие ориентировано на внешние признаки предметов без попыток уловить их внутренние связи и отношения. Заметны нецеленаправленность поступков, дефект инициативы, внушаемость и подражательность поведения.

Вместе с мышлением по срокам своего развития отстает и речь, обнаруживающая скудность запаса слов и ошибки в их употреблении, маловыразительность, аграмматичность построения фраз и замедленность в их предъявлении. В более тяжелых случаях собственная речь вообще не формируется, а чужая не понимается. На фоне органических поражений мозга встречаются дизартрии, а также другие нарушения, проецируемые в моторную сферу: неуклюжесть, угловатость, недостаточная целесообразность при построении движения, расстройства мимики и жестикуляции. Могут встречаться и разнообразные пороки соматического развития.

В зависимости от тяжести умственной отсталости эффективность социальной адаптации таких больных может быть различной — начиная от весьма высокой, выстраиваемой на овладении несложными, рутинными профессиональными навыками, не требующими творческого подхода при хорошем учете практической стороны жизни, и заканчивая полной зависимостью от ухода и присмотра со стороны близких или специального персонала.

По современным представлениям, умственная отсталость, будучи зарегистрированной в детском возрасте, может со временем претерпевать ряд изменений в сторону компенсации (например, под влиянием лечебно-коррекционных мероприятий) или, напротив, усугубления состояния многих функций при тяжелых и осложненных формах, при неблагоприятной социальной обстановке вокруг больного ребенка. Следует иметь в виду, что при умственной отсталости, помимо собственно интеллектуальных ограничений, важную роль играет общая психическая пассивность, которая не позволяет реализовываться даже имеющимся скромным, но сохранным предпосылкам.

Степени и формы умственной отсталости

Выделяют следующие степени умственной отсталости.

Легкая степень трудноотличима от другой, более мягкой формы дизонтогенетического расстройства — задержки психического развития, а в дошкольном возрасте, и по личностным, и по социальным особенностям имея свою индивидуальность, такие дети могут почти не отличаться от здоровых. В раннем детстве некоторые отстают от сверстников в темпе психомоторного и речевого развития, у них запаздывает проявление гуления, лепета, слова они произносят позднее, а словарный запас накапливается медленнее. Игры долго носят манипуляторный характер, ролевой компонент устанавливается с трудом.

Явный умственный дефект становится заметен лишь с начала школьного обучения, он выражается в трудностях усвоения даже не очень сложного материала (из-за замедленного восприятия и слабости произвольного внимания). Либо, благодаря неплохой механической памяти и усидчивости, эти дети справляются с программой первых нескольких классов, но оказываются несостоятельными при переходе к предметам, требующим абстрактного мышления и семантической памяти. При легкой форме психического недоразвития с началом обучения в школе, и особенно в пубертатном и постпубертатном возрасте, у больных часто появляется сознание своей неполноценности, которое становится источником

внутреннего конфликта. Начинает преобладать гипотимный фон настроения, нередко с раздражительностью, легко возникают невротические и патохарактерологические реакции.

В то время как элементарные эмоции могут быть относительно сохранными, высшие эмоции, прежде всего нравственные, оказываются недоразвитыми и недостаточно дифференцированными. Преобладают главным образом непосредственные переживания, вытекающие из конкретной ситуации и деятельности. Возможны беспричинные колебания настроения.

При легкой степени умственной отсталости выявляются внушаемость, недостаточное чувство долга, ответственности, активности, а также неспособность к длительному волевому усилию и напряженной деятельности. Эти особенности эмоционально-волевой сферы могут выступать на первый план и утяжелять общую картину психического недоразвития. При ограниченном словарном запасе и слабой способности к ассоциативным процессам, дети, тем не менее, овладевают чтением, письмом и устным счетом, а в более старшие годы способны ориентироваться в несложных бытовых ситуациях, самостоятельно организуют свой быт, проявляют признаки критичности к себе, овладевают неквалифицированными, как правило, подражательными профессиональными навыками и даже вступают в брак.

Умеренная степень умственной отсталости выявляется в ранние периоды развития ребенка, поскольку при этой форме исходно и рано (на первых месяцах беременности либо в связи с наследственными механизмами) поражаются как кора больших полушарий головного мозга, так и нижележащие образования. Степень интеллектуальных и эмоционально-волевых потерь более высокая. В младенческом возрасте первыми признаками выступают задержки в моторном развитии. В более старшие годы возможна неуклюжесть. Речь появляется к концу дошкольного возраста и представляет собой отдельные слова, редко фразы. В дальнейшем понимание и использование речи ограничено весьма простыми диалогами или сообщениями о своих потребностях. Имеющиеся понятия носят конкретный бытовой характер, диапазон которых очень узок. Часто значительно нарушено звукопроизношение. Специальные программы обучения учитывают слабость восприятия, памяти и внимания, замедленный темп усвоения ограниченного материала. Типичны отсутствие инициативы, склонность к подражанию другим, неустойчивость в деятельности.

Навыки самообслуживания формируются с трудом, на что и направляются основные усилия в воспитании. Зрительно-про-

странственные функции — лучше по сравнению с речью, благодаря чему больные при соответствующем обучении и контроле способны к неквалифицированному труду, а при относительном развитии речи обнаруживаются и признаки социального развития (например, умение вступать в контакт или эмоциональная адекватность в привычных ситуациях). В то же время они не могут вести самостоятельный образ жизни, нуждаются в опеке.

Патопсихологическая картина больных с *тяжелой степенью* умственной отсталости напоминает аналогичную картину умеренной степени, но с той лишь разницей, что имеющиеся признаки недоразвития представлены с большей глубиной «по нижнему уровню», а помимо очевидной и тотальной интеллектуальной слабости и предельной ограниченности социального функционирования на первый план начинают выходить моторные нарушения, свидетельствующие об органическом поражении не только коры, но и подкорковых структур.

Глубокая степень умственной отсталости — предельная ограниченность в понимании происходящего и речи (узнавание и ориентировочный рефлекс отсутствуют, собственная речь на уровне нечленораздельных звуков). Элементарные навыки самообслуживания и опрятности, слежение за физиологическими оправлениями не формируются, продуктивная деятельность отсутствует. В примитивной эмоциональной сфере преобладают дисфории, реакции удовольствия и неудовольствия. Типичны резкая ограниченность моторики, сопутствующие расстройства зрения и слуха, неврологическая симптоматика. Возможно понимание простых жестов, реакции на появление новых людей (хотя родственников от посторонних обычно не отличают), на эмоции окружающих.

Д.Н. Исаев [2007] предложил классификацию форм умственной отсталости, которая предусматривает четыре ее варианта: астеническая, атоническая, дисфорическая и стеническая.

При *астенической форме* дети отличаются несоответствием уровня развития одних психических проявлений уровню развития других. Практически у всех уже с дошкольного возраста наблюдается неустойчивое и легко отвлекающееся внимание, из-за чего они не могут принимать длительного участия в играх, а позднее — работать в классе. Продуктивность повышается лишь при индивидуальных занятиях. У половины детей имеется эмоциональная неустойчивость, сочетаемая с неусидчивостью, суетливостью, а иногда расторможенностью. Отмечается крайне неуклюжая, неловкая моторика, затруднения в тонкой координации движений, особенно пальцев. В школьном возрасте у них страдает письмо, от-

стает развитие навыков чтения и счета, обнаруживается неумение правильно ориентировать одни части тела относительно других, сужен круг пространственных представлений.

При *атонической форме* на первый план, наряду с умственной отсталостью, выступает резко выраженная неспособность к психическому напряжению, что особенно проявляется в форме чрезмерной отвлекаемости, почти полной неспособности к сосредоточению, часто достигающей степени апроэксии. Недостаточность психического напряжения детей обнаруживается также в их низкой активности или даже полной бездеятельности. Поведение этих детей непоследовательное, а часто и явно нецеленаправленное, «полевое» и зависимое от случайностей ситуации, многие совершают нелепые поступки. Половина детей под влиянием постоянных побуждений в процессе индивидуальных занятий осваивает чтение, письмо, а часть из них — и счетные операции.

Наряду с недостаточной дифференцированностью, уплощенностью и грубостью чувств, часть детей отличается неумением тонко реагировать на переживания окружающих людей. Однако для большинства из них эмоции близких — достаточный стимул, вызывающий адекватные, хотя, возможно, и более примитивные чувства. У 75% детей обнаруживается недоразвитие моторики, особенно тонкой.

Дисфорическая форма характеризуется состоянием почти постоянного аффективного напряжения, сочетаемого с эпизодически возникающими аффективными вспышками. Большинство детей в состоянии дисфории отличаются капризностью, плаксивостью, раздражительностью, недовольством всем окружающим, частыми жалобами. Почти все не только раздражительны, но и злобны, легковозбудимы, склонны к агрессивным и разрушительным действиям. Такие дети постоянно ссорятся со сверстниками, дерутся с ними, наносят увечья, угрожают расправой. У меньшего числа детей наблюдаются дистимические расстройства, проявляющиеся в форме напряжения, нелепые и немотивированные эйфории. Почти у половины резко усилены примитивные влечения. Преобладает двигательная расторможенность.

Овладение навыками письма, чтения и счета идет замедленными темпами или становится невозможным, что объясняется их неловкой или своеобразной моторикой, затруднениями в овладении пространственными и временными представлениями, расстройствами внимания, недостаточной памятью и, особенно, аффективными расстройствами.

Дети со *стенической формой* отличаются сравнительно равномерным недоразвитием как интеллектуально-мнестических, так и эмоционально-волевых функций. Ограниченности, бедности и уплощенности их мышления соответствуют примитивность и недостаточность дифференцированности аффективной сферы. Менее подвержены изменению влечения — пищевые, оборонительные и другие реакции. Однако, несмотря на определенную мотивированность их отдельных поступков, поведение в целом лишено творческой инициативы и любознательности. В посильной же для них умственной и физической деятельности они проявляют вполне удовлетворительную выносливость и прилежание.

У половины детей фиксируют резкое отставание развития речи. Их словарный запас меньше, чем у представителей астенической формы. Отмечаются удовлетворительные пространственные и отчасти временные представления. Расстройства внимания менее тяжелы и обнаруживаются лишь при сравнении со здоровыми детьми.

У подавляющего большинства детей со *стенической формой* имеются довольно грубые нарушения памяти. Они выражаются в худшем непосредственном запечатлении наглядного и словесного материала и невозможности использовать приемы осмысленного запоминания.

Аффективная жизнь таких детей характеризуется незрелостью, примитивностью, недостаточной дифференцированностью чувств, проявляющихся однообразием и отсутствием тонких оттенков, неспособностью при необходимости подавлять и регулировать свои эмоции.

У представителей *стенической формы* также имеются недоразвитие моторики, затруднения в построении внутреннего образа, пространственной организации движений из-за недостаточной связи между зрительным и моторным анализаторами. Однако степень этих нарушений меньшая, чем у детей с другими формами. Их можно считать наиболее активными, самостоятельными и трудоспособными.

Если в более ранних работах, посвященных умственной отсталости (олигофрении), часто подчеркивалась необратимость [Забрамная, 1995] и стационарность имеющегося недоразвития, а также относительная бессмысленность коррекционных мероприятий, то в публикациях последних лет все чаще встречаются указания на сохраненные стороны интеллекта таких детей и подростков и необходимость специальной работы с ними. Естественно, что потенциальное улучшение ограничено глубиной психического недоразвития и выражено тем меньше, чем больше отставание в развитии.

Часть улучшений обуславливается естественной возрастной динамикой в развитии организма и центральной нервной системы, а часть — специальными лечебно-коррекционными мероприятиями, которые обеспечивают обратное развитие таких расстройств, как двигательная расторможенность, импульсивность, негативизм, церебрастенические явления, неврологические симптомы.

Умственную отсталость, как перманентную форму дизонтогенетического расстройства, необходимо отличать от смежной формы интеллектуальной недостаточности — задержки психического развития.

Задержка психического развития

Задержка психического развития (ЗПР) — временное замедление темпа в развитии психики ребенка, ее отдельных сторон при сохранности высших регуляторных систем, благодаря чему долгое время остается надежда на выравнивание интеллектуальных функций ребенка с интеллектуальными функциями сверстников. Другое важное обстоятельство, дифференцирующее ЗПР от аналогичных более тяжелых расстройств, в частности умственной отсталости, — это парциальность (обособленность) имеющейся симптоматики, а не преимущественно тотальное снижение всех уровней психического функционирования. ЗПР обычно выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемостью в интеллектуальной деятельности, что, как правило, становится очевидным или в дошкольный период, или в начале обучения в школе. При анализе имеющихся у ребенка нарушений во многих случаях обнаруживается, что интеллектуальная недостаточность носит не первичный, а вторичный характер, обусловленный незрелостью мотивационной сферы.

Не в МКБ-10, не в МКБ-11 специальной рубрики «Задержка психического развития» нет, а соответствующие ей нарушения

в МКБ-10 расписаны в разделе «Расстройства психологического (психического) развития».

К.С. Лебединской [1980] была предложена классификация ЗПР, основывающаяся на принципе причинности ее возникновения (этиологический принцип), предусматривающем четыре основных ее варианта:

1) *конституционального происхождения* (психофизиологический инфантилизм), ключом к которому является соответствие эмоциональной сферы и содержания мотивов



К.С. Лебединская

более ранней ступени развития по сравнению с фактическим возрастом ребенка (преобладание игровой направленности, неумение подчиняться дисциплине, внушаемость и недостаточная самостоятельность, но при сохранности спектра эмоций и их живости, недостаточность воображения);

2) *соматогенного происхождения*. В этом случае недостаточность интеллектуального развития и поведения обуславливается наличием тяжелого хронического заболевания и общей астенизацией, снижающей активность ребенка в обычных для него сферах, сверх чего может накладываться и ограничительная политика по типу гиперопеки со стороны родителей (умеренные по выраженности, но продолжительные периоды социально-психологической депривации). Степень отставания в развитии самих интеллектуальных функций здесь не велика, а основной акцент смещается на специфику личностных черт (робость, неуверенность в своих силах, капризность, истощаемость мотивации и т.п.), которые создают индивидуально неблагоприятный фон реализации этих функций;

3) *психогенного происхождения*, связанная с ошибочными, неблагоприятными формами и нежелательными условиями воспитания ребенка, наличием длительно действующего психотравмирующего фактора (жестокость, авторитарность со стороны родителей, безнадзорность, либо воспитание по типу «кумира семьи» и т.п.). Результатом в зависимости от специфики воспитания становится психическая неустойчивость, повышенная внушаемость, неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности, стимулов к развитию познавательной деятельности, ослабление интеллектуальных интересов и установок, необходимых для усвоения школьных предметов, утрата самостоятельности и инициативы, неспособность к волевым целенаправленным усилиям;

4) *церебрально-органического генеза* (первична по характеру; эта форма задержки психического развития более, чем остальные, приближается к причинным механизмам умственной отсталости). Как следует из ее обозначения, в основе интеллектуальных отставаний лежит резко выраженная органическая недостаточность центральной нервной системы ребенка (прежде всего коры больших полушарий), возникающая по многочисленным причинам (патология беременности и родов, интоксикации, черепно-мозговые травмы в первые годы жизни и т.п.) в те сроки жизни ребенка, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере осуществилась и нет опасности их грубого недоразвития. Очевидно,

что определенную роль начинает играть масштабность поражения и его преимущественная локализация, из-за чего ЗПР церебрально-органического генеза в некоторых случаях может приближаться к более тяжелому расстройству интеллектуального и личностного развития — умственной отсталости. В силу этого же обстоятельства характер психических изменений, неврологических симптомов и варианты их комбинированности могут различаться — от замедления в становлении статических и локомоторных функций, речи, умения ориентироваться в пространстве, навыков опрятности, этапов игровой деятельности до недостаточности мотивационной сферы и более грубой органической незрелости функций, обеспечивающих общую целенаправленность произвольного поведения. На почве этой же патологии отстает формирование работоспособности, памяти и внимания, социального поведения, коммуникативных навыков, затрудняется усвоение навыков чтения, письма, счета и речи.

ЗПР церебрально-органического генеза встречается чаще других.

Рассмотренные виды задержек психического развития характеризуются обратимостью многих расстройств, т.е. относительно благоприятным прогнозом. В одних случаях такая задержка может полностью ликвидироваться через ускоренную фазу созревания — скачок в развитии или через запоздалое развитие, в других — может сохраняться некоторое недоразвитие той или иной функции или происходит компенсация иными, иногда акселерированными функциями. В некоторых случаях остаются проявления гиперкинетического синдрома, дефицита внимания и гиперактивности, специфические расстройства школьных навыков (письма, чтения, счета), недостаточность двигательной координации. Задержка психического развития в детстве может стать и основой патохарактерологических нарушений развития личности [Козловская, Горюнова, 1999]. У детей с задержкой психического развития в зависимости от ее вида коррекционная работа направляется на стимуляцию их познавательной активности, развитие ориентировочной основы деятельности, контроля, на оптимизацию мнемических и интеллектуальных функций [Мамайчук, 2000].

Адекватная диагностика ЗПР возможна лишь до определенного возраста, который, как правило, сопряжен с окончательным созреванием морфофункциональных мозговых структур (завершение периода полового созревания). Следствием этого становится либо выравнивание функций, либо имеющиеся отставания должны быть переквалифицированы в синдром умственной отсталости, по-

сколькx оптимистический расчет на естественные прогрессивные структурные перестройки в мозгу перестает себя оправдывать.

В целом задержка психического развития по своему содержанию более тяготеет к педагогической сфере и является педагогическим диагнозом, но в силу своей распространенности и возможного перерастания в более серьезные расстройства интеллектуального развития, представляет существенный интерес для специальных и клинических психологов.

Деменция

Противоположную динамику психических изменений имеет *деменция* (слабоумие, нейрокогнитивное расстройство) — как правило, прогрессирующая утрата уже сформировавшихся знаний, навыков и способности к ориентировке, которая обычно связывается с органическими поражениями головного мозга после трех лет и старше (когда «есть, что терять»), его возрастными изменениями в поздние годы жизни (старческая деменция) либо с серьезными психическими расстройствами (эпилептическая и шизофреническая деменция). Принципиальное отличие деменции от умственной отсталости в том, что в первом случае большинство мозговых структур уже сформированы и воздействие патогенного фактора приводит не к недоразвитию, а к повреждению и производно — к повреждению психического развития, что и определяет место деменции в классификации В.В. Лебединского. Таким образом сомнений в своевременном и полноценном развитии человека до начала деменции не возникает. Это приобретаемый дефект личности и интеллектуальной деятельности.

Параллельно может иметь место и недоразвитие более молодых психических новообразований, которые по закону иерархического строения должны надстраиваться над поврежденными ранес. Недоразвитие обычно касается функций, обеспечиваемых лобной корой больших полушарий.

Деменция может возникать по многочисленным причинам, начиная от черепно-мозговых травм и сосудистых заболеваний мозга и заканчивая психическими расстройствами и возрастными изменениями, которыми сопровождается пожилой возраст. Сознание при этом не утрачивается и не изменяется, хотя элементы потери критики к себе могут присутствовать. Довольно часто деменция выступает как одно из проявлений болезни Альцгеймера, болезни Пика, болезни с тельцами Леви (включающей и признаки паркинсонизма). В МКБ-11 в качестве самостоятельных упомянуты фронтотемпоральная деменция (с преимущественным ослаблением

так называемых исполнительных функций либо языковым дефицитом или их комбинацией), а также деменция на почве присма психоактивных веществ и медикаментов. Под исполнительными функциями обычно подразумевают комплекс способностей к адекватному планированию, контролю и коррекции деятельности, реализуемых префронтальной корой больших полушарий мозга. Специфические разновидности деменции встречаются на поздних этапах шизофрении и эпилепсии.

В раннем возрасте разграничение деменции и умственной отсталости представляет большие сложности. Это связано с тем, что любое заболевание или повреждение мозга, приводящее к утрате ранее приобретенных навыков и распаду сформированных интеллектуальных функций, обязательно сопровождается отставанием психического развития в целом, что особенно заметно при прогрессирующих органических заболеваниях мозга, эпилепсии, шизофрении, начавшихся в первые годы жизни [Шишicina, 2005].

Если влияние повреждающего фактора совпадает с периодом детства, то возможны следующие психические потери [Сухарева, 1965]: снижение уровня обобщения, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, выраженная психическая истощаемость, нарушения логического строя мышления, недостаточность побуждений к деятельности, апатия, скудность мимики, утрата навыков опрятности, либо хаотичная двигательная активность, расторможенность, импульсивность, дурашливость, поверхностность эмоций и нескритичность.

В зрелые годы деменция приводит к отчетливому снижению интеллектуального функционирования и часто также к нарушению повседневной и профессиональной деятельности, общей ориентировки, затруднению использования прошлого опыта. Такое снижение в значительной степени может зависеть от социальной и культурной среды, в которой живет человек. Как правило, начальные проявления характеризуются снижением активности, интересов, апатией, возникновением зависимости от близких, ослаблением моральных требований к себе. На фоне постепенного снижения когнитивных функций, интеллекта и интересов нарастает неряшливость, неспособность ухаживать за собой, усиливается забывчивость. Могут нарушаться функции речи, счета и письма. Больные путают слова, не способны к произвольной речи, повторяют сказанные другими фразы. Нарушение памяти в типичных случаях касается регистрации, хранения и воспроизведения текущей информации. Ранее приобретенный и знакомый материал может также утрачиваться, особенно это часто происходит

на поздних этапах заболевания. Наблюдается эмоциональное обеднение, ослабление эмоционального контроля, больные кажутся отрешенными от всего окружающего или же их эмоции могут быть излишне вычурными, неуместными. Возникают затруднения с приобретением новых знаний.

При *старческой, или сенильной, деменции* в качестве признаков распада выступают ранее отсутствовавшие у индивида потери памяти (прогрессирующая амнезия), эгоцентризм, нарастает сужение интересов и кругозора, юмор сменяется плоскими шутками, совершаются бестактные поступки, появляются дисфории, брюзжание, злобность, агрессивность, жадность, беспокойство и подозрительность, деформируются влечения, принимая вид прожорливости, склонности к бродяжничеству или собиранию ненужного хлама, растормаживаются или извращаются сексуальные влечения, возможны ауто-агрессия или садистические тенденции, периодически появляется дезориентированность. Типично возникновение эмоционального слабодушия. По мере нарастания деменции сглаживаются индивидуальные черты, словарный запас уменьшается, больные становятся все более апатичными, неопытными, нечистоплотными, не реагируют на присутствие окружающих — в процесс утрат вовлекаются личностные качества [Яценко, Хохлова, 2003].

Симптоматика *сосудистой деменции* преимущественно возникает или на почве критического сужения церебральных сосудов (например, при атеросклеротических бляшках), либо ишемического или геморрагического инсульта, порождающих кислородное голодание головного мозга и постепенную гибель нейронов. Индивидуальные особенности развивающихся расстройств — когнитивных функций и праксиса (очаговая симптоматика) — во многом будут определяться преимущественной локализацией зоны поражения мозга, его корковых или подкорковых образований, объемом поврежденного мозга, единичностью или множественностью очагов.

Специфические черты имеет деменция, возникающая как следствие какого-то психического заболевания.

Эпилептическая деменция характеризуется крайне обстоятельным, вязким мышлением со склонностью к детализации, появляется тенденция к назидательному резонерству, ассоциативный процесс однообразен, а словарный запас беден, страдает память, сужается кругозор, спектр интересов ограничивается лишь заботами о собственном здоровье и благополучии. Больные обнаруживают мелочную аккуратность, педантичность и пунктуальность, наблюдаются эгоистичность и злопамятность [Блейхер, 1976]. Обращает

внимание ригидность в аффективной сфере, где лживость и слащавость в общении (в речи большое число уменьшительных и ласкательных суффиксов) сочетаются с жестокостью и затаенной мстительностью. Инстинктивные влечения обладают большим энергетическим потенциалом.

Иногда развиваются ханжество, показное благочестие, двуличие, набожность [Жмуров, 1994].

Если на начальных этапах расстройства наблюдается утрированное заострение характерологических черт, то с прогрессированием болезни медлительность и тугоподвижность всех психических процессов заметно нарастают, а индивидуальные черты, как и при старческой деменции, все более стираются.

Шизофреническая деменция имеет свою специфику и описывается следующими чертами: замкнутость (аутистичность), недоступность, эмоциональная холодность или неадекватность эмоционального реагирования («аффективное слабоумие»), оторванность от реальности, резонерство, банальность суждений, чувство изменения своего «Я» и окружающего мира, падение активности, снижение критики. При этом выпадений памяти может не быть, сохраняются ранее приобретенные знания и навыки, а на первый план выступает неспособность уловить реальное значение конкретных событий при удовлетворительном уровне абстрактно-логического мышления. Последнее обстоятельство позволяет говорить о некоторой нетипичности шизофренической деменции, поскольку на первый план при ней выступает не слабость интеллектуальных функций, а их «инаковость» [Блейхер, 1983]. Снижение уровня обобщения и отвлечения чаще наблюдается при большой давности шизофренического процесса.

Обращает на себя внимание манерность и вычурность поведения и высказываний больных, нередко употребление новых, не известных окружающим слов (неологизмы). Для далеко зашедших случаев шизофрении характерно грамматически правильное построение фраз при полной бессмысленности их содержания, утрата мотивационно-волевого компонента личности, апатичность и апатия.

Масштабность и избирательность дементных изменений может варьироваться в широких пределах, а их течение — обычно прогрессирующее, хотя в некоторых случаях оно может быть стационарным и даже обратимым.

В наиболее тяжелых случаях органического поражения мозга и его сосудов может наблюдаться *маразм* — завершающий, наиболее тяжелый негативный синдром, увядание организма, психический и физический распад личности, выражающийся в глубоком слабоумии и тяжелом физическом истощении, распаде речи, утрате кон-

такта с окружающими и навыков самообслуживания, потере всех интересов и влечений, кроме пищевого инстинкта (который в состоянии маразма может быть извращен в виде неспособности отличать съедобное от несъедобного), в сведении ранее полноценной эмоциональной жизни к примитивным аффектам удовольствия — неудовольствия [Клиническая..., 2002; Носачёв, Баранов, 2006].

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение умственной отсталости.
2. Какие степени умственной отсталости выделяются в соответствии с рекомендациями МКБ-10 и каковы их критерии, оцениваемые с помощью методики Векслера?
3. Дайте психологическое описание различных степеней умственной отсталости.
4. Какие формы умственной отсталости выделяются Д.П. Исаевым?
5. В чем заключаются различия психической деятельности между умственной отсталостью и задержкой психического развития?
6. Какие формы ЗПР выделяются на основе анализа причинности их возникновения?
7. Какими психическими потерями сопровождается деменция?
8. В чем особенность эпилептической и шизофренической деменций?

3.11. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Прогрессивные матрицы Равена (Рейвена)

(Progressive Matrices Test)

[Розанова, 1987 (модификация); Дружинин, 1999; Немов, 2001; Лучшие..., 1992; Атлас..., 1979; Равен, 2001; Равен, Корт, 2002(а, б); Белопольская (авт.-сост.), 2006; Бабкина, 2005]

Матрицы Равена — невербальный тест интеллекта (семейство тестовых методик), считающийся относительно свободным от влияния культуры. Предложен английским психологом Дж. К. Равеном (John Carlyle Raven, 1902–1970) в 1936 г. (экспериментальная версия) совместно с Лайонелом Пенроузом (Lionel Sharples Penrose, 1898–1972) в черно-белом варианте и в 1949 г. — в цветном для измерения уровня умственного развития взрослых и детей. В 1998 г. выпущена версия, учитывающая изменения в уровне решений для очередного поколения.

Методика направлена на исследование способности индивида к абстрактному (невербальному, наглядно-образному, по аналогии) мышлению, аналитико-синтетической деятельности и способности выдерживать длительную интеллектуальную нагрузку без снижения продуктивности деятельности. Очевидным

является важность перцептивных функций и роли произвольного внимания. Большое значение имеют ориентировочные глазо-двигательные реакции (за счет которых происходят сравнение и выбор).

В основу методики положена теория перцепции форм, в соответствии с которой каждое целое (гештальт) представляет собой совокупность элементов. По мнению Л.А. Ясюковой [2002], тестом Равена измеряется степень развития визуального, а не наглядно-образного мышления, поскольку в первом случае вся информация представлена перед глазами, а не в уме. Причем при наглядно-образном мышлении испытуемый выделяет субъективный смысл или значение зрительно воспринимаемых предметов, картинок, ситуаций или событий, чего нет при работе с заданиями методики Равена.

В качестве стимульного материала в большинстве случаев выступают расположенные в прямоугольнике абстрактные геометрические фигуры с рисунками, последовательность которых организована по определенному закону (реже – сплошной структурированный рисунок), с помощью матрицы. Одна из фигур или часть орнамента (узора) в прямоугольнике пропущена. Стимульный материал организован в пять серий (A, B, C, D, E), каждая из которых требует однотипных для нее мыслительных операций. В каждой серии первое задание имеет очевидное решение.

На рис. 3.7 приведены образцы стимульного материала (размер изменен).

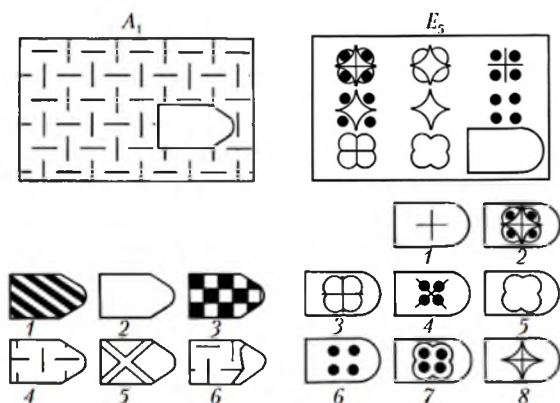


Рис. 3.7. Прогрессивные матрицы Равена

Испытуемый должен определить, какой должна быть пустующая часть, и выбрать ее среди шести или восьми (в зависимости от сложности задания) подобных ей фрагментов, представленных в нижней части стимульного материала (под матрицей). Благодаря увеличению числа элементов матриц и изменению принципов их взаимоотношений задачи постепенно усложняются как в пределах одной серии, так и при переходе от серии к серии. Успешное нахождение желаемого фрагмента возможно только в том случае, если испытуемый понимает логику, по которой происходят изменения в структуре рисунка от фигуры к фигуре матрицы, т.е. способен проанализировать все изображение и найти закономерные связи между его фрагментами.

Сконструированы и широко известны два основных варианта теста: 1) более простой цветной тест, предназначенный для детей от 6 до 9 лет, по некоторым данным — от 4 до 11 лет (возможно его применение для детей и более старшего возраста с аномальным развитием); 2) черно-белый вариант для детей и подростков от 8 до 14 лет и взрослых от 20 до 65 лет. Третий вариант теста создан в 1977 г. Дж. Равеном в сотрудничестве с Дж. Кортон и предназначен для лиц с высокими интеллектуальными достижениями; он включает в себя не только невербальную, но и вербальную часть (*Mill-Hill Vocabulary Scales*).

Тест может быть использован в качестве как теста результативности (без ограничения времени), так и теста скорости (с ограничением времени выполнения заданий — 20 или 30 минут; по периоду работы у разных авторов имеются расхождения).

Цветной вариант интеллектуального теста Равена состоит из трех серий: А, АВ, В по 12 матриц в каждой серии.

Серия А. Обследуемый должен дополнить недостающую часть изображения. Считается, что при работе с матрицами этой серии реализуются следующие основные мыслительные процессы:

- дифференциация основных элементов структуры и раскрытие связей между ними;
- идентификация недостающей части структуры и сличение ее с представленными образцами.

Серия АВ (серия промежуточной трудности). Процесс решения заданий этой серии заключается в анализе фигур основного изображения и последующей сборки недостающей фигуры (аналитико-синтетическая мыслительная деятельность).

Серия В. При работе с матрицами этой серии испытуемый находит аналогии между двумя парами фигур. Он раскрывает этот принцип путем постепенной дифференциации элементов.

Черно-белый вариант состоит из пяти серий (А, В, С, Д, Е) по 12 заданий, расположенных как по возрастанию трудности внутри серии, так и от серии А к серии Е. В 60 графических головоломках наглядно задаются последовательные изменения одновременно в вертикальном и горизонтальном направлениях. Обычно тест предъявляется целиком, даже если начальные задания и кажутся слишком легкими, и без ограничения времени, предоставляемого на его выполнение. Это позволяет сравнивать полученные результаты с нормативной базой, накопленной во многих странах мира, и формулировать оценки, имеющие общий, а не узко исследовательский интерес.

В серии А испытуемый должен дополнить недостающую часть основного изображения. Демонстрируется умение дифференцировать элементы и выявлять связи между элементами гештальта, а также дополнять недостающую часть структуры, сличая ее с образцами. В итоге должно произойти слияние фрагмента с основной частью матрицы.

В серии В испытуемый должен найти аналогии между парами фигур, дифференцируя их элементы. При этом важно определить ось симметрии, соответственно которой расположены фигуры в основном образце.

Серия С построена по принципу прогрессивных изменений в фигурах матриц. Эти фигуры в пределах одной матрицы все больше усложняются, происходит как бы непрерывное их развитие. Обогащение фигур новыми элементами подчиняется принципу, обнаружив который, можно решить задачу.

В серии D требуется определить закономерность перестановки, перегруппировки фигур в матрице по горизонтали и вертикали.

Серия Е для своего решения требует поэлементного анализа фигур основного изображения, понимания принципа синтеза каждой очередной фигуры и составления недостающей фигуры по частям.

В самом распространенном случае суммарной оценкой испытуемого по шкале считается общее количество правильно решенных заданий при условии, что он работал в спокойной обстановке, пройдя последовательно все серии от начала до конца.

Каждая решенная задача оценивается в 1 балл. Баллы подсчитываются как по всей методике в целом, так и по отдельным сериям. Полученный общий показатель рассматривается как индекс интеллектуальной силы, умственной производительности респондента. Показатели выполнения заданий по отдельным сериям сравнивают со среднестатистическими, полученными при исследовании

больших групп здоровых обследуемых (это ожидаемые для нормы результаты).

Первичные оценки по табл. 3.6 и 3.7 переводятся в соответствии с возрастными нормами в процентили или станайны.

Таблица 3.6

Перевод оценок в процентили в зависимости от возраста

Показатели	Хронологический возраст в годах										Процентили
	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	
Общая сумма баллов	55	55	54	53	52	50	48	46	44	42	95
	54	54	53	51	49	47	45	43	41	39	90
	49	49	47	45	43	41	39	37	35	33	75
	44	44	42	40	38	35	33	30	27	24	50
	37	37	34	30	27	24	21	18	15	12	25
	28	28	—	—	—	—	—	—	—	—	10
	23	23	—	—	—	—	—	—	—	—	5

Таблица 3.7

Перевод в зависимости от зоны в станайны и оценка состояния

Зона	Станайны	Уровень состояния мышления
I зона	95 и более	Высокий
II зона	94–75	Хороший
III зона	74–25	Средний
IV зона	24–5	Относительное снижение (пограничный уровень)
V зона	Ниже 5	Интеллектуальный дефект

Предусмотрена возможность их перевода и в IQ-показатель (табл. 3.8).

Таблица 3.8

Перевод оценок в IQ-показатель

Балл	IQ	Балл	IQ	Балл	IQ
14	61	30	82	46	104
15	62	31	83	47	106
16	65	32	84	48	108
17	66	33	86	49	110

Балл	IQ	Балл	IQ	Балл	IQ
18	67	34	87	50	112
19	68	35	88	51	114
20	69	36	90	52	116
21	70	37	91	53	118
22	71	38	92	54	120
23	72	39	94	55	122
24	73	40	95	56	124
25	75	41	96	57	126
26	76	42	98	58	128
27	77	43	99	59	130
28	79	44	100	60	140
29	80	45	102		

Методика Равена обнаруживает заметную зависимость от обучаемости и поэтому для предотвращения этой зависимости в психодиагностической практике (при необходимости повторного исследования) часто дробят тест на две половины, например четные и нечетные номера заданий (по 30), которые предлагаются с разрывом во времени.

При работе с методикой как с тестом скорости и при ограничении времени работы с тестом 30 минут предлагается следующая последовательность расчета результатов для версии из 30 заданий для четного варианта [Практикум..., 2003; Марицук, Блудов, Плахтиенко, Серова, 1984].

1. Производится пересчет правильных ответов в очки, соответствующие трудности задания, по табл. 3.9.

Таблица 3.9

Пересчет правильных ответов в очки

Номер задания	Номер правильного ответа	Очки за ответ	Номер задания	Номер правильного ответа	Очки за ответ
1 (A2)	5	1	16 (C8)	1	6
2 (A4)	2	3	17 (C10)	6	6
3 (A6)	3	1	18 (C12)	2	5

Номер задания	Номер правильного ответа	Очки за ответ	Номер задания	Номер правильного ответа	Очки за ответ
4 (A8)	2	5	19 (D2)	4	5
5 (A10)	3	3	20 (D4)	7	7
6 (A12)	4	5	21 (D6)	6	7
7 (B2)	6	2	22 (D8)	4	8
8 (B4)	2	3	23 (D10)	2	6
9 (B6)	3	5	24 (D12)	6	7
10 (B8)	6	4	25 (E2)	6	4
11 (B10)	3	6	26 (E4)	2	7
12 (B12)	5	6	27 (E6)	5	8
13 (C2)	2	4	28 (E8)	4	7
14 (C4)	8	7	29 (E10)	6	8
15 (C6)	4	3	30 (E12)	5	6

2. Полученные очки переводятся в баллы (в шкалу станайнов) по табл. 3.10.

Таблица 3.10

Пересчет очков в шкалу станайнов

Сумма очков	44	45–58	59–72	73–86	87–100	101–114	115–128	129–142	143
Показатель по шкале станайнов	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Исследование с помощью теста Равена позволяет более дифференцированно оценить варианты нормального или пограничного уровня развития интеллекта, но не степень интеллектуального дефекта. Поскольку ответ при работе с данной методикой может быть дан устно, письменно, указательным жестом или кивком, тест Равена особенно рекомендуется для обследования лиц с ортопедическими заболеваниями, детей с выраженными нарушениями моторики в верхних конечностях, а также речевыми расстройствами [Анастаси, Урбина, 2007; Козьявкин, Шестопалова, Подкорытов, 1999]. Его применение во многом позволяет снять ограничения, возникающие при использовании других тестов, в частности теста Векслера.

Исследования В.Н. Дружинина [2007] показали, что решение теста Равена имеет вероятностный характер, поскольку отсутствие интереса к простым заданиям, неправильное понимание задачи (провоцируемое самим материалом теста) может приводить к тому, что испытуемый, решая сложные задания, допустит ошибку в простых.

Для диагностики особенностей умственного развития младших школьников Л.Ф. Чупров [2003] предложил использовать (в качестве одного из компонентов психодиагностического набора) методику Равена в модификации Т.В. Розановой [1978], позволяющей благодаря стимулирующей помощи оценивать зону ближайшего развития ребенка.

В данной версии методика предусматривает три серии (А, АВ, В) из 36 диагностических заданий-матриц, по 12 в каждой серии. Из всех матриц 35 используются как диагностические, а матрица А1 — как тренировочное задание (на ней идет обучение ребенка процедуре обследования, и эта матрица не учитывается при подсчете общей суммы баллов).

Оценка результативности производится следующим образом: за правильный ответ с первой попытки испытуемый получает 1 балл, со второй попытки — 0,5 балла, с третьей — 0,25 балла. Неправильный ответ после третьей попытки оценивается в ноль баллов.

Показатель успешности (ПУ) решения матричных задач может быть выражен в относительных единицах:

$$\text{ПУ} = (X \cdot 100\%) / 35,$$

где X — общая сумма баллов, полученная по результатам одной, двух и трех попыток.

Суммарное количество баллов, полученных при решении 35 заданий, является основным показателем, отражающим уровень психического развития ребенка, который интерпретируется путем сравнения с нормами для данного возраста. Кроме того, целесообразно учитывать количество баллов, полученных после стимулирующей помощи.

Формальный анализ результатов исследования по матрицам предполагает лишь учет балльного показателя и определение на его основе уровня развития наглядно-образного мышления у ребенка (табл. 3.11).

Для нормально развивающихся учащихся 1–2 классов в 90% случаев отмечаются IV и III уровни успешности. Показатели на уровне успешности II и особенно I встречаются у детей с от-

клонениями в развитии. Суммарное количество баллов, равное 13 и менее, было обнаружено лишь у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью.

Таблица 3.11

Оценка уровня успешности

Уровень успешности	%	Общая сумма баллов
IV (наивысший)	100,0–80,0	35,0–28,0
III	79,9–65,0	27,75–22,75
II	64,9–50,0	22,5–17,5
I	49,9 и ниже	17,0 и менее

Специальный анализ позволяет выявлять структуру нарушения в зависимости от характера затруднений в выполнении разного рода заданий. Если задания на тождество и симметрию отвечают в большей степени за перцепцию и пространственное мышление ребенка, его работоспособность, то задания на аналогии (A_{11} , A_{12} ; AB_{12} ; B_{8-12}) характеризуют собственно мыслительную деятельность. Как правило, умственно отсталые учащиеся плохо справляются именно с последними. Дети с ЗПР более успешны, но для этого им чаще требуется вторая или даже третья попытка: они больше нуждаются в стимулирующей помощи, чем их сверстники с нормальным развитием.

Необходимо посредством наблюдения или еще в процессе беседы определить, как ребенок ориентирован в пространстве и времени, каково его отношение к процедуре исследования, способен ли он работать на максимуме своих сил, понимает ли инструкцию и какой степени сложности, как следует инструкции, понимает ли поставленную перед ним задачу. Уже в процессе непосредственного наблюдения за поведением испытуемого (его речевой активностью, мимикой, жестами и т.п.) могут быть получены ценные для предварительных выводов сведения.

Отдельный подсчет суммы дополнительных баллов, полученных за решение проб со второй и третьей попыток, может рассматриваться как показатель концентрации внимания, или характеристика импульсивности ребенка. Увеличение количества решенных проб со второй и третьей попыток указывает на широту зоны ближайшего развития ребенка.

Кроме того, более детальное изучение записи в протоколе исследования позволит выявлять симптомы утомляемости (при нарастании ошибок в заданиях без аналогий к концу исследования)

и недостатки вработываемости (при преобладании ошибок в начале задания в пробах этого же характера и их уменьшении к концу исследования).

Важным моментом служит возможность выявления способности к принятию испытуемым помощи. Кроме того, наблюдение за характером выполнения заданий матриц позволяет определить, действует ли ребенок методом проб и ошибок, выполняет задания наугад, не обдумывая ответ, либо показывает на нужную вставку осмысленно. В любом случае возможности для более полной интерпретации должны быть заложены в зафиксированной в протоколе записи [Чупров, 2003].

Методика Амтхауэра (тест структуры интеллекта Амтхауэра)

(Amthauer Intelligenz — Struktur-Test, IST)

[Amthauer Rudolf, 1920–1989] [Бодалев, Столин (ред.), 2000;

Психологическая..., 2000; Ясюкова, 2002; Сборник ..., 2006;

Дружинин, 2007; Елисеев, 2007]

На русском языке тест впервые описан в монографии В.М. Блейхера и Д.Ф. Бурлачука «Психологическая диагностика интеллекта и личности» [1978].

Методика создана в 1953 г. и с тех пор претерпела несколько редакций. Она предназначена для измерения уровня интеллектуального развития лиц в возрасте от 13 до 60 лет.

Тест разрабатывался в первую очередь для оценки уровня общих способностей в связи с проблемами профессиональной психодиагностики. При его создании Р. Амтхауэр исходил из концепции, согласно которой интеллект является специализированной подструктурой в целостной структуре личности и тесно связан с другими компонентами личности, такими как волевая и эмоциональная сферы, интересы и потребности.

Тест состоит из девяти субтестов. Четыре из них диагностируют вербальную сферу, два — счетно-математические навыки (формально они также могут быть отнесены к вербальным), два — пространственное воображение, один — память. Во всех группах заданий, за исключением субтестов 4–6, используются задачи закрытого типа. Всего 176 заданий (каждый субтест, за исключением четвертого, состоит из 20 заданий, в четвертый субтест входят 16 заданий). Время работы с методикой ограничено до 90 минут (без подготовительных процедур и инструктажа испытуемых). Время выполнения каждого субтеста также ограничено и колеблется от 6 до 10 минут. Каждое правильное решение оценивается в один балл (кроме субтеста 4). Первичные оценки переводятся в шкальные.

Суммы первичных баллов по всем субтестам переводятся в общую оценку уровня интеллекта.

Субтест 1. Логический отбор (LS): исследование индуктивного мышления, чутья языка. Задача испытуемого заключается в том, чтобы закончить предложение одним из слов из списка. Пример задания:

Противоположностью понятия «верность» является:

а) любовь; б) ненависть; в) дружба; г) предательство; д) вражда.

Интерпретация: возникновение рассуждения, здравый смысл, акцент на конкретно-практическое чувство реальности, сложившаяся самостоятельность мышления.

Субтест 2. Определение общих черт (GE): исследование способности к абстрагированию, обобщению, оперированию вербальными понятиями. В задачах предлагается пять слов, из которых четыре объединены определенной смысловой связью, а одно лишнее. Это слово и следует выделить в ответе.

Пример:

а) рисунок; б) картина; в) графика; г) скульптура; д) живопись.

Интерпретация: чувство языка, индуктивное речевое мышление, точное выражение словесных значений, способность чувствовать, повышенная реактивность, которая у взрослых относится к вербальному плану.

Субтест 3. Аналогии (AN): анализ комбинаторных способностей. В заданиях предлагаются три слова, между первым и вторым существует определенная связь. После третьего слова — прочерк. Из пяти прилагаемых к заданию вариантов необходимо выбрать такое слово, которое было бы связано с третьим таким же образом, как и первые два.

Пример:

дерево — строгать, железо —?

а) чеканить; б) сгибать; в) лить; г) шлифовать; д) ковать.

Интерпретация: способность комбинировать, подвижность и непостоянство мышления, понимание отношений, обстоятельность мышления, удовлетворенность приближительными решениями.

Субтест 4. Классификация (KL): оценка способности выносить суждение, обобщать. Испытуемый должен обозначить два слова общим понятием.

Пример:

дождь — снег.

Правильным ответом будет слово «осадки».

Интерпретация: способность к абстракции, образованию понятий, общая образованность, умение грамотно выражать и оформлять содержание своих мыслей.

Субтест 5. Задания на счет (РА): оценка уровня развития практического математического мышления, сформированности математических навыков.

Пример:

Сколько километров пройдет товарный поезд за 7 ч, если его скорость 40 км/ч?

Интерпретация: практическое мышление, способность быстро решать формализуемые проблемы.

Субтест 6. Ряды чисел (ZR): анализ индуктивного мышления, способности оперировать числами. В заданиях требовалось установить закономерность числового ряда и продолжить его.

Пример:

6, 9, 12, 15, 18, 21, 24..?

Интерпретация: теоретическое, индуктивное мышление, вычислительные способности, стремление к упорядоченности, соразмерности отношений, определенному темпу и ритму.

Субтест 7. Выбор фигур (FS): исследование пространственного воображения, комбинаторных способностей. В заданиях приводятся разделенные на части геометрические фигуры. При выборе ответа следует найти карточку с целой фигурой, которой соответствуют разделенные части (рис. 3.8).

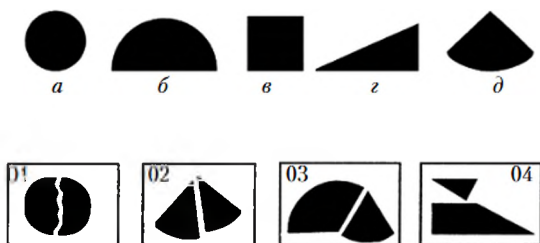


Рис. 3.8. Пример задания из субтеста 7 «Выбор фигур»

Интерпретация: умение решать геометрические задачи, богатство пространственных представлений, конструктивные способности, наглядно-действенное мышление.

Субтест 8. Задания с кубиками (WU): также исследуется пространственное воображение (рис. 3.9). В верхней части бланка

даются пять кубиков с различно обозначенными гранями — это образцы. В заданиях предъявляются изображения тех же, но определенным образом повернутых или перевернутых в пространстве кубиков, благодаря чему становятся видными новые их грани. Необходимо определить, какой из пяти кубиков-образцов изображен на каждом рисунке.

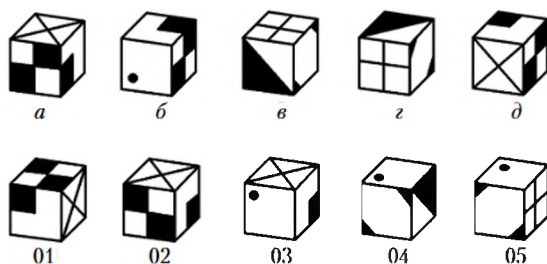


Рис. 3.9. Пример задания из субтеста 8 «Кубики»

Интерпретация: умение оперировать трехмерными образами, аналитико-синтетическое мышление, конструктивность теоретических и практических способностей.

Субтест 9. Задания на способность сосредоточить внимание и сохранить в памяти усвоенное (МЕ). Предлагается запомнить ряд слов, которые объединены в таблице по определенным категориям.

Например,

цветы: тюльпан, жасмин, гладиолус, гвоздика, ирис; или животные: зебра, уж, бык, хорек, тигр.

Время заучивания — 3 минуты. Затем испытуемым задаются вопросы типа:

С буквы «б» начиналось слово:

а) растения; б) инструменты; в) птицы; г) произведения искусства; д) животные.

Интерпретация: способность к запоминанию, сохранению в условиях помех и логическому, осмысленному воспроизведению, сосредоточенность внимания.

Р. Амтхауэр при интерпретации результатов теста предполагал, что с его помощью можно судить о структуре интеллекта испытуемых (по успешности выполнения каждого субтеста). Для грубого анализа «умственного профиля» он предлагал подсчитать отдельно результаты по первым четырем и по следующим пяти субтестам.

Если суммарная оценка первых четырех субтестов превышает суммарную оценку следующих пяти субтестов, значит, у испытуемого больше развиты теоретические способности. Если наоборот, то практические способности.

Также предлагается для более детализированной интерпретации результатов группировать субтесты в несколько комплексов [Елисеев, 2007]:

1. Комплекс вербальных субтестов (субтесты 1–4), предполагающий общую способность оперировать словами как сигналами и символами.

2. Комплекс математических субтестов (5, 6), предполагающий способности в области практической математики и программирования.

3. Комплекс конструктивных субтестов (7, 8), предполагающий развитые конструктивные способности теоретического и практического плана.

4. Комплексы теоретических (2, 4) и практических планов способностей (1, 3). Результативность по этим тестам следует сравнить попарно, чтобы более определенно высказать заключение о возможной профессиональной подготовке и успешности в обучении.

В прошлом тест часто адаптировался. Наиболее известные адаптации выполнены Л.К. Акимовой с соавторами в 1984 г. [Акимова, Борисова, Гурсевич, Козлова, Логинова, 1993] и В.Н. Намазовым и А.Н. Жмыриковым в 1988 г. [Намазов, Жмыриков, 1988].

Методика Векслера

(Wechsler David, 1896–1981)

[Гильяшева, 1983; Блейхер, Крук, 1986; Филимоненко, Тимофеев, 1993;

Чудновский, Чистяков, 1997; Панасюк, 1993;

Филимоненко, Тимофеев, 1994; Бурлачук, Морозов, 1999;

Дружинин, 1999; Собчик, 2000; Ильина, 2006]

Первая версия теста, основанная на иерархической модели интеллекта, предложена в 1939 г. Это шкала Векслера — Бельвью (*Wechsler — Bellevue Intelligence Scale* — W-B, или WBIS; по названию клиники *Bellevue*) для диагностики интеллекта людей в возрасте от 7 до 69 лет.

В дальнейшем, при жизни Д. Векслера и после его смерти были разработаны следующие версии теста:

- 1949 г. — WISC — Wechsler Intelligence Scale for Children (6–16 лет);
- 1955 г. — WAIS — Wechsler Adult Intelligence Scale (16–64);
- 1967 г. — WPPSI — Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (4–6,5);

- 1981 г. — WAIS-R (revised; пересмотренная) (16–74);
- 1974 г. — WISC-R (revised) (6,5 до 16,5);
- 1989 г. — WPPSI-R (revised) (3–7 лет 3 мес.);
- 1991 г. — WISC-III (Third Edition; третья редакция);
- 1997 г. — WAIS-III (Third Edition);
- 2002 г. — WPPSI-III (Third Edition) (2,5–7).

Сам Д. Векслер не является автором большинства из используемых в батареях методик. Чаще всего это модификации ранее известных приемов для исследования отдельных сторон интеллектуальной деятельности.

В Советском Союзе метод Векслера впервые был адаптирован сотрудниками Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Тест для взрослых включает набор стандартизированных заданий, в которые входят шесть вербальных субтестов (их оценка производится по ответам испытуемых) и пять невербальных субтестов на решение различных по характеру задач (оценка производится по результатам манипулирования). Ответы испытуемых, оцененные в баллах соответственно возрасту по каждому из субтестов, сравниваются с распределением соответствующих показателей в семи возрастных группах из общей популяции. Сумма их показывает, в каком отношении находятся результаты обследуемого субъекта к средним результатам определения IQ у лиц того же возраста в популяции. Согласно данным Д. Векслера, все субтесты его батареи делятся на две группы: основные, успешность выполнения которых мало зависит от возраста, и субтесты, результаты выполнения которых ухудшаются с возрастом.

Благодаря внутренней организации методики можно получить три итоговые статистические оценки — общую, вербальную и невербальную — с соответствующими интеллектуальными коэффициентами. Д. Векслер полагал, что невербальный интеллект в большей мере, чем вербальный, зависит от психофизиологических особенностей работы головного мозга и в большей мере наследуется. В свою очередь, уровень вербального интеллекта, по мнению Векслера, определяется индивидуальными знаниями человека, степенью его приобщенности к культуре.

Данные тестирования детей (методика включает 12 субтестов в несколько иной последовательности) помогают выделить группу лиц с задержкой психического развития, умственной отсталостью, которые могут стать объектом дополнительной диагностики и наблюдения. Тест может применяться и для анализа причин неуспеваемости в школе.

Вербальный блок включает следующие субтесты.

Субтест 1. Общая осведомленность (информированность): 29 вопросов, выявляющих запас «простых», не требующих специальной подготовки знаний, хранящихся в долговременной памяти и отражающих культурные интересы, кругозор и эрудированность испытуемого.

Пример:

Почему на солнце в темной одежде теплее, чем в светлой?

В детском варианте:

Сколько у тебя ушей?

Субтест 2. Общая понятливость: описание 14 проблемных ситуаций, разрешение которых характеризует практическое мышление, суждения испытуемого, касающиеся его житейского и социального опыта, социальной оценки и здравого смысла. Понимание сути ситуации, т.е. причин совершаемых действий, здесь для оценки отставот испытуемого важнее, чем хорошая вербализация. Среди вопросов присутствуют и задания на понимание переносного смысла пословиц и поговорок, что несколько смещает направленность субтеста с социальной ориентированности на собственно интеллектуальные свойства.

Пример:

Что нужно сделать, если вы нашли на улице запечатанный конверт с написанным на нем адресом и непогашенной маркой?

Что означает выражение «Куй железо, пока горячо»?

В детском варианте:

Что ты будешь делать, если порежешь себе палец?

Субтест 3. Арифметический: включает арифметические задачи начальной школы нарастающей трудности, которые необходимо решать в уме, оперируя условиями и числами, требующими не сложных вычислений или специальных навыков, а сообразительности и быстроты, так как время решения ограничивается. Задания требуют и концентрации произвольного внимания, оперативной памяти, поскольку условия задачи могут быть повторены только один раз, а время повторения вычитается из лимита, отпущенного на решение задачи.

Пример:

Восемь человек могут закончить работу за 6 дней. Сколько человек потребуется, чтобы закончить работу за полдня?

В детском варианте — задание:

Сосчитать все кубики в ряду.

Субтест 4. Сходство (упрощенный вариант методики «сравнение понятий»): 13 вопросов-заданий, требующих установления общ-

ности двух различных предметов или понятий, начиная от близких между собой до весьма отдаленных. При подведении под общую категорию учитывается, сумел ли испытуемый найти адекватное родовое понятие или общий существенный признак. Выполнение заданий этого субтеста характеризует уровень абстрактно-логического вербального мышления испытуемого, связанный с типом и особенностями его когнитивного стиля, выявляет уровень владения навыками сравнения понятий по существенным признакам и умения проводить аналогии, обобщать. Оценка варьирует от 0 до 2 баллов, в зависимости от достигнутого уровня обобщения: конкретного, функционального или концептуального.

Пример:

Что общего в паре понятий «платье — пальто»?

В детском варианте:

«Слива — персик».

Субтест 5. Повторение чисел. Задание на воспроизведение испытуемым вслед за экспериментатором рядов однозначных чисел имеет два варианта, чтобы в случае неудачи предоставить испытуемому вторую попытку, поскольку задание требует большой концентрации внимания, а выполнение его подвержено как внешним, так и внутренним помехам, и находится в значительной зависимости от эмоционального состояния обследуемого. Первая часть задания содержит ряды, в которых приводятся от 3 до 9 цифр. Испытуемый должен прослушать цифры и устно их воспроизвести. Вторая часть включает ряды от 2 до 8 цифр, которые должны быть воспроизведены в обратном порядке. Субтест характеризует кратковременную оперативную память.

Пример:

729

651

4258

9536

Субтест 6. Словарный запас. Стимульный материал данного субтеста содержит несколько десятков слов, имеющих разную частоту употребления и различающихся по степени трудности своего определения (до абстрактно-теоретических понятий). Всего в задании 42 слова: первые 10 — весьма распространенные, повседневного употребления, следующие 20 — средней сложности; третью группу составляют 12 слов высокой степени сложности. Значения слов должны быть точно определены испытуемым, что отражает дефинитивные способности испытуемого. На результаты такого исследования могут накладываться отпечаток вербальный опыт, культура речи и мышления испытуемого, а также некоторые его личностные черты:

эмотивность, импульсивность, рационализм, эгоцентризм и др. Качественный анализ ответов по этому субтесту раскрывает особенности и уровень мыслительных процессов, может выявлять формальные нарушения мышления (резонерство, нелепости, неологизмы и т.д.).

Пример:

1-я группа: *яблоко*;

2-я группа: *приговор*;

3-я группа: *балласт*.

В детском варианте:

велосипед;

нож.

Невербальная шкала.

Субтест 7. Кодирование (шифровка). Методика представляет собой бланк, в верхней части которого заданы цифры, каждой из которых соответствует графический знак-символ. Это образец или ключ. В нижней части бланка предлагаются только цифры в беспорядочной последовательности, под которыми после короткой тренировки необходимо в течение полутора минут, пользуясь образцом, проставить соответствующие знаки. Этот субтест выявляет сохранность визуальной перцепции и праксиса, зрительно-моторной координации, скорости образования навыка. Субтест чувствителен к психомоторной недостаточности, характеризует зрительную память, внимание, обучаемость, визуальномоторную координацию и двигательную активность. При исследовании этой методикой различных возрастных групп установлено, что показатель результативности обнаруживает отчетливую тенденцию к снижению после 40 лет.

На рис. 3.10 приведен фрагмент бланка.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
—	⊥	⊐	⌒	⌒	○	△	×	≡

2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	6	3

Рис. 3.10. Фрагмент бланка субтеста «Шифровка»

В детском варианте производится вписывание простых символов, соотнесенных не с цифрами, а с простыми геометрическими фигурами.

Субтест 8. Недостающие детали (описание см. в параграфе 2.9).

Пример из методики приведен на рис. 3.11.



Рис. 3.11. Фрагмент стимульного материала субтеста «Недостающие детали»

Субтест 9. Кубики Коса (конструктивный праксис) (описание см. в параграфе 2.3). Векслер, характеризуя высокую способность этого субтеста измерять интеллект на невербальном материале, подчеркивает ценность дополнительных данных, которые могут быть получены путем наблюдения и качественного анализа особенностей его выполнения [Гильяшева, 1983].

Образец стимульного материала приведен на рис. 3.12.

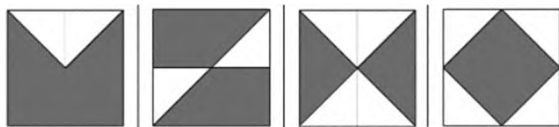


Рис. 3.12. Примеры стимульного материала субтеста «Кубики Коса»
(в оригинале орнаменты красно-белые)

Субтест 10. Последовательные картинки (описание см. в параграфе 2.9).

Пример приведен на рис. 3.13.

Субтест 11. Складывание фигур. Испытуемому последовательно предлагаются четыре задания, каждое из которых представляет собой порой необычно разрезанное на части изображение какого-то объекта (лицо, человек, рука, слон; в детской версии — мальчик, лошадь, лицо, машина). Испытуемый должен догадаться, что это за объект, и так сложить его части, чтобы получилась целая фигура. Выполнение этого субтеста требует как конструктивного, так и эвристического мышления, способности к симультанной оценке стимульного материала. Последнее обстоятельство делает выполнение

субтеста более трудным для больных шизофренией, чем «Конструирование из кубиков» с его абстрактным материалом и возможностью более системного и формализованного подхода к решению заданий по сравнению с конкретными, но требующими предвосхищения и интуиции заданиями субтеста 11. Больные с органическим поражением ЦНС выполняют оба субтеста плохо, однако субтест 11 дается им несколько легче, чем 9-й, поэтому это соотношение имеет важное дифференциально-диагностическое значение.



Рис. 3.13. Пример к субтесту «Последовательные картинки»

Пример для детского варианта показан на рис. 3.14.

В шкале WISC-R (для детей от 6 до 16 лет) имеется 12-й субтест «Лабиринты» (10 лабиринтов, в центре первых трех находится фигурка человека; для нес необходимо начертить путь выхода, в остальных лабиринтах в их центре стоит крестик).

Пример приведен на рис. 3.15.

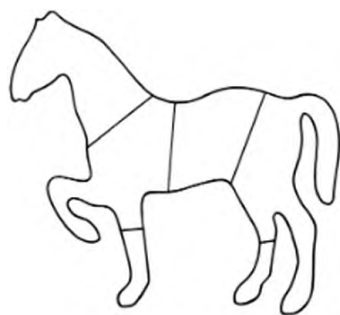


Рис. 3.14. Пример для детского варианта к субтесту «Складывание фигур»

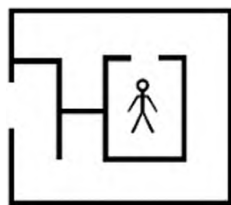


Рис. 3.15. Пример к субтесту «Лабиринты» для детей

В шкалу WPPSI (преимущественно для дошкольников) включена большая часть сходных с WISC, но облегченных субтестов и три разработанных специально для данной шкалы: «Предложение», заменивший «Запоминание цифр» (от ребенка требуется вслед за экспериментатором повторять произносимое предложение); «Дом животного», где нужно подобрать домики для четырех животных, пользуясь ключом-подсказкой (вместо «Шифровка» из WISC), и «Геометрические схемы» (заменивший «Складывание фигур»), где ребенок копирует десять простых чертежей.

Результаты выполнения каждого задания оцениваются отдельно, и это даст качественную характеристику различных психических функций. Наличие шкалы действий позволяет исследовать детей с нарушениями слуха и речи.

Субтесты, входящие в вариант методики Векслера для детей, по содержанию практически не отличаются от широко применяемых в патопсихологии экспериментально-психологических методик. Для них довольно четко разработаны пути качественного анализа данных, и экспериментатор имеет возможность вносить в процедуру тестового исследования необходимые изменения и дополнения, направленные на изучение качества нарушения. Поэтому

необходимо учитывать и строго фиксировать все индивидуальные особенности испытуемых, а также все особенности их поведения во время проведения обследования.

Наибольший интерес представляют следующие показатели:

1) особенности общения ребенка с экспериментатором (легко ли вступает в контакт, задает ли вопросы и какие, рассказывает ли что-нибудь о себе и т.д.);

2) особенности мотивации (вызывают ли задания интерес, какова реакция на неуспех, как ребенок оценивает свои возможности и достижения);

3) динамические характеристики деятельности (импульсивность, расторможенность, поспешность в выполнении заданий или заторможенность, медлительность, истощаемость).

Обследование детей с повышенной истощаемостью, низкой работоспособностью нужно проводить в несколько этапов, давая им значительные перерывы для отдыха. Такие дети выполняют задания очень медленно и часто не укладываются в отведенное время. Поэтому целесообразно не прерывать ребенка, не ограничивать времени выполнения заданий, чтобы выяснить, способен ли он в принципе справиться с ними, но обязательно учитывать индивидуальное время выполнения.

В отличие от стандартной процедуры тестового исследования, когда отмечается только результат выполнения задания, имеет смысл подробно и тщательно запротоколировать весь ход эксперимента, используя полученные данные для дальнейшего качественного анализа.

Обработка и интерпретация результатов может проходить на трех уровнях:

1) подсчет и интерпретация баллов общего интеллекта, вербального и невербального интеллектов;

2) анализ профиля оценок выполнения субтестов испытуемыми на основе подсчета соответствующих коэффициентов;

3) качественная интерпретация индивидуального профиля с привлечением данных наблюдения за поведением испытуемого в ходе обследования и прочей диагностической информации.

Стандартный вариант обработки заключается в подсчете первичных сырых оценок по каждому субтесту. Затем сырые баллы по соответствующим таблицам переводятся в стандартные и отображаются в виде профиля. Сырые оценки отдельно по вербальной и невербальной части суммируют и определяют по таблицам показатели общего, вербального и невербального IQ.

При оценке общего интеллектуального показателя (IQ) по методике Д. Векслера диапазон интеллектуальной нормы по международным критериям составляет 100 ± 20 , т.е. от 80 до 120.

В табл. 3.12 приведена классификация IQ-показателей по методике Векслера.

Таблица 3.12

Классификация IQ-показателей по Векслеру
[Жмуров, 1994; Вассерман, Щелкова, 2004]

IQ-показатель	Уровень интеллектуального развития	Клиническое определение по МКБ-10
130 и выше	Очень высокий интеллект	
120–129	Высокий интеллект	
110–119	Хорошая норма	Норма
90–109	Средний уровень	Норма
80–89	Сниженная норма	Норма
70–79	Пограничный уровень	
50–69		Легкая умственная отсталость (УО)
35–49		Умеренная УО
20–34		Тяжелая УО
Менее 20		Глубокая УО

Несмотря на чрезвычайно широкую распространенность и эффективность, методика Векслера продолжает вызывать некоторые нарекания как в плане своей рестандартизации, так и в плане ошибок, допускаемых при ее проведении и интерпретации. Весьма ценные замечания по этому поводу приводятся Н.В. Беломестновой [2003].

Культуро-независимый тест интеллекта Р. Кеттелла
(Culture-Fair Intelligence Test — CFIT)
(Raymond Bernard Cattell, 1905–1998)

[Cattell, 1973; Денисов, 1994; Энциклопедия..., 1997; Собчик, 2002]

Тест предназначен для измерения уровня интеллектуального развития, не зависящего от влияния факторов окружающей среды (воспитания, культуры, образования и т.д.), так называемого «чистого» интеллекта — все задания имеют графическую форму (пространственно-геометрический материал) и расположены в порядке возрастания трудности. Основная психодиагностическая

ценность таких методик, по мнению Р. Кеттелла, заключается в возможности оценивать преимущественно биологически детерминированный («врожденный») компонент интеллектуального потенциала.

Тест в его основной версии впервые был издан в 1958 г. Институтом тестирования личности и способностей (СИП) и затем неоднократно переиздавался. Имеется три варианта теста:

1) для детей 4–8 лет и умственно отсталых взрослых (не имеющих образования);

2) для детей 8–12 лет и взрослых, имеющих законченное среднее образование (две параллельные формы А и В);

3) для учащихся старших классов, студентов и взрослых с высшим образованием (две параллельные формы А и В).

Первый вариант теста состоит из восьми субтестов: 1) «Подстановка»; 2) «Классификация»; 3) «Выбор называемых предметов»; 4) «Лабиринты»; 5) «Картинки с недостающими деталями»; 6) «Выполнение указаний»; 7) «Загадки»; 8) «Определение сходства». Время решения всех заданий лимитировано.

Второй и третий варианты состоят из четырех субтестов и различаются лишь уровнем сложности. Предусматриваются две аналогичные части теста, между проведением которых возможен небольшой перерыв.

1. «Серии» — распознавание и продолжение закономерных изменений в рядах фигур (рис. 3.16).



Рис. 3.16. Пример субтеста «Серии»

2. «Классификация» — определение общих черт, особенностей фигур с исключением лишней (рис. 3.17).

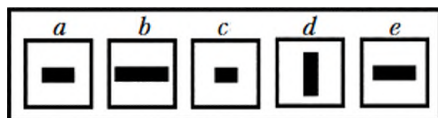


Рис. 3.17. Пример субтеста «Классификация»

3. «Матрицы» — дополнения к неполным комплектам фигур (рис. 3.18).

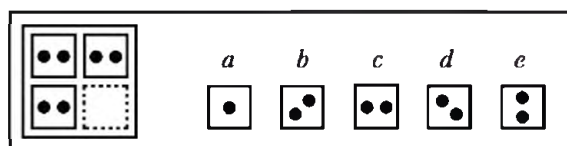


Рис. 3.18. Пример субтеста «Матрицы»

4. «Соблюдение условий» — анализ взаимного расположения фрагментов с поиском аналогичного образцу (рис. 3.19).

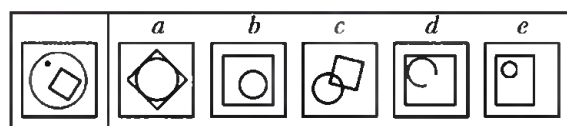


Рис. 3.19. Пример субтеста «Соблюдение условий»

Все тесты имеют примеры, а время, отводимое на решение каждого задания, здесь также ограничивается. Предполагается только одно правильное решение, которое надо выбрать из предлагаемого множества ответов.

Результаты тестирования сверяются с ключом. Затем подсчитывается количество правильных ответов по каждому тесту и их общая сумма в первой и второй частях методики. Суммы баллов обеих частей также складываются, полученный результат является сырым баллом, который переводится в стандартную оценку IQ при помощи таблицы возрастных норм.

Считается, что показатели нормы находятся в пределах от 90 до 110 баллов. Показатели выше этого уровня могут свидетельствовать об одаренности испытуемого, ниже него — об отставании в умственном развитии.

Отсутствие вербального фактора как предмета исследования несколько снижает валидность этой методики как инструмента оценки интеллекта.

Расширение представлений об интеллектуальной сфере дает основание считать, что помимо традиционных методических приемов оценки IQ, она может осуществляться и в комбинации с нейрорепсихологическими критериями, которые предусматривают характеристику перцептивной сферы, эффективность реализации т.н. исполнительных функций и ряда других показателей. Например, для характеристики когнитивных функций довольно распространенными инструментами являются Краткая шкала оценки психологического статуса (MMSE), Монреальская шкала когнитивной

оценки (МоСА), методики из т.н. Луриевской батареи, Висконсинский тест сортировки карточек (WCSN), тест Дж. Р. Струпа (Stroop Test) и др.

Контрольные вопросы и задания

1. Что представляет собой стимульный материал методики Равена и в каких версиях она встречается?
2. Какие показатели являются предметом анализа в методике Равена?
3. Для каких целей разрабатывалась методика Амтхауэра?
4. Перечислите общие черты методик Амтхауэра и Векслера.
5. Охарактеризуйте субтесты методик Амтхауэра и Векслера, отражающие состояние вербального и невербального интеллекта.
6. Какой компонент интеллекта, по мнению Р. Кеттелла, измеряется с помощью культуронезависимого теста? Что общего между методиками Равена и Кеттелла?
7. Какие нейропсихологические методики могут привлекаться для оценки когнитивных функций?

3.12. ШИЗОФРЕНИЯ — ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ

В.Д. Менделевич [2001] считает адекватным обозначать девиантным поведением любое отклоняющееся, в том числе включающее поведенческие эквиваленты психических расстройств и заболеваний. Это психопатологический тип девиантного поведения, при котором, как правило, мотивы поведения психически больных остаются непонятными, а нарушения поведения обуславливаются расстройствами восприятия (галлюцинации и иллюзии), нарушениями мышления (бредовое истолкование действительности, навязчивые идеи и т.п.) и расстройствами других психических функций, составляющих основу психической патологии, традиционно описываемой как психозы. Одним из них является шизофрения.

Шизофрения входит в группу заболеваний, причина которых точно не установлена, хотя часто она отслеживается у лиц, имеющих наследственную отягощенность по данному заболеванию. Патопсихологические проявления шизофрении отличаются большим многообразием и зависимостью от формы шизофрении и этапа их течения. В качестве самых общих тенденций можно отметить следующие: больные становятся замкнутыми, утрачивают социальные контакты и связи с реальностью, у них отмечается обеднение эмоциональных реакций, наблюдаются различной степени выраженности расстройства ощущений, мышления, восприятия, эмоционально-волевого функционирования и двигательные расстройства. Как правило, сохраняются ясное сознание и интел-

лектуальные способности, хотя с течением времени некоторые когнитивные нарушения появиться могут. Э. Кречмер [2003] в рамках своего конституционального подхода специально выделял больных шизофренией, обладающих психэстетическими или гиперэстетическими чертами характера на почве «повышенной возбудимости темперамента, в смысле элегической нежности или напыщенности и экзальтированности».

Расстройства восприятия способны выражаться как в усилении этого процесса, так и в его ослаблении. Особенно заметны изменения на начальных стадиях заболевания: цвета кажутся более яркими, цветовые оттенки — более насыщенными. Привычные предметы начинают жить собственной жизнью (например, вибрируют) или трансформируются в нечто иное, тенденциозно (например, угрожающе) интерпретируемое. Звуки и шумы воспринимаются громче обычного. Могут усиливаться кинестетические, обонятельные и вкусовые ощущения. Наплыв сенсорных ощущений и их обострение у больных вызывает чувства приподнятого настроения, возбуждения, экзальтированности, немотивированного и не определяемого субкультурой повышения религиозности.

В других случаях у больных отмечается низкий уровень структурирования перцепции, проявляющийся, в частности, в повышенной частоте нарушений пространственного восприятия. Этот процесс у них застревает на стадии еще не однозначного формирования целостного образа, что может иметь следствием многозначность воспринимаемых объектов (ослабление точности восприятия).

Другие типичные и распространенные при шизофрении формы расстройства восприятия — галлюцинации и псевдогаллюцинации. Хотя обманы восприятия наблюдаются в любой сенсорной модальности, чаще всего фиксируются слуховые галлюцинации. Больной может слышать отдельные звуки, шум, музыку, голос или голоса. Они могут быть постоянными или проявляться периодически. Слуховые галлюцинации могут отличаться степенью громкости, разборчивостью, бывают лаконичными или развернутыми, имеющими разное содержание, слышатся внутри головы или раздаются из внешней среды. Зрительные галлюцинации и иллюзии встречаются реже и могут восприниматься вне поля зрения. Обонятельные и вкусовые галлюцинации при бреде преследования обычно сопровождаются страхом отравления. Их наличие в клинической картине шизофрении может означать тенденцию к неблагоприятному течению заболевания на почве органического поражения мозга.

Характерны сенестетические галлюцинации, часто причудливого или мучительного характера, исходящие из различных органов тела и описываемые с помощью жестов и аллегорических сравнений (чувство жара внутри головы, пронизывания организма какими-то лучами, рези в костях, чувство, сходное с ударом электрического тока, поглаживание копящей лапой по внутренней поверхности черепа и т.п.) [Попов, Вид, 2002; Бурлаков, 2002]. Нарушения интеграции психических процессов приводят к тонким изменениям восприятия своего «Я», симптомам деперсонализации и дереализации — от легких соматопсихических расстройств до неспособности отличить себя от другого человека или какого-то предмета. Окружающие предметы и люди становятся какими-то нереальными, не такими, как были прежде, выглядят «подменными», «заколдованными» или «переделанными во что-то иное» каким-то мистическим способом.

Чуждыми, не принадлежащими больному могут восприниматься его тело, движения, речь. Иногда тело приобретает необычные формы животных, чудовищ [Кемпинский, 1998]. Сенсорно-перцептивные контакты со средой в целом перестают быть понятными для больного, вынуждая его по-новому приспосабливаться к окружающей действительности, что может отражаться и на его вербальном поведении, и на поступках.

Со временем чувственный уровень восприятия окружающего мира снижается, а на поздних этапах шизофрении восприятие обычно притупляется.

А.В. Горюнова [1995], анализирувшая маркеры предрасположенности к шизофрении у детей раннего возраста (первого года жизни), обнаружила такие феномены, как снижение, повышение или извращение различных видов чувствительности, а также непредсказуемость и амбивалентность ответных реакций на те или иные раздражители. К их числу относятся зрительная избирательность и застывание взгляда на необычных предметах или явлениях, части целого объекта или предмета, задержка в появлении способности локализовать звуки и реагировать на речь. В отдельных случаях отмечались архаичные или регрессивные формы изучения предметов: обнюхивание, облизывание, ощупывание.

Возникают трудности при объединении воспринимаемых элементов в сюжетно оформленный образ, второстепенные элементы воспринимаемого не дифференцируются от значительных.

Процессы *внимания* перестают отфильтровывать большую часть поступающих извне сигналов, расстраивается ощущение времени.

Информация, поступающая к больному, перестает быть для него цельной и очень часто предстает в форме раздробленных, разделенных элементов (например, одновременные аудио- и видеосигналы из одного источника осмысливаются отдельно). По мнению Ю.Б. Дормашева и В.Я. Романова [1995], симптом нарушения внимания при шизофрении вообще имеет центральное значение.

Расстройства эмоций являются одним из наиболее типичных для шизофрении изменений, варьируемых по качеству в различные периоды заболевания. Общая тенденция заключается в том, что эмоции не адекватны ни внешним обстоятельствам, ни собственным мыслям больного, ни его поступкам. Аффективные реакции больных странны, неестественны, неожиданны, парадоксальны, амбивалентны (симптом «стекла и дерева»). Наряду с качественной неадекватностью, обычным при шизофрении является несоответствие эмоциональных реакций силе вызвавшего их раздражителя, возможны поверхностность эмоций, капризность или дурашливость.

В подростковом возрасте вероятны черты психического инфантилизма, чрезмерной чувствительности, ранимости, мимозоподобности либо разочарованности и апатичности.

На ранних стадиях расстройства могут проявляться такие эмоциональные изменения, как депрессия (от замаскированной до очевидной), чувство вины, беспричинный страх, беспокойство, неясные предчувствия, неприязнь к окружающим, а также частая смена настроений, в определенной степени обусловленная изменениями сенсорных ощущений, ухудшаются эмпатические способности (некоторые врачи описывают странное интуитивное ощущение, что они не могут установить эмоциональный контакт с больным). На более поздних стадиях характерны холодность, отрешенность, сужение эмоционального спектра, при которых кажется, что больной вообще не в состоянии испытывать какие-либо эмоции, утрачиваются чувства привязанности и сострадания к близким, нивелируются чувства такта, стеснительности и стыда. У больного появляются грубость, беззастенчивость, разрываются взаимосвязи между аффектом и интеллектом.

Определенным изменениям подвергается и эмоциональная составляющая восприятия речи — в целом больные по голосу и мимической экспрессии, сопровождающей речь, хуже определяют состояние собеседника, хотя в отдельных случаях возможна и обратная картина.

Тон и голос тоже подвержены искажениям и изменениям, как в том, что касается *интонаций* и *тембра* (шепот, глухой или гну-

савый голос, хрипота, дентализация, необычные ударения, мямление и т.д.), так и относительно ритма (ускорения, неожиданные всплески или синкопы в манере говорить, чередующиеся торопливость и замедление). Иногда высказывание делают еще более странным *шумы-паразиты* (вздохи, прицеливание языком, храп, сопение, кашель, откашливание и т.п.). Наконец, возникают и такие более или менее постоянные нарушения, как заикание, сюсюканье и др. [Эй, 1976; Schizophrénie..., 1976].

По мере прогрессирования заболевания все эмоциональные реакции окончательно приобретают печать равнодушия, холодности и безучастности. Нарастают оскудение чувств и эмоциональная тупость.

Однако существует мнение, согласно которому отсутствие проявлений эмоций в ответ на внешние ситуации, которые должны были бы их вызывать, не означает, что больной шизофренией вовсе их не испытывает (по крайней мере, на средних этапах развития болезни), поскольку многие из них на самом деле живут довольно богатой эмоциональной жизнью, источником которой является их внутренний мир, и тяжело переживают свою неспособность выражать эмоции.

Расстройства мышления весьма разнообразны, в связи с чем могут быть подразделены на нарушения формы (связи, порядка), содержания и процесса мышления, его темпа, причем у больных шизофренией редко наблюдают только один тип нарушения.

В.М. Блейхер [1983], ссылаясь на работы О.К. Тихомирова [1969] и др., указывает на то, что расстройства мышления при шизофрении могут быть представлены тремя звеньями.

Первое звено — нарушения мотивационной сферы (редукция энергетического потенциала). Если в норме мышление — волевой, целенаправленный и активный процесс, определяемый отношением человека (прежде всего эмоциональным) к предметам и явлениям внешнего мира, то при шизофрении подобная целенаправленность ассоциативного процесса утрачивается. При этом снижение уровня мотивации почти никогда не идет путем только количественного убывания функции.

Второе звено, выступающее как следствие первого, — нарушения личностного смысла, т.е. того, что в норме создает пристрастность человеческого сознания и придает определенную значимость явлениям, изменяет в восприятии человека сущность и значение этих явлений. Известно, что у больных шизофренией личностный смысл предметов и явлений часто не совпадает с общепринятыми и обусловленными реальной ситуацией знаниями человека о них.

Третье звено, неизбежно вытекающее из первых двух, — собственно нарушения селективности информации, которые проявляются нарушениями избирательности информации из хранящегося в памяти прошлого опыта и невозможностью ее использования для вероятностного прогнозирования будущего. По мнению исследователей этого направления, нарушения селективности информации в мышлении больных психозами тесно связаны с расширением круга признаков предметов и явлений, привлекаемых для решения мыслительных задач. В качестве актуальных больные психозами используют критерии, не имеющие реальной значимости (проблема «сверхвключения»). Выделение в процессе мышления необычных (или второстепенных) признаков предметов и явлений и игнорирование их конкретных признаков рассматривается как проявление чрезмерной «смысловой свободы», гиперассоциативности, эксцентричности в формировании понятий. Отсюда — невозможность для больного удержаться в определенных заданных смысловых границах и, соответственно, расширить условия мыслительной задачи.

Можно предположить, что в зависимости от того, какое звено больше нарушено, в психопатологической картине психоза наблюдается большая выраженность того или иного вида, типа расстройств мышления. Например, при изменениях мотивации преимущественно наблюдается апатическая редукция мышления. Преобладающая выраженность нарушения личностного смысла вызывает расстройства мышления, в основе которых лежит изменение личностной позиции больного (аутистическое, оторванное от реальности и резонерское мышление). В связи с нарушениями селективности информации отмечается паралогическое и символическое мышление (см. параграф 2.8), характеризующееся одновременным сосуществованием прямого и переносного смысла понятий.

В результате больные жалуются на невозможность сосредоточить мысли, трудности в усвоении материала, неуправляемый поток мыслей или два параллельно текущих потока мыслей, возникает способность улавливать особый смысл в словах, предложениях, художественных произведениях. Им иногда кажется, что какое-то существо извне оказывает влияние на их мысли или поведение, или, напротив, что они сами контролируют внешние события каким-либо причудливым образом (например, заставляя солнце подниматься или садиться или предотвращая землетрясения) [Коркина, Лакосина, Личко, 2008; Каплан, Сэдок, 2002]. Нарушается способность к абстрагированию, ассоциации становятся неадекватными, «рыхлыми», избыточными, расплывчатыми,

нелогичными [Schizophrénie..., 1976; Попов, Вид, 2002]. Утрачивается умение видеть причинно-следственные связи. Темп мышления может и ускоряться, и замедляться: появляется скачка идей, остановка или блокирование процесса мышления. Со временем содержание мышления обедняется, отмечаются его несотчетливость или обстоятельность. У некоторых больных возникают трудности в порождении мыслей вообще. О. Блэйлер в целом характеризовал шизофреническое мышление как аутистическое, т.е. оторванное от реальности (см. параграф 2.8).

Чаще всего при анализе мышления больных шизофренией рассматриваются такие его отклонения, как разноплановость (суждения о каком-то явлении находятся в разных плоскостях), резонерство (тенденция больных к многоречивым непродуктивным рассуждениям, бесплодному мудрствованию, многоречивость, многозначительность, неуместный пафос высказываний), соскальзывания и причудливость ассоциаций [Клиническая..., 2002]. Отмечается значительное удлинение ассоциативной цепочки за счет отсутствия жестких прочных связей и большого числа однократно употребляемых ассоциаций. Значительная часть ассоциаций носит характер нестандартных, несущественных, что может свидетельствовать о процессах дезорганизации, беспорядочности в их вероятностно-статистической структуре. При этом основное значение придется нарушениям личностного компонента мыслительной деятельности, изменению отношения к окружающему, неадекватной самооценке.

Вопрос о том, до какой степени меняются мыслительные процессы при шизофрении, продолжает оставаться открытым. Многие авторы считают, что страдают не отдельные интеллектуальные способности, а лишь умение ими пользоваться. Поэтому, с одной стороны, необычность шизофренического мышления, в котором важное место занимают изменения мотивационного компонента, сама по себе не может прямолинейно рассматриваться как слабоумие (деменция). Будучи неспособным решить очень легкую задачу, больной неожиданно и оригинально решает весьма сложную, справляется с конструктивно-пространственными заданиями, играет в шахматы, сохраняются многие полученные ранее знания и навыки, могут приобретаться новые. В то же время при рассмотрении шизофрении в процессуальном аспекте несомненно снижение мыслительной продуктивности, маскируемое характерными и своеобразными расстройствами мышления.

Интеллектуальное снижение на многих, в том числе и ранних этапах шизофрении иногда настолько очевидно, что даже первые

ее исследователи характеризовали при этом видимые изменения психики как раннее слабоумие — *dementia praecox* [Красепелн, 1898]. (Позднее это название, в том числе и самим Крепелиным в силу многообразия симптомов, форм данного психического расстройства и вероятностному проявлению слабоумия было признано неадекватным.) Экспериментальное исследование когнитивных функций больных психозом уже в наше время показало, что по методике Векслера по сравнению с нормой у них обнаруживается снижение показателя IQ примерно на 10 баллов при крайне низких результатах в тестах на внимание и тестах, проверяющих проблемно-решающее поведение [Аведисова, Вериге, 2001]. Но значительной разницы между вербальной и невербальной оценками выявлено не было.

Характерным почти для всех этапов психоза является бред самого разного содержания, который может возникать как первично путем болезненной трактовки реальных фактов и событий, так и вторично, т.е. на основе нарушения восприятия (галлюцинаций). Ошибочной интерпретации может подвергаться распознавание окружающей обстановки и людей, в ситуацию и общение может вкладываться не присущий в действительности смысл.

Наиболее ярким внешним выражением расстройств мышления являются изменения в *речи*, которые также обнаруживают зависимость от этапа болезни и ее формы. У подавляющего большинства больных отмечаются тенденции к снижению спонтанности речи, коммуникативной функции и вербальной беглости [Алфимова, 2006]. Часто речь при психозе описывается как распылчатая, усложненная, без установки на слушателя, монологичная, разорванная (без смысловой связи между понятиями при сохранности грамматического строя речи, языковые нелепости, «абракадабра») вплоть до словесной крошки. Расстройства собственно грамматической стороны речи преимущественно наблюдаются на поздних стадиях развития болезни.

На начальных этапах заболевания разорванность как ключевой признак может иметь довольно сглаженные формы: нечеткие формулировки, рассеянность, излишнее и ранее не свойственное использование не к месту чрезмерно абстрактных выражений. Отсутствует стремление к точности и конкретности описания, больные склонны к формально-логическим заключениям и схоластическим построениям, полунамекам, туманным двусмысленностям и метафорам [Кербинов, Коркина, Наджаров, Снежневский, 1968]. Характерно бесплодное, малосодержательное, витиеватое рассуждательство на отвлеченные, например философские или теологические

темы (резонерство). Может обращать на себя внимание контраст между банальностью высказываний и пафосной, многозначительной формой их произнесения.

При наличии излишней обстоятельности отмечается тангенциальность — неспособность целенаправленно закончить начатую мысль либо вообще полный ее обрыв.

По-видимому, из-за нарушения вероятностного прогнозирования в рамках лексической составляющей речи и неспособности подобрать нужное точное слово больные начинают изобретать новые, понятные только им слова (привилегированно или даже стереотипно используемые *неологизмы* — например, скомбинированные из слогов разных слов, причудливо ассоциирующихся с желаемым смыслом, существующие правильные слова употребляются в другом смысле, либо новое слово образуется по фонетической модели известного и т.п.). Часть больных, страдающих шизофренией, склонны использовать символику — свидетельство расширенного сосуществования прямого и переносного смысла понятий, скрытого подтекста, метафоры. Возможно говорение и ответы «невпопад».

В других случаях имеют место обедненность речи или содержания речевой продукции, эхолалии и мутизм.

Изменения *мнестической сферы* и внимания при шизофрении менее типичны и остаются малоизученными (ни в МКБ-10, ни в американской систематике DSM-III-R расстройства памяти в качестве диагностических критериев шизофрении вообще не упоминаются), хотя некоторое снижение этих психических функций отмечается многими исследователями, объясняющими недостаточность памяти слабостью сосредоточения внимания на запоминаемом материале [Каплан, Сэдок, 2002]. По мнению К. Шнайдера [1999], способность к запоминанию у больных шизофренией часто кажется нарушенной потому, что эти глубоко погруженные в собственные переживания больные не испытывают интереса к происходящему в окружающем их мире, не замечают и не запоминают его. Даже качественные расстройства памяти, в частности конфабуляции, являются не чем иным, как фантастической, бредовой переработкой воспоминаний, т.е. имеют другой источник. Незнание людей и дезориентация у больных шизофренией тоже представляют собой не расстройства памяти, а бредовую фальсификацию окружения.

У больных детей довольно часто встречаются феномены патологического фантазирования. В этих случаях ребенок полностью поглощен своей патологической продукцией и все больше теряет связь с реальным миром [Кононова, 1963].

Кроме того, у больных могут отмечаться навязчивые мысли в форме воспроизведения в памяти дат, имен, терминов, навязчивого счета, навязчивых страхов, представлений и т.п. В литературе имеются указания на проблемы актуализации прошлого опыта, а также нарушения ассоциативной и кратковременной (рабочей) памяти, не позволяющих координировать получаемую информацию с другими психическими операциями [Аведисова, Вериге, 2001].

Мотивационно-волевые расстройства в целом выражаются в снижении инициативы, утрате ранее имевшихся интересов, ослаблении энергетического потенциала, а также в целом ряде двигательных расстройств. К числу частных проявлений подобного рода можно отнести астению, недостаток постоянства цели, непредсказуемое реагирование, повышенную отвлекаемость, адинамию, аутичность, особые, сверхценные или односторонние интересы, чудаковатость, капризность, растерянность, несамостоятельность, наличие навязчивостей и персвераторных представлений.

В более сложных, опосредующих случаях волевой дефицит обнаруживается через отсутствие ассоциативной упорядоченности в мыслительных процессах (сохранные больные сами жалуются на неспособность управлять своими мыслями), отсутствие планов на будущее, измененность эстетических и этических чувств (больные становятся перьяливыми, не соблюдают элементарного гигиенического ухода за собой), через антисоциальное поведение вплоть до садистических наклонностей, извращенную сексуальность, бродяжничество и т.п.

Возможны и гиперстения, особая оппозиционность окружающему, эгоизм, нелепое упрямство, карикатурное самоутверждение, вычурность, особенно характерные для начала патологического процесса в подростковом возрасте.

Ретроспективно — маленькие дети с будущими признаками шизофрении отличаются от сверстников некоторой апатичностью, пассивностью, своего рода разочарованностью. В школьные годы они часто, несмотря на достаточные способности, плохо учатся. Волевые расстройства, порождаемые болезнью, родители и педагоги расценивают как проявление лени. Присутствуют такие симптомы, как чувство неполноценности, апатия, социальное отстранение (бесцельно бродят по дому, уединяются), сдержанность, идеальность, постоянная бессодержательная тревога и предрасположенность к более выраженным тревожным реакциям (вплоть до панических атак). Есть данные, что мальчики в таких случаях более

перевозбуждены, агрессивны и негативистичны, в то время как девочки пугливы и аутистичны [Гиндикин, Гурьева, 1999]. Могут наблюдаться немотивированные, нелепые поступки импульсивного типа (застывание в одной и той же, иногда причудливой позе, неожиданные выкрики и т.п.). Отмечаются монотонность, однообразие и стереотипность игры (в зрелые годы стереотипизируется жизненный уклад), неуклюжесть и замешательство в движениях (ребенок натывается на предметы, роняет вещи).

Среди других грубых вариантов волевых расстройств встречаются спутанность, кататоническое возбуждение, дурашливость, манерность (последние два качества, а также резонерство и склонность к излишнему самоанализу могут возникать и у здоровых подростков в пубертатном периоде [Сухарева, 1974]), выраженная абulia (отсутствие любых волевых или поведенческих побуждений, даже связанных с инстинктивным поведением и самообслуживанием) и ступор (см. параграф 3.2). Степень критичности отношения к своему заболеванию у больных шизофренией бывает разной, а степень выраженности волевых расстройств коррелирует с прогрессивностью (от лат. *progredior* — идти вперед — неуклонным или приступообразным развитием) заболевания и с тяжестью дефекта личности.

Помимо когнитивной, мнестической и эмоциональной специфики, лица с эндогенными психическими расстройствами, и в частности с шизофренией, отличаются прежде всего своим функционированием в социально-психологической сфере [Критская, Мелешко, 2015], независимо от «стажа» заболевания, а также и проблемами усвоения социального опыта в детстве, обусловленных нарушениями логики понимания происходящего.

Исследование психических особенностей больных с шизофренией можно производить с помощью методик, требующих вчувствоваться в переживания других лиц (картинки с эмоционально насыщенным сюжетом, ТАТ, юмористические рисунки), произвести классификацию, исключение или сравнение неоднородных понятий, интерпретировать пятна Роршаха (чрезмерная обобщенность, использование «нестандартных», «слабых» или неадекватных, абсурдных признаков), оценивающих изменения личностных отношений (незаконченные предложения), обнаруживающих бессодержательность или символизм в ассоциативных процессах (пиктограммы, ассоциативный эксперимент), провоцирующих резонерство и разноплановость мышления (интерпретация понятий, толкование пословиц) и др.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы самые общие изменения психической деятельности при шизофрении?
2. Охарактеризуйте особенности расстройств восприятия при шизофрении.
3. Как проявляются расстройства эмоций при шизофрении у детей и подростков?
4. Каково психологическое содержание звеньев расстройств мышления при шизофрении?
5. Какие расстройства мышления и речи чаще всего встречаются при шизофрении?
6. Через какие психические феномены проявляются особенности мотивационно-волевых изменений при шизофрении, в частности, у детей?
7. Какие психодиагностические методики и приемы могут использоваться для выявления признаков шизофрении?

3.13. ЭПИЛЕПСИЯ — ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ

При попытке свести многочисленные определения эпилепсии к единому знаменателю в них выделяются три принципиальных обстоятельства:

1) вовлеченность центрального аппарата нервной системы (головного мозга — чрезмерность нейронной активности различной этиологии в его коре);

2) повторяющиеся (хронические) припадки (как судорожные, так и иные), сопровождающиеся расстройствами сознания различной степени;

3) особые постепенные изменения различных слоев личности, достигающие до развития затяжных психозов и деменции на отдаленных этапах заболевания.

В соответствии с МКБ-10 и МКБ-11 эпилепсия справедливо относится не к психическим расстройствам, а к болезням нервной системы, что не означает отсутствия у данных больных изменений со стороны психики (на 21-м конгрессе по эпилепсии [Сидней, 1995] указывалось, что 55% пациентов с эпилепсией имеют психические нарушения).

Подобные изменения целесообразно рассматривать под углом зрения их связанности с различными этапами и проявлениями болезни [Эпилептология..., 2000]. В частности, Э.Л. Максимова и В. Френшер [1998] предлагают выделять психические нарушения, предшествующие припадку, сопровождающие его, постприпадочные и психические расстройства в межприпадочный период. Для целей патопсихологии представляется целесообразным рас-

смотреть и особенности личности на поздних этапах заболевания. Картина психических расстройств будет заметно различаться и в зависимости от того, является ли эпилепсия врожденной (эндогенной, генуинной) либо приобретенной (экзогенной), например, в результате черепно-мозговой травмы. Во втором случае соответствующие изменения наслаиваются на уже сложившиеся личностные черты, в свою очередь, обуславливающие картину расстройства. А в первом случае формирование личности и ее сторон, слоев изначально (с детства) идет под знаком имеющегося заболевания. Кроме того, ряд исследователей условно выделяют два механизма психических изменений при эпилепсии:

- 1) обусловленные самим эпилептическим процессом и пароксизмальными расстройствами;

- 2) не имеющие причинно-следственных связей с приступами, но вызываемые психогенным влиянием многочисленных травмирующих средовых факторов и имеющие в основе различные проявления реакции на болезнь [Железнова, МаксUTOва, 2001].

В целом существует тесная зависимость между тяжестью болезни и психическими нарушениями, которые встречаются значительно чаще при неблагоприятном течении эпилепсии. В начальной стадии заболевания психические изменения могут либо отсутствовать, либо иметь рудиментарный и нечеткий характер. Одни психические нарушения при эпилепсии могут представлять собой как бы замену припадков и возникают остро, приступообразно, без какой-либо внешней причины. Их называют *психическими эквивалентами*. Другие развиваются постепенно, годами прогрессируя по мере увеличения тяжести и длительности заболевания. Это хронические изменения психической деятельности при эпилепсии, отражающие изменение личности больного, его характера и интеллекта.

Существуют наблюдения, что наиболее выраженные и типичные изменения личности свойственны больным с височной эпилепсией. В тех случаях, когда существуют преимущественно изменения личности, их определяют термином «эпилептический характер», который по своему психологическому содержанию не следует отождествлять с другим психическим явлением — эпилептической деменцией.

Среди широко распространенных явлений при эпилепсии — так называемая *аура*, специфическое состояние, предшествующее припадку (или иногда выступающее его эквивалентом, заменителем). Аура отождествляется самими больными с состоянием дурноты, растерянности, головокружения, ощущений онемения, покалывания, сжатия, растяжения, различных галлюцинаторных ощу-

щений в виде неопределенных звуков, окликов, обонятельных нарушений: неприятных запахов дыма, газа, гнили. В этот же период могут возникать тревога, раздражительность, возбуждение и склонность к конфликтным реакциям и агрессии. Появляется чувство надвигающейся угрозы, рождающее желание что-либо предпринять или искать помощи у окружающих. Типичен страх получить травму во время судорожного припадка или социофобический страх припадка на глазах у сотрудников или значимых знакомых.

В некоторых случаях больные жалуются на дезориентированность и дереализационные расстройства восприятия времени (время тянется необычайно медленно или проносится мгновенно, появляются состояния «уже виденного» (*deja vu*) или «никогда не виденного» (*jamais vu*), расстройства восприятия пространства — метаморфозии — искажения величины или формы воспринимаемых предметов, макropsии и микropsии, а также расстройства схемы тела и вестибулярных функций.

В рамках ауры также описываются нарушения мышления (перерывы мыслей, их ускоренное течение, непроизвольное течение или извлечение вербализованных воспоминаний из памяти).

Реже наблюдаются приятные ощущения (подъем жизненных сил, чувство особой легкости и приподнятости настроения, блаженства, любви к окружающим), сменяющиеся затем тревожным ожиданием приступа.

Сам эпилептический приступ не обязательно протекает в форме различной степени развернутости судорожного припадка, сопровождающегося потерей сознания. Многие припадки при эпилепсии могут выражаться исключительно или преимущественно различными психическими нарушениями, изменением сознания и эмоциональной сферы, более или менее сложными поведенческими нарушениями. Например, так называемая абсансная эпилепсия может проявлять себя неожиданно развивающимися кратковременными бессудорожными приступами застывания с отсутствием реакций на внешние раздражители. Больной (часто в детском и подростковом возрасте) становится похожим на задумавшегося человека, но без дальнейшей возможности вспомнить факт произошедшего.

Эпилептические эквиваленты

Эпилептические эквиваленты в целом весьма разнообразны. Клиническая картина их сводится к следующим психопатологическим формам.

Дисфория — тоскливо-злобное настроение, развивающееся без видимого повода и длящееся несколько часов или дней. Больной

мрачен, злобен, подозрителен, всем недоволен, придиричив, слепо раздражителен, иногда агрессивен, жесток в отношении даже самых близких людей, иногда испытывает неудержимое влечение к алкоголю, сопровождающееся запоем, склонен к протестным реакциям и разрушительным действиям, возможны наслоения страха. Кульминационным моментом дисфории нередко является возбуждение. Подобные эмоционально-поведенческие феномены обычно протекают без потери памяти на происшедшее.

Дисфория, считаясь одним из самых распространенных расстройств при эпилепсии, в форме короткого эпизода может иметь место и в структуре ауры, равно как она в более мягких формах широко представлена в поведении больного и в промежутках между приступами (как спонтанно возникающее, так и психогенно обусловленное дисфорическое состояние, спровоцированное ссорой, обидой и т.п.). Реже дисфории возникают в послеприпадочном состоянии, сочетаясь с вялостью, раздражительностью, головной болью.

У ряда больных картина аффективных приступообразных расстройств соответствует панической атаке, при которой больной испытывает чувство панического страха смерти, сопровождающегося состоянием растерянности, чувством крушения всего окружающего.

Дисфорию необходимо отличать от эпилептических *аффективных реакций*, которые имеют непосредственную причинно-следственную связь с психогенными обстоятельствами реальной жизни. В подобном случае в картине расстройства преобладает аффект не столько злобности и гневливости, сколько негодования и протеста, представляющий собой гипертрофированную реакцию возбуждения в ответ на объективно проявленную или субъективно оцененную несправедливость, оскорбление, унижение и другие травмирующие факторы [Рогачева, 2005], которые аналогичную реакцию могут вызывать и у здоровых людей. Но в случае эпилепсии раздражитель оказывается приложен к напряженному, взрывчатому фону, созданному эпилептическим процессом, усугубляющим степень выраженности подобных проявлений.

В силу повышенной чувствительности больных аффективные реакции могут вызываться целым рядом даже слабых бытовых раздражителей, нейтральных или безразличных для всех остальных людей (тиканье часов, падение капель воды из крана, шум транспорта и т.п.).

Сумеречные расстройства сознания выражаются искажениями и фрагментарностью восприятия действительности, нарушениями ориентировки в месте, во времени и в обстановке. Больной не от-

дает себе отчета в происходящем, критика к своему состоянию резко ослабевает.

Встречается несколько разновидностей сумеречных расстройств сознания. При делириозном варианте имеет место наплыв ярко окрашенных угрожающих или устрашающих зрительных галлюцинаций (пожары, трупы, кровь и т.п.), сопровождающихся напряженным аффектом, страхом, переживанием ужаса, экстаза, ярости, обычно сменяющих друг друга на протяжении короткого периода времени. Больные крайне возбуждены, кричат, агрессивны или спасаются бегством [Кириченко, 1996], склонны к опасным действиям вплоть до убийства или самоубийства. Встречаются также религиозно-экстатические, мистические, эротические или исторические видения, сопровождающиеся соответствующими бредовыми идеями (величия, сопричастности, преследования и т.п.). Приступы заканчиваются внезапно с полной или частичной амнезией пережитого. К периоду помраченного сознания после его окончания возникает отношение как к чему-то чуждому, противоречащему складу личности.

Другая разновидность сумеречного расстройства сознания — амбулаторный автоматизм (см. параграф 3.7). Автоматизированные действия могут быть самыми разнообразными, включая продолжение действий, непосредственно предшествовавших припадку. В ряде случаев амбулаторные автоматизмы выражаются в виде произнесения одних и тех же звуков, слогов, слов, иногда носящих бессвязный характер, порой в виде различных жестов (потирания рук, лица, застегивания и расстегивания одежды, вытаскивания из карманов одежды различных предметов и т.д.) с последующей полной амнезией. Сумеречное состояние во время сна приобретает форму сомнамбулизма (снохождения), что чаще встречается у детей и подростков и сочетается со сноворечием. Проснувшись после подобного расстройства, больные в отношении этого периода также испытывают амнезию.

Одним из компонентов сумеречного состояния при эпилепсии является различной глубины *ступор* (двигательная заторможенность) — от незначительной обездвиженности с элементами мутизма (отказа от общения), персеверациями и эхолалией до состояния полной обездвиженности.

Хронические изменения

Хронические изменения психической деятельности при эпилепсии развиваются в результате длительного течения патологиче-

ского процесса, проявляясь, как правило, в виде изменений характера, нарушений мыслительного процесса и развития слабоумия.

Индивидуальные характерологические различия все больше сглаживаются, и их место занимают такие качества, как медлительность всей психической деятельности и мышления, застреванность на деталях, косное упрямство, сужение круга интересов, педантичность, чрезмерная аккуратность, вязкость, настойчивость и особая принципиальность, касающаяся, как правило, собственного благополучия (например, в форме сутяжничества или скупости).

Б.В. Зейгарник [1986] по поводу инертности эпилептиков пишет, что в связи со смещением мотива смещается и смысл деятельности. Сложная опосредованная деятельность теряет смысл для больного, главным становится исполнение отдельных операций, которые в норме выполняют роль технического средства.

В этот же контекст вписывается и выраженный инстинкт самосохранения, повышенное внимание к своему самочувствию, поглощенность своим болезненным состоянием и всякого рода мелкими недугами. Больные считают отправления организма чрезвычайно важными, много времени уделяют рассказам о них, охотно лечатся и, несмотря на разную оценку своего состояния, в целом верят в положительный успех лечения и выздоровления (эпилептический оптимизм при генуинной эпилепсии).

Малейшее ущемление собственных интересов или неисполнение требований порождает обидчивость, взрывчатую (эксплозивную) агрессивность и мстительность. Иногда встречаются утрированная слащавость, притворная учтивость, подчеркнутая подлострастность и преувеличенная ласковость, склонность к самоуничтожению, которые сочетаются со злопамятностью, снижением чувства жалости, сопереживания и отзывчивости. Иногда развиваются показное благочестие, двуличие, набожность, религиозное ханжество, гиперсоциальность. Мировоззрение часто характеризуется ортодоксальностью, фанатической приверженностью тем или иным взглядам.

При выраженном эгоизме (собственное «Я» всегда стоит в центре внимания больного) и заметной потребности в самоутверждении (например, в форме непереносимости приказов, повышенного тона в отношении себя или желания подчинять себе членов группы), благодаря высокому энергетическому потенциалу и сохранности интеллекта на начальных периодах заболевания, часто реально добиваются искомой власти. Однако возможны проявления и полярных качеств — робости, застенчивости, неуверенности, которые парадоксально сочетаются в характере одного больного.

К числу хронических могут быть отнесены и такие аффективные и соматовегетативные расстройства со стороны личности, как склонность больных к реакциям тревоги, чувство безысходности, склонность к слабодушным реакциям, протекающие на фоне головных болей и других алгических проявлений, снижения аппетита, неустойчивого сна с кошмарными сновидениями, чувства разбитости, снижения памяти [Казаковцев, 1999]. Вторично формируются навязчивые страхи: умереть во время приступа, обнаружить свое заболевание перед знакомыми или сотрудниками, страх отмены препаратов [Казенных, Ссмке, 2006] и т.п. Возможны эффекты гиперопеки и со стороны родственников.

Специфические нарушения психики определяются у больных лишь начиная со школьного возраста, а в дошкольном и более младшем возрасте на фоне задержки психического развития чаще регистрируются особенности поведения и эмоциональные реакции неспецифического типа, встречающиеся, например, и у больных неврозами [Миридонов, 1996].

Одностороннее негативное описание эпилептических черт характера и психики в целом было бы неверным. В его структуре также присутствуют хорошая устойчивость внимания (при страдающей переключаемости), хорошая зрительная память, добросовестность, работоспособность, целеустремленность, умение постоять за себя и своих близких, искренняя, порой детская привязанность, умение надежно дружить и ряд других качеств.

Расстройства мыслительной деятельности при эпилепсии, по мнению В.М. Блейхера [1976, 1983], характеризуются тремя рядами признаков: вязкостью мышления, слабоумием и бредом.

Наиболее характерны застревание на деталях, невозможность выделить главное, в силу повышенной обстоятельности — трудность перехода от одних тем и представлений к другим, либо, напротив, склонность к уходу от главной темы ко второстепенным мелочам, замедленный темп усвоения новых знаний и навыков, а также трудности с использованием нового и прошлого опыта. Больные эпилепсией могут не понимать условностей, юмора, их суждения носят конкретно ситуативный характер, слабо раскрываются смысловые связи между предметами и явлениями.

При длительном и неблагоприятном течении заболевания особенности мышления становятся все более отчетливыми: нарастает своеобразное *эпилептическое слабоумие* (точнее, слабоумие при эпилепсии) — мышление становится формальным и конкретным, лишенным абстракций, обобщений и логических доказательств. Одна из его заметных черт — неумение выделить главное,

а следовательно, и критически оценить ситуацию. Особенно затруднена ассоциативная деятельность. Ухудшается сообразительность и уменьшается запас знаний. Снижается память, при многословии больной оперирует стандартными выражениями, склонен к своеобразным резонерским и банальным рассуждениям, что проявляется в поучительном тоне высказываний, отражающих некоторую их патетичность и переоценку человеком собственного жизненного опыта. Ситуация осложняется неспособностью больного отвлекаться от ситуации, побудившей к резонерству и морализаторству. Эгоцентрическая аффективно-личностная направленность процессов мышления придаст эпилептическому слабоумию особые черты, позволяющие определить его как концентрическое, т.е. характеризующееся сужением интересов больного на своей личности [Блейхер, 1983].

При наличии деменции речь делается тягучей, медлительной, лишенной эмоциональной мелодики, преобладают поверхностные, скудные по содержанию высказывания, словарный запас обедняется. Возникают затруднения в назывании предметов и явлений, при этом по мере прогрессирования заболевания снижается и активность поисков больными нужного слова. В некоторых случаях речь изобилует уменьшительно-ласкательными словами. Интересы больного окончательно сосредоточиваются на соматических ощущениях и состоянии, а также на физиологических потребностях. По мере развития слабоумия возрастает общая вялость и пассивность, интеллектуальные нарушения постепенно начинают перекрывать личностные изменения.

Слабоумие оказывается более значительным и быстрее прогрессирует у больных с невысоким интеллектуальным уровнем до заболевания, особенно в тех случаях, когда эпилептический процесс накладывается на умственную отсталость или органическое поражение головного мозга.

Дети с эпилептической деменцией часто отличаются угрюмым фоном настроения, недоверчивостью, склонностью к взрывам аффекта и агрессии при недовольстве чем-либо. У детей дошкольного и младшего школьного возраста в поведении на первый план нередко выступает двигательная расторможенность, сочетающаяся с тяжеловесностью и угловатостью отдельных движений. Вместо аффективной биполярности взрослых отмечается своеобразная контрастность в психомоторике в виде сочетания медлительности, плохой переключаемости движений (особенно тонких) с импульсивностью, склонностью к бурным двигательным разрядам. Одним из проявлений инертности и плохой переключаемости моторики

оказываются речевые расстройства в виде некоторой смазанности речи, нечеткости артикуляции и монотонности голоса. Сравнительно часто, в том числе и у детей дошкольного возраста, наблюдается грубое расторможение сексуального влечения, стремлении обнимать, тискать других детей. Возможно садистическое извращение сексуального влечения, при котором дети получают удовольствие, причиняя боль (кусают, щиплют, царапают и т.п.) окружающим [Ковалев, 1985]. Более или менее типичная описанная выше эпилептическая деменция имеется при начале заболевания у детей старше 3–5 лет. В дошкольном возрасте в случаях раннего начала заболевания нередко отмечается задержка интеллектуального развития. У подростков могут возникать трудности межперсональных отношений, чаще, чем у других, доминируют реакции протеста, повышенные притязания, сензитивность и конфликтность [Железнова, МаксUTOва, Соколова, 2003].

Исследование психических особенностей больных с эпилепсией можно производить с помощью таких методик, способных улавливать тугоподвижность, вязкость мышления и ригидность аффекта, как таблицы Шульте (увеличение времени поиска), ассоциативный эксперимент, пересказ сюжета сложного рисунка или текста (детализация), чернильные пятна Роршаха (бедность воображения, опора на цвет, тенденциозное видение кровавых сюжетов и т.п.), методика незаконченных предложений (умилительные или агрессивные завершения, обнаружение в речи большого числа уменьшительно-ласкательных суффиксов), интерпретация сюжетных картин (отсутствие критичности), пробы на переключение (нарушения подвижности психических процессов), методика исключения (затруднения в выделении существенных признаков) и т.д.

Контрольные вопросы и задания

1. Какова роль различных этиологических факторов эпилепсии в обусловливании психических изменений?
2. Что такое аура?
3. Какие поведенческие и психические феномены могут расцениваться в качестве эпилептических эквивалентов?
4. В чем выражаются хронические изменения психической деятельности при эпилепсии?
5. Какими признаками характеризуются расстройства мышления при эпилепсии?
6. Какие психодиагностические методики могут использоваться для обнаружения признаков психических расстройств, характерных для эпилепсии?

Список использованной литературы

1. *Аведисова А.С.* Шизофрения и когнитивный дефицит [Текст] / А.С. Аведисова, Н.Н. Вериго // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — Т. 3. — № 6. — С. 5.
2. *Агаджанян Н.А.* Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний [Текст] / Н.А. Агаджанян, Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. — М.: РУДН, 2006. — 284 с.
3. *Адам Д.* Восприятие, сознание, память. Размышления биолога [Текст]: пер. с англ. / Д. Адам. — М.: Мир, 1983. — 152 с.
4. *Адрианов А.И.* Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации (Описание и руководство к использованию) [Текст] / А.И. Адрианов, Н.А. Волкова, Л.Г. Десфонтейнес [и др.]. — Петрозаводск: Петрком, 1992. — 319 с.
5. *Айзенк Г.* Структура личности [Текст] / Г. Айзенк. — М.; СПб.: КСП+; Ювента, 1999. — 464 с.
6. *Айзенк Г.Ю.* Понятие и определение интеллекта [Текст] / Г. Айзенк // Вопросы психологии. — 1995. — № 1. — С. 111–131.
7. *Акимова М.К.* Руководство к применению теста структуры интеллекта Рудольфа Амтхауэра [Текст] / М.К. Акимова, Е.М. Борисова, К.М. Гуревич [и др.]. — Обнинск: Принтер, 1993.
8. *Александрова Л.А.* К концепции жизнестойкости в психологии. Сибирская психология сегодня [Текст] / Л.А. Александрова // Сб. науч. трудов / под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. — Кемерово: Кузбассвуиздат, 2004. — Вып. 2. — С. 82–90.
9. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства [Текст] / Ю.А. Александровский. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
10. *Алфимова М.В.* Наследственные факторы в нарушениях познавательных процессов при шизофрении [Текст]: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / М.В. Алфимова. — М., 2006. — 26 с.
11. *Альманах психологических тестов* [Текст] / под ред. Р.Р. Римского, С.А. Римской. — М.: КСП+, 1995. — 400 с.
12. *Амирджанова В.Н.* Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 [Текст] / В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н.И. Коршунов [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2008. — № 1. — С. 36–48.
13. *Ананьев Б.Г.* О проблемах современного человекознания [Текст] / Б.Г. Ананьев. — СПб.: Питер, 2000. — 272 с.
14. *Ананьев Б.Г.* Человек как предмет познания [Текст] / Б.Г. Ананьев. — Л.: ЛГУ, 1968. — 339 с.
15. *Анастаси А.* Психологическое тестирование [Текст] / А. Анастаси, С. Урбина. — СПб.: Питер, 2007. — 688 с.

16. *Андрющенко А.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости [Текст] / А.В. Андрющенко // Психиатрия и психофармакология. — 2000. — Т. 2. — № 4. — С. 11–15.
17. *Анохин П.К.* Избранные труды: Философские аспекты теории функциональной системы [Текст] / П.К. Анохин. — М.: Наука, 1978. — 400 с.
18. *Антоныч Ю.М.* Криминальная патопсихология [Текст] / Ю.М. Антоныч, В.В. Гульдан. — М.: Наука, 1991. — 248 с.
19. *Антропов Ю.А.* Основы диагностики психических расстройств [Текст] / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 384 с.
20. *Апчел В.Я.* Память и внимание — интеграторы психики [Текст] / В.Я. Апчел, В.Н. Цыган. — СПб.: ЛОГОС, 2004. — 120 с.
21. *Артамонов И.Д.* Иллюзии зрения [Текст] / И.Д. Артамонов. — М.: Наука, 1969. — 223 с.
22. *Ассанович М.А.* Тест Роршаха на основе адаптированной интегративной системы Экспера: теоретические и прикладные аспекты [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2002. — № 4. — URL: <http://psyjournal.ru/j3p/par.php?id=20020409>.
23. *Астапов В.М.* Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии [Текст] / В.М. Астапов. — М.: ПЕР СЭ, 2006. — 176 с.
24. *Астапов В.М.* Тревожность у детей [Текст] / В.М. Астапов. — СПб.: Питер, 2004. — 224 с.
25. *Аствацатуров М.И.* Избранные работы [Текст] / М.И. Аствацатуров. — Л.: Медицина, 1939. — 437 с.
26. *Аткинсон Р.* Человеческая память и процесс обучения [Текст]: пер. с англ. / Р. Аткинсон. — М.: Прогресс, 1980. — 528 с.
27. *Аткинсон Р.Л.* Введение в психологию [Текст]: пер. с англ. / Р.Л. Аткинсон, Р.С. Аткинсон, Е.Э. Смит [и др.]. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. — 672 с.
28. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека [Текст] / под ред. И.А. Полищук, А.Е. Видренко. — 2-е изд. — Киев: Здоров'я, 1979. — 124 с.
29. *Ахутина Т.В.* Методология нейропсихологического сопровождения детей с неравномерностью развития психических функций [Текст] / Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева // Вторая международная конференция памяти А.Р. Лурия. Сборник докладов / под ред. Т.В. Ахутиной, Ж.М. Глозман. — М., 2003. — С. 181–189.
30. *Бабкина Н.В.* Оценка психологической готовности детей к школе. Пособие для психологов и специалистов коррекционного образования [Текст] / Н.В. Бабкина. — М.: Айрис Пресс, 2006. — 144 с.
31. *Бажин Е.Ф.* Личностный дифференциал [Текст]: методические рекомендации / Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд. — Л.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1985. — 12 с.

32. *Базыма Б.А.* Исследование отношения к цвету как метода в диагностике эмоциональных нарушений при шизофрении [Текст]: дис. ... канд. психол. наук / Б.А. Базыма. — Л., 1991. — 188 с.
33. *Балабанова Л.М.* Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений) [Текст] / Л.М. Балабанова. — Донецк: Сталкер, 1998. — 432 с.
34. *Бардышевская М.К.* Диагностика эмоциональных нарушений у детей [Текст] / М.К. Бардышевская, В.В. Лебединский. — М.: УМУ «Психология», 2003. — 320 с.
35. *Бартлетт Ф.* Психика человека в труде и игре [Текст]: пер. с англ. / Ф. Бартлетт; под ред. А.П. Леонтьева. — М.: АПН РСФСР, 1959. — 144 с.
36. *Басина Е.З.* Особенности психического развития детей 6–7-летнего возраста [Текст] / Е.З. Басина, Л.В. Берцфаи, Е.А. Бугрименко [и др.]; под ред. Б.Д. Эльконина, А.Л. Венгера. — М.: Педагогика, 1988. — 136 с.
37. *Басов М.Я.* Избранные психологические произведения [Текст] / М.Я. Басов. — М.: Педагогика, 1975. — 432 с.
38. *Бассин Ф.В.* О силе «Я» и психологической защите [Текст] / Ф.В. Бассин // Вопросы философии. — 1969. — № 2. — С. 118–125.
39. *Башина В.М.* Особенности деперсонализационных расстройств у больных шизофренией детей [Текст] / В.М. Башина // Журн. невропатол. и психиатр. — 1978. — № 10. — С. 1517–1523.
40. *Бек А.* Когнитивная терапия депрессии [Текст] / А. Бек, А. Раш, Б. Шо [и др.]. — СПб.: Питер, 2003. — 304 с.
41. *Беллак Л.* Тест детской анперцепции (фигуры животных) [Текст]: методическое руководство / Л. Беллак, С.С. Беллак — СПб.: ИМАТОП, 2002. — 62 с.
42. *Беломестнова Н.В.* Клиническая диагностика интеллекта: психометрическая и клиничко-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике [Текст]: методическое пособие / Н.В. Беломестнова. — СПб.: Речь, 2003. — 128 с.
43. *Белопольская Н.Л.* Детская патопсихология [Текст]: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2000. — 351 с.
44. *Белопольская Н.Л.* Когитон: Психодиагностический комплект методик для детей от 6 до 11 лет (Психологический инструментарий) / сост. Н.Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2006;
45. *Белопольская Н.Л.* Когитоша. Психодиагностический комплект методик для детей от 3 до 6 лет (Психологический инструментарий) / сост. Н.Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2005.
46. *Белопольская Н.Л.* Задача патопсихологии и понятие психической нормы (Вводная статья) [Текст] // Патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Когито-Центр, 2000. — С. 8–17.

47. *Белопольская Н.Л.* Исключение предметов (Четвертый лишний): Модифицированная психодиагностическая методика [Текст] / Н.Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2006. — 30 с.
48. *Белопольская Н.Л.* Недостающие предметы. Психодиагностическая методика (Модификация методики Г.И. Россомимо) (комплект) (Психологический инструментарий) / Н.Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2003. — 16 с.
49. *Белоусова З.И.* Психодиагностика в начальной школе [Текст] / З.И. Белоусова, В.Э. Бойко, Л.И. Мищик. — Запорожье: Полиграф, 1994. — 192 с.
50. *Белый Б.И.* Тест Роршаха: практика и теория [Текст] / Б.И. Белый; под ред. Л.Н. Собчик. — СПб.: Дорваль, 1992. — 200 с.
51. *Березин Ф.Б.* Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене [Текст] / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.Б. Рожанец. — М.: Медицина, 1976. — 186 с.
52. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека [Текст] / Ф.Б. Березин. — Л.: Наука, 1988. — 270 с.
53. *Березин Ф.Б.* Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах [Текст] / Ф.Б. Березин, Т.В. Барлас // Журн. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1994. — Т. 94. — № 6. — С. 38–43.
54. *Березовский А.Э.* Самосознание психических больных [Текст] / А.Э. Березовский, Н.П. Крайнова, Н.С. Бондарь. — Самара: Самарский ун-т, 2001. — 43 с.
55. *Берис Р.* Развитие Я-концепции и воспитание [Текст] / Р. Берис. — М.: Прогресс, 1986. — 422 с.
56. *Бернштейн А.П.* Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. Опыт экспериментально-клинической семиотики интеллектуальных расстройств [Текст] / А.П. Бернштейн. — 2-е изд. — М.: Госиздат, 1921. — 79 с.
57. *Бернштейн П.А.* Физиология движений и активность [Текст] / П.А. Бернштейн. — М.: Наука, 1990. — 496 с.
58. *Беспалько И.Г.* Проективные методы [Текст] / И.Г. Беспалько, И.Н. Гильяшева // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1983. — С. 116–144.
59. *Бехтерев В.М.* Объективная психология [Текст] / В.М. Бехтерев. — М.: Наука, 1991. — 480 с.
60. *Бехтерев В.М.* Психика и жизнь [Текст] / В.М. Бехтерев. — М.: Книжный клуб Книговек, 2012. — 590 с.
61. *Бехтерева Н.П.* Устойчивое патологическое состояние при болезнях мозга [Текст] / Н.П. Бехтерева, Д.К. Камбарова, В.К. Поздеев. — М.: Медицина, 1978. — 300 с.
62. *Бизюк А.П.* Компендиум методов нейронсихологического исследования [Текст] / А.П. Бизюк. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.

63. *Бизюк А.П.* Модификация методики ЕРІ Г. Айзенка и разработка адаптированной компьютерной версии [Текст] / А.П. Бизюк // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — СПб.: Синапс, 2000. — № 1. — С. 17–22.
64. *Биренбаум Г.В.* К вопросу об образовании переносных и условных значений слов при патологических изменениях мышления [Текст] / Г.В. Биренбаум // Новое учение об апраксии, афазии и агнозии. — М.; Л.: Госмедиздат, 1934. — С. 147–164.
65. *Блэйлер О.* Аутистическое мышление [Текст] / О. Блэйлер // Хрестоматия по общей психологии. Психология мышления. — М.: МГУ, 1981. — С. 113–123.
66. *Блейхер В.М.* Клиника приобретенного слабоумия [Текст] / В.М. Блейхер. — Киев: Здоровье, 1976. — 151 с.
67. *Блейхер В.М.* Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов [Текст] / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. — М.: МПСИ; Воронеж: НПО МОДЭК, 2002. — 512 с.
68. *Блейхер В.М.* Нарушения мышления как показатель психической деградации больных алкоголизмом [Текст] / В.М. Блейхер, В.А. Худик // Врачебное дело. — 1982. — № 1. — С. 90–92.
69. *Блейхер В.М.* Патопсихологическая диагностика [Текст] / В.М. Блейхер, И.В. Крук. — Киев: Здоровье, 1986. — 280 с.
70. *Блейхер В.М.* Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов [Текст] / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. — Ростов н/Д: Феникс, 1996. — 448 с.
71. *Блейхер В.М.* Расстройства мышления [Текст] / В.М. Блейхер. — Киев: Здоровье, 1983. — 192 с.
72. *Блейхер В.М.* Толковый словарь психиатрических терминов [Текст] / В.М. Блейхер, И.В. Крук. — Воронеж: НПО МОДЭК, 1995. — 640 с.
73. *Блейхер В.М.* Экспериментально-психологические исследования психически больных [Текст] / В.М. Блейхер. — Т.: Медицина, 1971. — 176 с.
74. *Блум Ф.* Мозг, разум и поведение [Текст]: пер. с англ. / Ф. Блум, А. Лейзерсон, Л. Хофстедтер. — М.: Мир, 1988. — 248 с.
75. *Богданова Т.Г.* Диагностика познавательной сферы ребенка [Текст] / Т.Г. Богданова, Т.В. Корнилова. — М.: Роспедагентство, 1994. — 68 с.
76. *Богданова Т.Г.* Экспериментальная психология: практикум [Текст] / Т.Г. Богданова, Ю.Б. Гинпенрейтер, Е.Л. Григоренко. — М.: Аспект Пресс, 2002. — 383.
77. *Богдашина О.Б.* Аутизм: определение и диагностика [Текст] / О.Б. Богдашина. — Донецк: ООО «Лебедь», 1999. — 112 с.
78. *Бодалев А.А.* Общая психодиагностика [Текст] / под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. — СПб.: Речь, 2000. — 440 с.
79. *Бодров В.А.* Информационный стресс: учебное пособие для вузов [Текст] / В.А. Бодров. — М.: ПЕР СЭ, 2000. — 352 с.
80. *Божович Л.И.* Личность и ее формирование в детском возрасте [Текст] / Л.И. Божович. — М.: Просвещение, 1968. — 464 с.

81. *Божович Л.И.* Проблемы формирования личности [Текст] / Л.И. Божович; под ред. Д.И. Фельдштейна. — 2-е изд. — М.: Институт практической психологии; Воронеж: ИПО МОДЭК, 1997. — 352 с.
82. *Божович Л.И.* Психологические закономерности формирования личности в онтогенезе [Текст] / Л.И. Божович // *Вопр. психол.* — 1976. — № 6. — С. 45–53.
83. *Бойко В.В.* Энергия эмоций [Текст] / В.В. Бойко. — 2-е изд., доп. и перераб. — СПб.: Питер, 2004. — 474 с.
84. *Болотова А.К.* Прикладная психология: учебник для вузов [Текст] / А.К. Болотова, И.В. Макарова. — М.: Аспект Пресс, 2001. — 383 с.
85. Большая энциклопедия психологических тестов [Текст]: под ред. А.А. Карелина. — М.: Эксмо, 2007. — 416 с.
86. *Боулби Д.* Привязанность [Текст] / Д. Боулби. — М.: Гардарики, 2003. — 477 с.
87. *Брагина Н.Н.* Функциональные асимметрии человека [Текст] / Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1988. — 240 с.
88. *Бразман М.Э.* О дифференциации некоторых эмоциональных состояний методом измерения цветовой чувствительности [Текст] / М.Э. Бразман, Э.Т. Дорофеева, В.А. Щербатов // *Проблемы моделирования психической деятельности.* — Новосибирск, 1967. — С. 171–174.
89. *Братусь Б.С.* Аномалии личности [Текст] / Б.С. Братусь. — М.: Мысль, 1988. — 301 с.
90. *Братусь Б.С.* Место патопсихологии в изучении природы болезни [Текст] / Б.С. Братусь // *Вопросы психологии.* — 1994. — № 3. — С. 38–42.
91. *Брушлинский А.В.* Мышление и прогнозирование [Текст] / А.В. Брушлинский. — М.: Мысль, 1979. — 230 с.
92. *Буркин М.М.* Введение в диагностику психических заболеваний [Текст] / М.М. Буркин, Ю.Е. Рыбак. — Петрозаводск: Изд-во ПГУ, 1998. — 228 с.
93. *Бурковский Г.В.* Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике [Текст]: пособие для врачей и психиатров / Г.В. Бурковский, А.П. Коцюбинский, Е.В. Левченко [и др.]. — СПб., 1998. — 57 с.
94. *Бурковский Г.В.* Методология и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психических больных [Текст] / Г.В. Бурковский, М.М. Кабанов, А.П. Коцюбинский [и др.] // *Сб. науч. трудов Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.* — СПб., 2001. — Т. 137. — С. 80–94.
95. *Бурлаков А.В.* К проблеме лечения шизофрении, протекающей с септостеохондрическими расстройствами (опыт применения сероквела) [Текст] / А.В. Бурлаков // *Психиатрия и психофармакотерапия.* — 2002. — № 3. — С. 106–109.

96. *Бурлакова Н.С.* Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребенка [Текст] / Н.С. Бурлакова, В.И. Олешкевич. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. — 351 с.
97. *Бурлачук Л.Ф.* Введение в проективную психодиагностику [Текст] / Л.Ф. Бурлачук. — Киев: Ника-Центр, 1997. — 128 с.
98. *Бурлачук Л.Ф.* Исследование личности в клинической психологии [Текст] / Л.Ф. Бурлачук. — Киев: Вища школа, 1979. — 176 с.
99. *Бурлачук Л.Ф.* Психодиагностика личности [Текст] / Л.Ф. Бурлачук. — Киев: Здоровье, 1989. — 168 с.
100. *Бурлачук Л.Ф.* Словарь-справочник по психодиагностике [Текст] Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. — СПб.: Питер, 1999. — 528 с.
101. *Бухановский А.О.* Общая психопатология [Текст] / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М.Е. Литвак. — Ростов н/Д: Феникс, 1998. — 416 с.
102. *Бэррон Р.* Агрессия [Текст] / Р. Бэррон, Д. Ричардсон; пер. с англ. С. Меленевской, Д. Викторовой, С. Шнак. — СПб.: Питер, 2001. — 352 с.
103. *Вартамян И.А.* Звук — слух — мозг [Текст] / И.А. Вартамян. — Л.: Наука, 1981. — 176 с.
104. *Василенко В.Х.* Введение в клинику внутренних болезней [Текст] / В.Х. Василенко. — М.: Медицина, 1985. — 256 с.
105. *Васильев И.А.* Влияние индивидуальных психологических различий на процесс решения проблем [Текст] / И.А. Васильев, Ю. Куль // Вопросы психологии. — 1985. — № 1. — С. 140–148.
106. *Васильюк Ф.Е.* Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) [Текст] / Ф.Е. Васильюк. — М.: Изд-во МГУ, 1984. — 200 с.
107. *Вассерман Л.И.* Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение [Текст] / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелокова. — СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Академия, 2004. — 736 с.
108. *Вассерман Л.И.* Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни [Текст]: методические рекомендации / Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев [и др.]. — Л.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1987. — 27 с.
109. *Вассерман Л.И.* Методы нейropsychологической диагностики [Текст] / Л.И. Вассерман, Я.А. Меерсон, С.А. Дорофеева. — СПб.: Стройлеспечать, 1997. — 360 с.
110. *Веккер Л.М.* Психика и реальность: единая теория психических процессов [Текст] / Л.М. Веккер. — М.: Смысл, 1998. — 685 с.
111. *Вид В.Д.* Психоаналитическая психотерапия при шизофрении [Текст] / В.Д. Вид. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1993. — 236 с.
112. *Вид В.Д.* Современная клиническая психиатрия [Текст] / В.Д. Вид, Ю.В. Понов. — М.: Экспертное бюро, 1997. — 496 с.
113. *Виллюнас В.К.* Основные проблемы психологической теории эмоций [Текст] / В.К. Виллюнас // Психология эмоций / под ред. В.К. Виллюнас, Ю.Б. Гиппенрейтер. — М.: Изд-во МГУ, 1984. — С. 93–103.

114. *Винничук Н.В.* Психология аномального поведения [Текст] / Н.В. Винничук. — Владивосток: Дальневосточный университет, 2004. — 198 с.
115. *Винник Д.В.* Сознание как проблема в современной философии и науке [Текст] / Д.В. Винник // Философия науки. — 2002. — № 4 (15). — С. 21–38.
116. *Виноградова А.Д.* Психолого-педагогическая диагностика отклонений развития детей младшего школьного возраста [Текст]: метод. пособие / А.Д. Виноградова, Н.Л. Коновалова, И.А. Михаленкова [и др.]. — СПб.: МУСиР, 1995. — 63 с.
117. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса [Текст] / Н.Е. Водопьянова. — СПб.: Питер, 2009. — 336 с.
118. *Воловик В.М.* Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией [Текст] / В.М. Воловик, А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина // Ранняя реабилитация психически больных. — Л.: Медицина, 1984. — С. 39–46.
119. *Воловик В.М.* Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики [Текст] / В.М. Воловик // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Труды психоневрологического института им. Бехтерева. — Л., 1975. — Т. 75. — С. 79–90.
120. *Вольф М.* Патопсихология и ее методы [Текст] / М. Вольф. — СПб.: Питер, 2004. — 192 с.
121. *Вольф М.* Патопсихология и ее методы [Текст]: пер. с фр. / М. Вольф. — СПб.: Питер, 2004. — 192 с.
122. *Воронков Г.Л.* Организация работы клинических психологов в психоневрологических больницах [Текст] / Г.В. Воронков, В.М. Блейхер, С.П. Гарницкий. — Киев, 1980. — 22 с.
123. *Выготский Л.С.* Собр. соч. [Текст]: В 6 т. Т. 5 / Л.С. Выготский. — М.: Педагогика, 1984. — Т. 5. — 345 с.
124. *Выготский Л.С.* История развития высших психических функций [Текст] / Л.С. Выготский // Развитие высших психических функций. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. — С. 13–233.
125. *Выготский Л.С.* Методика рефлексологического и психологического исследования [Текст] / Л.С. Выготский // Собр. соч. в 6 т. / под ред. А.Р. Лурия и М.Г. Ярошевского. — М.: Педагогика, 1982. — Т. 1. — С. 43–62.
126. *Выготский Л.С.* Мышление и речь [Текст] / Л.С. Выготский. — 5-е изд., испр. — М.: Лабиринт, 1999. — 352 с.
127. *Выготский Л.С.* Основы дефектологии [Текст] / Л.С. Выготский. — СПб.: Лань, 2003. — 654 с.
128. *Выготский Л.С.* Педагогическая психология [Текст] / Л.С. Выготский. — М.: Педагогика, 1991. — 480 с.
129. *Выготский Л.С.* Психология развития человека [Текст] / Л.С. Выготский. — М.: Смысл; Эксмо, 2005. — 1136 с.
130. *Выготский Л.С.* Собр. соч. [Текст]: В 6 т. Т. 3 / Л.С. Выготский. — М.: Педагогика, 1983. — 368 с.

131. *Выготский Л.С.* Собр. соч.: в 6 т. Т. 4 [Текст] / Л.С. Выготский. — М.: Педагогика, 1984. — Т. 4. — 432 с.
132. *Гайда В.К.* Об эмоциональном восприятии цвета [Текст] / В.К. Гайда, А.С. Штерн // Проблемы моделирования психической деятельности. Новосибирск. — 1968. — Вып. 2. — С. 445–446.
133. *Гайда В.К.* Психологическое тестирование: учеб. пособие [Текст] / В.К. Гайда, В.П. Захаров. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1982. — С. 13–18.
134. *Гальперин П.Я.* К проблеме внимания [Текст] / П.Я. Гальперин // Доклады АПН РСФСР. — 1958. — № 3. — С. 33–38.
135. *Гальперин П.Я.* Развитие исследований по формированию умственных действий [Текст] / П.Я. Гальперин. — М.: Директмедиа Паблишинг, 2008. — 94 с.
136. *Ганзен В.А.* Системные описания в психологии [Текст] / В.А. Ганзен. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1984. — 176 с.
137. *Ганнушкин П.Б.* Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика [Текст] / П.Б. Ганнушкин. — М.: Медицинская книга, 2007. — 124 с.
138. *Ганнушкин П.Б.* Психиатрия, ее задачи, объем и преподавание [Текст] / П.Б. Ганнушкин // Избранные труды по психиатрии. — Ростов н/Д: Феникс, 1998. — 416 с.
139. *Гилфорд Дж.* Три стороны интеллекта [Текст] / Дж. Гилфорд // Психология мышления / под ред. А.М. Матюшкина. — М.: Прогресс, 1965. — С. 433–456.
140. *Гильяшева И.Н.* Вопросники как методы исследования личности [Текст] / И.Н. Гильяшева // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1983. — С. 62–81.
141. *Гильяшева И.Н.* Исследования интеллекта [Текст] / И.Н. Гильяшева // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1983. — С. 145–155.
142. *Гильяшева И.Н.* О возможностях использования метода ТАТ при изучении личности больного в психоневрологической клинике [Текст] / И.Н. Гильяшева // Исследование личности в клинике в экстремальных условиях. — Л.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1969. — С. 25–37.
143. *Гиляровский В.А.* Избранные труды [Текст] / В.А. Гиляровский. — М.: Медицина, 1973. — 328 с.
144. *Гиляровский В.А.* Психиатрия [Текст] / В.А. Гиляровский. — М.: Медгиз, 1954. — 520 с.
145. *Гиндикин В.Я.* Лексикон малой психиатрии [Текст] / В.Я. Гиндикин. — М.: Крон-пресс, 1997. — 568 с.
146. *Гиндикин В.Я.* Личностная патология [Текст] / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. — М.: Трада-Х, 1999. — 266 с.
147. *Гипецинский М.И.* Пропедевтический курс общей психологии: учебное пособие [Текст] / М.И. Гипецинский. — СПб.: СПб ун-т, 1997. — 200 с.

148. *Глозман Ж.М.* Количественная оценка данных нейропсихологического обследования [Текст] / Ж.М. Глозман. — М.: Центр лечебной педагогики, 1999. — 160 с.
149. *Голдберг Э.* Управляющий мозг. Лобные доли: лидерство и цивилизация [Текст] / Э. Голдберг; пер. с англ. Д. Бугакова. — М.: Смысл, 2003. — 335 с.
150. *Головин С.С.* Таблицы для остроты зрения [Текст] / С.С. Головин, Д.А. Сивцев. — 3-е изд. — М.; Л.: Госиздат, 1927. — 8 с., 2 отдельн. л. табл.
151. *Головина Т.Н.* Изобразительная деятельность учащихся вспомогательной школы [Текст] / Т.Н. Головина. — М.: Просвещение, 1974. — 183 с.
152. *Горбатенко А.С.* Системная концепция психики и общей психологии после теории деятельности [Текст] / А.С. Горбатенко. — Ростов н/Д: Изд-во Рост. педагог. ун-та, 1994. — 106 с.
153. *Горбов Ф.Д.* Детерминация психических состояний [Текст] / Ф.Д. Горбов // Вопросы психологии. — 1971. — № 5. — С. 20–29.
154. *Горинов В.В.* Судебная психиатрия [Текст]: учебник для вузов / В.В. Горинов, Т.Б. Дмитриева, Т.П. Печерникова [и др.]; под ред. Б.В. Шостакович. — М.: Зерцало, 1997. — 385 с.
155. *Горьковская И.А.* Основные направления исследований в патопсихологии [Текст] / И.А. Горьковская // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. — 2010. — № 136. — С. 21–26.
156. *Горюнова А.В.* Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.В. Горюнова; Науч. центр психол. здоровья РАМН. — М., 1995. — 44 с.
157. *Грановская Р.М.* Элементы практической психологии [Текст] / Р.М. Грановская. — 2-е изд. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1988. — 560 с.
158. *Грин А.* Психиатрия [Текст] / А. Грин, Д. Гринблат, Т. Гутейл [и др.]; под ред. Р. Шейдера; пер. с англ. М.В. Пашенкова при участии Д.Ю. Вельтищева; под ред. Н.Н. Алипова. — М.: Практика, 1998. — 485 с.
159. *Грицанов А.А.* Новейший философский словарь [Текст] / А.А. Грицанов. — Мн.: Книжный дом, 2003. — 1280 с.
160. *Гудман Р.* Детская психиатрия [Текст]: пер. с англ. / Р. Гудман, С. Скот. — М.: Триада-Х, 2008. — 405 с.
161. *Гуревич К.М.* Развитие волевых действий у детей младшего дошкольного возраста [Текст]: автореф. дис. ... пед. наук (по психологии) / К.М. Гуревич. — М., 1940. — 16 с.
162. *Гурфинкель В.С.* Сенсорные комплексы и сенсомоторная организация [Текст] / В.С. Гурфинкель, Ю.С. Левик // Физиология человека. — 1979. — Т. 5. — № 3. — С. 399–414.
163. *Гуткина Н.И.* Психологическая готовность к школе [Текст] / Н.И. Гуткина. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Академический проект, 2000. — 184 с.

164. Данилова Е.Е. Методика изучения фрустрационных реакций у детей [Текст] / Е.Е. Данилова // Иностранная психология. — 1996. — № 6. — С. 69–81.
165. Данилова Е.Е. Практикум по возрастной и педагогической психологии [Текст] / Е.Е. Данилова. — М.: Академия, 2000. — 160 с.
166. Дарвин Ч. О выражении эмоций у человека и животных [Текст] / Ч. Дарвин. — СПб.: Питер, 2001. — 384 с.
167. Дашкова И.М. Экспериментальные исследования валидности шкалы субъективного предпочтения цвета (тест Люшера) [Текст] / И.М. Дашкова, Е.А. Устинович // Диагностика психического состояния в норме и патологии. — Л.: Медицина, 1980. — С. 115–126.
168. Дементий Л.И. Фрустрация: Понятие и диагностика [Текст]: учебно-метод. пособие / Л.И. Дементий. — Омск: ОмГУ, 2004. — 68 с.
169. Демина Л.Д. Психическое здоровье и защитные механизмы личности [Текст] / Л.Д. Демина, И.А. Ральникова. — Барнаул: Алт. гос. ун-т, 2000. — 123 с.
170. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений: практикум [Текст] / Ю.Г. Демьянов. — СПб.: Сфера, 2004. — 160 с.
171. Денисов А.Ф. Культурно свободный тест Р. Кеттелла [Текст] / А.Ф. Денисов, Е.Д. Дорофеев. — СПб.: ИМАТОП, 1994. — 25 с.
172. Детский апперцептивный тест (САТ) [Текст]: Альбом (Дополнение к кн. Бурлаковой Н. Проективные методы). — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. — 10 с.
173. Джемс У. Психология [Текст]: пер с англ. / У. Джемс. — М.: Педагогика, 1991. — 368 с.
174. Джидарьян И.А. Счастье и удовлетворенность жизнью в русском обществе [Текст] / И.А. Джидарьян // Российский менталитет: вопросы психологической теории и практики. — М., 1997. — № 5. — С. 187–223.
175. Диагностика эмоционально-правственного развития [Текст] / под ред. И.Б. Дермановой. — СПб.: Речь, 2002. — 176 с.
176. Дмитриева Т.Б. Состояние научных исследований в области охраны психического здоровья детей и подростков на современном этапе // Доклад на IV Конгрессе педиатров России 17 ноября 1998 года «Охрана психического здоровья детей и подростков» [Электронный ресурс] / Т.Б. Дмитриева. — URL: <http://www.otrok.ru/medbook/listfarm/dmitr.htm>.
177. Доброхотова Т.А. Психические нарушения при опухолях головного мозга [Текст] / Т.А. Доброхотова // Руководство по психиатрии. В 2 томах / под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 195–212.
178. Добрынин Н.Ф. О теории и воспитании внимания [Текст] / Н.Ф. Добрынин // Хрестоматия по вниманию / под ред. А.Н. Леонтьева, А.А. Пузырева, В.Я. Романова. — М.: Изд-во МГУ, 1976. — С. 243–259.
179. Добрынин Н.Ф. Основные вопросы психологии внимания [Текст] / Н.Ф. Добрынин // Психологическая наука в СССР. — М.: АН РСФСР, 1959. — Т. 1. — С. 207–220.

180. *Дормашева Ю.Б.* Психология внимания [Текст] / Ю.Б. Дормашева, В.Я. Романова. — М.: Тривола, 1995. — 347 с.
181. *Доскин В.А.* Тест дифференцированной самооценки функционального состояния [Текст] / В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьев, М.П. Мирошников [и др.] // Вопросы психологии. — 1973. — № 6. — С. 48–54.
182. *Дрёмов С.В.* Измененные состояния сознания: Психологическая и философская проблема в психиатрии [Текст] / С.В. Дрёмов, И.Р. Сёмин. — Новосибирск: СО РАН, 2001. — 204 с.
183. *Дружинин В.Н.* Интеллект и продуктивность деятельности: модель «интеллектуального диапазона» [Текст] / В.Н. Дружинин // Психологический журнал. — 1998. — Т. 19. — № 2. — С. 61–70.
184. *Дружинин В.Н.* Психология и психодиагностика общих способностей [Текст] / В.Н. Дружинин. — М.: Наука, 1994. — 335 с.
185. *Дружинин В.Н.* Психология общих способностей [Текст] / В.Н. Дружинин. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2007. — 368 с.
186. *Дружинин В.Н.* Структура психометрического интеллекта и прогноз индивидуальных достижений [Текст] / В.Н. Дружинин // Интеллект и творчество: Сб. науч. тр. / РАН. Ин-т психологии; отв. ред. А.Н. Воронин. — М., 1999. — С. 5–29.
187. *Дружинин В.Н.* Экспериментальная психология [Текст] / В.Н. Дружинин. — СПб.: Питер, 2000. — 320 с.
188. *Дюк В.А.* Компьютерная психодиагностика [Текст] / В.А. Дюк. — СПб.: Братство, 1994. — 364 с.
189. *Егоров А.Ю.* Нейропсихология девиантного поведения [Текст] / А.Ю. Егоров. — СПб.: Речь, 2006. — 224 с.
190. *Егорова Т.В.* Исследование методики «Простые аналогии» при диагностике задержки психического развития [Текст] / Т.В. Егорова // Психологическая диагностика, ее проблемы и методы. — М.: Педагогика, 1975. — С. 23–45.
191. *Елисеев О.П.* Практикум по психологии личности [Текст] / О.П. Елисеев. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2007. — 512 с.
192. *Емельянов Ю.Н.* Теория формирования и практика совершенствования коммуникативной компетентности [Текст] / Ю.Н. Емельянов. — М.: Просвещение, 1995. — 183 с.
193. *Ересько Д.Б.* Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах [Текст]: метод. пособие / Д.Б. Ересько, Г.С. Исурина, Е.В. Койдановская [и др.]. — СПб.: НИИПН им. В.М. Бехтерева. — 2005. — 24 с.
194. *Жариков Н.М.* Психиатрия: учебник для вузов [Текст] / Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин. — М.: Медицина, 2002. — 544 с.
195. *Железнова Е.В.* Непсихотические психические расстройства при эпилепсии [Текст] / Е.В. Железнова, Э.Л. МаксUTOва // Русский медицинский журнал. — М.: НИИ психиатрии МЗ РФ, 2001. — Т. 9. — № 25. — С. 1207–1209.
196. *Железнова Е.В.* Современная стратегия и тактика терапии больных эпилепсией подросткового и юношеского возраста с коморбидными

- психическими нарушениями [Текст] / Е.В. Железнова, Э.Л. Максимова, Л.В. Соколова // Русский медицинский журнал. — М.: НИИ психиатрии МЗ РФ, 2003. — Т. 11. — № 10. — С. 611–615.
197. *Жмуров В.А.* Психопатология [Текст] / В.А. Жмуров. — М.: Медицинская книга; Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2002. — 668 с.
 198. *Жмуров В.А.* Психопатология. Часть I [Текст] / В.А. Жмуров. — Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1994(а). — 240 с.
 199. *Жмуров В.А.* Психопатология. Часть II [Текст] / В.А. Жмуров. — Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1994(б). — 304 с.
 200. *Журавель В.А.* Владимир Федорович Чиж как психолог (1855–1922): малоизвестные страницы жизни и научного творчества (к 150-летию со дня рождения). Часть I [Текст] / В.А. Журавель // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2005. — Т. 2. — № 1. — С. 68–72.
 201. *Журбин В.И.* Понятие психологической защиты в концепциях З. Фрейда и К. Роджерса [Текст] / В.И. Журбин // Вопросы психологии. — 1990. — № 4. — С. 14–22.
 202. *Забрамная С.Д.* От диагностики к развитию [Текст] / С.Д. Забрамная, О.В. Боровик. — М.: В. Секачев, 2004. — 61 с.
 203. *Забрамная С.Д.* Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей [Текст]: пособие для психолого-медико-педагогической комиссии / С.Д. Забрамная. — М.: Гуманитар; Владос, 2005. — 32 с.
 204. *Забрамная С.Д.* Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей [Текст] / С.Д. Забрамная. — М.: Просвещение; Владос, 1995. — 112 с.
 205. *Забродин Ю.М.* Мотивационно-смысловые связи в структуре направленности человека [Текст] / Ю.М. Забродин, Б.А. Сосновский // Вопросы психологии. — 1989. — № 6. — С. 100–108.
 206. *Забродин Ю.М.* Статистические и семантические проблемы конструирования и адаптации многофакторных личностных тест-опросников [Текст] / Ю.М. Забродин, В.И. Похилько, А.Г. Шмелев // Психологический журнал. — 1987. — Т. 8. — № 6. — С. 79–89.
 207. *Заваденко Н.Н.* Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения [Текст] / Н.Н. Заваденко // Вопросы современной педиатрии. — 2014. — Т. 13. — № 4. — С. 48–53.
 208. *Зайцев В.П.* Русский вариант психологического теста MiniMult [Текст] / В.П. Зайцев // Психологический журнал. — 1981. — Т. 2. — № 3. — С. 118–123.
 209. *Захаров А.И.* Как предупредить отклонения в поведении ребенка [Текст] / А.И. Захаров. — М.: Просвещение, 1986. — 128 с.
 210. *Захаров А.И.* Неврозы у детей и подростков: анамнез, этиология и патогенез [Текст] / А.И. Захаров. — Л.: Медицина, 1988. — 246 с.
 211. *Захаров А.И.* Ночные и дневные страхи у детей [Текст] / А.И. Захаров. — СПб.: Союз, 2000. — 448 с.

212. *Захаров А.И.* Происхождение и психотерапия детских неврозов [Текст] / А.И. Захаров. — СПб.: КАРО, 2006. — 672 с.
213. *Захаров В.В.* Нарушения памяти [Текст]: справ. рук. для врачей / А.И. Захаров, Н.Н. Яхно. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 160 с.
214. *Захарова А.В.* Уровень притязаний как показатель самооценки [Текст] / А.В. Захарова // Новые исследования в психологии. — М.: АПН СССР, 1989. — Вып. 1. — С. 26.
215. *Зверева Н.В.* Патопсихология детского и юношеского возраста [Текст] / Н.В. Зверева, О.Ю. Казьмина, Е.Г. Каримулина. — М.: Академия, 2008. — 208 с.
216. *Здравомыслов А.Г.* Потребности. Интересы. Ценности [Текст] / А.Г. Здравомыслов. — М.: Политиздат, 1986. — 223 с.
217. *Зейгарник Б.В.* К проблеме понимания переносного смысла слов или предложений при патологических изменениях мышления [Текст] / Б.В. Зейгарник // Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии. — М.; Л., 1934. — С. 132–146.
218. *Зейгарник Б.В.* Клиническая беседа [Текст] / Б.В. Зейгарник // Метод беседы в психологии; под ред. А.М. Айламазян. — М.: Смысл, 1999. — С. 75–86.
219. *Зейгарник Б.В.* Личность и патология деятельности [Текст] / Б.В. Зейгарник. — М.: Изд-во МГУ, 1971. — 100 с.
220. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология [Текст] / Б.В. Зейгарник. — М.: Изд-во МГУ, 1986. — 287 с.
221. *Зейгарник Б.В.* Теории личности в зарубежной психологии [Текст] / Б.В. Зейгарник. — М.: Изд-во МГУ, 1982. — 128 с.
222. *Зинченко Т.П.* Когнитивная и прикладная психология [Текст] / Т.П. Зинченко. — М.: МОДЭК, 2000. — 608 с.
223. *Зинченко Ю.П.* Постнеклассическая эпистемология в клинической психологии: возможности перспективы [Текст] / Ю.П. Зинченко, Е.И. Первичко // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова) / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М.: ИЦПЗ РАМН, 2013. — 197 с.
224. *Змановская Е.В.* Девиантология (Психология отклоняющегося поведения) [Текст]: учеб. пособие / Е.В. Змановская. — 2-е изд., испр. — М.: Академия, 2004. — 288 с.
225. *Зотов М.В.* Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция [Текст] / М.В. Зотов. — СПб.: Речь, 2006. — 144 с.
226. *Зухарь В.П.* О работе патопсихолога в психиатрической больнице [Текст] / В.П. Зухарь, С.Я. Рубинштейн, Л.П. Поперечная. — М., 1975. — 24 с.
227. *Иванова А.Я.* Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей [Текст] / А.Я. Иванова. — М.: Изд-во МГУ, 1976. — 97 с.
228. *Иванов-Смоленский А.Г.* Методика исследования условных рефлексов у человека (ребенка и взрослого, здорового и больного) [Текст] / А.Г. Иванов-Смоленский. — Л.: Практическая медицина, 1928. — 114 с.

229. *Изард К.* Психология эмоций [Текст]: пер. с англ. / К. Изард. — СПб.: Питер, 1999. — 464 с.
230. *Изард К.* Эмоции человека [Текст]: пер. с англ. / К. Изард. — М.: Изд-во МГУ, 1980. — 440 с.
231. *Измайлов Ч.А.* Цветовая характеристика эмоций [Текст] / Ч.А. Измайлов // Вестник МГУ. — 1995. — Сер. 14. — № 4. — С. 27–35.
232. *Йирасек Я.* Диагностика школьной зрелости [Текст] / Я. Йирасек // Диагностика психического развития / под ред. Й. Шванцара. — Прага, 1978. — 388 с.
233. *Ильин Е.П.* Психология индивидуальных различий [Текст] / Е.П. Ильин. — СПб.: Питер, 2004. — 701 с.
234. *Ильин Е.П.* Психология воли [Текст] / Е.П. Ильин. — СПб.: Питер, 2001. — 368 с.
235. *Ильин Е.П.* Эмоции и чувства [Текст] / Е.П. Ильин. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2013. — 783 с.
236. *Ильина М.П.* Психологическая оценка интеллекта у детей [Текст] / М.П. Ильина. — СПб.: Питер, 2006. — 368 с.
237. *Ирина В.Р.* В мире научной интуиции: интуиция и разум [Текст] / В.Р. Ирина, А.А. Новиков. — М.: Наука, 1978. — 192 с.
238. *Исаев Д.Н.* Аутистические синдромы у детей и подростков: механизмы расстройств поведения [Текст] / Д.Н. Исаев, В.Е. Каган // Патологические нарушения поведения у подростков. — Л.: НИПНИ им. Бехтерева, 1973. — С. 60–68.
239. *Исаев Д.Н.* Психопатология детского возраста [Текст] / Д.Н. Исаев. — СПб.: СпецЛит, 2001. — 463 с.
240. *Исаев Д.Н.* Умственная отсталость у детей и подростков [Текст]: руководство / Д.Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2007. — 391 с.
241. *Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей [Текст] / Д.Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
242. *Истратова О.Н.* Справочник психолога начальной школы [Текст] / О.Н. Истратова, Т.В. Эксакусто. — 3-е изд. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. — 442 с.
243. *Каган В.Е.* Внутренняя картина здоровья — термин или концепция? [Текст] / В.Е. Каган // Вопросы психологии. — 1993. — № 1. — С. 86–88.
244. *Казаковцев Б.А.* Психические расстройства при эпилепсии [Текст] / Б.А. Казаковцев. — М.: Амипресс, 1999. — 416 с.
245. *Казенных Т.В.* Психотерапевтическая коррекция в системе комплексной терапии больных эпилепсией [Текст] / Т.В. Казенных, В.Я. Семке // Бюллетень СО РАМН. — 2006. — № 1 (119). — С. 90–95.
246. *Калашник Я.М.* Патологический аффект [Текст] / Я.М. Калашник // Психология эмоций / под ред. В.К. Виллюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. — М.: Изд-во МГУ, 1984. — С. 219–223.
247. *Калин В.К.* Волевая регуляция как проблема формы деятельности [Текст] / В.К. Калин // Эмоционально-волевая регуляция поведения

- и деятельности: тезисы Всесоюзной конференции молодых ученых. — Симферополь, 1983. — С. 101–107.
248. *Калюжный А.С.* Психология и педагогика [Текст]: учеб. пособие для студентов / А.С. Калюжный. — Н. Новгород: Изд-во НГПУ, 2007. — 380 с.
 249. *Калягин В.А.* Логопсихология [Текст]: учеб. пособие / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. — М.: Академия, 2006. — 320 с.
 250. *Кандинский В.Х.* О псевдогаллюцинациях [Текст] / В.Х. Кандинский. — М.; Н. Новгород: Медицинская книга, Изд-во НГМА, 2001. — 156 с.
 251. *Каннабих Ю.И.* История психиатрии [Текст] / Ю.И. Каннабих. — М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. — 528 с.
 252. *Кант И.* О характере как образе мыслей / [Текст] / И. Кант // Психология личности: хрестоматия / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузырева. — М.: Изд-во МГУ, 1982. — С. 232–234.
 253. *Каплан Г.И.* Клиническая психиатрия [Текст]: пер. с англ. В 2 томах. Т. 1 / Г.И. Каплан, Б. Сэдок. — М.: Медицина, 2002. — 672 с.
 254. *Каплан Г.И.* Клиническая психиатрия [Текст]: пер. с англ. / Г.И. Каплан, Б. Сэдок. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. — 505 с.
 255. *Карвасарский Б.Д.* Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии [Текст]: пособие для врачей / Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков, А.В. Васильева [и др.]. — СПб.: НИИПН им. В.М. Бехтерева, 1999. — 22 с.
 256. *Карвасарский Б.Д.* Медицинская психология [Текст] / Б.Д. Карвасарский. — Л.: Медицина, 1982. — 272 с.
 257. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы [Текст] / Б.Д. Карвасарский. — М.: Медицина, 1990. — 567 с.
 258. *Карсон Р.* Аномальная психология [Текст]: пер. с англ. / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минекка. — СПб.: Питер, 2004. — 1168 с.
 259. *Кемпинский А.* Психология шизофрении [Текст] / А. Кемпинский. — СПб.: Ювента, 1998. — 296 с.
 260. *Кербигов О.В.* Избранные труды [Текст] / О.В. Кербигов. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.
 261. *Кербигов О.В.* Лекции по психиатрии [Текст] / О.В. Кербигов. — М.: Медгиз, 1955. — 240 с.
 262. *Кербигов О.В.* Острая шизофрения [Текст] / О.В. Кербигов. — М.: Медгиз, 1949. — 177 с.
 263. *Кербигов О.В.* Психиатрия [Текст] / О.В. Кербигов, М.В. Коркина, Р.А. Наджаров [и др.]. — М.: Медицина, 1968. — 448 с.
 264. *Кирдяшкина Т.А.* Методы исследования внимания. Практикум по психологии [Текст]: учеб. пособие / Т.А. Кирдяшкина. — Челябинск: ЮУрГУ, 1999. — 71 с.
 265. *Кирпиченко А.А.* Психиатрия: учеб. пособие для вузов [Текст] / А.А. Кирпиченко. — 3-е изд., перераб. и доп. — Минск: Вышэйшая школа, 1996. — 392 с.

266. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса [Текст] / Л.А. Китаев-Смык. — М.: Наука, 1983. — 368 с.
267. *Клайн П.* Справочное руководство по конструированию тестов: Введение в психометрическое проектирование [Текст]: пер. с англ. / П. Клайн; под ред. Л.Ф. Бурлачука. — Киев: ПАН Лтд, 1994. — 288 с.
268. *Клацки Р.* Память человека. Структуры и процессы [Текст] / Р. Клацки. — М.: Мир, 1978. — 320 с.
269. *Клейберг Ю.А.* Девиантное поведение: синтагма, онтология, эпистемология [Текст] / Ю.А. Клейберг // Общество и право. — 2015. — № 1. — С. 262–269.
270. *Клике Ф.* Пробуждающееся мышление [Текст] / Ф. Клике. — М.: Прогресс, 1983. — 302 с.
271. Клиническая психология [Текст]: пер. с нем. / под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2007. — 1312 с.
272. Клиническая психология [Текст] / под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. — 960 с.
273. *Князев Г.Г.* Валидизация русскоязычной версии опросника Л. Голдберга «Маркеры факторов “Большой пятерки”» [Текст] / Г.Г. Князев, Л.Г. Митрофанова, В.А. Бочаров // Психологический журнал. — 2010. — Т. 31. — № 5. — С. 100–110.
274. *Коблик Е.Г.* Первый раз в пятый класс [Текст]: программа адаптации детей к средней школе / Е.Г. Коблик. — М.: Генезис, 2003. — 122 с.
275. *Ковалев А.Г.* Психические особенности человека [Текст]. В 2-х т. Т. 1 / А.Г. Ковалев, В.Н. Мясичев. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1957. — 264 с.
276. *Ковалев А.Г.* Психические особенности человека [Текст]. В 2-х т. Т. 2 / А.Г. Ковалев, В.Н. Мясичев. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. — 280 с.
277. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста [Текст] / В.В. Ковалев. — М.: Медицина, 1979. — 608 с.
278. *Ковалев В.В.* Психический дизонтогенез как клинко-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста [Текст] / В.В. Ковалев // Журн. невропатол. и психиатр. — 1981. — № 10. — С. 1505–1509.
279. *Ковалев В.В.* Психогенные характерологические и патохарактерологические реакции у детей и подростков [Текст] / В.В. Ковалев // Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. — М., 1973. — С. 75–90.
280. *Ковалев В.В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков [Текст] / В.В. Ковалев. — М.: Медицина, 1985. — 288 с.
281. *Ковалев В.И.* Мотивы поведения и деятельности [Текст] / В.В. Ковалев. — М.: Наука, 1988. — 193 с.
282. *Кожуховская И.И.* Критичность психических больных [Текст] / И.И. Кожуховская // Тезисы докладов конференции «Проблемы патопсихологии». — М.: АПН СССР, 1972. — С. 214–219.
283. *Кожуховская И.И.* Нарушение критичности у психически больных: патопсихологическое исследование [Текст] / И.И. Кожуховская. — М.: Изд-во МГУ, 1985. — 79 с.

284. *Козловская Г.В.* Задержки психического развития [Текст] / Г.В. Козловская, А.В. Горюнова // Руководство по психиатрии. В 2-х т. Т. 2 / под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 680–685.
285. *Козюля В.Г.* Применение теста СМОЛ для исследования подростков [Текст]: краткое руководство / В.Г. Козюля. — М.: Фолиум, 1994. — 64 с.
286. *Козьявкин В.И.* Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы [Текст] / В.И. Козьявкин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов. — Львів: Українські технології, 1999. — 143 с.
287. *Кок Е.П.* Зрительные агнозии [Текст] / Е.П. Кок. — Л.: Медицина, 1967. — 224 с.
288. *Кольцова В.А.* Развитие психологии в России в 20–30-е годы [Текст] / В.А. Кольцова // Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории / под ред. А.В. Брушлинского. — М.: Институт психологии РАН, 1997. — С. 49–104.
289. *Комер Р.* Основы патопсихологии [Текст] / Р. Комер. — 2-е изд. — М.: Мир, 2001. — 1882 с.
290. *Комер Р.* Патопсихология поведения: Нарушения и патологии психики [Текст] / Р. Комер. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. — 638 с.
291. *Комлев Ю.Ю.* Теории девиантного поведения [Текст] / Ю.Ю. Комлев. — СПб.: АЛЕФ-ПРЕСС, 2014. — 222 с.
292. *Кон И.С.* В поисках себя. Личность и ее самосознание [Текст] / И.С. Кон. — М.: Политиздат, 1984. — 336 с.
293. *Кон И.С.* Открытие «Я» [Текст] / И.С. Кон. — М.: Политиздат, 1978. — 367 с.
294. *Конечный Р.* Психология в медицине [Текст]: пер. с чеш. / Р. Конечный, М. Боухал. — Прага: Авиценум, 1983. — 405 с.
295. *Кононова М.П.* Руководство по психологическому исследованию психически больных детей школьного возраста [Текст] / М.П. Кононова. — М.: Гос. изд-во медицинской литературы, 1963. — С. 81–127.
296. *Коркина М.В.* Психиатрия [Текст] / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко [и др.]. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 576 с.
297. *Корнев К.И.* Специфика копинга в условиях неопределенности [Текст] / К.И. Корнев // Мат. конф. «Человек в условиях неопределенности». — Новосибирск, 2006. — С. 24–35.
298. *Корнилова Т.В.* Экспериментальная психология. Теория и методы [Текст] / Т.В. Корнилова. — М.: Аспект Пресс, 2002. — 381 с.
299. *Короленко Ц.П.* Социодинамическая психиатрия [Текст] / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. — М.; Екатеринбург: Академический проект: Деловая книга, 2000. — 460 с.
300. *Корольков А.А.* Философские проблемы теории нормы в биологии и медицине [Текст] / А.А. Корольков, В.П. Петленко. — М.: Медицина, 1977. — 393 с.
301. *Корсакова Н.К.* Клиническая нейропсихология [Текст] / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичуте. — М.: Академия, 2003. — 144 с.

302. *Корсакова Н.К.* Медицинская психология и психиатрия [Текст] / Н.К. Корсакова // Руководство по психиатрии. В 2 т. Т. 1 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская [и др.]; под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 139–153.
303. *Корсакова Н.К.* Неуспевающие дети: нейropsychологическая диагностика трудностей обучения [Текст] / Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе, Е.Ю. Балашова. — 2-е изд., доп. — М.: Педагогическое общество России, 2000. — 160 с.
304. *Коцюбинский А.П.* Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях [Текст] / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Т.А. Аристова [и др.]. — СПб.: ПИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. — 38 с.
305. *Коцюбинский А.П.* Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен? [Текст] / А.П. Коцюбинский, В.В. Зайцев // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2004. — Т. 1. — № 1. — С. 7–10.
306. Краткий психологический словарь [Текст] / ред.-сост. Л.А. Карпенко; под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — 2-е изд., испр. и доп. — Ростов н/Д: Феникс, 1998. — 350 с.
307. *Крепелин Э.* Гигиена труда. Умственный труд. Переутомление [Текст]: пер. с нем. / Э. Крепелин. — СПб.: Изд. О.Н. Поповой (Тип. И. Гольдберга). — 1898. — 101 с.
308. *Крепмер Э.* Строение тела и характер [Текст]: пер. с нем. / Э. Крепмер. — М.: Эксмо, 2003. — 416 с.
309. *Критская В.П.* Патопсихология шизофрении [Текст] / В.П. Критская, Т.К. Меленко. — М.: Институт психологии РАН, 2015. — 389 с.
310. *Крылов В.И.* Психопатология телесной перцепции [Текст] / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакология. — М.: Медиа Медика, 2006. — Т. 11. — № 2. — С. 15–20.
311. *Крюкова Т.Л.* Адаптация методик, изучение совладающего поведения Way of Coping Questionnaire (Опросник способов совладания П. Лазаруса и С. Фолкмана) [Текст] / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляева // Психология и практика. Сборник научных трудов / под ред. Т.Л. Крюковой, С.А. Хазовой. — Кострома: РЦОИ «ЭКСПЕРТ-ЕГЭ», 2005. — С. 171–190.
312. *Кудрявцев И.А.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза [Текст] / И.А. Кудрявцев. — М.: Изд-во МГУ, 1999. — 497 с.
313. *Кудрявцев И.А.* Судебная психолого-психиатрическая экспертиза [Текст] / И.А. Кудрявцев. — М.: Юридическая литература, 1988. — 224 с.
314. *Кудрявцева А.И.* О диагностической информативности некоторых патопсихологических синдромов [Текст] / А.И. Кудрявцева // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1982. — № 12. — С. 1814–1818.

315. Кулешова Л.Н. Внимание [Текст] / Л.Н. Кулешова // Практикум по общей и экспериментальной психологии / под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. — СПб.: Питер, 2003. — С. 126–138.
316. Лаак Ян тер. Виг 5: Как измерить человеческую индивидуальность: Оценки и описания [Текст] / Ян тер Лаак, Г. Бругман. — М.: Книжный дом «Университет», 2003. — 112 с.
317. Лабунская В.А. Психология затрудненного общения [Текст] / В.А. Лабунская, Ю.А. Менджерицкая, Е.Д. Бреус. — М.: Академия, 2001. — 288 с.
318. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования [Текст] / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции: пер. с англ. / под ред. В.Н. Мясничева. — Л.: Медицина, 1970. — С. 178–208.
319. Ланге Н.Н. Теория волевого внимания [Текст] / Н.Н. Ланге // Хрестоматия по вниманию / под ред. А.Н. Леонтьева, А.А. Пузырея, В.Я. Романова. — М.: Изд-во МГУ, 1976. — С. 138.
320. Лангмейер Й. Психическая депривация в детском возрасте [Текст]: пер. с чеш. / Й. Лангмейер, З. Матейчек. — Прага: Авиценум, 1984. — 334 с.
321. Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического развития [Текст] / К.С. Лебединская // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1980. — № 3. — С. 407–412.
322. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития [Текст] / К.С. Лебединская // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / под ред. К.С. Лебединской. — М.: Педагогика, 1982. — С. 5–21.
323. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм [Текст] / К.С. Лебединская // Детский аутизм. Хрестоматия. — СПб.: МУСиР им. Р. Валленберга, 1979. — С. 72–91.
324. Лебединский В.В. Классификация психического дизонтогенеза [Текст] / В.В. Лебединский // Обучение и воспитание детей «группы риска». Хрестоматия / под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. — М.: Институт практической психологии, 1996. — С. 81–87.
325. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте [Текст] / В.В. Лебединский. — М.: Академия, 2003. — 144 с.
326. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб. пособие [Текст] / В.В. Лебединский. — М.: Изд-во МГУ, 1985. — 167 с.
327. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция [Текст] / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская [и др.]. — М.: Изд-во МГУ, 1990. — 197 с.
328. Леви Л. Некоторые принципы психофизиологических исследований и источники ошибок [Текст] // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви, В.Н. Мясничева. — Л.: Медицина, 1970. — С. 88–108.
329. Левитов Н.Д. Психология характера [Текст] / Н.Д. Левитов. — М.: Просвещение, 1969. — 424 с.

330. Левитов И.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний [Текст] / И.Д. Левитов // Вопросы психологии. — 1967. — № 6. — С. 118–129.
331. Леонгард К. Акцентуированные личности [Текст]: пер. с нем. / К. Леонгард. — Ростов н/Д: Феникс, 2000. — 544 с.
332. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека [Текст] / А.Б. Леонова. — М.: Изд-во МГУ, 1984. — 200 с.
333. Леонова Л.Г. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте [Текст] / Л.Г. Леонова, Н.Л. Бочкарева. — Новосибирск: Изд-во ИМИ, 1998. — 48 с.
334. Леонтьев А.Н. Воля [Текст] / А.Н. Леонтьев // Вестн. Моск. ун-та. — Сер. 14: Психология. — 1993. — № 2. — С. 3–14.
335. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность [Текст] / А.Н. Леонтьев. — М.: Смысл; Академия, 2004. — 352 с.
336. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения [Текст]. В 2 т. Т. 2 / А.Н. Леонтьев. — М.: Педагогика, 1983. — 320 с.
337. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии [Текст] / / А.Н. Леонтьев. — М.: Смысл, 2000. — 509 с.
338. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и эмоции [Текст] / А.Н. Леонтьев // Психология мотивации и эмоций / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. — М.: ЧеРо, 2002. — С. 57–65.
339. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики [Текст] / А.Н. Леонтьев. — 4-е изд. — М.: Изд-во МГУ, 1981. — 584 с.
340. Леонтьев А.Н. Эмоции [Текст] / А.Н. Леонтьев, К.В. Судаков // БСЭ. — 1978. — Т. 30. — 169 с.
341. Леонтьев Д.А. Тематический анперцептивный тест [Текст] / Д.А. Леонтьев. — М.: Смысл, 2004. — 247 с.
342. Леонтьев Д.А. Характер [Текст] / Д.А. Леонтьев, А.К. Никишов // Общая психология. Словарь // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах. Т. 1 / ред.-сост. Л.А. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского. — М.: ПЕР СЭ, 2005. — 251 с.
343. Лесгафт П.Ф. Семейное воспитание ребенка и его значение / П.Ф. Лесгафт. — М.: Педагогика, 1991. — 176 с.
344. Линдсей П. Переработка информации у человека [Текст]: пер. с англ. / П. Линдсей, Д. Норман. — М.: Мир, 1974. — 552 с.
345. Линдсли Д.Б. Эмоции [Текст] / Д.Б. Линдсли // Экспериментальная психология. В 2 т. Т. 1 / под ред. С.С. Стивенса. — М.: ИЛ, 1960. — С. 629–684.
346. Личко А.Е. Диагностика характера подростков. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков — ПДО [Текст]: краткое руководство / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов. — СПб.: ФармИндекс, 2001. — 68 с.
347. Личко А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных [Текст] / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1980(а). — № 8. — С. 1195–1198.

348. Личко А.Е. Основные принципы построения опросника, методика его использования и обработки результатов [Текст] / А.Е. Личко // Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования / под ред. А.Е. Личко, Н.Я. Иванова // Труды НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — Л.: 1976. — Том LXXVII. — С. 5–29.
349. Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник (П/О) для подростков [Текст] / А.Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1983. — С. 81–101.
350. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков [Текст] / А.Е. Личко. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с.
351. Личко А.Е. Методика определения типа отношения к болезни [Текст] / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1980(6). — № 8. — С. 1527–1530.
352. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии [Текст] / Б.Ф. Ломов. — М.: Наука, 1984. — 444 с.
353. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии [Текст] / А.Р. Лурия. — М.: Изд-во МГУ, 1973. — 374 с.
354. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга [Текст] / А.Р. Лурия. — 3-е изд. — М.: Академический проект, 2000. — 512 с.
355. Лурия А.Р. Об историческом развитии познавательных процессов: Экспериментально-психологическое исследование [Текст] / А.Р. Лурия. — М.: Наука, 1974. — 172 с.
356. Лурия А.Р. Этапы пройденного пути: научная автобиография [Текст] / А.Р. Лурия. — М.: Изд-во МГУ, 2001. — 187 с.
357. Лурия А.Р. Язык и сознание [Текст] / А.Р. Лурия / под ред. Е.Д. Хомской. — М.: Изд-во МГУ, 1979. — 320 с.
358. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания [Текст] / Р.А. Лурия. — 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. — 138 с.
359. Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации (описание и руководство к использованию) [Текст] / под ред. А.Ф. Кудряшова. — Петрозаводск: Петроком, 1992. — 318 с.
360. Люшер М. Цвет вашего характера [Текст]: пер. с англ. / М. Люшер. — М.: РИПОЛ классик, Вече, 1997. — 240 с.
361. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ [Текст]: пер. с англ. / С. Мадди. — СПб.: Речь, 2002. — 539 с.
362. Макаров И.В. Денерсонализация у детей и подростков [Текст] / И.В. Макаров // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2006. — Т. 3. — № 3. — С. 15–16.
363. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях [Текст] / А.Г. Маклаков // Психологический журнал. — 2001. — Т. 22. — № 1. — С. 16–24.

364. *Максимова Н.Ю.* Курс лекций по детской психопатологии [Текст] / Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милюткина. — Ростов н/Д: Феникс, 2000. — 576 с.
365. *Максутова А.Л.* Психофармакотерапия эпилепсии [Текст] / А.Л. Максутова, В. Френер. — Берлин; Вена: Блэквелл Виссеншафтс-Ферлаг, 1998. — 180 с.
366. *Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика [Текст]: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2005. — 992 с.
367. *Малкова Л.Д.* Изучение невротических астений в аспекте эмоционального стресса [Текст] / Л.Д. Малкова // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. — Л., 1977. — С. 72–76.
368. *Мамайчук И.И.* Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции [Текст] / И.И. Мамайчук. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. — 168 с.
369. *Мандрусова Э.С.* Сборник трудов по психопатологии детского возраста [Текст] / Э.С. Мандрусова, А.Я. Иванова. — М.; Берлин: Ди-рект-Медиа, 2015. — 278 с.
370. *Мариничева Г.С.* Умственная отсталость [Текст] / Г.С. Мариничева, М.Ш. Вроно // Руководство по психиатрии в 2-х томах. Т. 2 / под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 612–680.
371. *Марищук В.Л.* Методы психодиагностики в спорте: учеб. пособие [Текст] / В.Л. Марищук, Ю.М. Блудов, В.А. Плахтиенко [и др.]. — М.: Просвещение, 1984. — 190 с.
372. *Маркс К.* Из ранних произведений [Текст] / К. Маркс, Ф. Энгельс. — М.: Госполитиздат, 1956. — С. 633.
373. *Марцинковская Т.Д.* Диагностика психического развития детей [Текст] / Т.Д. Марцинковская. — М.: ЛИНКА-ПРЕСС, 1998. — 176 с.
374. *Маслоу А.* Мотивация и личность [Текст]: пер. с англ. / А. Маслоу. — СПб.: Питер, 2007. — 352 с.
375. *Меграбян А.А.* Дегерсонализация [Текст] / А.А. Меграбян. — Ереван: Армянское государственное издательство, 1962. — 356 с.
376. *Меграбян А.А.* Личность и сознание [Текст] / А.А. Меграбян. — М.: Медицина, 1878. — 176 с.
377. *Меерсон Ф.З.* Адаптация, стресс, профилактика [Текст] / Ф.З. Меерсон. — М.: Наука, 1981. — 279 с.
378. *Мелешко Т.К.* Особенности процесса сравнения у больных шизофренией [Текст] / Т.К. Мелешко // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1966. — № 1. — С. 109–115.
379. *Мельников В.М.* Введение в экспериментальную психологию личности [Текст]: учеб. пособие / В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский. — М.: Просвещение, 1985. — 319 с.
380. *Мельников В.А.* Практикум по основам психологии. Тесты и хрестоматия [Текст] / В.А. Мельников. — Симферополь: Сонат, 1997. — 254 с.
381. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология [Текст]: практическое руководство / В.Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2001. — 592 с.

382. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения [Текст] / В.Д. Менделевич. — М.: МЕ/Дипресс, 2001. — 432 с.
383. Мерлин В.С. Личность и общество [Текст] / В.С. Мерлин. — Пермь: ПГПИ, 1990. — 90 с.
384. Мерлин В.С. Некоторые принципы психологической характеристики свойств темперамента [Текст] / В.С. Мерлин // Очерк теории темперамента / под ред. В.С. Мерлина. — 2-е изд. — Пермь: Пермское кн. изд-во, 1973. — С. 76–94.
385. Мерлин В.С. Отличительные признаки темперамента [Текст] / В.С. Мерлин // Очерк теории темперамента / под ред. В.С. Мерлина. — М.: Просвещение, 1964. — С. 3–18.
386. Мерлин В.С. Предмет психологического исследования темперамента [Текст] / В.С. Мерлин // Очерк теории темперамента / под ред. В.С. Мерлина. — 2-е изд. — Пермь: Пермское кн. изд-во, 1973. — С. 5–18.
387. Мерлин В.С. Психология индивидуальности [Текст] / В.С. Мерлин // Избр. психол. тр. — М.: МПСИ; Воронеж: НИО МОДЭК, 2005. — 544 с.
388. Методика «Q-сортировка» [Текст] // Психологические тесты. В 2 т. Т. 2 / под ред. А.А. Карелина. — М., 2001. — С. 65–69.
389. Методы исследования в психологии: квазиэксперимент: учеб. пособие [Текст] / Т.В. Корнилова [и др.]; под ред. Т.В. Корниловой. — М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 1988. — 296 с.
390. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике [Текст] / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1963. — 312 с.
391. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: учеб. пособие [Текст] / Ю.В. Микадзе. — СПб.: Питер, 2008. — 288 с.
392. Миллер Дж. Магическое число семь плюс-минус два. The Magical Number Seven, Plus or Minus Two: Some Limits on our Capacity for Processing Information: Psychological Review [Электронный ресурс] / Дж. Миллер. — URL: <http://codenlp.ru/stati/dzhordzh-a-miller-magicheskoe-chislo-sem-plyus-minus-dva.html>.
393. Миридонов В.Т. Донозологический период эпилепсии у детей (клинико-электроэнцефалографическое исследование) [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Т. Миридонов. — Иваново, 1996. — 44 с.
394. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине (клиническое руководство) [Текст] / Б.В. Михайлов, А.И. Сердюк, В.А. Федосеев / под общ. ред. Б.В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.
395. Можгинский Ю.Б. Агрессивность детей и подростков: распознавание, лечение, профилактика [Текст] / Ю.Б. Можгинский. — М.: Когито-Центр, 2006. — 184 с.
396. Молчанов В.И. Время и сознание. Критика феноменологической философии [Текст] / В.И. Молчанов. — М.: Высш. шк., 1998. — 144 с.

397. *Морозов Г.В.* Основные синдромы психических расстройств [Текст] / Г.В. Морозов // Руководство по психиатрии. В 2 т. Т. 1 / под ред. Г.В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — 640 с.
398. *Муздыбаев К.* Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ [Текст] / К. Муздыбаев // Журн. социологии и социальной антропологии. — 1998. — Т. 1. — Вып. 2. — С. 102–112.
399. *Мухамеджанова Н.М.* Ценностные ориентации личности как результат приобщения к культуре [Электронный ресурс] / Н.М. Мухамеджанова. — URL: http://bank.orenipk.ru/Text/t13_204.htm.
400. *Мухина В.С.* Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учебник для вузов [Текст] / В.С. Мухина. — 4-е изд. — М.: Академия, 1999. — 456 с.
401. *Мэш Э.* Детская патопсихология: нарушения психики ребенка [Текст] / Э. Мэш, Д. Вольф. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. — 384 с.
402. *Мягков И.Ф.* Медицинская психология: пропедевтический курс: учебник для вузов [Текст] / И.Ф. Мягков, С.П. Боков, С.И. Чаева. — М.: Логос, 2002. — 320 с.
403. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы [Текст] / В.Н. Мясищев. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. — 426 с.
404. *Мясищев В.Н.* Психология отношений [Текст] / В.Н. Мясищев. — М.: МПСИ, МОДЭК, 2005. — 158 с.
405. *Паенко Н.И.* Психическая напряженность [Текст] / Н.И. Паенко. — М.: МГУ, 1976. — 112 с.
406. *Намазов В.Н.* Психолого-педагогические методы исследования индивидуально-личностных особенностей: учебно-методическое пособие [Текст] / В.Н. Намазов, А.Н. Жмыриков; под ред. В.Н. Намазова. — М., 1988. — 81 с.
407. *Нартова-Бочавер С.К.* «Coping-Behavior» в системе понятий психологии личности [Текст] / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. — 1997. — Т. 18 — № 5. — С. 20–51.
408. Настольная книга практического психолога в образовании [Текст]: учеб. пособие / Е.И. Рогов. — М.: Владос, 1996. — 527 с.
409. *Небылицын В.Д.* Психофизиологические исследования индивидуальных различий [Текст] / В.Д. Небылицын. — М.: Наука, 1976. — 336 с.
410. *Немов Р.С.* Психология [Текст]: В 3 кн. Кн. 3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики / Р.С. Немов. — 4-е изд. — М.: Владос, 2001. — 640 с.
411. *Немчин Т.А.* Изучение состояния тревоги у больных неврозами при помощи опросника [Текст] / Т.А. Немчин // Вопросы психоневрологии. — Труды ЛПИИИ им. В.М. Бехтерева. — Л.: 1966. — Т. 12. — С. 235–246.
412. *Немчин Т.А.* Состояния перво-психического напряжения [Текст] / Т.А. Немчин. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1983. — 167 с.

413. *Печипоренко В.В.* Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте [Текст] / В.В. Печипоренко / Саморазрушающее поведение у подростков. — Труды ЛНИИИИ им. В.М. Бехтерева. — Л., 1991. — С. 36–40.
414. *Николаева В.В.* О психологической природе алекситимии [Текст] / В.В. Николаева // Телесность человека: междисциплинарные исследования. — М.: ФГО СССР, 1991. — С. 80–89.
415. *Николаева В.В.* Спецпрактикум по патопсихологии [Текст] / В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская. — М.: Изд-во МГУ, 1979. — 42 с.
416. *Николаенко Н.Н.* Очерки функциональной асимметрии мозга человека [Текст] / Н.Н. Николаенко. — СПб.: Наука, 2006. — 237 с.
417. *Никольская И.М.* Психологическая защита у детей [Текст] / И.М. Никольская, Р.М. Грановская. — СПб.: Речь, 2000. — 507 с.
418. Новейший философский словарь [Текст] / сост. А.А. Грицанов. — Мн.: Изд. В.М. Скаун, 1998. — 896 с.
419. *Новик А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст] / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. Ю.Л. Шевченко. — 2-е изд. — М.: ОлмаПресс, 2007. — 313 с.
420. *Поракидзе В.Г.* Методы исследования характера личности [Текст] / В.Г. Поракидзе. — Тбилиси: Мецниереба, 1975. — 242 с.
421. *Посачёв Г.Н.* Значение нарушений самосознания при эндогенных психозах для реабилитационных мероприятий [Текст] / Г.Н. Посачёв, В.С. Баранов // Неврологический вестник. — 1994. — Т. XXVI. — Вып. 3–4. — С. 24–28.
422. *Посачёв Г.Н.* Основы патопсихологии: учебное пособие [Текст] / Г.Н. Посачёв. — Самара: Изд-во СГМУ, 2004. — 240 с.
423. *Посачёв Г.Н.* Семиотика психических заболеваний (общая психопатология) [Текст]: учеб. пособие / Г.Н. Посачёв, В.С. Баранов. — 4-е изд. — Самара: Изд-во СГМУ, 2006. — 350 с.
424. *Нуллер Ю.Л.* Аффективные психозы [Текст] / Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. — Л.: Медицина, 1988. — 264 с.
425. *Нуллер Ю.Л.* Депрессия и деперсонализация [Текст] / Ю.Л. Нуллер. — Л.: Медицина, 1981. — 207 с.
426. *Обухов С.Г.* Психиатрия [Текст] / С.Г. Обухов; под ред. Ю.А. Александровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 352 с.
427. *Обуховский К.* Психология влечений человека [Текст] / К. Обуховский. — М.: Прогресс, 1972. — 247 с.
428. *Овсянников С.А.* История и эпистемология пограничной психиатрии [Текст] / С.А. Овсянников. — М.: Альпари, 1995. — 205 с.
429. *Овчарова Р.В.* Практическая психология в начальной школе [Текст] / Р.В. Овчарова. — М.: Сфера, 2005. — 240 с.
430. *Озерецкий Н.И.* Метрическая шкала для исследования моторной одаренности детей [Текст] / Н.И. Озерецкий. — Орехово-Зуево, 1923. — 24 с.

431. *Озерецкий Н.И.* О фантоме ампутированных конечностей у детей и подростков [Текст] / Н.И. Озерецкий // Советская невропсихиатрия. — 1941. — Т. 6. — С. 62–69.
432. *Орбели Л.А.* Вопросы высшей нервной деятельности [Текст] / Л.А. Орбели. — М.; Л.: АН СССР, 1949. — 664 с.
433. *Орлов А.Б.* Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и тенденции [Текст] / А.Б. Орлов // Вопросы психологии. — 1991. — № 5. — С. 129–130.
434. *Орлов Ю.М.* Самопознание и самовоспитание характера / Ю.М. Орлов. — М.: Просвещение, 1987. — 224 с.
435. *Осин Е.П.* Операционализация пятифакторной модели личностных черт на российской выборке [Текст] / Е.П. Осин, Е.И. Рассказова, Ю.Ю. Неякина [и др.] // Психологическая диагностика. — 2015. — № 3. — С. 80–104.
436. *Осинов В.П.* Курс общего учения о душевных болезнях [Текст] / В.П. Осинов. — РСФСР: Государственное издательство, Берлин, 1923. — 728 с.
437. *Осинов В.П.* Руководство по психиатрии [Текст] / В.П. Осинов. — М.; Л.: Госиздат, 1931. — 596 с.
438. Основы инженерной психологии [Текст] / под ред. Б.Ф. Ломова. — М.: Высшая школа, 1977. — 335 с.
439. Основы психодиагностики [Текст]: учеб. пособие для студентов педвузов / под ред. А.Г. Шмелева. — М.; Ростов н/Д: Феникс, 1996. — 544 с.
440. Основы психофизиологии [Текст] / под ред. Ю.И. Александрова. — М.: ИПФРА-М, 1997. — 432 с.
441. *Панасюк А.Ю.* Адаптированный вариант методики Д. Векслера [Текст] / А.Ю. Панасюк. — М.: Минздрав СССР, 1993. — 89 с.
442. Патопсихология. Психоаналитический подход: теория и клиника [Текст]: пер. с фр. / под ред. Ж. Бержере. — М.: Аспект Пресс, 2008. — 397 с.
443. *Пашковский В.Э.* Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями [Текст]: Краткое руководство для врачей. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. — 144 с.
444. *Пашукова Т.И.* Практикум по общей психологии [Текст] / Т.И. Пашукова, А.И. Доппа, Г.В. Дьяконов. — М.: Институт практической психологии. — Воронеж: НПО МОДЭК, 1996. — 153 с.
445. *Пережогин Л.О.* Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учетом положений ст. 22 УК РФ [Электронный ресурс] / Л.О. Пережогин // Русский медицинский сервер. — М., 2001. — URL: <http://www.rusmedserv.com/psychsex/uk22st.htm>.
446. *Переслени Л.И.* Определение уровня развития словесно-логического мышления первоклассников [Текст] / Л.И. Переслени, Л.Ф. Чуиров // Вопросы психологии. — 1983. — № 5. — С. 154–157.
447. *Петраков Б.Д.* Психическое здоровье народов мира в XX веке [Текст] / Б.Д. Петраков, Л.Б. Петракова. — М.: Медицина, 1984. — 328 с.

448. *Петренко В.Ф.* Взаимосвязь эмоций и цвета [Текст] / В.Ф. Петренко, В.В. Кучеренко // Вестник МГУ. — 1988. — № 1. — С. 70–82.
449. *Петренко В.Ф.* Основы психосемантики [Текст] / В.Ф. Петренко. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2005. — 480 с.
450. *Петровский А.В.* Основы теоретической психологии [Текст] / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. — М.: ИПФРА-М, 1998. — 528 с.
451. *Петухов В.В.* Типология индивидуальности [Текст] / В.В. Петухов. — М.: Директмедиа Наблишинг, 2008. — 59 с.
452. *Пиаже Ж.* Психология интеллекта [Текст] / Ж. Пиаже. — СПб.: Питер, 2003. — 192 с.
453. *Пиаже Ж.* Речь и мышление ребенка [Текст] / Ж. Пиаже. — М.; Л., 1932. — 412 с.
454. *Пиаже Ж.* Теория Пиаже [Текст] / Ж. Пиаже // История зарубежной психологии / под ред. П.Я. Гальперина, А.Н. Ждан. — М.: Изд-во МГУ, 1986. — С. 232–292.
455. *Платонов К.К.* Проблема способностей [Текст] / К.К. Платонов. — М.: Наука, 1972. — 312 с.
456. *Платонов К.К.* Психологический практикум [Текст]: учеб. пособие для индустриально-педагогических техникумов / К.К. Платонов. — М.: Высшая школа, 1980. — 83 с.
457. *Платонов К.К.* Психология религии [Текст] / К.К. Платонов. — М.: Изд-во политической литературы, 1967. — 239 с.
458. *Платонов К.К.* Структура и развитие личности [Текст] / К.К. Платонов. — М.: Наука, 1986. — 256 с.
459. *Плишко Н.К.* О некоторых особенностях выбора цветов и сенсомоторных реакциях на световые стимулы различной модальности при изменении эмоционального состояния [Текст] / Н.К. Плишко // Диагностика психических состояний в норме и патологии. — Л.: Медицина, 1980. — С. 135–140.
460. *Пожар Л.* Психология аномальных детей и подростков — патопсихология [Текст] / Л. Пожар. — М.: МПСИ; НПО МОДЭК, 1996. — 128 с.
461. *Полонская Н.Н.* Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста [Текст] / Н.Н. Полонская. — М.: Академия, 2007. — 192 с.
462. *Поляков Ю.Ф.* О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии [Текст] / Ю.Ф. Поляков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1977. — Вып. 12. — С. 1822–1832.
463. *Попов Ю.В.* Современная клиническая психиатрия [Текст] / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. — СПб.: Речь, 2002. — 402 с.
464. *Попов Ю.В.* Тревожные состояния в Международной классификации психических болезней 10-го пересмотра [Текст] / Ю.В. Попов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4. — № 2. — С. 44–45.
465. *Попова Т.В.* Ассоциативный эксперимент в психологии [Текст] / Т.В. Попова. — М.: Флинта: Наука, 2011. — 42 с.

466. Практикум по возрастной психологии [Текст] / под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. — СПб.: Речь, 2002. — 694 с.
467. Практикум по дифференциальной диагностике профессиональной пригодности [Текст] / под ред. В.А. Бодрова. — М.: ПЕР СЭ, 2003. — 768 с.
468. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии [Текст]: учеб. пособие / В.Д. Балин, В.К. Гайда, В.К. Гербачевский [и др.] / под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. — СПб.: Питер, 2002. — 560 с.
469. Практикум по психиатрии [Текст] / под ред. М.В. Коркиной. — М.: РУДН, 2007. — 306 с.
470. Практикум по психодиагностике личности [Текст]: дидактические материалы / под ред. Н.К. Ракович. — Минск: БГПУ им. М. Танка, 2002. — 248 с.
471. Практикум по психологии состояний [Текст]: учеб. пособие / под ред. А.О. Прохорова. — СПб.: Речь, 2004. — 480 с.
472. Практическая психодиагностика. Методики и тесты [Текст]: учеб. пособие / под ред. Д.Я. Райгородского. — Самара: Бахрах, 2001. — 672 с.
473. Принципы отбора детей в специальные школы [Текст] / под ред. Г.М. Дулычева, А.Р. Лурия. — М.: Просвещение, 1973. — 224 с.
474. *Прихожан А.М.* Применение методов прямого оценивания в работе школьного психолога [Текст] / А.М. Прихожан // Научно-методические основы использования в школьной психологической службе конкретных психологических методик. — М.: АПН СССР, НИИ общ. и пед. психологии. — 1988. — С. 110–118.
475. *Прихожан А.М.* Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика [Текст] / А.М. Прихожан. — М.: МПСИ; Воронеж: НИО МОДЭК, 2000. — 304 с.
476. *Пронина Л.А.* Эпидемиология психических расстройств у детей [Электронный ресурс] / Л.А. Пронина. — URL: <http://www.otrok.ru/medbook/listmed/epid.htm>.
477. *Прохоров А.О.* Методики диагностики и измерения психических состояний личности [Текст] / А.О. Прохоров. — М.: ПЕР СЭ, 2004. — 176 с.
478. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 — F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) [Текст] / под ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. — М.: Прометей, 1998. — 584 с.
479. Психоаналитические термины и понятия [Текст]: словарь: пер. с англ. / под ред. Б.Э. Мура, Б.Д. Фаина. — М.: Класс, 2000. — 304 с.
480. Психодиагностика толерантности личности [Текст] / под ред. Г.У. Солдатовой, Л.А. Шайгеровой. — М.: Смысл, 2008. — 172 с.
481. Психодиагностика эмоциональной сферы личности [Текст]: практическое пособие; сост. Г.А. Шалимова. — М.: АРКТИ, 2006. — 232 с.
482. Психологическая диагностика [Текст] / под ред. М.К. Акимовой. — СПб.: Питер, 2005. — 304 с.

483. Психологическая диагностика [Текст]: учеб. пособие / под ред. К.М. Гуревича, Е.М. Борисовой. — М.: Изд-во УРАО, 2000. — 304 с.
484. Психологические тесты [Текст]; сост. Э.Р. Ахметджанов. — М.: Лист, 1996. — 320 с.
485. Психологический практикум «Внимание» [Текст]: учеб.-метод. пособие / сост.: Л.И. Дементий, Н.В. Лейфрид / под общ. ред. Л.И. Дементий. — Омск: ОмГУ, 2003. — 64 с.
486. Психологический словарь [Текст]; под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мецеракова — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Педагогика-Пресс, 1996. — 440 с.
487. Психология личности: словарь-справочник [Текст] / под ред. П.П. Горностай, Т.М. Титаренко. — К.: Рута, 2001. — 320 с.
488. Психолого-педагогическая диагностика: учеб. пособие [Текст] / под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. — 3-е изд. — М.: Академия, 2006. — 320 с.
489. Психосоматические заболевания: полный справочник [Текст] / под ред. Ю.Ю. Елисеева. — М.: Эксмо, 2003. — 608 с.
490. Психотерапевтическая энциклопедия [Текст] / под ред. Б.Д. Карвасарского. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2006. — 944 с.
491. *Пугачев В.П.* Тесты, деловые игры, тренинги в управлении персоналом: учеб. для студентов вузов [Текст] / В.П. Пугачев. — М.: Аспект Пресс, 2003. — 285 с.
492. *Пуни А.Ц.* Психологические основы волевой подготовки в спорте [Текст]: учеб. пособие / А.Ц. Пуни. — Л.: ГДОИФК, 1977. — 244 с.
493. *Рабкин Е.Б.* Полихроматические таблицы для исследования цветоощущения [Текст] / Е.Б. Рабкин. — 9-е изд. — М.: Медицина, 1971. — 72 с.
494. Рабочая книга школьного психолога [Текст] / под ред. И.В. Дубровиной. — М.: Просвещение, 1991. — 302 с.
495. *Равен Дж.* Педагогическое тестирование [Текст] / Дж. Равен. — 2-е изд. — М.: Когито-Центр, 2001. — 142.
496. *Равен Дж.* Руководство к прогрессивным матрицам Равена и словарным шкалам. Раздел 3: Стандартные прогрессивные матрицы (включая параллельные и плюс версии) [Текст] / Дж. Равен, Дж. К. Равен, Дж. Корт. — М.: Когито-Центр, 2002(а). — 144 с.
497. *Равен Дж.* Руководство к прогрессивным матрицам Равена и словарным шкалам. Раздел 2: Цветные шкалы [Текст] / Дж. Равен, Дж. К. Равен, Дж. Корт. — М.: Когито-Центр, 2002(б). — 80 с.
498. *Разумов С.А.* Эмоциональные реакции и эмоциональный стресс [Текст] // Губачев Ю.М., Иовлев Б.В., Карвасарский Б.Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. — Л.: Медицина, 1976. — С. 5–32.
499. *Рассел Д.* Измерение одиночества [Текст] // Лабиринты одиночества: пер. с англ. / под ред. Н.Е. Покровского. — М.: Прогресс, 1989. — С. 192–226.

500. Ратанова Т.А. Психодиагностические методы изучения личности [Текст]: учеб. пособие / Т.А. Ратанова, П.Ф. Шляхта. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: МПСИ: Флинта, 2003. — 320 с.
501. Регуш Л.А. Практикум по наблюдению и наблюдательности [Текст] / Л.А. Регуш. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 208 с.
502. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций [Текст] / Я. Рейковский. — М.: Прогресс, 1979. — 391 с.
503. Репина Н.В. Основы клинической психологии [Текст] / Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 480 с.
504. Рогачева Т.А. Аффективные нарушения в клинике эпилепсии [Текст] / Т.А. Рогачева // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2005. — Т. 7. — № 6. — С. 341–342.
505. Роджерс К. Эмпатия [Текст] / К. Роджерс // Психология эмоций. — М.: Изд-во МГУ, 1984. — С. 235–237.
506. Розанова Т.В. Развитие памяти и мышления глухих детей [Текст] / Т.В. Розанова. — М.: Педагогика, 1978. — 231 с.
507. Романова Е.С. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика [Текст] / Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников. — Мытищи: Талант, 1996. — 144 с.
508. Ромек В.Г. Психологическое консультирование в ситуации выученной беспомощности [Текст] / В.Г. Ромек // Психологическое консультирование: Проблемы, методы, техники. — Ростов н/Д: ЮРГИ, 2000. — С. 278–187.
509. Росин О.П. К предмету патопсихологии [Текст] / О.П. Росин // Журн. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1976. — № 4. — С. 615–616.
510. Россолимо Г.И. Психологические профили. Метод количественного исследования психических процессов в нормальном и патологическом состоянии. Ч. 1. Методика [Текст] / Г.И. Россолимо. — СПб.: Тип. М.А. Александрова, 1910. — 52 с.
511. Ротенберг В.С. Поисковая активность и адаптация [Текст] / В.С. Ротенберг, В.В. Аршавский. — М.: Наука, 1984. — 192 с.
512. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. О месте психического во всеобщей взаимосвязи явлений материального мира [Текст] / С.Л. Рубинштейн. — М.: АН СССР, 1957. — 382 с.
513. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии [Текст] / С.Л. Рубинштейн. — СПб.: Питер, 2009. — 712 с.
514. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника [Текст]: учеб. пособие / С.Я. Рубинштейн. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Просвещение, 1986. — 192 с.
515. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения [Текст] / С.Л. Рубинштейн. — СПб.: ЛЕНАТО, 1998. — 168 с.
516. Руководство по психиатрии [Текст]: В 2 т. Т. 1 / под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — 480 с.

517. *Русалов В.М.* Опросник структуры темперамента [Текст]: метод. пособие / В.М. Русалов. — М.: Смысл, 1992. — 36 с.
518. *Русалов В.М.* Опросник формально-динамических свойств индивидуальности (ОФ/ДСИ) [Текст]: методическое пособие / В.М. Русалов. — М.: ИП РАН, 1997. — 50 с.
519. *Русалов В.М.* Предметный и коммуникативный аспекты темперамента человека [Текст] / В.М. Русалов // Психологический журнал. — 1989. — Т. 10. — № 1. — С. 10–21.
520. *Русалов В.М.* Природные предпосылки и индивидуально-психологические особенности личности [Текст] / В.М. Русалов // Психология личности в трудах отечественных психологов / сост. Л.В. Куликов. — СПб.: Питер, 2000. — С. 66–75.
521. *Русалов В.М.* Сокращенный вариант личностного опросника Кеттелла (8PIF) [Текст] / В.М. Русалов, О.В. Гусева // Психологический журнал. — 1990. — Т. 11. — № 1. — С. 34–48.
522. *Русалов В.М.* Теоретические проблемы построения специальной теории индивидуальности человека [Текст] / В.М. Русалов // Психологический журнал. — 1986. — Т. 7. — № 4. — С. 23–35.
523. *Рыбаков Ф.Е.* Атлас для экспериментально-психологического исследования личности [Текст] / Ф.Е. Рыбаков. — СПб.: Каро, 2008. — 120 с.
524. *Рыбакова Т.Г.* Клинико-психологическая характеристика и диагностики аффективных расстройств при алкоголизме [Текст]: методические рекомендации / Т.Г. Рыбакова, Т.Н. Балашова. — Л.: ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1988. — 25 с.
525. *Рыбальский М.И.* Иллюзии и галлюцинации: Систематика, семиотика, психологическая принадлежность [Текст] / М.И. Рыбальский. — Баку: Маариф, 1983. — 304 с.
526. *Савостьянова О.Л.* Тревожно-фобические расстройства в детском возрасте (клиника, типология, патогенез) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Л. Савостьянова. — М.: РМАПО, 2001. — 24 с.
527. *Самохвалов П.В.* Психиатрия [Текст] / П.В. Самохвалов, А.А. Коробов, В.А. Мельников [и др.]. — Ростов н/Д: Феникс, 2002. — 576 с.
528. *Сандомирский М.Е.* Периодизация психического развития с точки зрения онтогенеза функциональной асимметрии полушарий [Текст] / М.Е. Сандомирский, Л.С. Белгородский, Д.А. Епикеев // Современные проблемы физиологии и медицины. — Уфа: Башкирский Гос. мед. университет. — 1997. — С. 44–63.
529. *Сапогова Е.Е.* Психология развития человека [Текст]: учеб. пособие / Е.Е. Сапогова. — М.: Аспект Пресс, 2005. — 460 с.
530. Сборник психологических тестов [Текст]: пособие / сост. Е.С. Миропова. Часть II. — Минск: Женский институт ЭНВИЛА, 2006. — 146 с.
531. *Свядоц А.М.* Неврозы [Текст] / А.М. Свядоц. — М.: Медицина, 1982. — 308 с.
532. *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме [Текст]: пер. с англ. / Г. Селье. — М.: Медгиз, 1960. — 254 с.

533. *Семаго Н.Я.* Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст [Текст] / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. — СПб.: Речь, 2005. — 384 с.
534. *Семаго Н.Я.* Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога [Текст] / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. — 3-е изд. — М.: АРКТИ, 2003. — 208 с.
535. *Семенович А.В.* Введение в нейропсихологию детского возраста [Текст] / А.В. Семенович. — М.: Генезис, 2005. — 319 с.
536. *Семенович А.В.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте [Текст] / А.В. Семенович. — М.: Академия, 2002. — 232 с.
537. *Семичев С.Б.* Группировка состояний психического здоровья [Текст] / С.Б. Семичев // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. — Л.: ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1986. — С. 8–16.
538. *Сенопальников Е.В.* Метод психодиагностической беседы с элементами физиогномики [Текст] / Е.В. Сенопальников, С.С. Шестаков, В.Л. Марищук [и др.]. — СПб., 2010. — 128 с.
539. *Сергеева А.С.* Перевод и адаптация краткого пятифакторного опросника личности (TIPI-RU): оценка конвергентной валидности, внутренней согласованности и тест-ретестовой надежности [Текст] / А.С. Сергеева, Б.А. Кириллов, А.Ф. Джумагулова // Экспериментальная психология. — 2016. — Т. 9. — № 3. — С. 138–154.
540. *Середина Н.В.* Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология [Текст] / Н.В. Середина, Д.А. Шкуренко. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 512 с.
541. *Сеченов И.М.* Избранные произведения [Текст] / И.М. Сеченов. — М.: Госучпедгиз, 1953. — 336 с.
542. *Сеченов И.М.* Избранные философские и психологические произведения [Текст] / И.М. Сеченов. — М.: Госполитиздат, 1947. — 648 с.
543. *Симонов П.В.* Высшая нервная деятельность человека. Мотивационно-эмоциональные аспекты [Текст] / П.В. Симонов. — М.: Наука, 1975. — 173 с.
544. *Симонов П.В.* Эмоциональный мозг. Физиология. Нейроанатомия. Психология эмоций [Текст] / П.В. Симонов. — М.: Наука, 1981. — 211 с.
545. *Сирота Н.А.* Копинг-поведение в подростковом возрасте [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук / Н.А. Сирота. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1994. — 283 с.
546. *Сироткина И.Е.* Психология в клинике: работы отечественных психиатров конца прошлого века [Текст] / И.Е. Сироткина // Вопросы психологии. — 1995. — № 6. — С. 79–92.
547. *Словарь психолога-практика [Текст] / под ред. С.Ю. Головина.* — М.: АСТ, 2007. — 975 с.
548. *Случевский И.Ф.* Психиатрия [Текст] / И.Ф. Случевский. — М.: Медгиз, 1957. — 443 с.

549. Смагин С.Ф. Аддикция, аддиктивное поведение [Текст] / С.Ф. Смагин. — СПб.: МИПУ, 2000. — 189 с.
550. Смирнов В.М. О психологии, психопатологии и физиологии эмоций (Предисловие к книге) [Текст] / В.М. Смирнов, А.И. Трохачев // Чувства, влечения, эмоции / под ред. В.С. Дерябина. — Л.: Наука, 1974. — С. 8–51.
551. Смирнов В.М. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни» [Текст] / В.М. Смирнов, Т.Н. Резникова // Методы психологической диагностики и коррекция в клинике / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1983. — С. 38–62.
552. Смирнова Е.О. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет [Текст] / Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолова [и др.]. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Детство-Пресс, 2005. — 144 с.
553. Смирнова Е.О. Развитие воли произвольности в раннем онтогенезе [Текст] / Е.О. Смирнова // Вопросы психологии. — 1990. — № 3. — С. 49–57.
554. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей [Текст] / А.Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 256 с.
555. Смулевич А.Б. Пограничные психические нарушения [Текст] / А.Б. Смулевич // Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 527–607.
556. Смулевич А.Б. Психогенные заболевания [Текст] / А.Б. Смулевич, В.Г. Ротштейн // Руководство по психиатрии. В 2-х т. Т. 2 / под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 490–527.
557. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии [Текст] / А.В. Снежневский. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1985. — 416 с.
558. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики [Текст] / Л.Н. Собчик. — СПб.: Речь, 2003. — 624 с.
559. Собчик Л.Н. Изучение психологических особенностей летного состава стандартизированным методом исследования личности [Текст]: метод. пособие / Л.Н. Собчик, Н.А. Лукьянова. — М.: ВВС, 1978. — 70 с.
560. Собчик Л.Н. Культурно-свободный тест интеллекта по Кеттеллу [Текст]: учебно-метод. пособие / Л.Н. Собчик. — СПб.: Речь, 2002. — 24 с.
561. Собчик Л.Н. Методика «Исключение предметов» [Текст] / Л.Н. Собчик. — СПб.: Речь, 2007. — 44 с.
562. Собчик Л.Н. Методика «Классификация предметов» [Текст]: учебно-метод. пособие / Л.Н. Собчик. — СПб.: Речь, 2002. — 6 с.
563. Собчик Л.Н. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство [Текст] / Л.Н. Собчик. — СПб.: Речь, 2001. — 112 с.

564. *Собчик Л.Н.* Пособие по применению психологической методики ММРІ [Текст] / Л.Н. Собчик. — М.: МНИИП МЗ РСФСР, 1971. — 63 с.
565. *Собчик Л.Н.* Стандартизованный многофакторный метод исследования личности СМІЛ [Текст] / Л.Н. Собчик. — СПб.: Речь, 2000. — 219 с.
566. *Соколова Е.Т.* Проективные методы изучения личности [Текст] / Е.Т. Соколова. — М.: Изд-во МГУ, 1987. — 174 с.
567. *Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности [Текст] / Е.Т. Соколова. — М.: Изд-во МГУ, 1989. — 215 с.
568. *Сорокин В.М.* Специальная психология [Текст] / В.М. Сорокин. — СПб.: Речь, 2003. — 216 с.
569. Социальная психология [Текст] // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах. Т. 2 / ред. и сост. М.Ю. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского. — М.: ПЕР СЭ, 2006. — 176 с.
570. Специальная психология [Текст] / под ред. В.И. Лубовского. — 4-е изд. — М.: Академия, 2007. — 464 с.
571. *Спилбергер Ч.Д.* Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги [Текст] / Ч.Д. Спилбергер // Стресс и тревога в спорте: Международный сб. научных статей / под ред. Ю.Л. Ханина. — М.: Физкультура и спорт, 1983. — 288 с.
572. *Спиркин А.Г.* Сознание и самосознание [Текст] / А.Г. Спиркин. — М.: Политиздат, 1972. — 303 с.
573. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы [Текст] / под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 520 с.
574. *Старшенбум Г.В.* Аддикция. Психология и психотерапия зависимостей [Текст] / Г.В. Старшенбум. — М.: Когито-Центр, 2006. — 367 с.
575. *Стериберг Р. Дж.* Практический интеллект [Текст] / Р. Дж. Стериберг, Дж. Б. Форсайт, Дж. Хелланд [и др.] / под ред. Р. Стериберга. — СПб.: Питер, 2002. — 272 с.
576. *Столин В.В.* Самосознание личности [Текст] / В.В. Столин. — М.: Изд-во МГУ, 1983. — 285 с.
577. *Столяренко Л.Д.* Основы психологии [Текст] / Л.Д. Столяренко. — Ростов н/Д: Феникс, 2007. — 704 с.
578. *Столяренко Л.Д.* Психодиагностика и профориентация в образовательных учреждениях [Текст]. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 416 с.
579. *Столяренко Л.Д.* Психология делового общения и управления [Текст]: учебник / Л.Д. Столяренко. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 416 с.
580. *Стреляу Я.* Роль темперамента в психическом развитии [Текст] / Я. Стреляу. — М.: Прогресс, 1982. — 230 с.
581. *Стреляу Я.* Методика диагностики темперамента [Текст] / Я. Стреляу, О. Митина, Б. Завадский [и др.]. — Смысл, 2007. — 112 с.
582. *Судаков К.В.* Системное построение функций человека [Текст] / К.В. Судаков. — М.: Институт нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН, 1999. — 15 с.

583. *Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. В 3 т. Т. 2 [Текст] / Г.Е. Сухарева. — М.: Медгиз, 1959. — 406 с.
584. *Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. В 3 т. Т. 3 [Текст] / Г.Е. Сухарева. — М.: Медицина, 1965. — 336 с.
585. *Сухарева Г.Е.* Лекции по психиатрии детского возраста: Избранные главы [Текст] / Г.Е. Сухарева. — М.: Медицина, 1974. — 320 с.
586. Схема нейропсихологического исследования: учеб. пособие [Текст] / под ред. А.Р. Лурия. — М.: Изд-во МГУ, 1973. — 60 с.
587. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н.В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.
588. *Тарабрина Н.В.* Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций [Текст]: методические рекомендации / Н.В. Тарабрина. — Л.: НИИПН им. В.М. Бехтерева, 1984. — 23 с.
589. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных с неврозами и психосоматическими расстройствами [Текст]: руководство для врачей / В.А. Ташлыков. — СПб.: ГИДУВ, 1992. — 21 с.
590. *Теплов Б.М.* Проблемы индивидуальных различий [Текст] / Б.М. Теплов. — М.: АПН РСФСР, 1961. — 536 с.
591. Тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен): учебно-методическое пособие [Текст] / под ред. И.Б. Дермановой. — СПб.: Речь, 2002. — 34 с.
592. Тесты детской ашперценции (CAT, CAT-H, CAT'S): справочное руководство [Комплект в пакете] / под ред. А.С. Галапова. — 2-е изд. — 1999. — 36 с.
593. *Тимофеев В.И.* Краткое руководство практическому психологу по использованию цветового теста М. Люшера [Текст] / В.И. Тимофеев, Ю.И. Филимонов. — 3-е изд., испр. — СПб.: Имант, 1995. — 29 с.
594. *Тихомиров О.К.* Структура мыслительной деятельности человека [Текст] / О.К. Тихомиров. — М.: Изд-во МГУ, 1969. — 304 с.
595. *Тихоненко В.А.* Классификация суицидальных проявлений [Текст] / В.А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. — М.: МНИИ психиатрии, 1978. — С. 59–73.
596. Толковый словарь русского языка [Текст] / под ред. Д.Н. Ушакова. В 4 т. Т. 3. — М.: Гос. изд-во иностр. и нац. слов., 1939. — 1424 с.
597. *Тонконогий И.М.* Клиническая нейропсихология [Текст] / И.М. Тонконогий, А. Пуанте. — СПб.: Питер, 2007. — 528 с.
598. *Тхостов А.И.* Интраценция и инохондрия: психологическая и философская проблема в контексте психиатрии [Текст] / А.И. Тхостов // Вестник МГУ. — 1990. — № 3. — С. 30–57.
599. *Тхостов А.И.* Психология телесности [Текст] / А.И. Тхостов. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.
600. *Узнадзе Д.Н.* Психологические исследования [Текст] / Д.Н. Узнадзе. — М.: Наука, 1966. — 451 с.
601. *Фельдштейн Д.И.* Психологические особенности развития личности в подростковом возрасте [Текст] / Д.И. Фельдштейн // Вопросы психологии. — 1988. — № 6. — С. 31–40.

602. *Фетискин Н.П.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп [Текст] / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. — М.: Институт психотерапии, 2005. — 496 с.
603. *Филимоненко Ю.В.* Руководство к методике исследования интеллекта Д. Векслера (WISC). Адаптированный вариант [Текст] / Ю.В. Филимоненко, В.Н. Тимофеев. — СПб.: ГП «Иматон», 1994. — 94 с.
604. *Филимоненко Ю.И.* Тест Векслера: диагностика структуры интеллекта (взрослый вариант): госстандарт России [Текст]: методическое руководство / Ю.И. Филимоненко, В.И. Тимофеев. — СПб.: ГП «Иматон», 2002. — 112 с.
605. *Фрейд А.* Эго и механизмы защиты [Текст]: пер. с англ. / А. Фрейд. — М.: Эксмо, 2003. — 253 с.
606. *Фресс П.* Природа эмоций [Текст] / П. Фресс // Экспериментальная психология. Вып. V / под ред. П. Фресс, Ж. Пиаже. — М.: Прогресс, 1975. — С. 112–132.
607. *Хананашвили М.М.* Информационные неврозы [Текст] / М.М. Хананашвили. — Л.: Медицина, 1978. — 144 с.
608. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера [Текст] / Ю.Л. Ханин. — Л.: ЛНИИФК, 1976. — 18 с.
609. *Хекхаузен Х.* Мотивация и деятельность [Текст] / Х. Хекхаузен. — СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. — 860 с.
610. *Херсонский Б.Г.* Метод пиктограмм в психодиагностике [Текст] / Б.Г. Херсонский. — СПб.: Речь, 2003. — 120 с.
611. *Холл К.С.* Теории личности [Текст]: пер. с англ. / К.С. Холл, Г. Линдсей. — М.: КСП+, 1997. — 719 с.
612. *Холодная М.А.* Когнитивные стили. О природе индивидуального ума [Текст] / М.А. Холодная. — СПб.: Питер, 2004. — 384 с.
613. *Холодная М.А.* Психология интеллекта: парадоксы исследования [Текст] / М.А. Холодная. — СПб.: Питер, 2000. — 272 с.
614. *Холодная М.А.* Существует ли интеллект как психическая реальность? [Текст] / М.А. Холодная // Вопросы психологии. — 1990. — № 5. — С. 121–128.
615. *Хомская Е.Д.* Мозг и эмоции (нейропсихологическое исследование) [Текст] / Е.Д. Хомская, Н.Я. Батова. — М.: Российское педагогическое агентство, 1998. — 268 с.
616. *Хомская Е.Д.* Роль Л.С. Выготского в творчестве А.Р. Лурия [Текст] / Е.Д. Хомская // Вопросы психологии. — 1996. — № 5. — С. 72–83.
617. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени [Текст]: пер. с англ. / К. Хорни. — СПб.: Питер, 2002. — 224 с.
618. *Хрущ И.А.* Личностные особенности детей с фобическим синдромом [Текст] / И.А. Хрущ // Медицинские новости. — 1998. — № 12. — С. 34–36.
619. *Худик В.А.* Детская патопсихология [Текст] / В.А. Худик. — Киев: Здоров'я, 1997. — 93 с.

620. Худик В.А. Диагностика детского развития: методы исследования [Текст] / В.А. Худик. — К.: Освіта, 1992. — 220 с.
621. Хьелл Л. Теории личности. Основные положения, исследования и применение [Текст]: пер. с англ. / Л. Хьелл, Д. Зиглер. — СПб.: Питер, 1997. — 606 с.
622. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья [Электронный ресурс] // Психологические исследования. — 2012. — № 1 (21). — С. 11. — URL: <http://psystudy.ru.0421200116/0011>
623. Чайка Ю.Ю. К проблеме аутизма [Текст] / Ю.Ю. Чайка // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10. — Вип. 1. — С. 238.
624. Черединова Т.В. Тесты для подготовки и отбора детей в школу [Текст] / Т.В. Черединова. — СПб.: Стройлеспечатъ, 1996. — 64 с.
625. Черниговская Т.В. Метафорическое и силлогистическое мышление как проявление функциональной асимметрии мозга [Текст] / Т.В. Черниговская, В.Л. Деглин // Ученые записки Тартуского университета. Труды по знаковым системам. — Тарту, 1986. — Вып. 19. — С. 68–84.
626. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии [Текст] / И.И. Чеснокова. — М.: Наука, 1977. — 144 с.
627. Чудновский В.С. Основы психиатрии [Текст] / В.С. Чудновский, Н.Ф. Чистяков. — Ростов н/Д: Феникс, 1997. — 448 с.
628. Чупров Л.Ф. Психодиагностический набор для исследования интеллектуальной недостаточности у детей младшего школьного возраста (краткое практическое пособие для психологов по использованию диагностической батареи) [Электронный ресурс] / В.С. Чупров. — 2-е изд. // РЕМ: Psychology. Educology. Medicine. — М.; Черногогорск, 2013. — № 1. — 62 с. — URL: <http://pem.esrae.ru/pdf/2013/1.sr/7.pdf>.
629. Шадриков В.Д. О содержании понятий «способности» и «одаренность» [Текст] / В.Д. Шадриков // Психологический журнал. — 1983. — Т. 4. — № 5. — С. 3–10.
630. Шапарь В.Б. Практическая психология. Инструментарий [Текст] // В.Б. Шапарь, А.В. Тимченко, В.Н. Швыдченко. — 2-е изд. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 768 с.
631. Шванацара Й. Диагностика психического развития [Текст] / Й. Шванацара, Б. Балаштик, В. Голуб [и др.]; под ред. Й. Шванацара. — Прага: Авиценум, 1978. — 388 с.
632. Швырков В.Б. Введение в объективную психологию. Нейрональные основы психики [Текст] / В.Б. Швырков. — Институт психологии РАН, 1995. — 162 с.
633. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности [Текст]: учебник для студ. высш. уч. заведений / Н.И. Шевандрин. — 2-е изд. — М.: Владос, 2001. — 512 с.
634. Шибутани Т. Социальная психология [Текст]: пер. с англ. / Т. Шибутани. — М.: Прогресс, 1969. — 535 с.

635. *Шипицина Л.М.* «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта [Текст] / Л.М. Шипицина. — 2-е изд. — СПб.: Речь, 2005. — 477 с.
636. *Шипицина Л.М.* Детский церебральный паралич [Текст] / Л.М. Шипицина, И.И. Мамайчук. — СПб.: Дидактика плюс, 2001. — 272 с.
637. *Шиффман Х.Р.* Ощущение и восприятие [Текст] / Х.Р. Шиффман. — 5-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 928 с.
638. *Шмелев А.Г.* Психодиагностика личностных черт [Текст] / А.Г. Шмелев. — СПб.: Речь, 2002. — 480 с.
639. *Шнайдер К.* Клиническая психопатология [Текст] / К. Шнайдер; пер. с нем. — Киев: Сфера, 1999. — 236 с.
640. *Шорохова Е.В.* Психологический аспект проблемы личности [Текст] / Е.В. Шорохова // Теоретические проблемы психологии личности. — М.: Наука, 1974. — С. 3–33.
641. *Штери В.* Дифференциальная психология и ее методические основы [Текст]: пер. с нем. / В. Штери. — М.: Наука, 1998. — 336 с.
642. *Штроо В.А.* Защитные механизмы: от личности к группе [Текст] / В.А. Штроо // Вопросы психологии. — 1998. — № 4. — С. 54–61.
643. *Шульговский В.В.* Физиология высшей нервной деятельности с основами нейробиологии [Текст] / В.В. Шульговский. — М.: Академия, 2003. — 464 с.
644. *Шустер Э.Е.* Общая психопатология и психические расстройства детского и подросткового возраста [Текст] / Э.Е. Шустер. — Гродно, 2004. — 127 с.
645. *Щелованов Н.М.* Ясли и дома ребенка — задачи воспитания [Текст] // Воспитание детей раннего возраста в детских учреждениях / Н.М. Щелованов. — Медгиз, 1960. — 278 с.
646. *Щербатых Ю.В.* Насколько метод цветowych выборов Люшера измеряет вегетативный компонент тревоги? [Текст] / Ю.В. Щербатых // Прикладные информационные аспекты медицины. — 2003. — Т. 5. — № 1–2. — С. 108–113.
647. *Эглитис И.Р.* Сенестопатии [Текст] / И.Р. Эглитис. — Рига: Зинатне, 1977. — 184 с.
648. *Эй Анри.* Шизофрения. Тексты [Электронный ресурс] / Анри Эй. [Schizophrénie, Etudes cliniques et psychopathologiques (22 textes de Henri Ey consacrés aux psychoses schizophréniques, en particulier les textes de l'EMC, réunis par J. GARRABE) / Préface J. GARRABE, Les Empêcheurs de penser en rond. — Institut Synthélabo, 1976. — 429 p.]. — URL: <http://www.psy-faq.ru/library/lib/show.php4?id=18.html>.
649. *Эйдемиллер Э.Г.* Психология и психотерапия семьи [Текст] / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. — СПб.: Питер, 2008. — 668 с.
650. *Эйдемиллер Э.Ю.* Семейный диагноз и семейная психотерапия [Текст] / Э.Ю. Эйдемиллер, И.В. Добрков, И.М. Никольская. — СПб.: Речь, 2003. — 336 с.
651. Экспериментальная психология. Вып. I и II [Текст] / под ред. П. Фресс, Ж. Пиаже. — М.: Прогресс, 1966. — 429 с.

652. Экспериментальная психология. Вып. IV [Текст] / под ред. П. Фресс, Ж. Пиаже. — М.: Прогресс, 1973. — 343 с.
653. Экспериментальная психология. Вып. VI [Текст] / под ред. П. Фресс, Ж. Пиаже. — М.: Прогресс, 1978. — 301 с.
654. Эльконин Б.Д. Психическое развитие в детских возрастах [Текст] / Б.Д. Эльконин. — Воронеж: НПО МОДЭК, 1997. — 416 с.
655. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте [Текст] / Б.Д. Эльконин // Вопросы психологии. — 1971. — № 4. — С. 6–20.
656. Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции [Текст] / пер. с англ. под ред. Л. Леви, В.П. Мясничева. — Л.: Медицина, 1970. — 328 с.
657. Энциклопедия психологических тестов для детей [Текст] / под ред. И. Клигина. — М.: Арнадия, 1997. — 256 с.
658. Эпилептология детского возраста [Текст]: руководство для врачей / под ред. А.С. Петрухина. — М.: Медицина, 2000. — 624 с.
659. Эткинд А.М. Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных неврозами [Текст] / А.М. Эткинд // Социально-психологические исследования в психоневрологии. — Л.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1980. — С. 110–114.
660. Юдин Э.Г. Поведение [Текст] / Э.Г. Юдин // БСЭ. — 3-е изд. — 1975. — С. 70.
661. Юнг К.Г. Работы по психиатрии [Текст] / К.Г. Юнг. — СПб.: Академический проект, 2000. — 304 с.
662. Якобсон П.М. Воля [Текст] / П.М. Якобсон // Общая психология; под ред. А.В. Петровского. — М.: Просвещение, 1976. — С. 389–404.
663. Якобсон П.М. Психологические проблемы мотивации поведения человека [Текст] / П.М. Якобсон. — М.: Просвещение, 1969. — 317 с.
664. Яковлева Е.Л. Эмоциональные механизмы личностного и творческого развития [Текст] / Е.Л. Яковлева // Вопросы психологии. — 1997. — № 4. — С. 20–27.
665. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995. — 396 с.
666. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности [Текст] / П.В. Яньшин. — СПб.: Питер, 2004. — 336 с.
667. Яньшин П.В. Эмоциональный цвет. Эмоциональный компонент в психологической структуре цвета [Текст] / П.В. Яньшин. — Самара: СамГПУ, 1996. — 218 с.
668. Ярославцева И.В. Депривированные дети: проблемы здоровья и адаптации [Текст] / И.В. Ярославцева. — Иркутск: ИГПУ, 2002. — 160 с.
669. Ярошевский М.Г. История психологии [Текст] / М.Г. Ярошевский. — М.: Мысль, 1996. — 463 с.

670. Ярошевский М.Г. История психологии от античности до середины XX в. [Текст]: учеб. пособие / М.Г. Ярошевский. — М.: Академия, 1996. — 416 с.
671. Ярошевский М.Г. Л.С. Выготский — жертва «онтического обмана» [Текст] / М.Г. Ярошевский // Вопросы психологии. — 1993. — № 4. — С. 55–60.
672. Ясперс К. Общая психопатология [Текст]: пер. с нем. / К. Ясперс. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
673. Ясюкова Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе [Текст]: методическое руководство / Л.А. Ясюкова. — СПб.: Иматон, 2002. — 208 с.
674. Ясюкова Л.А. Тест структуры интеллекта Р. Амтхауэра (IST) [Текст]: методическое руководство / Л.А. Ясюкова. — СПб.: Иматон, 2002. — 80 с.
675. Ясюкова Л.А. Фрустрационный тест С. Розенцвейга [Текст]: методическое руководство / Л.А. Ясюкова. — СПб.: Иматон, 2001. — 128 с.
676. Яцемирская Р.С. Атрофические деменции у пожилых и старых людей [Текст] / Р.С. Яцемирская, Л.П. Хохлова // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты. — М.: Свято-Димитриевское училище сестер милосердия, 2003. — 256 с.
677. Amirkhan J.H. A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator [Text] / J.H. Amirkhan // Journal of Personality and Social Psychology. — 1990. — V. 59. — № 5. — P. 1066–1074.
678. Bartlett F.C. Remembering. A study in experimental and social psychology [Text] / F.C. Bartlett. — Cambridge: Cambridge University Press, 1932. — 232 p.
679. Beck A.T. An inventory for measuring depression [Text] / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1961. — V. 4. — P. 561–571.
680. Bellak L. A manual for the children's apperception test [Text] / L. Bellak, S. Bellak. — 7th ed. — New York: C.P.S., 1982.
681. Bellak L. Children's apperception test [Text] / L. Bellak, S. Bellak. — N.Y., 1978.
682. Benton A.L. The Revised Visual Retention Test [Text] / A.L. Benton. — 4th ed. — New York: Psychological Corporation, 1974.
683. Bourdon B. Observations comparatives sur reconnaissance, la discrimination et l'association [Text] / B. Bourdon // Revue Philosophique. — 1895. — № 40. — P. 153–185.
684. Calkins M. Association [Text] / M. Calkins // Psychol. Rev. — 1894. — № 1. — P. 476–483.
685. Carver C.S. Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach [Text] / C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub // J. Pers. and Soc. Psychol. — 1989. — V. 56. — P. 267–283.

686. *Castaneda A.* The children form of Manifest Anxiety Scale [Text] / A. Castaneda, B.R. McCandless, D.S. Palermo // Child Development. — 1956. — V. 27. — P. 317–326.
687. *Cattell R.B.* Handbook for Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF) [Text] / R.B. Cattell, H.W. Eber, M.M. Tatsuoka. — Illinois: IPAT, 1970. — 300 p.
688. *Cattell R.B.* Manual for the Cattell Culture Fair Intelligence Test [Text] / R.B. Cattell. — Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing. — 1973.
689. *Dorkey M., Amen E.A.* Continuate Study of Anxiety Reaction in young children by Means of Projective Techniks [Text] / M. Dorkey, E.A. Amen // Gen. Psych. — 1947.
690. *Eysenk H.J.* Principles and Methods of Personality Description, Classification and Diagnosis [Text] / H.J. Eysenk // Brit. J. Psychol. — 1964. — V. 55. — № 3. — P. 284–294.
691. *Friedman I.* Phenomenal, ideal, and projected conceptions of self [Text] / I. Friedman // Journal of Abnormal and Social Psychology. — 1955. — V. 51. — P. 611–615.
692. *Hathaway S.R.* Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual [Text] / S.R. Hathaway, J.C. McKinley. — Minneapolis: University of Minnesota Press, 1943.
693. *Heim E.* Coping und Adaptivitat: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping? [Text] / E. Heim // Psychoter Psychosom Med Psychol. — 1988. — H. 1. — S. 8–17.
694. *Holmes T.H.* The Social Readjustment Rating Scale [Electronic resource] / T.H. Holmes, R.H. Rahe // Journal of Psychosomatic Research. — 1967. — V. 11. — P. 213–218. — URL: [http://www.jpsychores.com/article/0022-3999\(67\)90010-4/pdf](http://www.jpsychores.com/article/0022-3999(67)90010-4/pdf).
695. *Kohs S.C.* The Block Design Test [Text] / S.C. Kohs // Journal of Experimental Psychology. — 1920. — № 3. — P. 357–376.
696. *Lazarus R.S.* Emotion and adaptation [Text] / R.S. Lazarus. — New York: Oxford University Press, 1991. — 570 p.
697. *Lazarus R.S.* Psychological stress and the coping process [Text] / R.S. Lazarus. — New York: McGraw-Hill, 1966. — 466 p.
698. *Lazarus R.S.* Stress, appraisal, and coping [Text] / R.S. Lazarus, S. Folkman — New York: Springer-Verlag, 1984. — 445 p.
699. *Luscher M.* The Luscher Color Test [Text] / M. Luscher. — New York: Random House, 1969. — 268 p.
700. *Maddi S.* Resilience at Work: How to Succeed No Matter What Life Throws at You [Text] / S. Maddi, D. Khoshaba. — New York: American Management Association, 2005. — 213 p.
701. *Mehrabian A.* A measure of emotional empathy [Text] / A. Mehrabian, N. Epstein // Journal of Personality. — 1972. — V. 40. — P. 525–543.
702. *Meily R.* Lehrbuch der psychologischen Diagnostik [Text] / R. Meily. — Bern: Huber Verlag, 1961. — 465 S.

703. *Morgan C.* A method for investigating fantasies: the thematic apperception test [Text] / C. Morgan, H.A. Murrey // Arch. Neurol. Psychiatr. — 1935. — V. 34. — P. 289–306.
704. *Murrey H.A.* Thematic apperception test: Manual [Text] / H.A. Murrey. — Cambridge, MA: Harvard University Press, 1943. — 20 p.
705. *Osgood C.E.* The nature and measurement of meaning [Text] / C.E. Osgood // Psychological Bulletin. 1952. — № 49. — P. 197–237.
706. *Phillips B.N.* School Stress and Anxiety [Text] / B.N. Phillips. — New York: Human sciences, 1978. — 165 p.
707. *Poppelreuter W.* Die psychische Schädigungen durch Kopfschuss im Kriege 1914/17 [Text] / W. Poppelreuter. — Bd. I — II. — Leipzig, Voss, 1917–1918.
708. *Rey A.* L'examen clinique en psychologie. [Clinical examination in psychology.] [Text] / A. Rey. — Paris, France: Presses Universitaires de France, 1958. — 222 p.
709. *Rokeach M.* The Nature of Human Values [Text] / M. Rokeach. — New York: Free Press, 1973. — 438 p.
710. *Rorschach H.* Psychodiagnostics: A diagnostic test based on perception [Text] / H. Rorschach. — Bern: Hans Huber, 1942. — 356 p.
711. *Rosenberg M.* Society and the adolescent self-image [Text] / M. Rosenberg — New York: Princeton Univ. Press., 1965. — 326 p.
712. *Rosenzweig S.* The picture-association method and its application in a study of reaction to frustration [Text] / S. Rosenzweig // J. Personaloty. — 1945. — V. 14. — № 5. — P. 3–23.
713. *Rosenzweig S.* The children's Form of the Rosenzweig Picture-Frustration Study [Text] / S. Rosenzweig, E.E. Fleming, L. Rosenzweig // Journal of Psychol. — 1948. — V. 26. — P. 141–191.
714. *Russell D.* The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure [Text] / D. Russell // Journal of Personality Assessment. — 1996. — V. 66. — P. 20–40.
715. *Russell D., Peplau L.A., Cutrona C.E.* The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence [Text] / D. Russell, L.A. Peplau, C.E. Cutrona // Journal of Personality and Social Psychology. — 1980. — V. 39. — P. 472–480.
716. *Russell D.* Developing a measure of loneliness [Text] / D. Russell, L.A. Peplau, M.L. Ferguson // Journal of Personality Assessment. — 1978. — № 42. — P. 290–294.
717. *Sacks J.M., Levy S.* The Sentence Completion Test [Text] / J.M. Sacks, S. Levy // Projective Psychology: Clinical Approaches to the Total Personality: ed. by Lawrence Edwin Abt and Leopold Bellak. — New York: Alfred A. Knopf, Inc. — 1950. — P. 357–402.
718. Schizophrénie, Etudes cliniques et psychopathologiques (22 textes de Henri Ey consacrés aux psychoses schizophréniques, en particulier les textes de l'EMC, réunis par J. GARRABÉ) [Electronic resource] / Préface J. GARRABÉ, Les Empêcheurs de penser en rond, Institut

Synthelabo. — 1976. — 429 p. — URL: <http://www.psy-faq.ru/library/lib/show.php4?id=18.html>.

719. *Schmieschek H.* Questionnaire for the determination of accentuated personalities [Text] / H. Schmieschek // Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. — 1970. — V. 22. — № 10. — P. 378–381.
720. *Sifneos P.E.* The prevalence of “alexithymia” in psychosomatic patient [Text] / P.E. Sifneos // Psychother. Psychosom. — 1973. — V. 22. — № 2. — P. 255–262.
721. *Spielberger C.D.* Manual for the State-Trait Anxiety Inventory [Text] / C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene. — Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
722. *Stephenson W.* The study of behavior: Q-technique and its methodology [Text] / W. Stephenson. — Chicago: University of Chicago Press. — 1953. — 376 p.
723. *Strelau J.* Temperament i typ układu nerwowego [Text] / J. Strelau. — Warsz.: PWN, 1969. — 358 s.
724. *Taylor G.J.* Toward the development of a new self-report alexithymia scale [Text] / G.J. Taylor, D.B. Ryan, R.M. Bagby // Psychotherapy and Psychosomatics. — 1985. — № 44. — P. 191–199.
725. *Taylor J.A.* A personality scale of manifest anxiety [Text] / J.A. Taylor // Journal of Abnormal and Social Psychology. — 1953. — V. 48. — P. 285–290.
726. *Thomas A.* Temperament and Development [Text] / A. Thomas, S. Chess. — New York: Brunner/Mazel, 1977. — 277 p.
727. *Tulving E.* Episodic and semantic memory [Text] / E. Tulving // Organization of memory / ed. E. Tulving, W. Donaldson. — New York: Academic Press, 1972. — P. 381–403.
728. *Ware J.E.* The MOS 36-item short form health survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection [Text] / J.E. Ware, C.D. Sherbourne // Medical Care. — 1992. — № 30. — P. 473–483.
729. *Zung W.W.K.* A self-rating depression scale [Text] / W.W.K. Zung // Arch Gen Psychiatry. — 1965. — V. 12. — P. 63–70.



Приложения

Приложение 1

О работе патопсихолога в психиатрической больнице

Приложение 2

**О работе медицинского психолога в психиатрических
и психоневрологических учреждениях. Методические
рекомендации**

Приложение 3

Положение

**об организации деятельности медицинского психолога,
участвующего в оказании психотерапевтической помощи
(утв. приказом Минздрава РФ
от 16 сентября 2003 г. № 438)**

Приложение 4

**Квалификационные характеристики специалиста
«медицинский психолог»**

Приложение 5

**Номенклатура психологических услуг
в здравоохранении**

Приложение 6

Выписка из приказа № 566н

Приложение 7

**Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н
«О порядке организации медицинской реабилитации»**

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Общая патопсихология	6
1.1. Патопсихология — определение понятия	6
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>13</i>
1.2. История патопсихологии	14
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>28</i>
1.3. Понятие нормы и здоровья в патопсихологии и психопатологии	28
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>38</i>
1.4. Понятие психического расстройства	38
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>42</i>
1.5. Формы дизонтогенеза	42
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>46</i>
1.6. Первичные и вторичные симптомы	47
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>50</i>
1.7. Соотношение распада и развития психики	50
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>54</i>
1.8. Причины психических расстройств	54
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>56</i>
1.9. Внутренняя картина болезни	56
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>62</i>
1.10. Патопсихологическое исследование	62
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>82</i>
1.11. Функциональный диагноз	83
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>88</i>
1.12. Патопсихологические синдромы	88
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>96</i>
Глава 2. Патопсихология психических процессов	97
2.1. Сенсорные расстройства	97
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>104</i>
2.2. Восприятие и его расстройства	104
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>123</i>
2.3. Методы исследования сенсорных и гностических расстройств	124
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>135</i>
2.4. Память и ее расстройства	135
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>151</i>
2.5. Методы исследования памяти	151
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>165</i>
2.6. Внимание и его расстройства	166
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>179</i>
2.7. Методы исследования расстройств внимания	179
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>189</i>
2.8. Мышление и его расстройства	190
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<i>220</i>

2.9. Методы исследования мышления	221
Контрольные вопросы и задания	255
2.10. Эмоции и их расстройства	256
Контрольные вопросы и задания	315
2.11. Методы исследования эмоциональной сферы	315
Контрольные вопросы и задания	346

Глава 3. Патопсихология личности 347

3.1. Система психических свойств личности.....	347
Контрольные вопросы и задания	372
3.2. Волевая регуляция поведения и ее расстройства.....	373
Контрольные вопросы и задания	390
3.3. Методы исследования волевой регуляции.....	391
Контрольные вопросы и задания	404
3.4. Расстройства поведения	405
Контрольные вопросы и задания	413
3.5. Психопатии (специфические расстройства личности)	414
Контрольные вопросы и задания	431
3.6. Неврозы (невротические расстройства)	432
Контрольные вопросы и задания	443
3.7. Сознание и его расстройства.....	444
Контрольные вопросы и задания	472
3.8. Методы исследования личности и самосознания	472
Контрольные вопросы и задания	537
3.9. Способности и интеллект.....	538
Контрольные вопросы и задания	550
3.10. Патопсихология интеллектуальной сферы	550
Контрольные вопросы и задания	567
3.11. Методы исследования интеллекта	567
Контрольные вопросы и задания	592
3.12. Шизофрения — патопсихологический портрет	592
Контрольные вопросы и задания	603
3.13. Эпилепсия — патопсихологический портрет.....	603
Контрольные вопросы и задания	611

Список использованной литературы 612

Приложения 656

Приложение 1. О работе патопсихолога в психиатрической больнице 656-1

Приложение 2. О работе медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях. Методические рекомендации..... 656-20

Приложение 3. Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи 656-55

Приложение 4. Квалификационные характеристики специалиста «медицинский психолог» 656-57

**Приложение 5. Номенклатура психологических услуг
в здравоохранении656-59**

Приложение 6. Выписка из приказа № 566н656-60

**Приложение 7. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н
«О порядке организации медицинской реабилитации»656-62**

По вопросам приобретения книг обращайтесь:
Отдел продаж «ИНФРА-М» (оптовая продажа):
127214, Москва, ул. Полярная, д. 31В, стр. 1
Тел. (495) 280-33-86 (доб. 218, 222)
E-mail: bookware@infra-m.ru

•
Отдел «Книга—почтой»:
тел. (495) 280-33-86 (доб. 222)

ФЗ № 436-ФЗ	Издание не подлежит маркировке в соответствии с п. 1 ч. 4 ст. 11
----------------	---

Учебное издание

Бизюк Александр Павлович

ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

УЧЕБНИК

Оригинал-макет подготовлен в НИЦ ИНФРА-М
ООО «Научно-издательский центр ИНФРА-М»
127214, Москва, ул. Полярная, д. 31В, стр. 1
Тел.: (495) 280-15-96, 280-33-86. Факс: (495) 280-36-29
E-mail: books@infra-m.ru <http://www.infra-m.ru>

Подписано в печать 03.11.2020.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Гарнитура Petersburg.
Печать цифровая. Усл. печ. л. 41,25.
ИПТ50. Заказ № 00000
ТК 749782-1216342-031120

Отпечатано в типографии ООО «Научно-издательский центр ИНФРА-М»
127214, Москва, ул. Полярная, д. 31В, стр. 1
Тел.: (495) 280-15-96, 280-33-86. Факс: (495) 280-36-29