

ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

В этом разделе описаны патологии психических процессов — ощущений, восприятий, памяти, внимания, мышления, речи, эмоций. Наиболее подробно рассказано о патологиях восприятия, памяти и мышления.

НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Среди разнообразных нарушений когнитивных (познавательных) психических процессов рассматриваются нарушения процессов чувственного уровня познания (ощущений и восприятий) и нарушения рационального уровня познания, т.е. нарушения мышления. К расстройствам когнитивных психических процессов относятся также нарушения основных предпосылок интеллекта — памяти и внимания.

Нарушения ощущения и восприятия

Ощущение и восприятие — это первый этап познания человеком окружающего мира и самого себя, этап чувственного познания, предшествующий абстрактному мышлению. Органы чувств отражают объективно существующую действительность, допуская при этом большую или меньшую степень субъективного искажения, связанного как с состоянием анализаторов, так и с влиянием актуального психического состояния, доминирующих установок и отношений личности, а также в ряде случаев с патологическими изменениями целостной психической деятельности.

С ощущениями (процессами отражения отдельных свойств предметов и явлений) и восприятиями (процессами отражения предметов и явлений во всей совокупности их свойств) непосредственно связаны представления, то есть воспроизводимые следы ранее воспринятых образов. Ощущения и восприятия обладают рядом свойств: чувственной живостью (чувством реальности образов воспринимаемого), экстрапроекцией (проекцией образов на место нахождения воспринимаемого явления) и отсутствием произвольной изменяемости образов (образ воспринимаемого остается таким, каков он , есть). Их яркость, быстрота и

полнота зависят от возраста, пола, состояния здоровья, индивидуальных особенностей личности, жизненного опыта, направленности внимания, степени сохранности и тренированности функций определенного анализатора. В норме отмечается большое разнообразие индивидуальных свойств ощущений и восприятий, а также формируемых на их основе представлений.

Сущность ощущений и восприятий заключается не в простом фотографическом отображении какого-либо объекта, а в отражении его в динамике, во времени и пространстве, в смысловом значении и отношении к субъекту восприятия (положительном или отрицательном, привлекающем или отталкивающим, вызывающем чувство Удовлетворения или напряжения). Одновременно это источник и основа накапливаемых знаний, запасов памяти, жизненного опыта. В норме снижение или усиление чувственного фона ощущений и восприятий вызывает у человека беспокойство, опасения за свое здоровье. Это объясняется сложностью структуры анатомо-физиологической основы перцепции — участием в ней корковых ядер анализаторов (первичных, вторичных и третичных зон модальностно-специфических отделов коры большого мозга), ассоциативных межанализаторных и других отделов коры, нижележащих подкорковых и стволовых отделов мозга, в совокупности обеспечивающих обработку информации, оценку ее индивидуальной биологической и социальной значимости. Соответственно, недоразвитие или снижение функции какого-либо звена, а также нарушение межполушарного функционального взаимодействия находят свое отражение в степени полноценности ощущений, восприятий, представлений.

Разграничение нормальных и патологических ощущений и восприятий представляет собой значительную сложность, особенно в области телесной перцепции, поскольку здесь проверка истинности воспринимаемого особенно сложна. Научные данные свидетельствуют, что в повседневной жизни здорового человека в зависимости от его психического и физиологического состояния могут происходить довольно существенные изменения этой сферы. Наряду с произвольной и произвольной избирательностью восприятия, повышением или снижением его яркости и пластичности нередко наблюдаются иллюзорные

явления, эйдети́зм (способность длительного сохранения яркого, чувственно воспринятого образа), чувственно-образное фантазирование, явления уже виденного, слышанного или пережитого. Кроме того, у здоровых людей часто бывают сновидения в виде зрительных, слуховых, тактильных и других феноменов, которые по своей сущности приближаются к галлюцинаторным явлениям и нередко служат их предшественниками.

Познание осуществляется на двух уровнях. Выделяют чувственное познание, осуществляемое с помощью органов чувств, и рациональное познание, преимущественно в виде мышления. На уровне чувственного познания описывают два основных психических процесса — ощущение и восприятие.

Ощущения

Понятие ощущения — это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств предметов и явлений материального мира, а также внутренних состояний организма при непосредственном воздействии материальных раздражителей на соответствующие рецепторы (Петровский А. В., 1986). Ощущение — отражение одним анализатором одного качества предмета.

Органы чувств получают, отбирают, накапливают информацию и передают в мозг, ежесекундно получающий и перерабатывающий огромный и неиссякаемый ее поток. В результате возникает отражение окружающего мира и состояния самого организма. Следствием этого отражения является субъективная (искаженная в большей или меньшей степени) модель окружающего мира и самого себя в этом мире. Неизбежные искажения определяются состоянием анализаторов, всего организма в целом, аффективными факторами, доминирующими отношениями и установками. Ощущения — субъективные образы объективного мира.

Ощущение имеет рефлекторный характер. Физиологической основой ощущения является нервный процесс, возникающий при воздействии раздражителя на адекватный ему анализатор. Анализатор состоит из трех частей:

- периферического отдела (рецептора), являющегося специальным трансформатором внешней энергии в нервный процесс;

- афферентных (центростремительных) и эфферентных (центробежных) нервов, проводящих путей, соединяющих периферический отдел анализатора с центральным;
- подкорковых и корковых отделов (мозговой конец) анализатора, где происходит переработка нервных импульсов, приходящих из периферических отделов.

Для возникновения ощущения необходима работа всего анализатора в целом. Воздействие раздражителя на рецептор вызывает появление раздражения. Начало этого раздражения заключается в превращении внешней энергии в нервный процесс, который производится рецептором. От рецептора этот процесс по центростремительному нерву достигает ядерной части анализатора. Когда возбуждение достигает корковых клеток анализатора, возникает ответ организма на раздражение. Мы ощущаем свет, звук, вкус и другие качества раздражителей (Петровский А. В., 1986).

Классификация ощущений

По характеру отражения и месту расположения рецепторов ощущения традиционно делят на три группы:

- экстероцептивные, отражающие свойства предметов и явлений внешней среды и имеющие рецепторы на поверхности тела;
- интероцептивные, имеющие рецепторы, расположенные во внутренних органах и тканях тела и отражающие состояние внутренних органов;
- проприоцептивные, рецепторы которых расположены в мышцах и связках; они дают информацию о движении и положении тела. Проприорецепция, представляющая собой чувствительность к движению, называется также кинестезией, а соответствующие рецепторы — кинестетическими.

Экстерорецепторы, в свою очередь, делятся на две группы — контактные и дистантные. Контактные рецепторы передают раздражение при непосредственном контакте с воздействующими объектами; это, например,

осязательный, вкусовой рецепторы. Дистантные рецепторы реагируют на раздражения, исходящие от удаленного объекта; к ним относятся зрительные, слуховые, обонятельные рецепторы.

Органы чувств, предоставляющие информацию о состоянии окружающего мира, могут быть более или менее чувствительными к отображаемым явлениям. Чувствительность органа чувств определяется минимальным раздражителем, который в данных условиях оказывается способным вызвать ощущение. Минимальная сила раздражителя, вызывающая едва заметное ощущение, называется нижним абсолютным порогом чувствительности. Раздражители меньшей силы, так называемые подпороговые, не вызывают возникновения ощущений, и сигналы от них не передаются в кору головного мозга. Однако подпороговые импульсы небезразличны организму. Подтверждением этого служат многочисленные наблюдения, проведенные в клинике нервных болезней: именно слабые, подкорковые раздражители из внешней среды создают в коре больших полушарий доминантный очаг и способствуют возникновению галлюцинаций и обманов чувств.

Абсолютная чувствительность анализатора ограничивается не только нижним, но и верхним порогом ощущения. Верхним абсолютным порогом чувствительности называется максимальная сила раздражителя, при которой еще возникает адекватное воздействию раздражителю ощущение. Дальнейшее увеличение силы раздражителей, действующих на рецепторы, вызывает в них только болевое ощущение (оглушительный звук, слепящий свет).

Свойства ощущений

К основным свойствам ощущений относятся качество (модальность), интенсивность, длительность и пространственная локализация. Качество (модальность) ощущений проявляется в том, что каждый вид ощущений имеет специфические особенности, отличающие его от других видов. Так, слуховые ощущения характеризуются высотой, тембром, громкостью, зрительные — цветом, насыщенностью. Иногда при воздействии раздражителя на один анализатор возможно возникновение ощущений в другом анализаторе. Такой

феномен называется синестезией. Интенсивность ощущений определяется силой действующего раздражителя и функциональным состоянием анализатора. Часто она увеличивается в одном анализаторе при нарушении деятельности другого. Так, у слепых резко возрастает тактильная и обонятельная чувствительность. Длительность ощущения определяется функциональным состоянием органа чувств, временем действия раздражителя и его интенсивностью. При воздействии раздражителя на анализатор ответная реакция проявляется не сразу, а через весьма короткое время, которое называется латентным периодом. Латентный период — явление обязательное, но величина его различна. Точно так же после прекращения воздействия раздражителя ощущение исчезает не сразу. В ряде случаев остается так называемое последействие. При пространственной локализации, осуществляемой дистантными рецепторами, получают сведения о локализации раздражителя в пространстве.

Сенсорная депривация

Как отмечают Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова (2003), ощущения не только несут информацию об отдельных свойствах явлений и предметов, но и выполняют активизирующую мозг функцию. Для комфортного существования в мире человеку необходим постоянный приток ощущений. Длительное отсутствие ощущений, так называемая сенсорная депривация, может вызвать серьезные психические нарушения вплоть до формирования психотических состояний. Особенно тяжелыми, практически невозполнимыми оказываются последствия «сенсорного голода» у ребенка. Клиника состояний, формирующихся в результате лишения ощущений (слепота, длительная неподвижность), характеризуется в первую очередь явлениями психического инфантилизма, а без использования соответствующих методик воспитания и обучения детей с подобными дефектами, отмечают авторы, у детей может возникнуть и более грубое нарушение — задержка психического развития.

Нарушения ощущений

Ощущения являются основой многих симптомов и синдромов

разнообразных болезней, одним из элементарных психических явлений. Они могут носить осознаваемый и неосознаваемый характер и влиять на особенности предъявления пациентом жалоб на состояние здоровья, что существенно отражается на процессах диагностики и лечения.

Среди разнообразных нарушений ощущений, прежде всего, выделяют анестезии, гипестезии и гиперестезии. Анестезии, гипестезии и гиперестезии относятся к количественным изменениям ощущений. К качественным изменениям ощущений относят парестезии и сенестопатии.

Анестезия — отсутствие чувствительности. В неврологическом смысле анестезии — это проявления анатомического или функционального повреждения анализаторов, начиная с рецепторного отдела и кончая корковым ядром. Клинически это выражается в потере чувствительности кожи, слепоте, глухоте. Сложные варианты этих расстройств приобретают патопсихологическое значение. Так, например, при истерии, связанной с функциональными нарушениями анализаторов, наблюдаются истерическая слепота, истерическая глухота, истерическая потеря кожной чувствительности.

Гиперестезия — повышение чувствительности к раздражителям, нейтральным при нормальном состоянии, за счет понижения порога ощущений. Частым ее признаком является повышенная чувствительность, возбудимость анализатора. У больных наблюдаются непереносимость световых, звуковых и других раздражителей, восприятие их с гиперпатическим оттенком, ощущение деятельности отдельных внутренних органов (сердцебиения, пульсации сосудов, перистальтики кишечника и т.п.), иррадиация возбуждения с одного анализатора на другой. Подобные нарушения отмечаются при неврастении. Гиперестезии входят в структуру астенического синдрома, возникающего при самых различных видах соматической и психической патологии. Обычный дневной свет ослепляет, окраска окружающих предметов становится необычно яркой, форма их — особенно отчетливой, светотень — контрастной. Звуки оглушают, хлопанье дверей звучит, как выстрел, звон расставляемой посуды невыносим. Запахи воспринимаются остро, раздражают. Прикасающиеся к телу белье, одежда кажутся шероховатыми, грубыми.

Во многих случаях гиперестезия захватывает все сферы чувствительности, но особенно часто отмечаются зрительная и акустическая гиперестезии. Эти явления обычно сопровождаются повышенной раздражимостью и возбудимостью других психических функций, особенно эмоциональной сферы, о чем свидетельствуют аффективная несдержанность, раздражительность. Наиболее часто расстройство возникает при резком переутомлении. Гиперестезия органов чувств наблюдается при органических поражениях головного мозга, при астенических состояниях без органической неврологической симптоматики.

Гипестезия — расстройство, противоположное гиперестезии. Оно выражается в понижении чувствительности к разнообразным внешним и внутренним раздражителям за счет повышения порога ощущений. Все окружающее воспринимается неотчетливо, неясно, отдаленно, как сквозь туман; все становится неярким, неопределенным, утратившим чувственную конкретность. Окружающие предметы как будто лишены красок, выглядят блекло, расплывчато, бесформенно. Звуки доносятся глухо, без резонанса; голоса окружающих утрачивают интонацию, становятся безличными. Все кажется неподвижным, застывшим. При обращении к больному приходится повышать голос, повторять вопросы и инструкции. Больной может не реагировать на яркий свет, мокрую постель, прикосновение горячих или холодных предметов. Чаще всего гипестезия наблюдается при заболеваниях нервной системы. Общая гипестезия может наступить при тяжелом соматическом заболевании.

Парестезии чаще наблюдаются при заболеваниях нервной системы, в частности, при полинейропатиях различной этиологии (алкогольной, диабетической). Органическими причинами могут быть сосудистые заболевания конечностей (болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит, варикозное расширение вен). В клинике психических расстройств парестезии встречаются при истерическом неврозе и различных видах ипохондрии. Парестезии — ощущения, возникающие при отсутствии воздействующего раздражителя. К ним относятся, например, мурашки.

Сенестопатии — разнообразные крайне неприятные, тягостные ощущения: стягивание, жжение, давление, раздирание, переливание, переворачивание,

щекотание и т.д., исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие констатируемых соматическими методами исследования причин для их возникновения. Для сенестопатии характерны необычность, сложность, причудливость ощущений, которые больной даже затрудняется описать. Наиболее часто сенестопатии встречаются при шизофрении.

Понятие о восприятии

Восприятие — это психический процесс, при котором осуществляется целостное интегрированное отражение предметов, явлений и событий окружающего мира. Процесс восприятия связан с отражением в сознании человека предметов или явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств. В ходе восприятия происходят упорядочение и объединение отдельных ощущений в образы вещей и событий.

В отличие от ощущений, в которых отражаются отдельные свойства раздражителя, в восприятии отражается предмет в целом, во всей совокупности его свойств. При этом восприятие не сводится к сумме отдельных ощущений, а представляет собой качественно новую ступень чувственного познания с присущими ему специфическими особенностями.

Восприятие — целостное отражение предметов, ситуаций и событий, возникающее при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности органов чувств. Вместе с процессами ощущения восприятие обеспечивает непосредственно-чувственную ориентировку в окружающем мире (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998).

Восприятие — необходимый этап познания. Оно всегда в большей или меньшей степени связано с мышлением, памятью, вниманием; восприятие направляется мотивацией и имеет определенную эмоциональную окраску.

Классификация восприятий

В основе классификации восприятий, так же как ощущений, лежат различия в анализаторах, участвующих в процессе восприятия. В зависимости от того,

какой анализатор играет здесь преобладающую роль, различают зрительные, слуховые, осязательные, кинестетические, обонятельные и вкусовые восприятия. Обычно процесс восприятия осуществляется рядом взаимодействующих между собой анализаторов. Двигательные ощущения в той или иной степени участвуют во всех видах восприятий. Например, в осязательном восприятии участвуют тактильный и кинестетический анализаторы. В слуховом и зрительном восприятии также участвует двигательный анализатор. Различные виды восприятия редко встречаются в чистом виде, обычно они комбинируются, в результате возникают сложные виды восприятий. Так, восприятие текста включает в себя зрительное, слуховое и кинестетическое восприятия.

Нарушения восприятия в клинике

Нарушения восприятия занимают важное место в клинической практике, поскольку они оказывают прямое влияние на поведение и переживания человека и могут изменять когнитивные функции и навыки. Так, у 20 процентов больных с приобретенным повреждением головного мозга обнаруживается нарушение функций зрительного восприятия, причем нарушения элементарных функций (например, выпадение полей зрения) встречаются намного чаще, чем нарушения сложных функций той же модальности (например, зрительное узнавание) (Ziel, 1997; цит. по: Перре М., Бауманн У, 2002).

Восприятие раздражителей осуществляется с помощью органов чувств, которые уже выполнили определенную предварительную обработку информации. Через синапсы информация передается субкортикальным и кортикальным структурам ЦНС и там перерабатывается. Анализ и кодирование на ранней стадии выполняются в соответствующих первичных корковых полях. В так называемых ассоциативных полях обрабатываются и кодируются сложные компоненты информации (лица, мелодии, движения). Между тем считается абсолютно доказанным, что кора большого мозга функционально специализирована, то есть отдельные области анализируют и кодируют преимущественно какой-либо один параметр стимула (например, цвет) или стимулы одной категории (например, лица) (Перре М., Бауманн У, 2002).

Между отдельными областями коры большого мозга через разнообразные, большей частью реципрокные, связи волокон осуществляется интенсивный обмен информацией; он необходим для обеспечения когерентного результата восприятия. Таким образом, к потере какой-либо функции может привести не только повреждение различных областей коры головного мозга, но и разрыв синаптических связей. Так как большая часть церебральных патогенных факторов влияет не на одну какую-то область, а наносит ущерб одновременно нескольким участкам и вдобавок разрывает связи волокон, в качестве результата следует ожидать возникновения взаимосвязанных нарушений функций. Повреждение может быть или фокальным (как, например, после инфаркта), или диффузным (как, например, после черепно-мозговой травмы или гипоксии). В этих случаях можно ожидать еще и снижения когнитивных функций, таких как внимание, память, речь, планирование и решение проблем, а также влечения и аффективная регуляция (Перре М., Бауманн У, 2002).

Сложные нарушения восприятия, отмечают авторы, могут быть обусловлены тем, что нарушены или сама функция, или обязательные условия ее осуществления. Так, например, при нарушении способности к чтению можно предполагать наличие двух возможных групп факторов. Во-первых, после приобретенного повреждения головного мозга может исчезнуть способность к узнаванию букв или слов (алексия), в то время как визуальные предпосылки для чтения остаются в норме. Во-вторых, к нарушению способности читать могут привести и ограничения поля зрения, и ослабление остроты зрения, хотя в этом случае сама способность к чтению не затронута.

Для возникновения нарушения восприятия имеют значение и локализация, и степень тяжести повреждения головного мозга или патофизиологического процесса.

Классификация расстройств восприятий

Среди нарушений восприятий выделяют агнозии, иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации, психосенсорные расстройства. В пато- и нейропсихологии наиболее разработанными являются представления об агнозиях, в психопатологии

— об иллюзиях, галлюцинациях и психосенсорных расстройствах.

Нарушения зрительного восприятия

Участки коры головного мозга, ответственные за зрительное восприятие, находятся в затылочной и в задних областях височных и теменных долей головного мозга. Нарушение поля зрения наступает после повреждения расположенных под корой головного мозга пучка Грасьоле и стриарного кортекста, причем одностороннее повреждение приводит к потере зрения в контрлатерально расположенной половине поля зрения. Повреждения затылочно-височного тракта связаны с потерей восприятия цвета, объектов и лиц, в то время как повреждения в затылочных и теменных областях — с потерей функции зрительного восприятия пространства, включая зрительную ориентацию (Перре М., Бауманн У., 2002).

Поскольку кортикальные зоны, ответственные за зрительное восприятие, находятся в задних участках коры головного мозга, нарушений в этой модальности следует ожидать, прежде всего, после инфаркта или кровоизлияния в области васкуляризации задней артерии головного мозга, а также в области васкуляризации височных и теменных артерий среднего мозга. Инфаркт в области васкуляризации обеих задних мозговых артерий может привести к полной слепоте.

При гипоксии головного мозга речь идет об общем недостатке кислорода, а следовательно, о диффузном повреждении головного мозга. Затылочная доля мозга относится к областям, нервные клетки которых особенно болезненно реагируют на недостаток кислорода. При нарушениях зрения, обусловленных гипоксией, речь идет большей частью о комбинации выпадений некоторых участков центрального поля зрения или обоих его нижних квадрантов, о сильном снижении остроты зрения и способности к пространственному различению, потере функций зрительно-пространственного восприятия (прежде всего локализации и ориентации в пространстве), а также о нарушениях зрительного узнавания. Восприятие цвета чаще всего остается в норме (Перре М., Бауманн У., 2002).

Нарушения зрения вызывают также опухоли в затылочных и височных долях головного мозга. У больных с сосудистой деменцией и деменцией при болезни Альцгеймера нарушения зрительного восприятия могут быть обусловлены атрофиями в задних участках мозга. У таких пациентов могут наблюдаться односторонняя потеря поля зрения, потеря способности различать лица и объекты (зрительная агнозия), потеря зрительной ориентации.

Агнозии. Агнозией называется затрудненность узнавания предметов, звуков. М. О. Гуревич (1949) относил агнозии к обманам чувств, при которых наблюдается не полное выпадение функций, а патологическое изменение, ведущее к извращению чувственного опыта. Агнозии связаны с нарушениями процесса синтеза (обобщения) признаков в процессе конструирования целостного образа реальности. В целом агнозии связаны с изменениями смысловой стороны восприятия. Они развиваются вследствие поражений коры головного мозга и ближайших подкорковых структур (вторичных и третичных зон слухового, зрительного и тактильного анализаторов). С. Ф. Семенов, отмечая более частое наличие агнозий при поражении правого полушария (теменной и затылочной долей), указывал на участие в возникновении различных видов расстройств как специфических, так и неспецифических структур мозга, нарушений на уровне формирования соответствующего образа и отражения его в сознании. При агнозиях чувствительность сохраняется, но способность к анализу и синтезу информации утрачивается. Обычно агнозии носят длительный, затяжной характер (длятся от нескольких недель до нескольких лет).

А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский (1998) определяют агнозии как «нарушение различных видов восприятия, возникающее при определенных поражениях мозга». Авторы различают:

- зрительные агнозии, проявляющиеся в том, что человек при сохранении достаточной остроты зрения, не узнает предметы и их изображения;
- тактильные агнозии, проявляющиеся в виде расстройств опознания предметов на ощупь (астереогнозия) или в нарушении узнавания частей собственного тела, в нарушении представления о схеме тела

(соматоагнозия);

- слуховые агнозии, проявляющиеся в нарушении фонематического слуха, то есть способности различать звуки речи, что приводит к ее расстройству (афазиям), или в нарушении способности узнавать знакомые мелодии, звуки, шумы (при сохранении элементарных форм слуха).

Агнозия связана с поражением вторичных (проекционно-ассоциативных) отделов коры головного мозга, входящих в состав коркового уровня анализаторных систем. Поражение первичных (проекционных) отделов коры вызывает лишь элементарные расстройства чувствительности (нарушение сенсорных зрительных функций, болевой и тактильной чувствительности, снижение слуха). При поражении вторичных отделов коры больших полушарий элементарная чувствительность у человека сохраняется, однако он утрачивает способность к анализу и синтезу поступающей информации, что приводит к нарушению различных видов восприятия.

У больных с органическими поражениями мозга явления агнозии состоят в выделении в предмете то одного признака, то другого, но узнать предмет, объединив все эти признаки, то есть осуществить синтез, они не могут. Таким образом, процесс восприятия при психических заболеваниях приобретает характер отгадывания и ступенчатости узнавания предметов. Например, при исследовании больной предъявили картинку с изображением грабель, которую она интерпретирует следующим образом: «Это щетка, может, половая, а может, и зубная. Но почему у нее такие редкие ворсинки? Нет, это не щетка. Может, это грабли? Но почему здесь грабли? Зачем? Не знаю, что это». Нарисованный на картинке гриб больная называет то стогом сена, то лампой (Левченко И. Ю., 2004).

Патопсихологические исследования, считает Левченко, свидетельствуют о том, что больные с нервно-психическими расстройствами демонстрируют, хотя и поэтапно, тенденцию к узнаванию конкретных изображений, но особые трудности при этом у них вызывает соотнесение схематических рисунков с определенной категорией предметов. А. Р. Лурия считал, что процесс нарушения

зрительного анализа у таких больных «превращался в серию речевых попыток расшифровать значение воспринимаемых признаков и синтезировать их в зрительный образ». Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что больные не могут сразу воспринять рисунок, восприятие у них приобретает характер дезавтоматизированного действия, при котором нарушается процесс обобщения и интеграции признаков предмета в единое целое (Левченко И. Ю., 2004).

Зрительные агнозии. Проблеме агнозиц, особенно зрительной, посвящено множество работ. Например, А. Петцль (1928) и другие авторы подразделяли зрительные агнозии на:

- агнозию предметов, так называемую лиссауэровскую душевную объектную агнозию, когда больные не узнавали предметы и их изображения («предметная агнозия»); к этой группе относили и симультанную агнозию Вольперта (больные узнавали отдельные предметы, их изображения, но не узнавали изображения ситуации; при симультанной агнозии резко сокращается объем одновременно воспринимаемых объектов);
 - агнозию на цвета (нарушается способность классифицировать цвета) и шрифты;
 - пространственную агнозию (больной не может различить пространственные признаки объектов, основные пространственные координаты).
- Выделяют также агнозию на лица (прозопагнозия), при которой нарушается процесс опознавания лиц при сохранности восприятия предметов и их изображений; буквенную агнозию, когда утрачивается способность узнавать буквы (этот вид агнозии лежит в основе одной из форм нарушения чтения — алексии) (Зинченко В. П., Мещеряков Б. Г., 2001).

Зрительные агнозии возникают, прежде всего, при поражении вторичных отделов затылочной коры. При правосторонних поражениях синдромы зрительной агнозии чаще оказываются смешанными, наблюдаются замедленность и фрагментарность восприятия, избыточность обобщенного восприятия предмета,

нарушение зрительного опознавания знакомого объекта, ошибки в узнавании отдельных объектов, включенных в общую ситуацию. Височно-затылочный синдром характеризуется расстройством узнавания лиц и иногда цветов, а теменной и теменно-затылочный синдромы — симультанной агнозией, то есть неспособностью оценивать смысл сюжетной картины из-за фрагментарности восприятия пространственной ситуации при сохранном узнавании отдельных объектов, нарушением зрительного контроля и отсутствием охвата пространственных взаимоотношений деталей в целом, часто игнорированием левой стороны в зрительном поле, оптической атаксией, нарушением опознавания знакомой пространственной ситуации и способности представить ее по памяти.

При левостороннем поражении (левого доминантного полушария) задневисочный синдром включает амнестическую афазию в сочетании с замедленностью восприятия предметных изображений, дефект узнавания предметных изображений в пробах «выделения фигуры из фона», нарушение обобщенности восприятия предметов в сочетании с забыванием названий и отчуждением смысла названий предметов. При височно-затылочном синдроме присоединяются дефекты обобщенного восприятия и называния букв (нарушение чтения — оптическая алексия), иногда — нарушение абстрактности (обобщенности восприятия) по отношению к цвету и цветовая амнестическая афазия, снижение скорости восприятия букв. Для нижнетеменного или теменно-затылочного синдрома характерно наличие ошибок в пробах, требующих схематического представления о пространственных соотношениях, снижения обобщенности восприятия объектов в пространстве, уменьшения нарушений называния и понимания слов, обозначающих пространственные соотношения, аграмматизма (расстройства зрительного гнозиса высшего уровня, граничащего с мышлением и речью и указывающего на связь зрительного гнозиса с речью) (Бачериков Н. Е., 1989). 1

Е. П. Кок подчеркивал, что при левосторонних поражениях снижается способность к обобщенному, абстрактному восприятию и называнию зрительного признака, нарушаются осмысливание пространственных соотношений, их словесное обозначение, высшие формы гнозиса и называние предметов, но

остаются сохранными наглядное, конкретное восприятие и зрительное запоминание образа, наглядная ориентировка и узнавание конкретной пространственной ситуации. При правосторонних (субдоминантных) поражениях задних отделов головного мозга наблюдаются недостаточность наглядных, непосредственных сторон зрительного восприятия, распад зрительного образа, нарушение зрительного запоминания и опознавания конкретного знакомого объекта со всеми индивидуальными признаками (дефектность «конкретного отношения»), нарушение наглядной ориентировки и узнавания конкретной пространственной ситуации, цельности образа в восприятии и представлении. Однако способность логически осмысливать, расчленять образ, выделять существенное и общее, словесно обозначать обобщенно воспринятый образ не только сохраняется, но и патологически подчеркивается в виде склонности к избыточно обобщенному восприятию образа и его логической обработке без наглядного контроля.

В этом случае в основе дефекта лежит расстройство акта зрительного гнозиса, его наглядных сторон, слабо связанных с логической обработкой и речью. Это особенно ярко проявляется при синдроме агнозии на лица. При раздражении правой височной доли окружающее может восприниматься как уже виденное, могут быть оформленные зрительные галлюцинации.

Тактильные агнозии возникают при поражении вторичных корковых полей теменной доли левого или правого полушария.

Слуховые агнозии возникают при поражении вторичных корковых полей височной доли. При поражении височной коры левого полушария слуховая или слухоречевая агнозия проявляется в виде нарушения фонематического слуха, то есть нарушения способности различать звуки речи, что приводит к расстройству речи (афазии); при поражении височной коры правого полушария (у правшей) возникает собственно слуховая агнозия — невозможность узнавания знакомых немusыкальных звуков и шумов (лая собак, скрипа шагов, шума дождя) или амузия — неспособность узнавания знакомых мелодий, расстройство музыкального слуха.

Н. Н. Брагина и Т. А. Доброхотова (1981) отмечали, что при поражении

правого полушария у правшей наблюдаются ощущения пространственной и временной неопределенности, односторонняя пространственная агнозия (неузнавание предметов слева и даже левой половины своего тела), явления деперсонализации и дереализации, сопровождающиеся неприятным эмоциональным чувством, в том числе симптомы «уже виденного» или «никогда не виденного», которые при поражении левого полушария встречаются редко. Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон (1997) выделили следующие основные виды нарушений зрительного узнавания:

- предметная агнозия;
- агнозия на лица;
- агнозия на цвета;
- симультанная агнозия;
- оптико-моторная агнозия (синдром Балинта);
- оптико-пространственная агнозия:
 - односторонняя пространственная агнозия;
 - нарушение топографической ориентировки;
 - агнозия глубины;
 - амнестическая агнозия, или агнозия запечатления;
 - первичная алексия (тесно примыкающая к расстройствам гнозиса):
 - агностическая (литеральная) алексия;
 - вербальная алексия.

Предметная агнозия. В случае предметной агнозии нарушается зрительное узнавание отдельных предметов и их изображений при сохранном или умеренно-выраженных расстройствах периферического зрения. Трудности в узнавании реальных предметов встречаются редко и только в тяжелых случаях зрительной агнозии. Оpozнание предметов посредством тактильной чувствительности остается сохранным. Нарушения узнавания предметных изображений значительно нарастают в условиях, затрудняющих их опознание: узнавание схематичных, контурных изображений, наложенных друг на друга (проба Поппельрейтера), узнавание предметов с «недостающими» признаками и на «зашумленных» рисунках. В ряде случаев отмечается слабость оптических

представлений: больные не в состоянии представить себе, как выглядит тот или иной объект — обиходный предмет, здание, памятник (например, кофейник, Кремль, троллейбус) (Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А., 1997).

По мнению большинства авторов, предметная агнозия возникает при поражении второй и третьей затылочных извилин чаще левого полушария, а в некоторых случаях — при поражении обеих затылочных долей.

Агнозия на лица (прозопагнозия). Агнозия на лица характеризуется нарушением узнавания знакомых лиц. Узнавая части лица и отличая лицо от других объектов, больные не могут определить его индивидуальную принадлежность, не различают лица мужчин и женщин, особенности мимики. Не узнают также лица близких родственников, а в тяжелых случаях не узнают в зеркале собственное лицо. При узнавании людей больные используют обходные пути, например, узнавание по голосу, походке, запаху духов и т. п. Нередко нарушается также узнавание животных и птиц. В легких случаях нарушается узнавание лиц только на фотографиях (Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А., 1997).

Как отмечают авторы, есть основания расценивать агнозию на лица как проявление более общего дефекта — неспособности оценить по тем или иным конкретно-наглядным признакам своеобразие объекта или его изображение, которое позволяет узнавать именно данный конкретный объект среди объектов того же вида, например, найти свою кружку или расческу среди других кружек или расчесок. На основании этого такая форма агнозии часто обозначается как агнозия индивидуализированных признаков.

Агнозия на лица возникает при поражении правой нижне-затылочной области, часто с распространением очага на прилегающие отделы височной и теменной долей.

Цветовая агнозия. В случае цветовой агнозии утрачивается способность классифицировать цвета, подбирать одинаковые цвета или оттенки одного и того же цвета. Отмечаются затруднения в задаче соотнести тот или иной цвет с определенным объектом, то есть, например, сказать, какого цвета трава, помидор, снег и т.д. Элементарные формы цветового зрения при этом не нарушаются —

больные могут различать основные цвета.

Цветовая агнозия возникает преимущественно при поражении левой затылочной доли и прилегающих к ней областей. Вместе с тем имеются данные о вовлечении в процесс при этой форме агнозии левой теменно-височной области (Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А., 1997).

Симультанная агнозия. При симультанной агнозии нарушается возможность узнавать и понимать содержание сюжетной картины в целом. Правильно опознавая отдельные объекты и их детали на картине, больные не могут при симультанной агнозии установить связи между ними, не могут понять смысл сюжета. Рассматривая серии картин, объединенных единым, последовательно развивающимся сюжетом, больные не могут дать характеристику этому сюжету в его динамике. В ряде случаев симптоматика симультанной агнозии сочетается с нарушением чтения слов при сохранности чтения отдельных букв (Тонконогий И. М., 1973).

Считается, что симультанная агнозия возникает при поражении передних отделов левой затылочной области (у правшей) (Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А., 1997).

Оптико-моторная агнозия (синдром Балинта). При этом виде агнозии больной не в состоянии произвольно направить взгляд в нужном направлении, фиксировать взором заданную точку. Расстраивается также его способность видеть одновременно более одного объекта или детали объекта. Р. Балинт, который впервые описал этот синдром, обозначил его как «психический паралич взора». Выделены три основных признака синдрома Балинта — психический паралич взора, оптическая атаксия, нарушение зрительного внимания.

Вызывается двусторонним поражением затылочных долей (Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А., Т 1997).

Оптико-пространственные агнозии. Основными видами оптико-пространственных нарушений являются односторонняя пространственная агнозия, нарушение топографической ориентировки, а также некоторые проявления синдрома Балинта.

Односторонняя пространственная агнозия. Больные игнорируют левую

часть пространства, которая как бы перестает для них существовать. Это приводит к резкому затруднению пространственной ориентировки как в повседневной жизни, так и при работе с картами, схемами и т.д. Игнорирование отчетливо проявляется при рисовании объектов. Типичен, например, факт, когда больной, рисуя ромашку, изображает лепестки лишь на правой половине цветка. Подавляющее большинство авторов указывают, что односторонняя пространственная агнозия возникает при поражении теменных и теменно-затылочных структур правого полушария у правшей (Тонконогий И. М., 1973; цит. по: Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А., 1997).

Нарушение пространственной топографической ориентировки.

Нарушается ориентировка в знакомом пространстве. Больные забывают дорогу домой, не могут запомнить, находясь в больнице, путь в столовую, палату, туалет, не ориентируются в хорошо известном до болезни расположении улиц родного города. Нарушается также ориентировка в планах, схемах, картах. Больные затрудняются в описании знакомых мест — плана квартиры, палаты, не могут нарисовать схему расположения кроватей в палате и обозначить на ней свою. Особенно сильно нарушается ориентировка в чтении географической карты, в определении частей света. Больные не могут показать на контурной карте, где расположены страны, крупные города, моря, реки. Они не в состоянии мысленно изменить пространственные положения объекта — мысленно повернуть его на 90 или на 180 градусов. Указанные нарушения возникают при поражении теменно-затылочных областей (чаще с двух сторон).

Агнозия глубины. Больные испытывают выраженные затруднения при необходимости локализовать объекты в координатах пространства, особенно в глубину. Затрудняется оценка расстояния до объектов, их высоты, размеров, протяженности. Нарушается также определение того, какой из двух объектов расположен ближе, а какой — дальше. Больные часто натываются на предметы, промахиваются при их схватывании, затрудняются в узнавании хорошо знакомых мест. Это нарушение возникает при двусторонних затылочно-теменных очагах.

Амнестическая агнозия, или агнозия запечатления. Эта форма зрительной агнозии впервые выделена Я. А. Меерсоном. При сохранном опознании

объектных и сюжетных изображений утрачивается способность удержать в памяти на короткий и на длительный сроки любой зрительный материал, поэтому страдает главным образом выполнение тех заданий, которые предъявляют большие требования к функции кратковременной и долговременной памяти (Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А., 1997).

Первичные алексии. Выделяют две основные формы первичной алексии (нарушение чтения), связанные с локальным поражением определенных участков мозга, — агностическую и вербальную. При агностической алексии нарушается узнавание отдельных букв и, соответственно, чтение. Больные часто путают буквы, сходные по своему начертанию (К и Х, Т и Г, Ц, Ш и Щ), затрудняются в подборе одинаковых букв разного шрифта (печатных, прописных, стилизованных, заглавных), то есть утрачивают способность к обобщенному восприятию буквы. Агностическая алексия возникает при очагах в основании левой затылочной доли, часто с захватом прилежащих отделов височных и теменных областей. При вербальной (аграфической) алексии нарушение чтения сочетается с расстройством письма. В отличие от агностической алексии, узнавание отдельных букв сохранено или нарушено незначительно. Утрачивается чтение целых слов, слогов, фраз. При чтении возникают частые литеральные и вербальные параксии, отчуждение смысла слова. Больные пытаются компенсировать дефект узнавания слогов и слов домысливанием непрочитанных частей. Нередко смысл слов и фраз понимается верно, хотя больной не может прочесть вслух или читает с ошибками (Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А., 1997).

Псевдоагнозии при деменции. При исследовании зрительного восприятия у больных, у которых на основе клинических и экспериментально-психологических данных выявлена деменция по органическому типу, обнаружены, согласно работе Б. В. Зейгарник (1973), следующие особенности: они не узнавали силуэтных и пунктирных рисунков. При экспозиции ситуационных рисунков больные не улавливали смысл сюжета, хотя и могли при этом описать отдельные картинки. Потеря смысла сюжета перекрывалась описанием конкретных предметов. У некоторых больных нарушалось восприятие формы: испытуемые называли треугольник клином. Их восприятие в целом было

диффузным, недифференцированным.

Дементные больные, как отмечает Зейгарник, не улавливают сюжета в ситуационных картинках. Не понимая смысла сюжета, они часто описывают отдельные предметы, не видя их сюжетной связи. Отдельные части рисунка сливаются, смешиваются с фоном, изображения предметов не узнаются. Биренбаум отмечает, что предмет узнавания обуславливается той частью рисунка, на которой больной фиксирует свое внимание: так, гриб больной называет помидором, если выступила как часть головка гриба, или же видит в грибе огурец, если фиксирует внимание на его ножке. Поэтому при предъявлении рисунка больному часто безразлично, что ему показывают — часть или целое. У некоторых больных агнозия распространялась и на структуру, на форму изображения. Биренбаум (1948) описала больного, у которого на фоне органической деменции выступили расстройства зрительного гнозиса в виде нарушения восприятия формы. При показе треугольника он говорит: «Клином как-то, а назвать не могу, я вижу клин в трех местах. Клин-трехклиник». При экспозиции четырехугольника больной говорит: «Мне трудно сказать (обводит пальцем), — прямая, прямая, прямая и прямая». При экспозиции незаконченного круга он видит прежде всего его изъян — «здесь провал какой-то», в то же время воспринимает симметрию формы. Например, при показе креста, не умея назвать фигуры, больной заявляет: «Хоть куда хочешь заглядывай, а она лежит правильно». Биренбаум отмечает, что агнозию больного можно было бы трактовать как нарушение оптического внимания. При попытке понять сюжет картинки больные из-за неправильного узнавания деталей и структурного распада часто неправильно описывают ее содержание. Это расстройство напоминает феномен, описанный А. Пиком как «сенильная агнозия», или как расстройство «симультанного восприятия». Оно выражается в том, что испытуемый, описывая отдельные предметы, не может уловить общего смысла картинки (Зейгарник Б. В., 1973).

Восприятие, освобожденное от организующей роли мышления/как отмечает И. Ю. Левченко (2004), легко становится диффузным, недифференцированным, и это является причиной его структурного распада. Несущественные элементы

рисунка делаются центром внимания и ведут к неправильному узнаванию предмета, при этом выпадают смысловые компоненты сюжета. Таким образом, картина распада восприятия при деменции подтверждает ведущую роль фактора осмысленности и обобщенности в любом акте человеческого восприятия.

Иллюзии. Иллюзорное восприятие можно отнести к обманам восприятия, стоящим на границе с галлюцинациями, хотя некоторые его виды встречаются и у психически здоровых лиц. Иллюзии — это искаженные по внешнему виду или по смысловому содержанию восприятия реально существующих предметов и явлений. Конкретно существующий предмет или реальное явление воспринимается как совершенно иные предмет или явление: висящая на спинке стула одежда кажется человеком, притаившимся за стулом, в словах медсестры, приглашающей больного прийти за лекарством, слышится угроза расправы с ним, звуки перемещаемых медицинских приборов в процедурном кабинете кажутся лязганием оружия, прикосновение медицинского жгута при взятии крови для анализа воспринимается как змея, обвивающая руку. По механизму возникновения выделяют физические, физиологические и психические иллюзии, по анализаторам — зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные и т. д.

Физическая иллюзия — искаженное восприятие реально существующего предмета или явления с полным, как правило, осознанием этого искажения. Возникает преимущественно за счет разной светопрозрачности сред, в которых находится воспринимаемый объект (воздух, вода), разной удаленности частей наблюдаемого объекта, различий в окраске, освещении, расположении среди других предметов и т.д. (например, два одинаковых по величине круга кажутся разными, если один из них окружен маленькими кругами, а другой — большими).

Физиологическая иллюзия — искаженное восприятие реального объекта или явления в результате особого состояния анализатора или системы комплексного восприятия (изменения условий восприятия). Примером может служить ощущение продолжающегося движения после остановки транспорта, покачивания почвы под ногами после длительного пребывания на корабле.

Психическая иллюзия — искаженное восприятие реально существующего объекта с неадекватным, не отвечающим действительности пониманием его

истинной сущности. В основе ее возникновения лежат главным образом изменения (нарушения) сенсорного анализа и синтеза на уровне целостной оценки, понимания и осознания, хотя детали, из которых складывается целостный образ, оцениваются недостаточно четко или в искаженном виде. В качестве основных предрасполагающих факторов могут выступать аффективное напряжение, аффективное сужение сознания и аффективная установка («аффективные иллюзии»). При этом, по-видимому, решающее значение имеют подсознательные опасения, ожидания, предвосхищающие событие, установки и проявление их в образе представления, а не образ самого реального объекта (Бачериков Н. Е., 1989).

Психически здоровый человек в состоянии аффективного напряжения, утомления или снижения уровня бодрствования (при засыпании, пробуждении) может иллюзорно воспринимать зрительные, слуховые, обонятельные и другие раздражители. Но такие явления эпизодичны, кратковременны и тут же оцениваются критически. Наличие критической оценки считается наиболее важным критерием отграничения неболезненных иллюзий, встречающихся у здоровых лиц, от болезненных. Болезненные иллюзии обычно массивны, часто повторяющиеся, множественны, сопровождаются убеждением в истинности именно такого образа воспринятого. Они могут быть настолько яркими и определенными, что иногда возникают большие трудности в отграничении их от галлюцинаций, особенно от так называемых функциональных галлюцинаций.

Галлюцинации. Одним из наиболее часто встречающихся симптомов расстройства восприятия при душевных заболеваниях являются галлюцинации. Галлюцинациями в психиатрии называют ложные восприятия. Галлюцинации — мнимое «восприятие» несуществующих предметов и явлений. Больные видят образы, предметы, которых нет, слышат речь, слова, которые никем не произносятся, чувствуют запахи, которых в действительности нет. Еще Е. Эскироль писал, что галлюцинант — «это человек, имеющий внутреннее убеждение, что он что-то воспринимает, тогда как извне нет никакого объекта, способного вызвать это восприятие». Это определение Эскироля явилось основой суждений психиатров, считающих, что галлюцинации возникают без наличия

раздражителя. При иллюзорном восприятии раздражитель имеется, но у больного возникает его искаженное восприятие. В зависимости от наличия или отсутствия раздражителя обманы чувств относят к категории иллюзий или галлюцинаций.

Галлюцинации — патологическое нарушение перцептивной деятельности, состоящее в восприятии объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств. Галлюцинации возникают вследствие произвольного, не зависящего от субъекта проецирования образов вовне и локализации их в пространстве и времени, что ведет к переживанию этих спонтанно возникших в сознании образов как объективно воспринимаемой реальности (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998).

Содержание галлюцинаций различно: они могут быть нейтральными, тогда больные спокойно реагируют на них; могут носить императивный характер, тогда голос приказывает больным что-то сделать. Так, одной больной голос «приказал» сжечь свои вещи, другой (кассиру) — выбросить деньги. «Голоса» бывают устрашающими: они угрожают убить. Под влиянием этих образов, голосов больные совершают те или иные поступки (сжигают вещи, выбрасывают деньги). Больные относятся к галлюцинаторным образам как к реально существующим объектам, словам. Поведение больных часто определяется именно этими ложными восприятиями. Нередко больные отрицают наличие галлюцинации, но их выдает поведение. Так, беседуя с врачом, больной вдруг говорит «голосу»: «Не мешай, видишь, я занят»; другой прогоняет «мышей», которые якобы ползут по его рукаву. При обонятельных галлюцинациях больные отказываются от еды, заявляя, что «пахнет бензином, керосином, гнилью».

Что отличает галлюцинации от представлений и роднит их с образами, получаемыми от реальных предметов?

- Галлюцинаторный образ проецируется вовне. Больной, страдающий галлюцинациями, может точно указать местонахождение галлюцинаторного образа: он говорит о том, что этот образ находится «справа», что «машина стоит перед окном».
- Галлюцинаторный образ чувственно окрашен: больные различают «тембр» голоса, принадлежность его мужчине, женщине, они видят окраску

(яркую, темную) маленьких или больших животных. Эта яркая чувственность, проекция вовне отличают галлюцинаторный образ от представления. Именно эта чувственность образа мешает наступлению коррекции. Проецирование вовне и яркая чувственность роднят галлюцинаторный образ с образом, получаемым от реальных предметов. Вместе с тем галлюцинаторный образ отличается от представления. Он возникает произвольно, больной не может его вызвать, не может от него избавиться, галлюцинации возникают, помимо его желаний, волевых усилий. И наконец, возникновение галлюцинаторного образа сопровождается отсутствием подконтрольности. Больного невозможно убедить в том, что галлюцинаторного образа не существует. «Как же Вы не видите, — возражает больной на уверения врача, — ведь вот стоит собака, вон там, в правом углу, уши подняты, шерсть рыжая, ну вот, вот»; или: «Как же вы не слышите, ведь вот совершенно ясно мужской голос приказывает мне: «Подними руку, подними руку», — голос курильщика с хрипотцой». Убеждать галлюцинанта бесполезно — этот болезненный симптом проходит лишь с улучшением общего состояния.

Вопрос о механизмах галлюцинаций ставился неоднократно. Одни авторы, вслед за Г. И. Мюллером, понимали галлюцинации как спонтанный продукт нарушения рецепторов; другие выводили наличие галлюцинаций из нарушенных участков центральной нервной системы. Близкой к этим концепциям является точка зрения Е. А. Попова, который объясняет галлюцинации интенсификацией представлений.

Галлюцинаторные образы усиливаются при засыпании и в момент пробуждения. В то же время прием стимулирующих средств, например кофеина, фенамина, ослабляет, а прием тормозящих средств, например брома, активизирует галлюцинаторный процесс.

С. Я. Рубинштейн приходит к выводу, что одним из важных патогенетических условий формирования галлюцинаций является затрудненность прислушивания и распознавания звуков.

О правомерности положения о том, что затруднения деятельности

облегчают или даже вызывают обманы чувств, свидетельствуют факты возникновения галлюцинаций у здоровых людей. В литературе описаны случаи, когда галлюцинаторные переживания возникают:

- в условиях сенсорного дефицита (у водолазов, у людей в барокамерах);
- в условиях изоляции (слуховые галлюцинации у людей, заключенных в одиночные камеры);
- у слабовидящих и слабослышащих (но не у слепых и не у глухих).

Эти факты, по мнению Зейгарник, свидетельствуют о том, что условия, затрудняющие прислушивание, приглядывание, вызывающие усиленную ориентировочную деятельность анализаторов, способствуют возникновению галлюцинаций.

На основании своих экспериментальных данных Рубинштейн утверждает, что неправомерно определять галлюцинации как ложные восприятия, возникающие без наличия обуславливающих их раздражителей во внешней или внутренней среде. «Раздражители существуют, — пишет он, — играют свою роль в возбуждении галлюцинаторных образов, в их проекции, но не осознаются больными. Образы, обусловленные следами прежних раздражений, подверженные при нормальном бодрственном состоянии, как неоднократно указывал И. П. Павлов, отрицательной индукции под влиянием более сильных наличных раздражителей среды, здесь настолько преобладают над последними, что эти реальные раздражители, играя роль в возбуждении следовых процессов, не находят отражения в отчете, который дает галлюцинант». Автор указывает, что различные раздражители способны возбудить галлюцинации через сложную цепь ассоциаций, промежуточные звенья которой могут ускользнуть из отчета. Связь образа с наличными раздражителями трудно поддается прослеживанию, она часто маскируется, но она существует (Зейгарник Б. В., 1973).

Галлюцинации в зависимости от того, какими органами чувств они «воспринимаются», делятся на слуховые, зрительные, тактильные, обонятельные, вкусовые, галлюцинации общего чувства.

Галлюцинации, как правило, являются симптомом психоза, то есть грубого психического расстройства. Очень редко галлюцинации могут возникать у

здоровых людей под воздействием внушения.

Галлюцинаторные расстройства нередко серьезно отражаются на поведении больных, которые могут совершать поступки, представляющие опасность для их здоровья и жизни, для здоровья и жизни окружающих людей. Особую опасность в этом смысле представляют императивные галлюцинации. У большинства больных критика к своим галлюцинаторным переживаниям и поведению недостаточна или полностью отсутствует. Их нельзя убедить в ошибочности, мнимости, болезненности имеющихся «восприятий». Больные часто неохотно говорят о своих переживаниях, иногда активно их скрывают.

Функциональные галлюцинации появляются только при наличии реального внешнего раздражения и, не сливаясь, сосуществуют с ним до прекращения его действия. Одновременно с нормально воспринимаемым шумом провода проходящего трамвая, стуком колес поезда, журчанием воды, вытекающей из крана, слышатся не существующие на самом деле звуки, брань, угрозы, упреки. С прекращением реальных звуков исчезают и такого рода галлюцинаторные голоса. Подобного вида галлюцинации отличаются от истинных тем, что возникают, как и иллюзии, при наличии реальных раздражителей. В противоположность иллюзиям отражение реального объекта при функциональных галлюцинациях не сливается с болезненным представлением, а сосуществует с ним в восприятии.

Псевдогаллюцинации. Псевдогаллюцинации были впервые описаны известным русским психиатром В.Х.Кандинским и французским психиатром Клерамбо. Они отличаются от описанных ранее галлюцинаций (так называемых истинных) тем, что проецируются не во внешнем пространстве, а во «внутреннем»: «голоса» звучат «внутри головы»; больные часто говорят о том, что они их слышат как бы «внутренним ухом»; они не носят столь выраженного чувственного характера; больные говорят о том, что «голос в голове» похож на «звучание мыслей», на «эхо мыслей». Больные говорят об особых видениях, об особых голосах, но они не идентифицируют их с реальными предметами, звуками. Второй отличительной характеристикой псевдогаллюцинаций является то, что голоса воспринимаются больными как «навязанные», кем-то «сделанные»; у больного они «вызывают звучание мыслей». Псевдогаллюцинации могут быть

тактильными, вкусовыми, кинестетическими. Больной ощущает, как его языком «действуют помимо его воли», его языком говорят слова, которые он не хочет произносить, его руками, ногами, телом кто-то управляет. Наступает известная деперсонализация: собственные мысли, чувства становятся чужими (Зейгарник Б. В., 1973).

Таким образом, псевдогаллюцинации характеризуются насильственностью, «сделанностью», симптомом воздействия. Больные боятся пользоваться транспортом, так как не хотят, чтобы посторонние люди слушали их мысли (так называемый симптом открытости). Сочетание псевдогаллюцинаций с симптомом отчуждения, «сделанности» носит название синдрома Кандинского. Основным радикалом синдрома Кандинского — это чувство «сделанности восприятия, мыслей», утрата их принадлежности собственной личности, чувство овладения, воздействия со стороны. Различают три компонента этого синдрома:

- идеаторный — раскрытость мысли;
- сенсорный — сделанность ощущений;
- моторный — сделанность движений.

Психосенсорные расстройства — большая группа своеобразных нарушений «восприятий более высокого порядка», возникающих в результате нарушения сенсорного синтеза внешнего мира и собственного тела, идущих от различных органов чувств (Гуревич М. О., 1949). Психосенсорные расстройства характеризуются неправильным восприятием реально существующих объектов по форме, размерам, расстоянию между ними без нарушения их узнавания и, как правило, сохранности критического отношения. По степени сложности выделяют такие основные виды психосенсорных расстройств:

- метаморфозии (микро-, макро- и дисморфозии);
- соматопсихические расстройства, или соматическую деперсонализацию (нарушения схемы тела, или аутометаморфозии);
- деперсонализацию и дереализацию.

Метаморфозии — искаженное по внешнему виду (в отличие от извращенного по существу при иллюзиях) зрительное восприятие величины (микрорфозия — в уменьшенном, макрорфозия — в увеличенном виде), формы

(дисморфопсия — с искривленными формами) и пространственного расположения реально существующих предметов. Как правило, метаморфопсии возникают пароксизмально, сознание и критическая оценка сохраняются. Относятся к наиболее простым психосенсорным нарушениям, встречаются при раздражении периферической части анализаторам органических (чаще интоксикационных и инфекционных) поражениях головного мозга.

Соматопсихические расстройства, или соматическая деперсонализация (изменение восприятия собственного тела, нарушения схемы тела, тотальная и парциальная аутоморфопсия, соматопсихическая дереализация), включают в себя разнообразные ощущения изменения формы, величины, консистенции, количества, пространственного расположения конечностей и отдельных частей тела, то есть нарушения соматопсихической ориентировки. При нарушении схемы тела больные могут испытывать чувство увеличения, раздвоения конечностей и тела (симптом двойника), разделения тела на части, отчуждения конечностей и т.д.

Деперсонализация на уровне психических функций (аутопсихическая деперсонализация) имеет исключительно многообразные проявления. Характерными для аутопсихической деперсонализации считают чувство измененности «Я», изменение, отчуждение и утрату чувств, мыслительных процессов, воспоминаний, эмоциональных и других переживаний при сохранении критической оценки. К деперсонализационным М. О. Гуревич (1949), В. А. Гиляровский (1954), А. А. Меграбян (1962) относят следующие нарушения:

- в области зрительных ощущений и представлений окружающее видится странно измененным, воспринимается туманным, неопределенным, изменчивым, лишенным телесной живости; появляется чувство нереальности, снопоподобности и чуждости;
- люди кажутся неживыми куклами, автоматами, предметы как будто насильно оказываются в поле зрения, свое лицо воспринимается измененным, чужим;
- изменяется слуховое восприятие: собственный голос кажется не своим, а чужим, исходящим извне, внешние звуки и речь других

людей — глухими, отдаленными, нереальными, неопределенными и непонятными;

- изменяются осязание, вкус и обоняние; при ощупывании своего тела больному оно кажется нереальным, чужим;
- иногда у больного возникает мучительное ощущение исчезновения своего тела и своей личности (аперсонализация), растворения в окружающем пространстве.

Таким образом, чувство измененности может касаться чувственного тона самих ощущений и восприятий, восприятия собственного тела и предметного мира, эти изменения могут появляться отдельно и в сочетании друг с другом, образуя так называемый деперсонализационно-дереализационный синдром.

При деперсонализации больные часто жалуются на частичную или полную потерю воспроизведения представлений, их неяркость и нереальность, на бессодержательность словесных образов и одновременно — на появление при закрытых глазах и перед сном ярких зрительных образов, калейдоскопически меняющихся помимо воли; жалуются на ощущение пустоты в голове, невозможность что-то вспомнить, свободно мыслить или же на произвольность воспоминаний и мыслей, их странность и чуждость.

Нередким признаком деперсонализации является чувство неполноценности и ощущение потери чувств, а также связанные с этим тревога и страх. В клинической практике можно также встретить больных, жалующихся на появление контрастных, не свойственных личности, мучительно переживаемых влечений и желаний, на чувство независимой самостоятельности, произвольности отдельных поступков, приобретающих, импульсивный, автоматизированный характер.

Дереализация — искаженное восприятие объективной действительности или отдельных образов, предметов, явлений окружающего мира во времени, пространстве, по форме, величине, окраске, взаимному расположению и т. п. В. М. Морозов (1977) определял дереализацию как расстройство психической деятельности, заключающееся в чувстве нереальности и чуждости окружающего мира, как форму нарушения самосознания. Окружающее кажется больному

неестественным, нереальным, чуждым, тусклым, безжизненным или неестественно ярким, имеющим особый смысл, измененным по расположению в пространстве. Течение времени кажется ускоренным или замедленным, остановившимся. Пространственные соотношения предметов и само пространство кажутся изменившимися. Иногда наблюдаются явления дезориентировки в пространстве и пространственной агнозии. К дереализационным расстройствам относятся явления «уже виденного», когда незнакомая ситуация воспринимается как уже виденная; «никогда не виденного», когда знакомая ситуация воспринимается как незнакомая; «уже слышанного» и «никогда не слышанного», «уже пережитого» и «никогда не переживаемого»; ложного узнавания окружающих лиц (симптом Капгра).

Дереализационные расстройства, как правило, сопровождаются растерянностью, удивлением, недоумением, состоянием беспомощности, тревоги и страха. В целом же сохраняются правильная оценка окружающего, критическое отношение к болезненной измененности восприятия, ее осознание. Больной стремится избавиться от этого состояния, преодолеть его. Эпизодические дереализационные явления типа «ложного узнавания» могут наблюдаться у вполне здоровых людей. Подобные единичные явления не имеют особого диагностического значения. Выраженные дереализационные расстройства выявляются при различных психических заболеваниях: при экзогенно-органических поражениях головного мозга, при шизофрении, при депрессиях различной этиологии.

Нарушение мотивационного компонента восприятия

Деятельность восприятия включает в себя и основную характеристику человеческой психики — пристрастность (Леонтьев А. Н.). Еще в 1946 году С. Л. Рубинштейн писал о том, что в «восприятии отражается вся многообразная жизнь личности». Поэтому следовало ожидать, что при изменении личностного отношения изменяется и перцептивное действие. Из положений советских психологов вытекает, отмечает Б. В. Зейгарник, что смыслообразующая функция мотивации участвует и в процессе восприятия. В работах А. Н. Леонтьева и Е. П.

Кринчик показано, что введение подкрепления, имеющего различный смысл для испытуемого, по-разному влияет на время реакции. Ими выявлен активный характер переработки информации человеком, что нашло свое выражение в «схватывании» статистических характеристик объекта, в оптимизации деятельности испытуемого при построении вероятностной модели. Поэтому правомерно предполагать, что процесс восприятия строится в зависимости от того, какие мотивы будут побуждать и направлять деятельность испытуемых. Однако можно ожидать появления разной структуры перцептивной деятельности у здоровых и больных людей, у которых клиника диагностирует те или иные изменения личности. Е. Т. Ойзерман удалось экспериментально показать зависимость восприятия от характера мотивации экспериментальной деятельности, а также выявить особенности восприятия, связанные с нарушением смыслообразующей функции мотива.

Деятельность испытуемых в экспериментах, проведенных под руководством Зейгарник, определялась влиянием двух мотивов — мотива «экспертизы» и собственного мотива восприятия, который присутствует в самом акте восприятия, побуждает к ориентировочной деятельности, направленной на исследование характера стимуляции. Эти мотивы находятся в иерархическом ряду. «Мотив экспертизы» порожден и опосредован социальными и личными установками испытуемых. Он не только побуждает деятельность, но и придает ей личностный смысл. Собственный мотив восприятия играет роль дополнительного стимула. Совместное действие обоих мотивов обеспечивало содержательную интерпретацию картинок. В ряде случаев смыслообразующая функция «мотива экспертизы» могла быть выражена недостаточно. В связи с этим непосредственная цель деятельности — содержательная интерпретация изображений — не приобретала самостоятельной побудительной силы. Процесс интерпретации имел вид формальных ответов. Это явление наиболее ярко проявилось у больных шизофренией (Зейгарник Б. В., 1973).

Качественно иные результаты, отмечает Зейгарник, были получены в вариантах инструкций, где введение инструкций-мотивов создавало определенную направленность деятельности (сообщали, что целью эксперимента

является исследование воображения, либо предупреждали, что задачей исследования является определение умственных способностей испытуемых). У больных эпилепсией замена «глухой» инструкции (с просьбой описать, что изображено на картинке) мотивирующей (в которой сообщается, что изучаются какие-либо способности обследуемого) привела к полному переструктурированию деятельности. Больные с энтузиазмом приступают к выполнению задания, подолгу, с удовольствием описывают картинки. Резко сократилось количество формальных высказываний. Гипотезы становятся значительно эмоциональнее, часто сопровождаются пространственными рассуждениями. В своих ответах больные не столько дают интерпретацию картинок, сколько стремятся продемонстрировать свое отношение к событиям или персонажам. Часто это достигается приписыванием героям определенных ролей. Длинные, витиеватые монологи героев комментируются «автором», вместе с предположением о сюжете дается оценка действующих лиц или событий. Гипотезы превращаются в «драматические сценки». Использование прямой речи, напевная интонация, иногда ритмизация и попытка рифмовать придают ответам исключительную эмоциональность.

Некоторые изменения наметились и в деятельности больных шизофренией. В частности, по сравнению с предыдущим вариантом (с «глухой» инструкцией) вдвое уменьшилось количество формальных ответов, у некоторых больных удалось создать направленность на раскрытие содержательной стороны картинок.

Таким образом, экспериментально Зейгарник показала, что изменение мотивации обуславливает разную структуру деятельности, в соответствии с чем изменяются место и содержание процесса восприятия. С введением смыслообразующих мотивов появляется новая мотивационная структура, разная в норме и в патологии. Так, больные шизофренией в условиях по-разному мотивированной деятельности лишь формально описывают структуру картинок, не выдвигая гипотез относительно сюжета или объекта изображения. Для больных эпилепсией характерна гиперболизация смысловых образований, приводящая к возникновению гипотез драматизации. Эти выводы позволяют предположить, что некоторые нарушения восприятия могут явиться, по существу,

проявлением нарушений мотивационной сферы. Данные исследования имеют и общетеоретическое значение: экспериментально показано, что любой психический процесс является формой деятельности, опосредованной, мотивированной.

Нарушения памяти

Особенность нашей психики заключается в том, что образы внешнего мира, возникающие в коре головного мозга, не исчезают из нашего сознания бесследно. Они оставляют определенный след, сохраняются, закрепляются, а при необходимости и возможности — воспроизводятся. Эти процессы называются памятью. Усложнения и организация поведения человека осуществляются за счет накопления индивидуального опыта, которое обеспечивается процессами памяти. Благодаря памяти создается целостность человеческой личности.

Память — это возобновляющееся отражение действительности, воспроизведение прошлого опыта. А. В. Петровский (1986) дает следующее определение: «Запоминание, сохранение и последующее воспроизведение индивидом его опыта называется памятью». Целенаправленное запоминание и сохранение, а также произвольное воспроизведение информации — это основные функции человеческой памяти. По определению А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского (1998), «память — процессы организации и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания». Память связывает прошлое субъекта с его настоящим и будущим и является важнейшей познавательной функцией, лежащей в основе развития и обучения.

Процессы памяти

В структурной организации памяти различают следующие основные процессы: запоминание, сохранение, воспроизведение, забывание. Эти процессы не являются автономными психическими способностями. Они формируются в деятельности и определяются ею. Запоминание материала связано с накоплением индивидуального опыта в процессе жизнедеятельности. Запоминание можно

определить как процесс памяти, в результате которого происходит закрепление нового путем связывания его с приобретенным ранее. Использование в дальнейшей деятельности того, что запомнилось, требует воспроизведения. Воспроизведение можно определить как процесс памяти, в результате которого происходит актуализация закрепленного ранее содержания психики путем извлечения его из долговременной памяти и перевода в оперативную. Выпадение же определенного материала из деятельности ведет к его забыванию. Забывание оказывается тем более глубоким, чем реже включается определенный материал в деятельность личности, чем менее значимым становится он для достижения актуальных жизненных целей. Забывание имеет большую биологическую ценность, так как освобождает место в центральной нервной системе для образования новых условно рефлекторных связей. Сохранение материала в памяти зависит от его участия в деятельности, поскольку в каждый момент времени поведение человека определяется всем его жизненным опытом.

Виды памяти

В качестве наиболее общего основания для классификации видов памяти используется зависимость от особенностей деятельности, в которой и осуществляются процессы запоминания и воспроизведения. Отдельные виды памяти чаще всего выделяются по характеру психической активности, преобладающей в той или иной выполняемой человеком деятельности: говорят о **двигательной, эмоциональной, образной, механической и словесно-логической памяти.**

Двигательная память — это запоминание, сохранение и воспроизведение движений и их систем. Определяющее значение этого вида памяти состоит в том, что она служит основой для формирования практических и трудовых навыков, а также навыков ходьбы, письма и т.д. Этот вид памяти является ведущим у спортсменов, танцовщиц. Обычно признаком хорошей двигательной памяти является физическая ловкость.

Эмоциональная память — это память на чувства. Мы плачем, вспомнив о каком-либо печальном событии, радуемся при мысли о чем-то приятном,

испытываем страх перед будущими трудностями и проблемами. Пережитые и сохраненные в памяти чувства выступают как сигналы, либо побуждающие к действию, либо удерживающие от него. Способность сочувствовать другому человеку, сопереживать герою кинофильма или книги основана на эмоциональной памяти.

Образная память — это память на представления: на картины, запахи, вкусы, звуки. Она, в свою очередь, бывает зрительной, слуховой, осязательной, обонятельной, вкусовой. Зрительная и слуховая память обычно играет ведущую роль в жизненной ориентировке всех людей. Осязательная, обонятельная и вкусовая память, как правило, является профессиональной, поскольку особенно интенсивно развивается в связи с выполнением определенных видов профессиональной деятельности. Образная память особенно хорошо развита у людей «художественных» профессий. Иногда встречаются люди, обладающие так называемой эйдетической памятью. При развитой эйдетической памяти человек «видит» отсутствующий предмет до мельчайших подробностей. Эйдетические образы похожи на представление тем, что возникают в отсутствие предмета, но характеризуются детализированной наглядностью.

Содержанием словесно-логической памяти являются наши мысли. Мысли не существуют без языка, поэтому память на них называется не просто логической, а словесно-логической. В словесно-логической памяти главная роль принадлежит второй сигнальной системе. В отличие от двигательной, эмоциональной и образной памяти, словесно-логическая память является специфически человеческой психической деятельностью. Память механическая — это память на лишённые смысла знания; она обслуживает процесс обучения: например, мы заучиваем таблицу умножения.

Существуют и другие классификации видов памяти. Так, по характеру целей деятельности выделяют память произвольную и произвольную. Произвольная память — это запоминание и воспроизведение, при которых отсутствует специальная цель что-либо запоминать. В тех же случаях, когда мы осознанно ставим перед собой цель что-либо вспомнить, речь идет о произвольной памяти, основанной на определенной доле волевого усилия.

По времени хранения информации память подразделяют на кратковременную и долговременную.

В отличие от долговременной памяти, для которой характерно длительное сохранение материала после многократного его повторения и воспроизведения, кратковременная память характеризуется очень кратким сохранением после однократного, очень непродолжительного восприятия и немедленным воспроизведением. Память кратковременная — подсистема памяти, обеспечивающая оперативное удержание и преобразование данных, поступающих от органов чувств и из памяти долговременной. Необходимым условием перевода материала из памяти сенсорной в память кратковременную считается обращение на него внимания. Центральную роль при кратковременном удержании данных играют процессы внутреннего называния и активного повторения материала, протекающие обычно в форме скрытого проговаривания (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998).

Вместо термина «кратковременная память» в литературе употребляются различные синонимы: «мгновенная», «первичная», «немедленная», «краткосрочная». Некоторые авторы в качестве одного из подобных синонимов используют термин «оперативная память». Между тем за этим термином в психологии закрепилось другое содержание. Понятием «оперативная память» обозначают мнемические процессы, обслуживающие непосредственно осуществляемые человеком актуальные действия, операции. Когда мы выполняем какое-либо сложное действие, например арифметическое, то осуществляем его по частям, кусками. При этом мы удерживаем «в уме» некоторые промежуточные результаты до тех пор, пока имеем с ними дело. По мере продвижения к конечному результату конкретный «отработанный» материал может забываться (Петровский А. В., 1986).

Память долговременная — подсистема памяти, обеспечивающая продолжительное (часы, годы, иногда десятилетия) удержание знаний, а также сохранение умений и навыков, характеризующееся огромным объемом сохраняемой информации. Основным механизмом ввода данных в долговременную память и их фиксации обычно считается повторение, которое

осуществляется на уровне памяти кратковременной. Однако чисто механическое повторение не приводит к устойчивому долговременному запоминанию. Решающее значение имеют осмысленная интерпретация нового материала, установление связей между ним и тем, что уже известно (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998).

Расстройства памяти

Большая часть психических расстройств сопровождается разнообразными нарушениями памяти. Почти все больные, пишет Б. В. Зейгарник, жалуются на расстройство памяти. Франсуа де Ларошфуко высказал мысль, что люди часто жалуются на расстройства памяти, но никто не жалуется на недостаточность мышления. Редко больные говорят о недостатках своего мышления, неадекватности суждений, но все замечают дефекты своей памяти. Расстройства памяти являются действительно частым симптомом при заболевании мозга. Кроме того, ряд нарушений психической деятельности — нарушения работоспособности, мотивационной сферы — иногда выступает для самого больного и наблюдающих за ним как расстройство памяти.

Проблема расстройства памяти всегда стояла в центре психиатрических и патопсихологических исследований, во-первых потому, что проблема памяти наиболее разработана в классической психологической литературе, а во-вторых потому, что мнестические нарушения являются часто встречающимся синдромом.

В клинике выделяют прежде всего три вида нарушений — амнезии, гипермнезии, гипомнезии. Амнезии подразделяются на фиксационную, ретроградную, анте-роградную, антеро-ретроградную, репродуктивную и прогрессирующую. Помимо этого, к нарушениям памяти относятся также парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии).

Гипермнезия — патологическое усиление памяти. Это нарушение проявляется необычным, чаще врожденным усилением возможностей запоминания. Встречается редко и существенного значения в клинике, как правило, не имеет. В некоторых случаях наблюдается способность удерживать в памяти обильную малосущественную информацию (расписание движения

транспорта, даты, номера телефонов), причем это свойство памяти может даже не зависеть от интеллекта человека и встречаться при умственной отсталости. Проявления гипермнезии могут возникать на фоне болезненно повышенного настроения, когда продуктивность запоминания и воспроизведения резко увеличивается.

Гипомнезия — ослабление памяти, снижение мнемических функций. Гипомнезия может быть общей (тогда она касается и процессов запоминания, и процессов воспроизведения) и частичной (например, больной испытывает затруднение при запоминании конкретного нового материала или при попытке что-то вспомнить в данный момент). Гипомнезия может быть как постоянной, например, у лиц с резидуально-органической церебральной недостаточностью (вследствие патологии беременности, патологии родов, интоксикации, перенесенных черепно-мозговых травм и т.д.), так и преходящей, возникающей, например, на высоте интоксикации при инфекционных и соматических заболеваниях и в период реконвалесценции на фоне глубокой астении. Типична гипомнезия для многих лиц пожилого и, особенно, старческого, возраста, она преимущественно связана с атеросклеротическим процессом. Кроме того, явления гипомнезии могут наблюдаться и у депрессивных больных.

Амнезия — полное выпадение из памяти событий, имевших место в определенный период времени. Амнезии занимают ведущее место в клинике психических расстройств при органических заболеваниях головного мозга. При амнезии больной не может ориентироваться в окружающей обстановке и приспособляться к ней (амнестическая дезориентировка). Наиболее известными являются следующие основные формы амнезий:

- фиксационная — нарушение способности запоминания;
- репродуктивная — затруднение в воспроизведении либо припоминании отдельных событий;
- прогрессирующая — нарастающее забывание своих психических процессов и мыслительных операций, затем расположения событий и фактов во времени, самих событий и фактов, эмоциональных отношений, жизненных навыков и привычек;

- ретроградная — отсутствие воспоминаний на период, предшествующий потере или помрачению сознания;
- антероградная — отсутствие воспоминаний на период после выхода из состояния помрачения сознания; антеро-ретроградная — выпадение из памяти событий до и после острого периода болезни.

Парамнезии включают в себя псевдореминисценции, конфабуляции и криптомнезии. Парамнезии часто относят к клиническим формам извращения процессов памяти. Это нарушение распределения припоминаемых событий во времени и пространстве (например, перемещение их из далекого прошлого в настоящее, из одних обстоятельств в другие), искажение ранее пережитых реальных событий, замещение их или заполнение пробелов памяти домыслами и фантазиями, отчуждение вспоминаемых переживаний от собственного жизненного опыта. Наиболее простой и распространенной разновидностью парамнезии является псевдореминисценция, при которой ошибочность воспоминания касается лишь времени — когда-то реально пережитое вспоминается как недавно произошедшее. При конфабуляциях пробелы памяти заполняются вымышленными и фантастическими псевдовоспоминаниями. В случаях криптомнезии ранее лично пережитое вспоминается как слышанное, виденное или прочитанное (по механизму отчуждения) либо, наоборот, слышанное и виденное вспоминается как лично пережитое (по механизму присвоения).

В легкой форме парамнезии часто встречаются при различных видах церебральной патологии, особенно в сочетании с нарушениями восприятий. К этой категории расстройств можно отнести наблюдаемую в начальной стадии церебрального атеросклероза склонность к повторным рассказам одного и того же с отнесением ранее пережитого то к одному, то к другому времени; описанные ранее явления «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого» или «никогда не виденного», а также ложное узнавание незнакомых и неузнавание знакомых людей. Пожилые люди чаще повторяют рассказы, чаще обознаются, склонны приписывать себе прошлые заслуги.

Амнезии и парамнезии в совокупности образуют картину корсаковского

амнестического синдрома.

Корсаковский синдром. Одним из наиболее исследованных расстройств непосредственной памяти, по мнению Б. В. Зейгарник, является нарушение памяти на текущие события, при котором относительно интактным остается память на события прошлого, так называемый Корсаковский синдром, который был описан известным отечественным психиатром С. С. Корсаковым при тяжелых алкогольных интоксикациях. Этот вид нарушения памяти, отмечает Зейгарник, часто сочетается с конфабуляциями в отношении текущих событий и дезориентировкой в месте и времени. Два последних признака могли быть слабо выражены, но первый всегда чрезвычайно выражен и составляет основной радикал этого страдания (забывание текущих событий).

Впоследствии оказалось, что Корсаковский синдром может обнаружиться и при других диффузных поражениях мозга неалкогольного генеза (К. Гампф, И. Делей) и тоже при поражении определенных ограниченных мозговых систем (В. М. Бехтерев, Ю. Грюнталь, Б. Мил-нер). Больные, у которых имеют место подобные амнестические явления, не помнят событий недавнего прошлого, но воспроизводят те события, которые происходили много лет назад. Так, подобный больной может правильно назвать события из своего детства, школьной жизни, помнит даты общественной жизни, но не может вспомнить, обедал ли он сегодня, посетили ли его вчера родственники, беседовал ли с ним сегодня врач и т.д. Если такого больного спросить, навещали ли его сегодня родственники, то можно получить ответ: «Я не помню, но у меня в кармане папиросы, значит, жена приходила». Такие больные здороваются по несколько раз в день, задают один и тот же вопрос, обращаются по много раз с одной и той же просьбой, производят впечатление назойливых людей.

При анализе структуры Корсаковского синдрома возникал вопрос о том, является ли забывание недавнего прошлого следствием дефекта воспроизведения или удержания материала. Ряд экспериментальных данных свидетельствует о том, что речь идет о плохом воспроизведении. Еще в 1911 году Э. Клапаред описал интересные факты, связанные с поведением подобных больных. Он несколько дней подряд здоровался с больным, при этом незаметно для больного колотил его

при рукопожатии спрятанной иглой. Больной перестал подавать Клапареду руку, но при этом не узнавал его, не помнил ни самого факта укола, ни того, что с ним здоровались. Эти данные свидетельствуют о том, что у больных нарушается процесс воспроизведения, в то время как процесс усвоения не нарушен. Как отмечают грузинские психологи, при Корсаковском синдроме наблюдаются затруднения процесса воспроизведения, а не слабость образования следов. Исследования Б. И. Бежанишвили, проведенные под руководством И. Т. Бжалавы, показали нестойкость, грубость, иррадированность оптической установки больных Корсаковским синдромом.

В экспериментально-психологическом исследовании непосредственной памяти, проведенном Зейгарник, обнаружено низкое плато без наращивания.

Одной из примечательных особенностей при Корсаковском синдроме являются конфабуляции, то есть заполнение провалов памяти несуществующими событиями. Так, один из больных, наблюдавшихся Зейгарник, заявил, что он сегодня «ходил в лесок по грибы», другой сказал, что «вчера был дома, на заводе, ему там устроили пышную встречу».

Часто нарушения памяти на события недавнего прошлого не достигают выраженной степени. Корсаковский синдром может проявиться в неточности воспроизведения слышанного, виденного, в неточности ориентировки. При этом возникает иногда ложное воспроизведение, без грубых конфабуляции: нередко больные сами замечают дефекты своей памяти, пытаются восполнить ее пробелы, придумывая несуществовавшие варианты событий. Таким образом, нарушение памяти на недавние события сочетается у больных с недостаточной ориентировкой в окружающем; реальные события то отчетливо выступают в сознании больного, то причудливо переплетаются с не имевшими места событиями; невозможность воспроизведения информации настоящего момента приводит к невозможности организации будущего, по существу, у больных нарушается возможность увязывания отдельных отрезков жизни. Неслучайно ряд ученых (А. Р. Лурия, В.А.Гиляровский) увязывают наличие Корсаковского синдрома с нарушениями сознания. А. С. Шмарьян тоже указывал на то, что расстройства гнозиса пространства и времени являются одним из механизмов

развития корсакозоподобного амнестического синдрома, наблюдаемого при тяжелых травмах мозга.

Особую форму приобретают расстройства памяти при Корсаковском синдроме, если они развиваются на фоне выраженной аспонтанности, то есть грубых нарушений мотивационной сферы, активности, как это имеет место у больных с поражениями лобно-базальных отделов мозга. Наблюдая вместе с Ю. Б. Розинским подобных больных, Б. В. Зейгарник выявила, что такие нарушения памяти обнаруживаются на фоне апатического и эйфорического состояний. При апатическом состоянии деятельность больных оказывается лишенной произвольности, целенаправленности; таким больным недоступны выбор, спонтанное переключение с одного предмета деятельности на другой, проявление инициативы, у них отсутствует потребность закончить начатое дело. При эйфорическом состоянии часто наблюдались расторможенность, дурашливое поведение, расстройство критики. Недостатки памяти больные восполняют конфабуляторными высказываниями. В силу дезориентировки у больных нарушалась адекватная оценка окружающего. Им было недоступно соотнесение прошлого и настоящего в плане временной характеристики событий (Зейгарник Б. В., 1973).

Прогрессирующая амнезия. Расстройства памяти часто распространяются не только на текущие события, но и на прошедшие: больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, смещают хронологию событий — дезориентированы во времени и пространстве. Временами такие нарушения памяти носят гротескный характер: так, одной больной казалось, что она живет в начале нашего века, что только что кончилась Первая мировая война, только что началась Великая Октябрьская социалистическая революция. В этой амнестической дезориентировке часто проявляются прошлые профессиональные навыки. Так, один из больных (бывший официант в ресторане) считал, что он во время обеда обслуживает посетителей, требовал, чтобы они (больные) ему заплатили за еду, иначе он позовет «хозяина». Подобные нарушения памяти часто отмечаются при психических заболеваниях людей пожилого возраста; в основе заболеваний лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга.

Клинически болезнь характеризуется неуклонно прогрессирующими расстройствами памяти: сначала снижается способность к запоминанию текущих событий; стираются в памяти события последних и отчасти давно прошедших лет. Наряду с этим сохранившиеся в памяти фрагменты отдаленного прошлого приобретают особую актуальность в сознании больного. Он живет не в настоящей, реальной жизни, которую не воспринимает, а в обрывках ситуаций, действий, положений, имевших место очень давно. Такая глубокая дезориентировка с отнесением в отдаленное прошлое представлений не только об окружающей обстановке и близких людях, но и о собственной личности при старческом слабоумии развивается постепенно.

Расстройства памяти, характеризующиеся «жизнью в прошлом», ложным узнаванием окружающих, с адекватным этой ложной ориентировке поведением возникают в основном при старческом слабоумии. В основе его лежит диффузный, равномерно протекающий атрофический процесс коры головного мозга.

В исследованиях Зейгарник выявилась недостаточная активность процесса запоминания. Больные фактически не принимали задачу «запомнить». Об этом свидетельствует тот факт, что ни один из испытуемых не смог воспроизвести ни одного слова при опосредованном запоминании. Вместо этого больные называли предметы, нарисованные на картинках, хотя связи между запоминаемым словом и картинкой часто устанавливались адекватные. Объем памяти у этих больных был очень мал — в среднем четыре слова. У одних больных кривые запоминания имеют форму плато, у других — зигзагообразную форму, что свидетельствует о неустойчивости, истощаемости миелических процессов.

Очень низка прочность запоминания. Никто из больных не мог припомнить ни одного из десяти слов при отсроченном воспроизведении. Показательно в этом отношении также воспроизведение рассказов. Бывали случаи, когда больные, дойдя до середины рассказа, обнаруживали, что не помнят конца, искажали его сюжет. Малейшее отвлечение, пауза между предъявлением и воспроизведением рассказа, какая-нибудь фраза, взгляд в сторону — все способствует быстрому забыванию. Больная, только что верно начавшая передавать содержание, с трудом

вспоминает, о чем в нем шла речь, а через минуту заявляет, что никакого рассказа она не слышала: «Мы просто сидим и беседуем о разных вещах».

Уровень умственных достижений подобных больных в течение эксперимента колеблется, особенно при выполнении заданий, требующих длительного удержания направленности мысли и постоянного отторгивания несоответствующих связей (простые аналогии, установление связи между словом и карточкой в методике на опосредованное запоминание). Чрезмерная отвлекаемость, соскальзывание мысли по побочным ассоциациям являются характерными для обследованной группы больных. Так, больная, которая начала верно выполнять задание, вдруг предлагает какое-нибудь совсем нелепое решение или, забывая о том, что ей нужно делать, отвлекается и начинает говорить о посторонних вещах. Потом снова возвращается к заданию и правильно продолжает его.

Процесс опосредования не улучшает воспроизведения. Больная называет карточки. Она может частично понять переносный смысл пословицы, но не удерживает его в памяти и отвлекается. Суждения больной неустойчивы, правильные ответы чередуются с неправильными. Мнестические же нарушения носят стойкий характер, больная не только не помнит прошлых событий, но и не запоминает настоящее (Зейгарник Б. В., 1973).

Морфологический субстрат при нарушениях памяти. Исследования патологии памяти свидетельствуют о разной доле участия поражения отдельных структур головного мозга. Так, снижение тонуса коры большого мозга, диффузные органические процессы и поражение подкорково-стволовых структур проявляются в диффузном ухудшении всех мнестических процессов — фиксации, ретенции и репродукции. Примером этого могут служить мнестические расстройства при астенических синдромах различного генеза, атеросклеротической деменции и даже Корсаковский амнестический синдром.

Поражение модально-специфических отделов коры большого мозга и соответствующих систем анализаторов приводит к нарушению специфических видов памяти (зрительной, слуховой и т.д.), ассоциативных зон между ними — к нарушению комплексного запоминания и воспроизведения, а лобных долей — к

нарушению произвольной, избирательной мнестической активности (Бачериков Н. Е., 1989).

Нарушение динамики мнестической деятельности. Описанные выше нарушения памяти носят в основном стабильный характер. Хотя степень их выраженности может меняться, основной радикал этих нарушений (нарушение временной характеристики, амнестическая дезориентировка) остается стойким.

В других случаях память психически больных может оказаться нарушенной со стороны ее динамики. При этом больные, как описывает Зейгарник, в течение какого-то отрезка времени хорошо запоминают и воспроизводят материал, однако спустя короткое время не могут этого сделать. На первый план выступают колебания их мнестической деятельности. Если такому больному предложить запомнить 10 слов (при 10 предъявлениях) и изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то последняя будет носить ломаный характер. Больной может после второго или третьего предъявления запомнить 6-7 слов, после пятого — лишь 3 слова, а после шестого — 6-8 слов.

Точно такой же лабильный характер носит воспроизведение какого-нибудь текста. Больные то подробно, с детализацией воспроизводят содержание басни, рассказа, то вдруг не в состоянии передать совсем легкий сюжет. Нередко также нарушения памяти сочетаются с амнестическими западениями в речи: больные забывают названия каких-либо предметов, явлений, через короткое время спонтанно их вспоминают. Иными словами, мнестическая деятельность больных носит прерывистый характер. Нарушается ее динамическая сторона. Подобные нарушения памяти встречаются у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, у больных, перенесших травмы головного мозга (в отдаленном периоде болезни), при некоторых интоксикациях.

Заслуживает внимания тот факт, что подобные нарушения динамики мнестической деятельности редко выступают у больных в виде изолированного моносимптома. При экспериментально-психологическом исследовании выявлена лабильность всех форм их деятельности, их познавательной и аффективно-эмоциональной сфер (Б. В. Зейгарник, 1973).

При выполнении интеллектуальных задач, требующих длительного и

направленного удержания цели, последовательности суждения, часто обнаруживается нестойкость умственной продукции больных. Так, в опыте на «классификацию предметов» колебания умственной деятельности могут проявиться в чередовании обобщенных и ситуационных решений. Эпизодически выступающие неправильные суждения и действия выявляются и при выполнении других методических приемов. Часто адекватное выполнение задания прерывается внезапно наступающими колебаниями эффективной сферы больных.

Таким образом, нарушение динамики мнестической деятельности проявляется в сочетании с прерывистостью всех психических процессов больных и, по существу, является не нарушением памяти в узком смысле этого слова, а индикатором неустойчивости умственной работоспособности больных в целом, ее истощаемости.

Можно предположить, что нарушение динамики мнестической деятельности является особым частным случаем проявления истощаемости умственной работоспособности больных, проявлением ее неустойчивости. Нарушение динамики мнестической деятельности может выступить и как следствие аффективно-эмоциональной неустойчивости. Аффективная дезорганизация больного, часто сопутствующая многим органическим заболеваниям (посттравматического, инфекционного и другого генеза), может проявиться в забывчивости, неточности усвоения, переработки и воспроизведения материала. Точно так же может действовать и аффективная захваченность больного, приводящая к забыванию намерений, недифференцированному восприятию и удержанию материала. Во всех случаях может оказаться измененным именно динамический компонент памяти. Эта забывчивость является не моносимптомом, а проявлением нарушений работоспособности больных в целом (Зейгарник Б. В., 1973).

Нарушение опосредованной памяти. В то время как введение операции опосредования улучшает запоминание у здоровых людей, у ряда больных этот фактор становится помехой (Зейгарник Б. В., 1973). Исследуя больных разных нозологических групп с помощью метода пиктограммы, Г. В. Биренбаум еще в 1934 году показала, что больные утрачивают возможность опосредовать процесс

запоминания.

Так, по данным Л. В. Петренко, если у больных симптоматической эпилепсией опосредование лишь в некоторой степени способствовало повышению результативности запоминания, то в группе больных эпилептической болезнью оно даже препятствовало воспроизведению, снижало его продуктивность. Если у больных симптоматической эпилепсией нарушения опосредования были связаны с колебаниями их работоспособности, то у больных эпилептической болезнью они объяснялись повышенной инертностью, гипертрофированным желанием отобразить все детали. Эти данные соответствуют результатам исследований И. Т. Бжалавы и Н. В. Рухадзе, которые отмечают, что больные эпилепсией действуют на основе заранее фиксированной установки, носящей инертный и интермодальный характер.

Биренбаум указывала на основную трудность интеллектуальной операции при выполнении задания по методике пиктограмм: круг значений слова шире, чем то одно, которым можно обозначить рисунок. Вместе с тем и значение рисунка шире, чем смысл слова, значения рисунка и слова должны совпадать лишь в какой-то своей части. Именно в этом умении уловить общее в рисунке и слове и заключается основной механизм активного образования условного значения. И хотя эта операция опосредования производится довольно легко даже здоровыми подростками, при патологических изменениях мышления создание таких условных связей бывает затруднительным.

Само задание создать условную связь при запоминании слова вызывает известные трудности уже потому, что в рисунке заключен момент условности, требующий некоторой свободы мыслительных операций. С другой стороны, условность рисунка может стать столь беспредметной и широкой, что перестанет отражать реальное содержание слова (Г. В. Биренбаум, Б. В. Зейгарник); условность рисунка способствует актуализации латентных свойств предметов (Ю. Ф. Поляков, Т. К. Мелешко, С. В. Лонгинова).

Нарушение мотивационного компонента памяти. Б. В. Зейгарник в 1927 году в экспериментальном исследовании памяти показала, что испытуемые лучше запоминали незавершенные действия (так называемый феномен воспроизведения

незавершенных действий). Выявленная закономерность лучшего воспроизведения незавершенных действий, по мнению Зейгарник, может быть объяснена следующим. У любого здорового испытуемого ситуация опыта вызывает какое-то личностное отношение к ней. У первых испытуемых ситуация эксперимента вызывает желание проверить себя, свои возможности — экспериментальная ситуация в таких случаях приобретает характер некой «экспертизы», контроля. У вторых испытуемых ситуация эксперимента вызывает задор («Хотелось и себе, и вам показать, что я хорошо справляюсь с задачами»). Наконец, третьи испытуемые выполняли экспериментальные задачи из чувства «долга», «вежливости». Как бы то ни было, но у любого испытуемого возникал какой-то мотив, ради которого он выполнял задание. Выполнение задания выступало в качестве мотивированного намерения. При незавершенности действия намерение остается неосуществленным, создается некая аффективная активность (в терминологии К. Левина — «динамическая система»), которая проявляет себя в другом виде деятельности, в данном случае — в воспроизведении. Ф. В. Бассин сближает это явление с понятием «установка» школы Д. Н. Узнадзе и подчеркивает, что эта «активность, регулируемая определенной установкой и встречавшая какие-то препятствия на пути своего развертывания, оставляет след в состоянии реализующих ее нервных образований, который как таковой не осознается».

Применительно к приведенным данным Зейгарник отмечает, что деятельность памяти актуализировала ту аффективную готовность, которая образовалась благодаря личностному отношению испытуемого к экспериментальной ситуации. В пользу этого предположения свидетельствуют две группы фактов.

Первая группа фактов — преимущественное воспроизведение незавершенных действий — не проявляется, если изменить условия эксперимента в следующем направлении. Вместо нейтральной просьбы: «Скажите, пожалуйста, какие вы выполнили задания?» — дать испытуемому такое указание: «Эксперимент проводится для того, чтобы проверить вашу память, поэтому я попрошу вас перечислить задания, которые вы выполняли». При такой

постановке эксперимента незавершенные и завершенные действия воспроизводились с одинаковой вероятностью. Сообщение о том, что эксперимент проводится для испытания памяти, означало для испытуемого изменение смысла ситуации: у него актуализировался совершенно новый мотив — продемонстрировать или проверить для себя свои мнестические возможности.

Этот новый мотив, ради которого испытуемый должен был совершить «действие припоминания», теперь выступал в качестве не только смыслообразующего, но и побудительного мотива, перед испытуемым стояла цель — воспроизвести как можно больше действий. В связи с этим мотивом задачи уравнивались. Аффективная готовность к окончанию действий отступала на задний план перед новым мотивом — «воспроизвести возможно больше задач». Таким образом, деятельность воспроизведения была при новой инструкции по-иному мотивирована; новая мотивация приводила к иному результату.

Вторая группа фактов — доказательство роли мотивационного компонента в структуре памяти. Если этот эксперимент проводился с испытуемыми, находящимися в состоянии усталости или насыщения, то тенденция к превалированию при воспроизведении незавершенных действий не обнаруживалась, так как в этой ситуации не формировалась тенденция к завершению.

Зейгарник проводила эксперимент по воспроизведению завершенных и незавершенных действий у больных с различными формами патологии мотивационной сферы. В зависимости от формы этих нарушений менялась и закономерность воспроизведения. Так, например, у больных шизофренией, в психическом состоянии которых отмечались эмоциональная вялость, искажение мотивов, эффекта лучшего воспроизведения незавершенных действий получено не было. У больных с ригидностью эмоциональных установок, с их гипертрофией (например, при некоторых формах эпилептической болезни) превалирование воспроизведения незавершенных действий было выражено.

Таким образом, в нарушениях мнестической деятельности находит свое отражение по-разному измененная структура мотивационной сферы больных.

Мотивационный компонент является неотъемлемой частью строения и протекания процессов памяти (Зейгарник Б. В., 1973).

Нарушения внимания

Внимание — необходимое условие выполнения любой психической деятельности человека. Без процессов внимания психическая жизнь человека представляла бы собой хаотичный поток ощущений, переживаний, мыслей, чувств. Внимание является той психической структурой, которая направляет этот поток по определенному руслу. Внимание необходимо в повседневной жизни, в трудовой деятельности, в быту. Чем бы мы ни занимались, процессы внимания присутствуют постоянно. В отличие от познавательных психических процессов, внимание не имеет особого содержания. Внимание не существует само по себе. Оно является динамической стороной всех познавательных процессов, проявляется внутри восприятия, внутри мышления, воображения, памяти. Человек всматривается, принимает, заучивает, обдумывает, строит логические рассуждения; благодаря вниманию он может сосредоточиться, сконцентрироваться на объекте, который при этом становится более ясным и отчетливым. Внимание — это направленность, сосредоточенность сознания на каком-либо объекте, явлении или виде деятельности.

Внимание связано практически со всеми психическими процессами, и прежде всего с памятью, мышлением, эмоциями, волей, интересами и потребностями, отношениями и установками. Внимание создает наилучшие условия для психической деятельности, помогает различным психическим процессам эффективнее отражать действительность. От состояния внимания зависят вся деятельность человека, его ориентировка и адаптация в окружающем мире. Внимание тесно связано с направленностью личности, ее установками, интересами и потребностями. Им характеризуется степень изменения отношения личности к объекту или явлению. При возрастании значимости объекта внимание становится более углубленным, степень сосредоточенности на нем повышается.

Направленность внимания проявляется в избирательности, в произвольном или произвольном выборе, выделении объектов, соответствующих

потребностям субъекта, целям и задачам его деятельности. При сосредоточенности (концентрации) на одних объектах предполагается одновременное отвлечение от всего постороннего, то есть временное игнорирование других объектов. Благодаря этому отражение становится более ясным и отчетливым, представления и мысли удерживаются в сознании до тех пор, пока не завершится деятельность, пока не будет достигнута ее цель. Тем самым обеспечиваются контроль и регуляция деятельности (Петровский А. В., 1984).

Виды внимания

По характеру происхождения и по способам осуществления выделяют два основных вида внимания — непроизвольное и произвольное. Непроизвольное внимание возникает и поддерживается независимо от сознательных намерений и целей человека. Непроизвольное внимание — внимание, направляемое на объект без сознательных волевых усилий личности. Оно осуществляется непреднамеренно, определяется самим объектом и актуальным психическим состоянием человека. Возникновение непроизвольного внимания определяется физическими, а также психофизиологическими и психическими факторами.

К основным условиям его возникновения могут быть отнесены качества раздражителей, прежде всего их новизна, контрастность и интенсивность. Внимание привлекают сильные раздражители: громкие звуки, резкие запахи, яркий свет и интенсивные цвета. Привлекает внимание все новое, необычное, контрастное, пульсирующее, движущееся. Предметы, вызывающие в процессе познания яркий, эмоциональный тон (насыщенные цвета, мелодичные звуки, приятные запахи), также способствуют сосредоточению внимания. Еще большее значение в привлечении непроизвольного внимания имеют интеллектуальные, эстетические и моральные чувства. Предмет, вызывающий у человека удивление, восхищение, восторг, продолжительное время привлекает его внимание. Помимо этого, непроизвольное внимание вызывают раздражители, соответствующие потребностям индивида, значимые для него. То, что интересно, занимательно, эмоционально насыщено, увлекательно, вызывает длительное интенсивное

сосредоточение.

Произвольное внимание — внимание, сознательно направляемое и регулируемое. В качестве синонимов произвольного внимания используются термины «активное» и «волевое», что подчеркивает позицию личности при сосредоточении внимания на объекте. Человек сосредоточивается не на том, что для него интересно или приятно, а на том, что он должен делать. Произвольное внимание требует волевого усилия, которое переживается как напряжение, мобилизация сил на решение поставленной задачи. Волевое усилие необходимо, чтобы сосредоточиться на объекте деятельности, не отвлекаться, не ошибиться в действиях. Своим происхождением произвольное внимание обязано труду. Причинами возникновения произвольного внимания к любому объекту являются постановка цели деятельности, сама практическая деятельность, за выполнение которой человек несет ответственность.

Важным условием для поддержания внимания является психическое состояние человека. Очень трудно сосредоточиться утомленному человеку. В результате многочисленных экспериментов показано, что к концу рабочего дня увеличивается количество ошибок при выполнении работы. Эмоциональное возбуждение, вызванное причинами, посторонними для выполняемой работы (болезненное состояние, сосредоточенность на своих мыслях), также значительно ослабляет произвольное внимание.

Произвольное внимание развивается на основе непроизвольного.

Физиологические механизмы внимания

Центральное место в понимании физиологических механизмов внимания занимает принцип доминанты А. Л. Ухтомского. По мнению автора, в мозгу всегда имеется доминирующий, господствующий очаг возбуждения — констелляция «центров с повышенной возбудимостью». Доминанта — временная господствующая рефлекторная система, обуславливающая работу нервных центров в данный момент и тем самым придающая поведению определенную направленность. Как господствующий очаг возбуждения доминанта существует и накапливает импульсы, текущие в центральную нервную систему, одновременно

подавляя активность других центров. Особенностью доминанты как господствующего очага является то, что она не только подавляет вновь возникающие очаги возбуждения, но и способна привлекать к себе слабые возбуждения, усиливаясь за их счет. Представления о доминанте позволяют понять нервный механизм длительного интенсивного внимания. Психофизиология располагает клиническими данными, свидетельствующими о непосредственном отношении к явлениям внимания различных структур неспецифической системы мозга (ретикулярной формации, таламических и гипоталамических структур, гиппокампа). Все большую роль начинают играть представления о роли коры больших полушарий в системе нейрофизиологических механизмов внимания.

Современные представления о физиологических механизмах внимания сводятся к следующим положениям:

- Внимание представляет собой общее бодрствующее состояние мозга и связано с работой ретикулярной формации.
- Раздражение восходящей части ретикулярной формации вызывает появление быстрых электрических колебаний в коре головного мозга, повышает подвижность нервных процессов, снижает пороги чувствительности. Все это можно интерпретировать как общее состояние внимания организма к восприятию раздражителей. Поддержание восходящей частью ретикулярной формации общего тонуса коры можно рассматривать как физиологический коррелят сохранения состояния внимания в течение определенного времени.
- Активация нисходящей части ретикулярной формации ответственна за стимулирование связанных с вниманием двигательных компонентов. Волокна ретикулярной формации начинаются во всех областях коры головного мозга, особенно их много в лобных частях. В связи с этим можно предполагать, что эта часть ретикулярной формации также имеет отношение к произвольному вниманию, осуществляемому через настройку и контроль разнообразных движений.

- Лобные доли коры головного мозга являются ведущим аппаратом, регулирующим состояние произвольного внимания.
- Непроизвольное внимание тесно связано с ориентировочным рефлексом.

Напряженное внимание обычно связано с характерными внешними проявлениями.

- Имеют место движения приспособительного характера для обеспечения лучшего восприятия объекта. Это движения всматривания, прислушивания и т.п. Когда внимание направлено на собственные мысли, глаза обычно направляются так, как при смотре в даль, благодаря чему окружающие предметы воспринимаются неясно и не отвлекают внимания.
- Все лишние движения задерживаются. Для напряженного внимания характерна неподвижность.
- Дыхание становится более поверхностным и редким, вдох — более коротким, а выдох — более длинным. При кратковременном, но сильном напряжении внимания часто происходит полная задержка дыхания: человек слушает и смотрит, «затаив дыхание» (Безродная Г. В., Шпике Т. А., Емельянова Т. В., 2004).

Свойства внимания

Внимание характеризуется различными качественными проявлениями, которые обычно называют свойствами. К основным свойствам внимания относят концентрацию, устойчивость, переключаемость, распределение и объем.

Концентрация внимания — это интенсивность связи с объектом, способность фокусировать, сосредоточивать внимание на одном объекте, игнорируя другие при наличии помех. Чем меньше круг объектов и участок воспринимаемой формы, тем концентрированнее внимание. Концентрация внимания обеспечивает углубленное изучение познаваемых объектов и явлений, вносит ясность в представление человека о том или ином предмете, его назначении, конструкции, форме.

Устойчивость внимания характеризуется временем, в течение которого сохраняется концентрация. Устойчивость определяется как способность в течение длительного времени сохранять внимание на одном объекте, роде занятий, выполняемой деятельности, противостоять отвлечению внимания. Показатель устойчивости — высокая продуктивность деятельности в течение относительно длительного времени. Необходимым условием устойчивости внимания является разнообразие впечатлений или выполняемых действий. Предмет на наших глазах должен развиваться, обнаруживать перед нами новое содержание. Лишь изменяющееся и обновляющееся содержание способно поддерживать внимание. Однообразие притупляет внимание, монотонность «гасит» его.

Переключаемость внимания — сознательное перемещение внимания с одного объекта на другой без существенной потери способности к концентрации. Это способность быстро выключаться из одних установок и включаться в другие. Переключаемость внимания проявляется в преднамеренном переходе субъекта от одной деятельности к другой, от одного объекта к другому, от одного действия к другому. Способность к переключению означает гибкость внимания.

Распределение внимания — это способность направлять и сосредоточивать внимание одновременно на нескольких объектах или на выполнении различных видов деятельности. Распределение внимания — свойство, с которым связана возможность одновременного успешного выполнения (совмещения) двух и более видов деятельности. Высокий уровень распределения внимания — одно из необходимых условий успешности многих современных видов труда, которое требуется, например, в работе операторов, водителей транспорта. Важное значение распределение внимания имеет в педагогической деятельности.

Объем внимания — количество объектов, которые одновременно могут находиться в сфере внимания человека. Объем внимания определяется количеством одновременно отчетливо воспринимаемых объектов. В среднем у взрослого здорового человека он равен 5-7 элементам.

Изменения внимания в клинике

Среди нарушений внимания наиболее распространенными и значимыми являются: истощаемость, нарушение концентрации, отвлекаемость, инертность (Лакосина Н. Д., 2003).

Истощаемость внимания — нарушение всех основных параметров внимания, всех его свойств при повышенной психической нагрузке, как правило, вследствие патологической утомляемости. Повышенная истощаемость внимания наблюдается у больных с органическими поражениями головного мозга. Истощаемость внимания — один из основных симптомов в структуре астении.

Нарушение концентрации внимания — ослабление или утрата способности сосредоточивать внимание на объектах или явлениях. Нарушение концентрации внимания часто наблюдается при депрессивных состояниях различного генеза, когда больной не в состоянии сохранять интенсивную психическую связь с текущими событиями.

Отвлекаемость внимания (нарушение его устойчивости) — снижение избирательности внимания, неспособность в течение длительного времени сосредоточиваться на каком-либо одном объекте, постоянное отвлечение на посторонние раздражители. Отвлекаемость выражается в колебаниях внимания — периодических ослаблениях внимания к тому или иному объекту или виду деятельности. Повышенная отвлекаемость внимания характерна для маниакальных состояний. При маниях пациент не может удерживать внимание на одном объекте: оно как бы «скачет», быстро переходя от одного предмета к другому. Длительная концентрация оказывается невозможной. I

Инертность внимания — недостаточная переключаемость внимания с одного объекта на другой, как правило, при общей психической инертности, тяжеловесности, тугоподвижности, склонности «застрывать» на каких-либо событиях или объектах. Наиболее типичным нарушением переключаемости внимания является для больных эпилепсией.

Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова выделяют еще такое нарушение внимания, как свертотвлекаемость, понимая под ним переключение внимания на самые незначительные изменения в окружающем мире или спонтанное рассредоточение при отсутствии каких-либо изменений.

Можно также выделить сужение объема внимания, при котором количество объектов, одномоментно удерживаемых в поле внимания, уменьшается. Сужение объема внимания отмечается при астенических состояниях.

Нарушения мышления

Мышление — познавательный психический процесс, который заключается в обобщенном и опосредованном отражении связей и отношений между явлениями и предметами окружающего мира. «Мышление — это социально обусловленный, неразрывно связанный с речью психический процесс поисков и открытия существенно нового, процесс опосредованного и обобщенного отражения действительности в ходе ее анализа и синтеза» (Петровский А. В., 1986). Мышление возникает на основе практической деятельности из чувственного познания и выходит за его пределы. Мышление сохраняет связь с чувственным познанием, то есть с ощущениями и восприятиями. Весь свой материал мыслительная деятельность получает только из одного источника — из чувственного познания. Мышление соотносит данные ощущений и восприятий — сопоставляет, сравнивает, различает, раскрывает отношения и через отношения между непосредственно чувственно данными свойствами вещей и явлений раскрывает новые, непосредственно чувственно не данные абстрактные их свойства.

В процессе мышления человек выходит за пределы чувственного познания. Если в восприятии вещи и явления даны во внешнем сочетании свойств, которые соединены, но не связаны, то в мышлении выявляются существенные необходимые связи и отношения, основанные на реальных зависимостях, отделенные от случайных совпадений по смежности и сходству.

Через ощущения и восприятия мышление непосредственно связано с внешним миром и является его отражением. Правильность, то есть адекватность, этого отражения непрерывно проверяется в ходе практики и практического преобразования мира. Человеческое мышление невозможно без языка. Всякая мысль возникает и развивается в неразрывной связи с речью. Только с появлением речи становится возможным отвлечь от познаваемого объекта то или

иное его свойство и закрепить, зафиксировать представление или понятие о нем в специальном слове. Мысль обретает в слове необходимую материальную оболочку, в которой она только и становится непосредственной действительностью для других людей и для нас самих. Чем глубже и основательнее продумана та или иная мысль, А тем более четко и ясно она выражается в словах, в устной и письменной речи. Напротив, чем больше совершенствуется, оттачивается словесная формулировка какой-то мысли, тем отчетливее и понятнее становится эта мысль.

Логические формы мышления

Мышление протекает в трех логических формах — понятия, суждения и умозаключения.

Понятие — это обобщенное и опосредованное знание о предмете, основанное на раскрытии его существенных связей и отношений; это обозначение класса предметов на основе наиболее значимого объединяющего признака. «Понятие есть мысль, в которой отражаются общие, существенные и отличительные (специфические) признаки предметов и явлений действительности» (Петровский А. В., 1986). Формой существования понятия является слово. Например, «мебель» является понятием, отличающимся от конкретного понятия «стол» или «стул»; «фрукты» — от понятия «яблоки» или «груши». Понятия бывают большей или меньшей степени обобщенности. Например, «женщина», «врач» — понятия меньшей степени обобщенности, чем понятие «человек».

Содержание понятий раскрывается в суждениях, которые всегда выражаются в словесной форме.

Суждение — это установление определенной связи между понятиями, между предметами и явлениями. Суждения бывают истинные или ложные. Например, суждение «стекло прозрачное» истинно, а суждение «потолок вертикальный» ложно. Суждения бывают общими, частными и единичными. В общих суждениях что-либо утверждается (или отрицается) относительно всех предметов данной группы, данного класса, например: «Все рыбы дышат

жабрами». В частных суждениях утверждение или отрицание относится уже не ко всем, а лишь к определенным предметам, например: «Некоторые студенты — отличники»; в единичных суждениях — только к одному, например: «Этот ученик плохо выучил урок» (Петровский А. В., 1986).

Умозаключение — это установление связи между суждениями, когда из двух исходных суждений (они называются посылками) получают новое, не сводимое к предыдущим (заключение). Например, в качестве двух исходных посылок могут выступать суждения «все металлы электропроводны» и «железо — металл». Тогда заключением будет суждение «железо электропроводно». Умозаключения бывают двух видов — индуктивное (от частных случаев к общему) и дедуктивное (от общего к частному). На основе подобных способов и формул рассуждения можно сопоставлять друг с другом те или иные понятия и суждения, которыми пользуется человек в своей мыслительной деятельности. По мере такого сопоставления осуществляется проверка всех основных мыслей, возникающих в процессе обдумывания постепенно решаемой задачи. По существу, весь процесс Доказательства строится как цепь силлогизмов, соотносящих друг с другом различные суждения, понятия.

Процессы мышления

Мышление осуществляется с помощью процессов анализа и синтеза.

Анализ — это разложение на части, выделение в объекте тех или иных его сторон, элементов, свойств, связей, отношений. Объединение выделенных при анализе компонентов целого есть *синтез*. В процессе синтеза происходят соединение, соотнесение тех элементов, на которые был расчленен познаваемый объект. Анализ и синтез тесно взаимосвязаны. Неразрывное единство между ними заключается в познавательном процессе сравнения. Всякое сравнение двух или нескольких предметов начинается с их сопоставления, или соотнесения, то есть с синтеза. В процессе этого синтетического действия происходит анализ сравниваемых явлений, предметов, событий, а именно — выделение в них общего и различающегося. Поэтому говорят о единой аналитика-синтетической деятельности мышления, которая и изучается в клинике при самых разных

психических расстройствах.

Обобщение — еще один важнейший процесс мышления, который позволяет судить о его сохранности и продуктивности у пациентов психиатрической клиники.

В ходе обобщения в сравниваемых предметах (в результате их анализа) выделяется нечто общее — общие для различных объектов свойства, которые бывают двух видов:

- общие как сходные признаки;
- общие как существенные признаки.

Например, можно найти сходство между самыми разнородными предметами; в частности, можно объединить в одну группу, в один класс по общности цвета вишню, пион, кровь, сырое мясо, вареного рака и т. д. Однако это сходство (общность) между ними еще никак не выражает действительно существенных свойств перечисленных предметов. В данном случае сходство основано на их чисто внешних, очень поверхностных, несущественных признаках (Петровский А. В., 1984). Эти признаки в патопсихологии называются латентными, то есть такими, которые действительно присущи объединяемым предметам, но не выражают их сущности, а являются незначимыми, второстепенными. Если мышление психически здорового взрослого человека основано в первую очередь на наиболее значимых, существенных признаках предметов и явлений, то мыслительные процессы больных шизофренией основаны на скрытых, неявных, несущественных латентных свойствах.

Виды мышления

В психологии выделяют три основных вида мышления: наглядно-действенное, наглядно-образное, абстрактно-логическое (словесно-логическое).

Наглядно-действенное мышление. Не только в процессе исторического развития всего человечества, но и в процессе психического развития каждого ребенка исходной будет не чисто теоретическая, а практическая деятельность. Наглядно-действенное мышление — решение мыслительных задач в непосредственной практической деятельности — это самый первый вид

мышления, который складывается раньше других и в филогенезе, и в онтогенезе человека. А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский (1984) определяют мышление наглядно-действенное как «один из видов мышления, характеризующийся тем, что решение задачи осуществляется с помощью реального, физического преобразования ситуации, опробования свойств объектов». В дошкольном возрасте (до трех лет включительно) мышление в основном наглядно-действенное. Ребенок анализирует и синтезирует познаваемые объекты по мере того, как он руками, практически, разъединяет, расчленяет и вновь объединяет, соотносит, связывает друг с другом те или иные предметы, воспринимаемые в данный момент (Петровский А. В., 1984). У взрослого человека наглядно-действенное мышление сохраняется, хотя, как правило, ведущая роль все же принадлежит мышлению абстрактно-логическому. Существуют профессии, например, инженера-конструктора архитектора, при которых наглядно-действенное мышление играет значительную роль.

Наглядно-образное мышление. Это мышление наблюдается у дошкольников, то есть в возрасте 4-7 лет. Связь мышления с практическими действиями у них хотя и сохраняется, но не является такой тесной, прямой и непосредственной, как раньше. В ходе анализа и синтеза познаваемого объекта ребенок далеко не всегда трогает руками заинтересовавший его предмет. Во многих случаях не требуется систематического практического манипулирования (действия) с объектом, но во всех случаях необходимо отчетливо воспринимать и наглядно представлять этот объект. Иначе говоря, дошкольники мыслят лишь наглядными образами и еще не владеют понятиями (Петровский А. В., 1984).

Наглядно-образное мышление полностью подчинено восприятию. В качестве примера можно привести широко известные эксперименты швейцарского психолога Жана Пиаже, который показывал детям два стакана, равных по объему: один — широкий и низкий, другой — узкий и высокий. Когда он спрашивал у ребенка, какой стакан больше, ребенок, который видел, что высокий стакан занимает больше места в высоту, уверенно говорил о том, что высокий стакан больше. Тогда Пиаже на глазах у ребенка наливал в один из

стаканов воду, а затем эту воду несколько раз переливал из одного стакана в другой так, чтобы было видно, что это количество воды занимает одинаковое место, полностью заполняя оба стакана. После этих манипуляций Пиаже еще раз спрашивал ребенка: «Так все-таки в каком стакане воды больше?» — «В высоком», — уверенно отвечал ребенок.

В другом эксперименте Пиаже показывал ребенку кусок теста, из которого на глазах у него делал лепешку. Когда Пиаже спрашивал: «Где теста больше — в шаре или в лепешке?» — ребенок говорил, что в лепешке теста больше. Думая об этой лепешке, он смотрел на нее и видел, что на столе она занимает больше места, чем шар, и, следовательно, в ней больше теста. Наглядно-образное мышление, протекающее в форме конкретных образов, следуя за процессами восприятия, приводило ребенка к выводу, что лепешка больше, чем шарик из теста.

Абстрактно-логическое мышление. На основе наглядно-действенного и наглядно-образного мышления у детей в школьном возрасте развивается мышление абстрактно-логическое, протекающее в формах понятий, суждений и умозаключений. Оно подчиняется законам формальной логики и опирается на наиболее существенные, значимые признаки предметов и явлений. Этот вид мышления основан на языковых средствах, оформляется в виде речи. Он представляет собой наиболее поздний этап исторического и онтогенетического развития мышления. Абстрактно-логическое мышление неразрывно связано с непосредственным чувственным опытом, опирается на него, и в реальном мыслительном процессе сосуществуют и отвлеченное понятие в форме слова, и образ, и действие.

Патопсихологическая классификация нарушений мышления

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов при психических заболеваниях. Клинические варианты расстройств мышления чрезвычайно разнообразны. Некоторые из них считаются типичными для той или другой формы болезни. Существует множество разнообразных классификаций нарушения мышления — как психопатологических, так и

патопсихологических. Наиболее значимой патопсихологической классификацией, которая появилась первой и сохраняется и в настоящее время, наиболее часто цитируется и пересказывается различными авторами, является классификация нарушения мышления Б.В. Зейгарник. Именно эта классификация лежит в основе всех современных отечественных типологий мыслительных расстройств.

Зейгарник выделяет три вида патологии мышления:

- нарушение операциональной стороны мышления;
- нарушение личностного (мотивационного) компонента мышления;
- нарушение динамики мышления.

Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления больных наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений. Например, нарушение процесса обобщения в одних случаях сочетается с нарушением целенаправленности мышления, в других — с различными подвидами нарушений его динамики.

Нарушение операциональной стороны мышления.

Это нарушение процессов обобщения и опосредования, при котором теряется способность пользоваться основными операциями мышления.

Мышление как обобщенное и опосредованное отражение действительности выступает практически как усвоение и использование знаний. Это усвоение происходит не в виде простого накопления фактов, а в виде процесса синтезирования, обобщения и отвлечения, в виде применения новых интеллектуальных операций. Мышление опирается на известную систему понятий, которые дают возможность отразить действие в обобщенных и отвлеченных формах.

При некоторых формах патологии психической деятельности у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения. При исследованиях мышления больных, страдающих различными заболеваниями мозга, отмечает Зейгарник, обнаружено, что нарушения операциональной стороны мышления принимают различные формы. При всем их разнообразии они

могут быть сведены к двум крайним вариантам:

- снижение уровня обобщения;
- искажение процесса обобщения.

Снижение уровня обобщения. В данном случае в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания подобные больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие. Так, например, в опыте по методу классификации один из подобных больных отказывается объединить в одну группу кошку с собакой, «потому что они враждуют»; другой больной не объединяет лису и жука, потому что «лиса живет в лесу, а жук летает». Частные признаки «живет в лесу», «летает» больше определяют суждения больного, чем общий признак «животные».

При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию: для испытуемых предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены. Даже стол и стул нельзя отнести к одной группе, так как «на стуле сидят, а на столе работают и кушают». В некоторых случаях больные создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними, например, ключ и замок, перо и ручка, нитка и иголка, тетрадь и карандаш. Иногда испытуемые объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета (больной рассказывает что-нибудь по поводу этих предметов), но классификация не производится. Например, одну группу составляют яйцо, ложка, нож; другую — тетрадь, перо, карандаш; третью — замок, ключ, шкаф; четвертую — галстук, перчатки, нитки, иголки и т.п. При этом испытуемый объясняет: «Он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш...» Такого рода ошибочные решения мы обозначаем как конкретно-ситуационные сочетания. В некоторых случаях, при более выраженной степени заболевания, больные затрудняются даже объединить слова по конкретному признаку.

При более выраженной степени интеллектуального снижения больные не могут понять самого смысла предлагаемой задачи. Они не могут усвоить, что для исключения четвертого, лишнего, предмета необходимо объединить три предмета по какому-то принципу, руководствуясь которым, надо противопоставить им четвертый. Сама умственная операция объединения и противопоставления оказывается им не под силу. Нередко сразу же после ознакомления с инструкцией больные протестуют: «Здесь ничего лишнего нет, все предметы нужны». Невозможность выполнения задания в обобщенном плане, неумение отвлечься от отдельных конкретных свойств предметов связаны с тем, что больные не могут усвоить условности, скрытой в задании.

Особенно четко выступает непонимание условности при толковании испытуемыми пословиц и метафор.

Пословицы являются таким жанром, в котором обобщение, суждение передаются через изображение отдельного факта или явления конкретной ситуации. Истинный смысл пословицы только тогда становится понятным, когда человек отвлекается от тех конкретных фактов, о которых говорится в пословице, когда конкретные единичные явления приобретают характер обобщения. Только при этом условии осуществляется перенос содержания ситуации пословицы на аналогичные ситуации. Такой перенос сходен по своим механизмам с переносом способа решения одной задачи на другую, что особенно четко выступает при отнесении фраз к пословицам. Рассматривая проблему переноса, С. Л. Рубинштейн отмечает, что «в основе переноса лежит обобщение, а обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи».

Больные, которые не могли выделить обобщенный признак в опыте на классификацию предметов, часто не могут передать переносного смысла пословиц. «Куй железо, пока горячо», по мнению одного из больных, означает, что «железо нельзя ковать, когда оно холодное». Другой больной заявляет: «Железной рука не бывает. Если речь идет о протезе — его делают из дерева, а не из железа». Еще один больной при предъявлении пословицы «Не в свои сани не садись» говорит: «Зачем же в чужие сани садиться? Как же это? Нехорошо в чужие сани лезть!» Экспериментатор пытается объяснить, что эту пословицу

можно понять и не по отношению к саням. Больной не соглашается: «Как же это случилось, чтобы в чужие сани сесть? Может быть, кто задумался и но рассеянности не в своих санях уехал?» Экспериментатор: «Ну а если человек не за свое дело взялся, можно применить эту поговорку?» Больной: «Нет, нельзя, тут ведь сани, а там какое-то дело». Лишь с большим трудом удавалось в отдельных случаях объяснить больному переносный смысл; однако при предъявлении следующей поговорки такой больной опять пытался передать лишь ее конкретное содержание. Вследствие того что слово выступает для больных в его конкретном значении, они не могут осмыслить условность, которая кроется в поговорке.

В некоторых случаях, отмечает Зейгарник, отсутствие свободного охвата условного значения выражается в том, что больные способны понять переносный смысл, но пословица кажется им недостаточно точной, не отражающей все фактически возможные жизненные случаи. Так, один больной не соглашается с пословицей «Шила в мешке не утаишь», заявляя: «Это не всегда так. Бывает же, что жулики скрываются, их не поймаешь. Я знаю такой случай». Другой больной заявляет по поводу поговорки «Волков бояться — в лес не ходить»: «Это неверная пословица. Иногда не нужно рисковать: эта пословица проповедует лихачество». В данном случае больные в состоянии понять условный смысл пословицы, однако тот факт, что она не может быть применена ко всем жизненным случаям, мешает им признать ее правильность. Больные не могут отвлечься от того, что смысл пословицы может не совпадать с частными жизненными ситуациями. Следовательно, и в этих случаях выступает чрезмерная связанность суждений больных с реальными жизненными фактами, неумение абстрагироваться от них, что приводит к непониманию условности содержания пословицы и метафоры.

Особенно четко выступает непонимание условности в опыте на опосредованное запоминание (метод пиктограмм). Сложность этого задания состоит в том, что рисунок не может (и не должен) отражать того обилия ассоциаций, которые могут актуализироваться при восприятии слова; необходимо отобрать лишь какую-нибудь из них, которая способна «встать» на место слова, а это возможно лишь при достаточном уровне обобщения.

Г. В. Биренбаум обнаружила с помощью этой методики у больных с грубыми органическими поражениями мозга преобладание конкретно-ситуационных связей; она указывает, что затруднение в правильном установлении условных связей было обусловлено нарушением образования понятий. Зейгарник подтвердила эти данные. Так, при необходимости найти рисунок для запоминания слова «развитие» больной говорит: «Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же Вы хотите?» Этот же больной не может придумать рисунок для запоминания слов «тяжелая работа»: «Что Вы называете тяжелой работой? Мне трудно было в школе задачи решать, а Вам, вероятно, тяжело заниматься физическим трудом, Вы слабая. Не понимаю, что нарисовать?» Другой больной затрудняется найти рисунок для запоминания словосочетания «больная женщина». Он пытается нарисовать кровать, но сразу же заявляет, что этот рисунок не подходит, так как больная женщина не обязательно должна лежать: «У нее может быть грипп, и она его на ногах переносит». Тогда испытуемый решает нарисовать столик с лекарствами, но и это его не удовлетворяет: «Ведь не обязательно больная женщина лекарства принимает. Может быть, она лечится физиотерапией, может быть, у нее только зубы болят, а может быть, у нее роды... Хотя нет, роды — не болезнь» и т. д.

Некоторые больные пытаются почти фотографически отобразить в рисунке жизненную ситуацию. Так, при необходимости запомнить выражение «веселый праздник» больной говорит: «Что же нарисовать? Надо бы гармонь, пляску, или можно еще накрытый стол, бутылочки бы надо, ну, и еду. Как все это изобразить? Я же не художник, да и художнику надо долго рисовать».

Зейгарник приводит следующие наблюдения. Так, один из больных хочет для запоминания слов «голодный человек» нарисовать хлеб, но тут же отвергает этот рисунок как неправильный: «У голодного человека-то ведь как раз и нет хлеба». Тут же он решает изобразить фигуру худого человека, но и этот рисунок его не удовлетворяет, ибо «ведь человек может быть худой не из-за голода, а из-за болезни».

Не будучи в состоянии понять условность, содержащуюся в задании, больные часто пытаются уточнить буквальный смысл слова. Так, больной, о

котором только что говорилось, с раздражением упрекает экспериментатора: «Вы же мне не сказали, какой это голодный человек и почему он голодный: потому ли, что жертва стихийного бедствия, или потому, что он безработный в капиталистической стране, или он просто не успел покушать». Вместо обобщенного понятия «голодный человек» выступают разные представления о голодном человеке в разных ситуациях.

Таким образом, при сопоставлении данных, полученных с помощью различных методов (классификации предметов, метода исключения, объяснения пословиц и метода пиктограмм), обнаружено у больных эпилепсией, энцефалитом и у олигофренов нарушение процесса обобщения: конкретно-ситуационный характер их суждений, непонимание переноса, условности. Эти больные были объединены в группу лиц, у которых нарушения мышления квалифицировались как снижение уровня обобщения.

Снижение уровня обобщения обнаруживалось, по данным Зейгарник, не только при выполнении экспериментальных проб, требовавших более или менее сложной аналитико-синтетической деятельности, но и при актуализации ассоциаций. При ассоциативном эксперименте обнаруживается необобщенный характер ассоциаций больных. Само требование «отвечать любым словом» являлось для больных слишком условным заданием: «Стол есть стол, что же мне говорить?» Около трети ответных реакций больных являлись обозначением функции или признака предмета («карандаш — писать», «ягода — красная»). Частично ответы были синонимами предъявленного слова.

Резюмируя, можно сказать, что мыслительная деятельность подобных больных несовершенно отражает предметы, явления и их взаимосвязи, ибо при полноценном процессе отражения объективных свойств и закономерностей вещей всегда предполагается умение абстрагироваться от конкретных деталей (Зейгарник Б. В., 1973).

Искажение процесса обобщения. Нарушение процесса мышления, обозначенное как искажение процесса обобщения, является как бы антиподом только что описанного. Если суждения указанных выше больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, о которых сейчас будет идти

речь, «отлет» от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме. Обобщаются случайные стороны явлений, существенные отношения мало принимаются во внимание. При этом нельзя сказать, что больной не может выделить существенные признаки путем абстрагирования, скорее напротив, за основу обобщения он берет чрезвычайно общие признаки и связи, но только они носят случайный, ненаправленный и неадекватный характер. Предметное содержание вещей и явлений часто не учитывается. Так, выполняя задание на классификацию предметов, больные руководствуются чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Например, больной объединяет вилку, стол и лопату по принципу «твердости»; гриб, лошадь и карандаш он относит к одной группе по «принципу связи органического с неорганическим». Подобные выполнения задания Зейгарник обозначает как бессодержательные, или выхолощенные. Чаще всего они встречаются у больных шизофренией.

Эти больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным, обыденным явлениям подходить с «теоретических позиций». В беседе они способны затронуть вопросы общего характера, но часто не в состоянии ответить просто на конкретный вопрос. Речь больных носит вычурный характер. Так, например, говоря о шкафе, один такой больной называет его «ограниченной частью пространства»; рассказывая о товарище, которого он характеризовал как доброго человека, замечает; «Что такое добро и зло? Это определение относительно, положительное и отрицательное, как вопрос об электронах и Вселенной. Плохое — это качественная сторона, значит, надо хорошую. Но плохое может сойти за хорошее, противоположности не бывает». Задание на классификацию предметов больные проводят на основании столь общих признаков, что выходят за пределы содержательной стороны явлений, либо на основании чисто внешних, несущественных признаков.

Особенно отчетливо бессодержательный, выхолощенный характер суждений больных определенной категории наблюдается при выполнении задания на составление пиктограммы. Так, один из больных Рисует для

запоминания слов «теплый ветер» — два треугольника, для запоминания выражения «веселый ветер» — два кружка. Другой больной из этой группы для запоминания слова «сомнение» изображает сома, для слова «разлука» — лук.

Для больных со сниженным уровнем обобщения составить пиктограмму весьма трудно в силу того, что они не могут отвлечься от отдельных конкретных значений слова. Это же задание позволило выявить и другую группу больных, которые выполняют его с большей легкостью, так как могут образовать любую связь, не относящуюся к содержанию поставленной перед ними задачи. Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что в ней не отражается реальное содержание слова; больные могут, не задумываясь, предложить любую схему в качестве условного обозначения слова.

Бессодержательный характер умственной деятельности больных обнаруживается и в ассоциативном эксперименте. Почти половину ответов, по данным Зейгарник, составляют ответы типа эхололий («колесо» — «колесница»), ответы по созвучию («лечение» — «течение», «топор» — «бор»), ответы типа речевых штампов («пожар» — «шумел пожар московский»; «цель» — «цель оправдывает средства»). Попадаются и ответы типа экстрасигнальных («луна» — «яд»). Что же касается отказов от ответа, то они были вызваны большей частью негативистическим отношением к заданию.

Преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задания создают основу для того бесплодного мудрствования, которое характеризует подобных больных и носит в клинике название «резонерство».

Симптом выхолощенного резонерства особенно отчетливо выступает при выполнении заданий, требующих словесных формулировок, например, при определении и сравнении понятий. Так, характеризуя часы, больные шизофренией дают следующие определения: «Механический предмет, вид предметности или объект логики»; «Импульс или пульс жизнедеятельности всего человечества»; «Это измерительный по отношению к определенному свойству материи... как это в философии называется? Атрибут, что ли?» и т.п. Описывая шкаф, больные дают следующие определения: «Это вещь, относящаяся к неживой

природе, она имеет прикладное значение для сохранения других материальных частиц»; «Элемент жизненных условий»; «Предмет для обихода, это скопление атомов». Сравнивая такие понятия, как дождь и снег, больной говорит: «Предметы влажности отличаются перемещением некоторых веществ в отношении окружности Земли». Сравнивая между собой понятия «обман» и «ошибка», больной шизофренией дает следующую формулировку: «Соотношение пожизненности всего человечества, отброс частиц неживых веществ, а ошибки — нецелесообразность развития по отношению к жизни на Земле».

Еще резче этот симптом проявляется в опыте на объяснение пословиц. Больной подобным образом определяет смысл пословицы «Не все то золото, что блестит»: «Все же надо сказать, что блестит. Эта пословица отдельная, вернее сказать, она скоро изживет себя. Здесь происходит обесценивание золота как металла, это с точки зрения философской. Сущность не в золоте. Возможно, что другой металл, не столь презренный, как золото, блестит и приносит больше пользы человеку. Луч света, падая на стекло, блестит, это тоже может принести пользу... Ну там, всякие радиолучи... Ну а в общем не надо смотреть на человека и его дела с чисто внешней стороны». Несмотря на то что больному доступна операция переноса, его высказывания лишь частично касаются определения метафорического смысла. В основном же больной резонерствует по поводу обсуждаемого предмета, в данном случае «ценности» золота, по поводу социально-этической проблемы, связанной с золотом («Золото — презренный металл»).

Подобные резонерские высказывания обусловлены, очевидно, разными причинами. С одной стороны, слово выступает для больного в различных значениях; отбора смысла, адекватного для данной конкретной задачи, не происходит. С другой стороны, сама задача, поставленная перед больным (в данном случае — отнесение фраз к пословицам), не направляет его мысли, он исходит из более общих «принципов». Описывая подобные нарушения мышления у больных шизофренией, Бассин использует для их обозначения образное выражение «смысловая опухоль».

Логика течения мыслей должна контролироваться практикой, по образному

выражению И. П. Павлова, «госпожой действительностью». Из-за отсутствия проверки практикой мыслительная деятельность больных становится неадекватной, их суждения превращаются, по выражению Павлова, в «умственную жвачку».

Возможно, этим объясняется и тот парадоксальный факт, что у подобных больных речь не облегчает выполнение задания, а затрудняет его; произносимые больными слова вызывают новые, часто случайные ассоциации, которые больными не оттормаживаются. Выполнив в реальном действии задание правильно, больные нелепо о нем рассуждают.

Таким образом, при выполнении экспериментальных заданий больные сближают любые отношения между предметами и явлениями, даже если они неадекватны конкретным жизненным фактам. Реальные же различия и сходства между предметами не принимаются больными во внимание, не служат контролем и проверкой их суждений и действий и заменяются чисто словесными, формальными связями. В мышлении больных доминируют словесно-логические связи, которые не контролируются непосредственно данными, конкретными отношениями и недостаточно опираются на чувственные представления. Больные могут усвоить задания, требующие обобщения, они в состоянии выделить общий признак, отвлечься от конкретных значений слов, но тот временный «отлет» от конкретных значений, который присущ всякому обобщению, приобретает у них утрированный, подчас гротескный характер. Не только

отдельные детали, но и более существенные отношения отступают на задний план, все многообразные, конкретные, полнокровные связи не учитываются. Мышление больного недостаточно адекватно отражает конкретное содержание вещей и явлений.

Л. С. Выготский высказал предположение, что у больных шизофренией наблюдается распад функции образования понятий — понятия снижаются до уровня комплексов, то есть конкретных смыслообразований, и что в основе этого лежит изменение значения слов. В работах Б. В. Зейгарник и Г. В. Биренбаум указывается, что нарушение понятий у больных шизофренией носит своеобразный характер. Даже в тех случаях, когда их суждения конкретны, они не

отражают конкретных отношений между явлениями или предметами, а, скорее, обозначают сближение, сгущение отдельных, случайных сторон предметов и явлений. Зейгарник называет этот факт «лабильностью, недифференцированностью структуры слова». Это сближение происходит не только из-за нарушений понятий, но и из-за того, что у больных утрачивается направленность на объективное содержание задания, потому что они часто выполняют поставленную перед ними задачу, исходя из особых установок, порой неадекватных данной ситуации. Иными словами, резонерские суждения больного определяются не столько нарушением его понятий, сколько стремлением подвести любое незначительное явление под определенную «концепцию» (Зейгарник Б. В., 1973).

Нарушение личностного компонента мышления. В клинике психических заболеваний наблюдаются нарушения мышления, обусловленные нарушениями личности. К ним можно отнести разноплановость мышления, нарушение критичности и саморегуляции. Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова (2003) к нарушениям личностного компонента мышления относят также витиеватость, соскальзывание, резонерство, аморфность, Разорванность. По мнению П. И. Сидорова, А. В. Парнякова (2000), нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления проявляются в нарушениях регулирующей, мотивационной функции мышления, его критичности с феноменами:

- актуализации латентных свойств понятий;
- разноплановости мышления;
- разорванности мышления.

Нарушения личностного компонента мышления связаны, прежде всего, с изменениями в мотивационной сфере личности. Связь нарушения мышления с изменением мотивационной сферы наблюдается при разных формах душевных болезней. Уже при анализе такого вида патологии мышления, как «искажение уровня обобщения», можно, по существу, говорить о нарушении мотивационного компонента мышления. Больные, у которых наступило подобное нарушение, опирались в своих суждениях на признаки и свойства, не отражавшие реальных

отношений между объектами. В качестве примера можно привести способы классификации объектов подобными больными, когда ложка могла быть объединена с автомобилем «по принципу движения», шкаф — с кастрюлей, потому что «у обоих есть отверстия». Нередко предметы объединялись на основании их окраски, расположения в пространстве или стиля рисунка. Подобная повышенная, облегченная актуализация формальных ассоциаций, неадекватных сближений была выявлена и другими исследователями. Так, Ю. Ф. Поляков и Т. К. Мелешко приводят пример, когда больной видит сходство между карандашом и ботинком в том, что они «оба оставляют след». Описывая подобные явления, авторы объясняют их тем, что случайные, маловероятные связи актуализируются у больных с такой же частотой, что и упроченные.

Значительным или существенным является для человека то, что приобрело смысл в его жизнедеятельности. Не частота появления того или иного признака или свойства предмета делает его значительным, или существенным, а та осмысленность, та роль, которую этот признак сыграл в жизни человека. Существенность признака и свойства, значимость самого предмета или явления зависят от того, какой смысл они приобрели для него. Явление, предмет, событие могут в разных жизненных условиях приобретать разный смысл, хотя знания о них остаются теми же. А. Н. Леонтьев указывает на то, что явление изменяется со стороны «смысла для личности».

Конечно, изменение эмоций, сильные аффекты могут и здорового человека привести к тому, что предметы и их свойства предстанут в каком-то измененном виде. Однако в экспериментальной ситуации, как бы она ни была значима для больного, объекты выступают в своей однозначной характеристике. При всех индивидуальных различиях: разнице в образовании, разнородности мотивов, интересов — здоровый человек при необходимости классифицировать объекты не дает определение ложки как «движущегося предмета». Задание на классификацию может проводиться в более или менее обобщенном плане, но предметное значение объекта, с которым человек совершает ту или иную операцию, остается устойчивым. Признаки, на основании которых проводится операция классификации, носят в известной мере характер стандартности и

банальности. У ряда больных шизофренией эта устойчивость объективного значения вещей нарушается.

Конечно, и у них вырабатывались общие знания о вещах и явлениях. Они едят ложкой и в качестве средства передвижения используют троллейбус. Применительно к выполняемой интеллектуальной задаче — классификации предметов — эти же больные могли отнести ложку к категории посуды, а шкаф — к категории мебели, но одновременно с этим ложка могла выступить и как объект «движения». Наряду с актуализацией обычных, обусловленных всей прошлой жизнью свойств признаков, отношений между предметами и явлениями в памяти могли оживляться и неадекватные связи и отношения, которые приобретали смысл лишь при измененных установках и мотивах больных.

Особенно ярко проявлялось нарушение личностного компонента в том виде нарушения мышления, который характеризуется как «разноплановость мышления» (Зейгарник Б. В., 1973).

Разноплановость мышления. Нарушение мышления, обозначаемое как «разноплановость», заключается в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. Разноплановость — постоянная необоснованная смена оснований для построения ассоциаций, в результате чего мысль лишается стержня, иногда объединяются несочетаемые понятия. Суждения об одном и том же феномене одновременно протекают на разных уровнях. При разноплановости мышления сама основа классификации не носит единого характера. Больные объединяют объекты в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств предметов, то на основании личных вкусов, установок. Процесс классификации протекает у больных в разных руслах. В качестве иллюстрации Б. В. Зейгарник, М. В. Блейхер, И. В. Крук приводят некоторые, примеры больного шизофренией (параноидная форма).

Выполнение задания «Классификация предметов»

Предметы объединенные больным в группу	Объяснения больного
Слон, лошадь, медведь, бабочка, жук	Животные
Самолет, бабочка	Группа летающих
Лопата, кровать, ложка, автомобиль, самолет, корабль	Железные предметы, свидетельствующие о силе ума человеческого

Цветок, кастрюля, кровать, уборщица, пила, вишня	Предметы, окрашенные в красные и синие цвета
Слон, лыжник	Предмет для зрелищ. Людям свойственно желать хлеба и зрелищ, об этом знали древние римляне
Шкаф, стол, этажерка, уборщица, лопата	Мебель. Это группа выметающих плохое из жизни. Лопата – эмблема труда, а труд несовместим с жульничеством
Цветок, кусты, деревья, овощи и фрукты	Растения
Стакан, чашка, кастрюля,	Посуда

Больной выделяет группы то на основании общего признака (животные, посуда, мебель), то на основании материала (железные), цвета (окрашены в красный и синий цвета). Другие предметы объединяются на основании моральных и общетеоретических представлений больного (группа «выметающих плохое из жизни», группа, «свидетельствующая о силе ума человеческого»).

Некоторые больные руководствуются при выполнении задания личными вкусами, обрывками воспоминаний. Так, больной, выполняя задание на классификацию, пытается образовать группы животных, растений, но тут же добавляет: «Но если подходить с точки зрения моего личного вкуса, то я не люблю грибы, я выброшу эту карточку. Когда-то отравился грибами. А вот это платье мне тоже не нравится, оно не изящное, я их положу в сторону. А вот моряк мне нравится, и спорт я признаю (объединяет моряка и лыжника в одну группу)». Таким образом, больной теряет цель задания не потому, что он истощился, а потому, что выполняет классификацию то на основе личного вкуса, то на основе воспоминания о том, что отравился грибами. Направленность на объективное содержание действия утрачивается, наряду с адекватными суждениями выступает разноплановый характер мышления. Подобная разноплановость была обнаружена Зейгарник при выполнении задания «исключение предметов». Приводим для иллюстрации некоторые примеры из эксперимента, проведенного с больной шизофренией (простая форма).

Выполнение задания «исключение предметов»

Предъявленные картинки	Высказывания больной
Лампа керосиновая, свеча, электрическая лампа, солнце	Надо выделить солнце, это естественное светило, остальное – искусственное освещение
Весы, термометр, часы, очки	Очки отделию, не люблю очков, люблю пенсне, почему их не носят? Чехов ведь носил
Барабан, фуражка, зонтик, пистолет	Зонтик не нужен, сейчас носят плащи. Зонтик – это устаревший атрибут, я – за модернизм.

Больная способна выполнить задание на обобщенном уровне; она исключает солнце как естественное светило, но тут же выделяет очки на основании личного вкуса: она не любит их не потому, что они не являются измерительными приборами. На таком же основании она выделяет и зонтик.

В результате одновременного сосуществования, переплетения всех этих разных аспектов, различных подходов к заданию суждения, определения и выводы больных не представляют собой планомерного, целенаправленного выполнения задания. В мыслительной деятельности больных переплетаются логические суждения, обрывки представлений, элементы воспоминаний, желаний.

Аналогичные нарушения мышления отмечала и Г. В. Биренбаум при исследовании больных шизофренией. Она указывала, что у больных мышление «течет как бы по различным руслам одновременно». Определяя этот симптом как «минование сущности», Биренбаум отметила, что больные часто подменяли выполнение задания выявлением субъективного отношения к нему (устное сообщение). При выполнении любого самого простого задания больные не подходили с позиций, обусловленных конкретной ситуацией эксперимента, а руководствовались измененным отношением и жизненными установками. При этом могло и не быть непосредственного привнесения содержания психопатологического симптома в экспериментальную ситуацию (например, больной не «вплетал» элементы бреда в выполнение задания). Однако наряду с адекватными ассоциациями оживлялись связи, имеющие какое-то отношение к болезненным установкам больного, выступающие в данной конкретной ситуации как «причудливые». Предметное значение вещей становится в одной и той же смысловой ситуации неустойчивым, подчас противоречивым.

Подобное неадекватное увязывание не связанных между собой вещей, представлений наступает потому, что для больного становится возможным рассмотрение самых обыденных вещей в неадекватных ситуации аспектах. Больной мог не заботиться о своих близких, но он проявлял повышенную озабоченность по поводу «пищевого рациона» своей кошки, другой больной мог оставить свою профессию и, обрекая семью на лишения, заниматься тем, что

целыми днями расставлял вещи перед фотообъективом, так как, по его мнению, «видение в разных ракурсах приводит к расширению умственного кругозора». Парадоксальность установок этих больных, смысловая смещенность приводили к глубокому изменению структуры любой деятельности как практической, так и умственной.

Резонерство. Это расстройство мышления определяется клиницистами как «склонность к бесплодному Мудрствованию», как тенденция к непродуктивным, Многогоречивым рассуждениям.

Резонерство - пространные рассуждения по несущественному поводу. Основу резонерства составляют банальные, известные нравоучения, морализующие истины. Речь при этом правильна, но многословна, изобилует причастными и деепричастными оборотами, вводными словами. Происходит отрыв от контекста и ситуации общения, когда различные значения слова сопоставляются сами с собой, а выбора адекватного значения не происходит. Мыслительный процесс направлен не на цель, задаваемую ситуацией, а на «более общую», «универсальную» цель. Отрыв от реальности превращает мысли в «умственную жвачку» (Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И., 2003).

Резонерство определяется психиатрами как само нарушение мышления. В действительности же это лишь феноменологическое описание. Исследования Зейгарник показали, что механизмом резонерства являются не столько нарушения интеллектуальных операций, сколько повышенная аффективность, неадекватное отношение, стремление подвести любое, даже незначительное, явление под какую-то «концепцию».

Психологическая характеристика симптома резонерства была предметом специального исследования Т.И. Тепеницыной. Как показали результаты ее исследования, неадекватность, резонерство больных, их многогоречивость появлялись в тех случаях, когда имели место аффективная захваченность, чрезмерное сужение круга смыслообразующих мотивов, повышенная тенденция к «оценочным суждениям». Тепеницына пишет, что «резонерство выражается в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большому обобщению по отношению к мелкому объекту суждений».

Например, сравнивая понятия «часы» и «термометр», больная говорит: «Это жизнь! Градусник — это жизнь! И часы — это жизнь! Ибо градусник нужен, чтобы измерять температуру людей, а время измеряют часы. Не было бы жизни, если не было бы часов и не было бы градусника, а не было бы градусника, больным бы не мерили температуру и не мерили бы температуру воздуха; не мерили бы температуру воздуха — не могли бы предсказывать погоду, прогноза не могло быть, а если бы не было часов, то люди были бы как стадо: они не всегда выходили бы на работу, только по солнцу, а солнце не всегда видно — зимой его нет». Сравнивая понятия «птица» и «самолет», больная рассуждает так: «Сходство — крылья. Потому что рожденный ползать летать не может. Человек тоже летает, у него есть крылья. У петуха тоже есть крылья, но он не летает. Он дышит».

Разноплановость и резонерство больных наблюдаются и в речи, которая приобретает, по выражению клиницистов, характер «разорванности». По существу же это тоже симптом нарушения речи как функции общения.

Нередко подобные больные говорят независимо от присутствия собеседника (симптом монолога). Зейгарник приводит пример монологической речи больного (шизофреника, находящегося в состоянии аффекта). При внешне упорядоченном поведении и правильной ориентировке в обстановке больной монотонным, спокойным голосом часами произносит монологи, не проявляя при этом никакой заинтересованности в чем-то внимании. «Почему, я вот, почему, мне, конечно, никто не сказал об этом, и где я не вычитал это, это и нигде не показано. Я думаю и твердо, конечно, знаю, что эта материя движения, весь земной шар... (непонятно). Да, я думаю, долго я думал об этом деле, но вижу, что значит это — живая материя, она, находясь, вот, значит, живая материя, вот я думаю, что потом я думаю, раньше я учился, сколько я не учился, все же учился, воздух — не живой, ну, кислород, водород, все это — мертвые вещества, а мне теперь представляется, что вся населяющая окружающую атмосферу зелень окутывает; ну, живое существо, совершенно живое существо, совершенно живое существо, совершенно живое, вот, и оно состоит, цветя, его представляю как этот дым, только не сразу, как он появляется, вот как уже разошелся, чуть-чуть заметно, и состоит из таких мельчайших существ, просто трудно различить, вот, и

они имеют страшную силу, конечно, они вселятся, куда хотите, через поры любого вещества, вот. Все это двигает в то же время, вот я считаю, что и зарождалось то. Почему женщина, вот эта материя, по-моему, весь род на земле происходит».

Анализ приведенных образцов «разорванной» речи приводит, по мнению Зейгарник, к следующим выводам:

Во-первых, в довольно длительных высказываниях больных нет никакого рассуждения; больные произносят ряд фраз, но не сообщают в них никакой содержательной мысли, не устанавливают никаких, хотя бы ложных, связей между предметами и явлениями.

Во-вторых, в речи больных нельзя обнаружить определенного объекта мысли. Так, больной называет ряд понятий, но в его высказывании нет смыслового объекта, нет логического подлежащего.

В-третьих, больные не заинтересованы во внимании, они не выражают в своей речи никакого отношения к другим людям. «Разорванная» речь этих больных лишена основных, характерных для человеческой речи признаков, она не является ни орудием мысли, ни средством общения с другими людьми. Эта особенность речи больных — отсутствие функции общения — в сочетании с ее другой особенностью — непонятностью для окружающих — делают ее схожей с так называемой эгоцентрической речью ребенка (Зейгарник Б. В., 1973).

Помимо разноплановости и резонерства описываются и другие проявления нарушения личностного компонента мышления.

Витиеватость — слишком пространные рассуждения, излишние для понимания излагаемой мысли.

Соскальзывание (непоследовательность мышления) — внешне немотивированные, неожиданные эпизодические переходы от одного содержания к другому по случайной ассоциации или несущественному для конечной цели рассуждения признаку. После соскальзывания больной способен продолжить последовательность основного рассуждения. При этом не наблюдается ускорения темпа мышления, мысль между соскальзываниями сохраняется.

Аморфность — нечеткое использование понятий (непонятно, о чем

говорит больной).

Разорванность — отсутствие связей между отдельными умозаключениями.

В литературе выделяют два вида разорванности — логическую и грамматическую. При логической разорванности нет логической связи между отдельными компонентами мысли. При грамматической разорванности речь превращается в набор отдельных, не связанных между собой слов (шизофазия). Это явление описывается под названием «словесной крошки».

Актуализация латентных свойств. Для человека, отмечают П. И. Сидоров и А. В. Парняков (2000), значимым и существенным всегда является то, что приобрело для него личностный смысл. Конечно, сильные эмоции могут подействовать и на здорового человека, привести к тому, что предметы и их свойства начнут ему казаться в каком-то измененном виде. Однако в экспериментальной ситуации, как бы ни была она значима для человека, объекты воспринимаются в контексте их наиболее существенных признаков. При всех индивидуальных различиях здоровый человек классифицирует объекты по их родовым признакам, узнавая в ложке прежде всего предмет посуды, а не объект, который движется ко рту. Ботинок для него — прежде всего обувь, а не предмет, который «оставляет след». Признаки предметов, на основании чего проводится классификация, для психически здорового человека носят Устойчивый характер. Эта устойчивость объективного значения вещей часто нарушается у больных шизофренией, что в экспериментальной ситуации проявляется в актуализации латентных, то есть скрытых, неявных (понятных и интересных лишь самому больному), признаков и свойств предметов. Так, больной шизофренией из группы предметов: письмо, радио, телефон и балалайка — исключает письмо, «потому что все остальное звенит». В одну группу он объединяет фуражку, пистолет и зонтик, «потому что это все — защита»; в другую — портфель, чемодан и книгу, так как «в книгу мы кладем свои размышления».

Нарушение динамики мыслительной деятельности. Использование обобщенных способов решения задач, актуализация адекватных знаний о предметах требуют не только сохранности интеллектуальных операций, но и динамики мышления. Нарушения динамики мыслительной деятельности

проявляются в инертности (вязкости) или в лабильности мышления как психического процесса.

Прежде всего, существует такое изменение динамики мышления, как нарушение его темпа. Нарушение темпа мышления — это ускорение и замедление мышления. При этом под *ускорением* понимается увеличение количества ассоциаций в единицу времени, которое сопровождается поверхностностью, малодоказательностью возникающих идей. Ускорение мышления может достигать степени скачки идей с непрерывной сменой тематики речи в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения. *Замедление* мышления — уменьшение числа ассоциаций в единицу времени.

Лабильность мышления. Характерная особенность этого нарушения — неустойчивость способа выполнения задания. Этот феномен заключается в быстрой смене темпа: сначала резкое ускорение сменяется резким замедлением. Мысли и представления так быстро сменяют друг друга, что больные иногда не успевают регистрировать их в своей речи. Они не заканчивают одну мысль, как уже переходят к другой. Уровень обобщения у них в основном при этом не снижен; больные правильно обобщают материал; операции сравнения, переноса не нарушены. Однако адекватный характер суждений больных не может считаться устойчивым. Вследствие повышенной отвлекаемости они в большинстве случаев становятся малопродуктивными; в ряде случаев происходит чередование обобщенных и конкретно-ситуативных решений. Логические связи могут подменяться случайными сочетаниями.

При выполнении задания «Классификация предметов» больные легко усваивают инструкцию, применяют способ, адекватный условиям решения, начинают раскладывать карточки по обобщенному признаку, но через некоторое время оставляют правильный путь решения. Достигая в отдельных случаях высокого уровня обобщения, больные эпизодически сбиваются на путь неправильных, случайных сочетаний. Эти колебания были различными.

- Очень часто наблюдались чередования обобщенных и конкретно-ситуативных сочетаний. Выполнение заданий на уровне обобщенных решений не являлось модусом работы больных.

- Ошибки больных состояли также в том, что логические связи подменялись случайными сочетаниями. Так, правильное выполнение задания «Классификация предметов» нарушалось тем, что больные объединяли объекты в одну группу лишь потому, что карточки оказались рядом. Они нередко замечали свои ошибки и исправляли их.
- Ошибочные решения больных проявляются в образовании одноименных групп: больные часто объединяют предметы по правильному общему признаку, но тут же начинают создавать аналогичную по смыслу группу. Так, например, больной мог составить группу людей, в которую входили врач, ребенок, уборщица, а также еще одну группу, куда входили моряк, лыжник и т. п.

Нарушение динамики мышления, выразившееся в чередовании адекватных и неадекватных решений, не приводило к значительным изменениям строения мышления. Оно лишь на какой-то отрезок времени искажало правильный ход суждений больных и, очевидно, являлось замедлением их умственной работоспособности.

В некоторых же случаях нарушение динамики мышления носило более стойкий характер: изменялось строение мышления. Лабильность мышления наблюдается у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни.

Маниакальное состояние больных характеризуется повышенным настроением и хорошим самочувствием, психомоторным возбуждением. Они непрерывно громко говорят, смеются, шутят, сопровождая свою речь экспрессивной жестикуляцией и мимикой. Они чрезвычайно отвлекаемы. Каждое новое впечатление, сказанное слово, воспринятый предмет направляют их мысли и представления, которые так быстро сменяют друг друга, что больные не могут регистрировать их в своей речи. Они не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой; иногда они выкрикивают лишь отдельные слова. Характерно, что, несмотря на чрезвычайную отвлекаемость и разбросанность мышления, больные в маниакальном состоянии живо наблюдают за происходящим вокруг,

часто поражая своей сообразительностью и тонкостью отдельных замечаний.

Экспериментировать с больными в маниакальном состоянии, как правило, трудно из-за их резко выраженной отвлекаемости, исключающей фиксацию на экспериментальной ситуации. Экспериментальному исследованию поддаются только больные, находящиеся в разных степенях гипоманиакального состояния, при котором можно отметить некоторые патологические изменения их мыслительной деятельности.

Осмысление ситуации, возможность анализа и синтеза у этих больных часто не нарушены, однако выполнение любого экспериментального задания не вызывает определенной стратегии их мышления. Больные не задумываются над вопросом, адресованным им, не вникают в смысл задания. Они импульсивно приступают к выполнению. На вопрос, в чем общность и различие понятий «стол» и «стул», один из больных отвечает: «У них общее то, что у стола и у стула четыре ножки, а разница — у стула спинка есть, у стола — нет». При складывании картинок в последовательном порядке больные такого типа, осмыслив сюжет, раскладывают их в любом порядке.

Возникающие ассоциации носят хаотический характер и не оттормаживаются. Отдельные слова вызывают новые ассоциации, которые больные тут же высказывают; любое возникающее представление, любое эмоциональное переживание получают свое отражение в речи больных. Больные сосредоточиваются на экспериментальном задании лишь на короткие промежутки времени. Понимая смысл пословицы, они не могут ее объяснить. Нередко какое-нибудь слово пословицы вызывает «цепочку» ассоциаций; иногда больные, не объяснив пословицы, приводят подходящий пример из своей жизни; последний напоминает им еще что-нибудь сходное, и мысль больных протекает в случайном направлении. Например, больной в гипоманиакальном состоянии объяснил пословицу «Не все то золото, что блестит» следующим образом: «Золото — это прекрасные золотые часы подарил мне брат, он у меня очень хороший. Когда мы вместе учились, мы ссорились, но потом жили мирно. Брат очень любил театр, мы видели с ним пьесу...» и т. д. Хаотичный характер ассоциаций помешал правильному объяснению пословицы, слово «золото» сразу привело к целой

цепочке воспоминаний. Но возможны и другие варианты, когда больные в своем объяснении опускают какое-нибудь звено. Так, например, одна больная сразу поняла смысл этой пословицы и в качестве примера, как потом удалось выяснить, хотела привести случай, когда яблоко, на вид хорошее, внутри оказалось с червоточиной. Однако она этого случая не рассказала, а сразу начала говорить так: «Яблоки, конечно, бывают червивые. Вот, например, бывают такие сорта яблок, когда этого не подумаешь... У нашей соседки мичуринские яблоки. Конечно, развитие мичуринского учения имеет большое значение...» Далее следовали разные воспоминания о знакомых мичуринцах и т.д. Точно так же больной в гипоманиакальном состоянии, выделив группу людей, то есть выполняя задание на уровне правильных обобщений, вдруг, увидев картинку «кузнец», стал декламировать: «Мы — кузнецы, и друг нам — молот... Люблю... старые революционные песни... песня — наш друг. А есть здесь, среди них, карточки, напоминающие песню, искусство вообще? Да, картинки неважно нарисованы — кто вам их рисовал, художник? От слова „худо“». Больной смеется, держит в руках картинку и не выполняет задания. Когда экспериментатор просит его обратиться к заданию, напоминая, что надо найти принцип классификации, больной замечает: «Да, я хотел людей отделить от животных», — и продолжает раскладывать картинки по обобщенному признаку

Больному был доступен смысл задания, но любое слово, произнесенное им самим или экспериментатором, отвлекало направленность мысли больного и уводило его непосредственно от задания. Неадекватным оказывалось само течение умственной деятельности. При направляющей помощи экспериментатора интеллектуальная продукция больного могла быть даже адекватной поставленной цели (в конце концов он правильно рассортировывал карточки или определял понятия), но весь ход суждений, который самостоятельно выбирал больной, был неустойчивым.

Неустойчивость способов выполнения работы достигает у некоторых больных чрезвычайно утрированной формы — *повышенной «откликаемости»*. Они не только не в состоянии удерживать ход своих суждений в установленном

ранее направлении, но и начинают реагировать на любой раздражитель, им не адресованный. Так, услышав, как другой больной говорит, что сегодня ему на завтрак дали колбасу, больной, передававший рассказ о том, как галка, перекрасившись, полетела в голубятню, говорит: «И голуби ее угостили колбасой».

С особой отчетливостью феномен «откликаемости» обнаружился в ассоциативном эксперименте. В качестве ответных реакций часто произносились названия предметов, находившихся перед глазами больных («вплетения»). При предъявлении слова «пение» больной отвечает словом «стол», на слово «колесо» — словом «очки» и т.д. Подобная тенденция называть находящиеся перед глазами предметы наблюдалась иногда и у больных других групп, однако было достаточно указания экспериментатора, чтобы больные начинали правильно выполнять инструкцию. У наших же больных указание лишь на короткое время вызывало правильные реакции; через некоторое время больные опять называли предметы, попадавшие в поле их зрения (Зейгарник Б. В., 1973).

Инертность мышления. Антиподом описанного нарушения является тип нарушений мыслительного процесса, основу которого составляет инертность связей прошлого опыта. В этом случае больные не могут отказаться от избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой. Происходит нарушение подвижности мышления, которое описывается как тугоподвижность мышления, торпидность, ригидность, инертность. При этом, как правило, отмечаются такие особенности, как склонность к детализации, обстоятельность, вязкость. Конкретные связи прошлого опыта доминируют. Наиболее часто инертность мыслительных процессов отмечается При эпилепсии.

Детализация — постоянное вовлечение в мыслительный процесс второстепенных, несущественных подробностей (нарушение экономичности мышления). Обстоятельность — выраженная детализация, сочетающаяся с систематическим застреванием на побочных ассоциациях при последующем возвращении к основной мысли (лабиринтное мышление). Вязкость — крайняя степень обстоятельности, при которой детализация так искажает основную мысль,

что делает ее непонятной. Теряется способность удерживать центральную линию разговора, трудно вернуться к теме беседы. В экспериментально-психологическом исследовании отмечается сохранность обобщений, однако ошибки возникают при переключении на новый способ решения задачи (Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И., 2003).

Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией, иногда — у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости.

Такие больные иногда в состоянии работать, но делают это с частыми срывами, теряют прежнюю квалификацию и выполняют работу, не требующую приобретения и использования новых знаний. В психоневрологическую больницу они поступают в связи с декомпенсацией состояния. В историях болезни отмечается, что больные принимают участие в трудовых процессах, читают газеты, часто проявляют интерес к жизни отделения; вместе с тем качество их умственной продукции невысоко, темп работы замедлен.

При экспериментально-психологическом обследовании обнаружены замедленность, тугоподвижность их интеллектуальных процессов. Даже в тех случаях, когда больные могут обобщить материал (выделить основной признак в опыте на классификацию предметов, понять условность инструкции), они допускают ошибочные решения, если им необходимо переключиться на новый способ решения задачи. Изменение условий затрудняет их работу.

Эта тугоподвижность мыслительного процесса приводит в конечном счете к тому, что больные не справляются даже с элементарными заданиями, если требуется переключение. Так, например, один больной в опыте, где ему надо было опосредовать свой процесс запоминания и воспроизведения слов с помощью рисунка (составление пиктограмм), сразу придумывал условные обозначения для опосредования слов, если мог нарисовать человека, и не мог этого сделать, если ему казалось неудобным рисовать человека. Решение задачи доступно больным, если оно выполняется только одним определенным способом.

Подобная инертность связей прежнего опыта, в которой проявляется нарушение динамики мыслительной деятельности, приводила к снижению

операций обобщения и отвлечения. Выполняя задачу «Классификация объектов», больные не объединяют в одну группу диких и домашних животных, так как каждое животное расценивается ими как единичный экземпляр. В результате само задание классификации не выполняется далее на конкретном уровне. Процесс сортировки, классификации, требующий отторжения одних элементов, сопоставления с другими, то есть известной гибкости оперирования, переключения, для них труден. Так, один больной, выделив группу людей, разделяет ее на две подгруппы: людей, занятых физическим трудом, и людей, занятых умственным трудом (к последним относит и лыжника).

Экспериментатор предлагает объединить некоторые группы, например, домашних и диких животных, людей разных профессий. Больной соглашается, начинает заново сортировать картинки, но в итоге приходит к прежнему способу, отстаивает его.

Такая же трудность переключения обнаруживается и в эксперименте по методу «Исключение объектов». Так, больной при предъявлении карточки, на которой изображены стол, стул, диван и настольная лампа, заявляет: «Конечно, все это — мебель, это точно, а лампа — не мебель. Но ведь на столе должна стоять лампа, если дело происходит вечером или хотя бы в сумерки... Ну а зимой рано темнеет, а тогда лучше удалить диван... Ежели есть стул, можно без дивана обойтись». На замечание экспериментатора: «Ведь вы же сказали сами, что лампа не мебель», — больной отвечает: «Конечно, правильно, надо выделить мебель, но лампа-то настольная, она на столе стоит. Я бы предложил выделить диванчик». Несмотря на то что сам больной не только понял, но и указал на принцип обобщения (мебель), он в реальном действии — сортировке предметов — снова и снова возвращается к выделенному им свойству: «Лампа настольная, она должна стоять на столе». Больной не может отказаться от принятого им решения.

Конкретные связи прежнего опыта инертно доминируют в мыслительной деятельности больных и определяют весь дальнейший ход их суждений.

Из-за подобной инертности связей прежнего опыта больные часто не упускают при выполнении задания ни одной детали, ни одного свойства предметов и в результате не приходят даже к элементарному обобщению. Из-за

этого стремления к уточнению, из желания исчерпать при решении какого-нибудь вопроса все многообразие фактических отношений и возникает то своеобразное эпилептическое «резонерство», проявляющееся в обстоятельности, излишней детализации, которое метафорически обозначается в клинике как «вязкость» мышления.

Особенно часто обнаруживается подобная инертность связей прежнего опыта при выполнении задания, которое требует более развернутого объяснения при определении понятий (Зейгарник Б. В., 1973).

Нарушение процесса саморегуляции познавательной деятельности. Нарушения саморегуляции играют особо важную роль в осуществлении познавательной деятельности. Эти нарушения выражаются в невозможности целенаправленной организации своих мыслительных действий. Некоторые формы нарушения мышления невозможно объяснить без привлечения представлений о саморегуляции: они должны рассматриваться как проявления нарушения осознания и подконтрольности своих мыслительных действий. Подобные формы нарушения познавательных процессов не затрагивают осуществления логических операций: больным могут оказаться доступными некоторые задания, требующие развитого абстрактного мышления. Однако в условиях необходимости организации своих действий (в ситуациях неопределенности, выбора, затруднения, конфликта) эти больные оказываются не способными к осуществлению целенаправленной деятельности. Например, такие нарушения динамики мышления, как расплывчатость, нецеленаправленность, по сути, являются выражением дезорганизации мышления.

На материале решения задач на соображение больными шизофренией (вялотекущей формы) А. Б. Холмгоровой показано, что у больных происходит ослабление процесса саморегуляции мышления, выражающееся в нарушении конструктивной и мобилизующей функций при относительной сохранности контрольной и активизации защитной функций. Больные способны к контролю своих действий в условиях сформированности эталона действия. Но при необходимости самостоятельной выработки нового способа действия и перестройки прежнего у больных не происходит осознания неадекватности своих

действий, и, по существу, перестройки не происходит. В ситуациях затруднения активизируются защитные формы поведения: уход из ситуации под различными предлогами, отказ от продолжения решения наступают значительно быстрее, чем в норме. Снижение осознанности мыслительных действий, отсутствие направленности на разрешение содержательного затруднения отрицательно влияют на общую продуктивность мыслительной деятельности.

В исследовании Холмогоровой было также показано, что у больных шизофренией нарушается один из важнейших механизмов саморегуляции, основа децентрации и самоанализа — способность к смене позиции, отчуждению и объективации своих действий. Так, при определении понятий с инструкцией на понятность другому человеку (так, чтобы другой человек мог однозначно догадаться, о чем именно идет речь) больные часто оказывались не в состоянии представить себя в позиции отгадывающего, адекватно использовать культурный опыт. В то же время здоровые испытуемые использовали признаки, названные Холмогоровой «культурными метками», например, яблоко — плод, упавший на голову Ньютона, и т.д. Определения больных были размытыми, не позволяли догадаться, о каком предмете идет речь; здоровые же испытуемые направленно искали признаки, обладающие достаточно дифференцирующей силой.

Подобные нарушения саморегуляции связаны с нарушениями мотивационно-потребностной сферы. Анализ специфики стабильных изменений личности при шизофрении в сопоставлении с данными экспериментально-психологического исследования привел автора к выводу, что существенным фактором нарушения саморегуляции у больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики является так называемая «установка на самоограничение». Последняя выражается в направленности на ограничение контактов и сфер деятельности, предпочтении действовать сложившимися, легко актуализирующимися способами, на избегании трудностей и интеллектуального напряжения.

Полученные данные позволяют объяснить отмечаемый многими исследователями факт, что наибольшая выраженность нарушения — или буквально следовать заданной цели, или переходить к произвольному

целеобразованию. Об этом свидетельствует и исследование А.П. Корнилова, где показаны различия в нарушении формирования конечных и промежуточных целей при решении мыслительных задач: если у больных шизофренией снижена побудительность целей, то у больных эпилепсией нарушен регулятивный аспект целеобразования.

В исследовании показано, что нарушения целеобразования в мыслительной деятельности обеих нозологических групп носят динамический характер и зависят от общей иерархии целей, стоящих перед испытуемыми. В этих нарушениях отражены складывающиеся актуально в процессе решения взаимоотношения между направленностью, побудительностью и произвольностью конечных целей.

Установлено также, что при развертывании целеобразования в условиях заданного предметного плана решения выявляются такие особенности мыслительной деятельности, как нарушения побудительного и регулятивного аспектов целеобразования; при незаданности же предметного содержания целей в условиях их произвольного выдвижения проявляются характерные нарушения мышления: актуализация латентных, необычных свойств предметов, абстрактность построений — у больных шизофренией, конкретность, детализация, ригидность мышления — у больных эпилепсией (Зейгарник Б. В., 1973).

Клиническая классификация нарушений мышления

Существуют классификации расстройств мышления, разработанные психиатрами, которые приносили в свои описания клинические термины и представления. Подобные классификации, отличаясь образностью и наглядностью, часто не раскрывали в полной мере тех глубинных психологических механизмов, которые определяют сущность тех или иных нарушений мышления. Тем не менее они могут быть полезны психологу, дополняют его психологические понятия и представления клиническими, определенный дефицит которых, как правило, является наиболее уязвимым местом клинического психолога. Н. Е. Бачериков (1989) в своей классификации выделяет четыре основных вида

мыслительных расстройств.

- Нарушения смыслового содержания и образования понятий (псевдопонятия, «уплотнение» понятий и неологизмы).
- Нарушения по темпу течения ассоциаций:
 - ускорение мышления вплоть до скачки идей;
 - замедление мышления вплоть до его остановки;
 - застревание мыслей с их повторяемостью (итерация, вербигерация, идеаторная стереотипия);
 - деавтоматизация течения мыслей с произвольными наплывами, с чувством навязчивости, насильственности и отчуждения.
- Нарушения мышления по связности ассоциаций:
 - патологическая обстоятельность (детализация);
 - резонерство;
 - паралогичность;
 - разорванность;
 - бессвязность.
- Нарушения мышления по адекватности содержания ассоциаций реальности:
 - навязчивые идеи;
 - сверхценные идеи;
 - паранойяльные и параноидные идеи;
 - бредовые (первичные и вторичные) и парафренические идеи.

Автор выделяет также виды бреда по содержанию, происхождению и по стадии развития.

Нарушения смыслового содержания и образования понятий проявляются в виде псевдопонятий — ложных понятий, создаваемых на основе случайных, несущественных признаков; «уплотнения» понятий — необычного объединения, слияния двух понятий в одно; неологизмов — образования новых, необычных понятий. В основе псевдопонятий, по мнению автора, лежит расстройство механизма словесного кодирования, формирующегося под влиянием

определенного мотива, что проявляется в необычном звуко- и словосочетании. Это несколько напоминает афазию, отмечает Бачериков, или, скорее, парафазию, но при полном отсутствии критической позиции больного. Афазия — системное нарушение речи, возникающее в результате поражения центрального речевого механизма, расстройство управления речевым процессом (произношения слов, образования словосочетаний) и понимания чужой речи при отсутствии поражения речевого аппарата и органа слуха.

У больных с неологизмами и псевдопонятиями, замечает Бачериков, имеется какой-то мотив, но нарушены превращение его в мысль и словесное обозначение, нарушена связь между замыслом, также болезненно измененным, и словесным выражением. Неологизм у них — это не случайное неуместное слово, а необычное словесное выражение необычно сформированного замысла (мысли).

Патологическое ускорение мышления характеризуется не только усилением темпа, но и поверхностностью ассоциаций, снижением или отсутствием критичности, а скачка идей — нарушением связности мыслей, даже потерей грамматического строя речи. При **патологическом замедлении мышления** страдают глубина, четкость и скорость мыслительных процессов, они временами настолько обедняются, что больной говорит об отсутствии сообразительности, понимания своего положения в окружающей действительности, о пустоте в голове. При ускорении и замедлении мышления нарушаются процессы отвлечения, обобщения и конкретизации: в первом случае они приобретают патологически поверхностный, произвольный, хаотический характер, во втором — резко подавляются, вплоть до полного угнетения. Ускорение мышления выражается в ускорении, бессвязности речи, речевой спутанности, «словесной крошке», логорее, а замедление — в бедности речевой продукции (олигофазии), отсутствии речи (алалии).

В клинической практике нередко наблюдаются феномены ускорения и замедления мышления с чувством навязанности мыслей извне, насильственности и отчуждения или, наоборот, насильственной остановки, отнятия их. Такие явления многие авторы относят к деперсонализации (идеаторный вариант). Непроизвольный наплыв мыслей, идей, образов и воспоминаний обозначают как

ментизм, а внезапную остановку мыслей — как шперрунг. Этим симптомам психического (идеаторного) автоматизма придается важное диагностическое значение, так как они входят в структуру синдрома психического автоматизма Кандинского — Клерамбо и наиболее часто встречаются при шизофрении.

Застревание мыслей (персеверация, стереотипия) выражается в возвращении к одной и той же мысли, касающейся конкретного события (идеаторная стереотипия), к одному и тому же элементу мысли, что в речи проявляется в виде вербигерации (стереотипного повторения слова, словосочетания или бессмысленного выражения) или итерации (стереотипного, многократного повторения слова, выражения или действия).

К застреванию мыслей можно отнести навязчивое мудрствование (навязчивые одностипные мысли, сомнения в правильности общепризнанных истин) и «умственную жвачку» (бесплодные, оторванные от действительности, абстрактные рассуждения). Здесь нет не только продвижения мысли к конкретной цели, но и стремления к ее реализации. Феномен застревания мыслей возникает в результате нарушения саморазвития мысли от замысла до ее окончательного формирования, а также из-за утраты мысли с ее мотивом, с вызвавшей замысел потребностью.

Патологическая обстоятельность (детализация) характеризуется замедлением мышления, затруднением перехода от одной мысли к другой, застреванием на деталях, вязкостью и потерей конечной цели; резонерское мышление (резонерство) — пустными, бесплодными рассуждениями, не вытекающими из реальных фактов, подменой реальных данных словесными ссылками (бесплодное мудрствование); паралогическое мышление (паралогичность) — явно нелогичными, необоснованными заключениями и выводами, не соответствующими реальным фактам и не вытекающими из предпосылок и доказательств; разорванное мышление (разорванность) — нарушением связи между понятиями и представлениями, суждениями и умозаключениями, отдельными частями мыслей, в результате чего речь теряет смысл при сохранности грамматического строя; бессвязное мышление (бессвязность) — хаотичностью ассоциаций с отсутствием даже грамматических

связей.

Кроме перечисленных видов расстройств мышления, отмечает Бачериков, выделяют еще символическое мышление (символичность) — использование для выведения заключения второстепенных, отдаленных, случайных и странных ассоциаций; аутистическое мышление (аутистичность) — оторванное от реальной действительности мышление, при котором страдает адекватность анализа и синтеза объективной реальности.

В пограничной психиатрии, пишет автор, существенное значение имеют навязчивые и сверхценные идеи, связанные с реальной действительностью, но занимающие в мыслях больного неадекватное положение.

Навязчивые мысли (обсессии) определяются как непроизвольно возникающие мысли и представления, чуждые содержанию сознания в данный момент, сопровождающиеся критическим отношением к ним, пониманием их болезненности и чуждости, стремлением к избавлению от них. Навязчивые мысли обычно сочетается с навязчивыми страхами (фобиями), влечениями, действиями и чувством вины, в совокупности образующими синдром навязчивости. Навязчивые мысли и сомнения разнообразны по содержанию: они возникают относительно завершенности какого-либо дела, правильности выполнения задания или ответа кому-либо, моральной стороны поступка, внешности или оценки. Их появлению способствуют тревожно-мнительный характер и наличие такой ситуации, в которой предполагается возможность ошибки. Иногда навязчивые мысли и представления носят контрастный, противоположный убеждениям больного характер.

Некоторые авторы выделяют насильственные (ком-пульсивные) мысли и влечения, возникающие внезапно, противоположные установкам личности и нереализуемые. Например, при виде ножа возникает мысль ударить им кого-то, при виде движущегося транспорта — броситься под него, находясь на высоте — спрыгнуть вниз. Нелепость подобных мыслей и влечений осознается.

Навязчивые мысли, представления и воспоминания могут наблюдаться у здоровых людей после неприятностей, конфликтов и в случаях неопределенности исхода трудной ситуации, однако они кратковременные переживаются как

естественное явление и после разрешения конфликта исчезают.

Сверхценные идеи — это убеждения и умозаключения, возникающие в результате реальных жизненных обстоятельств, психологически понятные, но занявшие в сознании человека неадекватное их реальному значению преобладающее положение. Для них характерны отсутствие критики, недостаточность коррекции, особенно на высоте аффективного напряжения, появление в связи с ущемлением жизненно важных интересов у лиц со склонностью к повышенной самооценке. Наиболее часто встречаются сверхценные идеи ревности, ущемления каких-то прав. Предрасполагающими факторами для сверхценных идей служат эгоцентрическая установка личности, недостаточность адекватных социальных контактов, а также астенизация болезнью.

Паранойяльные, параноидные и парафренические идеи относятся к разряду бредовых идей (брёда), то есть ложных умозаключений и суждений, не соответствующих реальной действительности, возникающих на болезненной основе, недоступных критике и коррекции. К клиническим критериям брёда относятся также несоответствие его содержания действительности, непоколебимая уверенность в жизненной истинности бредовой продукции, использование для доказательств ложных аргументов и доводов с отрицанием или извращенным толкованием реальных фактов.

Паранойяльный бред систематизированный, чаще монотематический, возникающий как патологическая интерпретация реальных фактов и событий. При этом не обнаруживаются признаков интеллектуально-мнестического снижения. Образованию паранойяльного брёда часто предшествует стадия сверхценных идей, что затрудняет их разграничение. Паранойяльные идеи обычно весьма устойчивы к терапии, могут продолжаться годами, касаться внутрисемейных отношений (паранойяльный бред ревности), отношений с родственниками, соседями и в производственном коллективе. Проявляются в бредовой реформаторской и изобретательской деятельности, кверулянтской активности. Аффективная заряженность, правдоподобие утверждений, способность к временному приспособлению к людям и обстоятельствам, а также

сохранность профессиональных навыков нередко на какое-то время создают у некоторых впечатление правдивости рассказов больного о том, что его преследуют, однако со временем нелепость притязаний и болезненность его поведения становятся очевидными (Бачериков Н. Е., 1989).

- По механизму возникновения выделяют бред: первичный, обусловленный нарушениями мышления в виде бредового осознания, чувства, представления,
- восприятия, убеждения, бредовой интуиции, «озарения», бредовой интерпретации воспоминаний и наблюдений окружающей действительности;
- вторичный, чувственный, возникающий на основе галлюцинаторных, аффективных и других переживаний;
- голотимный (вариант вторичного бреда), появляющийся при эмоциональных расстройствах (например, депрессивный бред — самоуничижения, самообвинения);
- кататимный и сенситивный, вытекающий из волнующих эмоциональных переживаний у повышенно чувствительных и психопатических личностей (бред отношения, преследования);
- катестетический, возникающий на основе ощущений от внутренних органов;
- индуцированный, внушенный другим лицом;
- бред тугоухих.

Все последние варианты относятся к вторичному бреду.

По степени связности и систематизации бредовых высказываний выделяют бредовые синдромы: паранойяльный (систематизированный), параноидный (несистематизированный, обычно в сочетании с галлюцинациями и другими психическими нарушениями) и парафренный (систематизированный бред фантастического содержания в сочетании с галлюцинациями и психическими автоматизмами). Для парафренного синдрома характерны бредовые идеи величия и фантастичность бредовых переживаний.

Бред классифицируют также по стадиям развития:

- бредовое настроение — бредовая убежденность в изменении окружающего, в неизбежности надвигающейся беды;
- бредовое восприятие — бредовое истолкование значения отдельных явлений окружающей действительности в связи с нарастающей тревогой;
- бредовое толкование — бредовое объяснение значения воспринятых явлений;
- кристаллизация бреда — определенная стройность бредовых идей, их законченность и «логическая» последовательность;
- стадия затухания бреда с появлением критического отношения;
- резидуальный (остаточный) бред.

Клинико-психологическая классификация нарушений мышления

Существуют попытки объединения патопсихологических и психопатологических представлений и создания такой целостной систематики расстройств мышления, которая была бы полезной патопсихологу в его непосредственной практической деятельности. Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова (2003) предлагают все нарушения мышления подразделить на две группы — нарушения по форме (формально-логические) и нарушения по содержанию.

- ✓ **Формально-логические расстройства.** М. Перре, У. Бауманн (2002) под формальными расстройствами мышления понимают нарушения дедуктивного мышления, которые выражаются в том, что акты мышления дезорганизованы или формально нелогичны (например, бессвязность мышления, разорванность, ассоциативное мышление, персеверация, склонность к неологизмам), что приводит к ошибочным, искаженным результатам (например, к искаженному представлению о ситуации, нелогичным умозаключениям). Такие расстройства мышления, отмечают авторы, возникают у большинства пациентов с шизофренией, а также при тяжелых формах умственной отсталости. Авторы считают что мыслительная дезорганизация возникает также «после чрезвычайных, потрясающих сознание человека происшествий во внешнем мире (и

вызывающих, например, кратковременные психотические расстройства, посттравматические стрессовые расстройства, острые стрессовые расстройства). При этом могут возникнуть бессвязность мышления и ослабление ассоциаций, которые какое-то время напоминают аналогичные явления при шизофрении».

Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова (2003) предлагают следующую классификацию формальных нарушений мышления.

✓ *По темпу:*

- ускорение мышления и речи; при крайней степени выраженности могут отмечаться «скачка идей» и речевое недержание в виде логореи;
- замедление мышления и речи (в речи отмечаются явления брадифазии).

✓ *По стройности:*

- разорванность (нет логической связи между мыслями и предложениями, страдает смысловая сторона мышления при сохранении грамматической; иными словами, бессмыслица облечена в грамматически правильную форму);
- бессвязность (нет связи между словами, страдает как логическая, так и грамматическая связь);
- инкогерентность (нет связи между слогами в произносимых словах, в речи могут присутствовать неологизмы);
- вербигерация (стереотипное повторение отдельных слов или словосочетаний);
- паралогическое мышление (умозаключение строится вразрез с логикой);
- перерывы в мышлении (шперрунги), «закупорка мыслей».

Практически все виды нарушения стройности мышления и речи, отмечают авторы, встречаются при шизофрении. Грубые расстройства по типу бессвязности, вербигераций наблюдаются при тяжелых соматических и неврологических заболеваниях с нарушением сознания.

✓ *По целенаправленности:*

- резонерство («бесплодное мудрствование», или рассуждения на отвлеченные темы, лишённые цели и смысла);

- аутистическое мышление (одностороннее, оторванное от реальности, захватывающее лишь внутренний мир больного);
- символическое мышление (выводы строятся на основании случайных ассоциаций, либо отдельным мыслям и словам придается малопонятный или непонятный для окружающих, особый смысл);
- разноплановость (суждения и умозаключения формируются на основании разных принципов);
- неологизмы — использование в речи необычных, странных слов или особого шифра;
- персеверации (затруднено образование новых ассоциаций, отмечается застревание на одной ассоциации — первоначально правильный ответ на вопрос повторяется в новых обстоятельствах и становится бессмысленным);
- вязкость мышления (трудности переключения с одной темы на другую) и обстоятельность мышления (неспособность отделять главное от второстепенного).

Резонерство, разноплановость, аутистическое и символическое мышление, по мнению создателей классификации, характерны для больных шизофренией. Обстоятельность, вязкость мышления наиболее часто встречаются у больных эпилепсией, а также у больных с органическими заболеваниями головного мозга, сопровождающимися явлениями выраженной энцефалопатии (посттравматической, сосудистой, интоксикационной).

Продуктивные расстройства (расстройства по содержанию).

Содержательные расстройства мышления, отмечают М. Перре, У. Бауманн (2002), касаются, прежде всего, индуктивного мышления (обобщения конкретного опыта). Они возникают из-за того, что мысль исходит из ложных посылок, человек переоценивает одни и недооценивает другие доводы и поэтому приходит к ложным умозаключениям. Следовательно, нарушается способность категоризации и достоверного объяснения событий окружающей действительности. В случае психических заболеваний окружающий мир воспринимается причудливым и необычным (в виде галлюцинаций или бредовых

явлений). Эти содержательные расстройства мышления присущи прежде всего больным шизофренией, деменцией, пациентам с органическими заболеваниями головного мозга, большой депрессией и кратковременным психотическим расстройством.

К содержательным расстройствам мышления, по мнению Н. Д. Лакосиной, И. И. Сергеева, О. Ф. Панковой (2003), относятся бредовые, навязчивые и сверхценные идеи.

Бредовая идея — идея, возникшая на патологической основе, не соответствующая действительности или ее искажающая; она полностью овладевает сознанием, определяет поведение и не поддается коррекции. Наличие бреда свидетельствует о грубом, болезненном нарушении психики, требующем психиатрической помощи, так как больные не критичны к своим суждениям и поступкам и их поведение может представлять опасность для окружающих или самих себя.

Навязчивая идея — идея, возникающая у человека непроизвольно, сопровождающаяся переживанием чуждости и желанием избавиться от нее при сохранности критики.

Сверхценная идея — идея, возникающая в связи с реальными событиями, которые в сознании человека приобретают чрезмерное значение, связаны с его личностью, эмоционально переживаются, с недостаточной критичностью к собственным высказываниям и поведению. Сверхценная идея отличается от навязчивой отсутствием критики и тесной связью с личностью больного, от бредовой — наличием реальной основы, психологической понятности, отсутствием изменений личности и мировоззрения.

Нарушения интеллекта

Интеллект — относительно устойчивая структура умственных способностей индивида (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998). Интеллект — интегративная функция психики, заключающая в себе все познавательные способности человека (Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф., 2003). В ряде психологических концепций интеллект отождествляют с системой

умственных операций, со стилем и стратегией решения проблем, с эффективностью индивидуального подхода к ситуации, требующей познавательной активности, с когнитивным стилем и т. д. В настоящее время широко распространенной является трактовка интеллекта как способности справляться с соответствующими заданиями, эффективно включаться в социальную жизнь, успешно приспосабливаться к изменяющимся условиям существования. С этой точки зрения интеллект определяется как способность решать новые задачи на основе прошлого опыта.

Интеллект нельзя считать простой суммой всех когнитивных процессов человека. Это — целостное образование, на формирование и функционирование которого оказывают влияние и эмоционально-волевые процессы, состояния и свойства личности, и такие личностные системы, как направленность, мотивация, характер. Практически интеллект оценивают по способности человека приобретать новые знания, умения, навыки, проникая в сущность явлений и устанавливая причинно-следственные отношения, планируя и предвосхищая ход событий.

Основными психологическими предпосылками интеллекта являются память и внимание. При высоком интеллекте, как правило, выявляются высокие показатели и по всем основным характеристикам внимания и памяти. Напротив, при интеллектуальном снижении память и внимание обычно страдают. Биологическими предпосылками интеллекта являются психические задатки, обусловленные генетическими факторами, а также врожденными анатомо-физиологическими особенностями мозга. Реализация их происходит в социальной среде благодаря процессу обучения.

В структуре интеллекта выделяют три вида мыслительных процессов (по Р. Стернбергу):

- вербальный интеллект (запас слов, умение понимать прочитанное, эрудиция и т. д.);
- способность решать проблемы;
- практический интеллект (умение адаптироваться к окружающей обстановке и добиваться поставленных целей).

Изменения интеллекта в клинической практике

Интеллектуальная недостаточность может быть врожденной и обусловленной причинами, действующими в первые три года жизни ребенка. В этих случаях она квалифицируется как стойкая задержка умственного развития, или умственная отсталость (олигофрения).

Олигофрения — стационарное состояние; углубление симптомов врожденного слабоумия происходит лишь под влиянием дополнительных причин (черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, токсикомания и т.п.)

Возникающая в более старшем возрасте утрата умственных способностей с грубым снижением интеллекта обозначается понятием «деменция».

Деменцией называют глубокое обеднение всей психической деятельности, и в первую очередь интеллекта, эмоционально-волевой сферы и индивидуальных личностных особенностей с одновременным ухудшением (вплоть до полной утраты) способности к приобретению новых знаний, их практическому использованию, приспособления к окружающему. Обеднение интеллектуальной деятельности проявляется частичной или полной неспособностью перерабатывать и систематизировать получаемые представления, образовывать понятия и суждения, делать выводы и умозаключения, приобретать новые знания. Использование прошлых знаний, прошлого опыта затрудняется или становится невозможным. Остаются сохранными в той или иной степени лишь отдельные привычные, ставшие шаблоном суждения и действия. Снижается уровень психической активности, в том числе уровень побуждений. В значительной степени страдает критическое отношение к собственному состоянию и окружающему миру. Эмоциональные реакции теряют свои оттенки, беднеют, грубеют и перестают соответствовать реальным обстоятельствам (Морозов Г. В., 1.988).

Основные отличия врожденного и приобретенного слабоумия

(Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф., 2003)

Врожденное слабоумие (олигофрения)	Приобретенное слабоумие (деменция)
Связано с наследственностью или воздействием на мозг вредных факторов во время беременности, родов и в первые три года жизни ребенка	Вызвано перенесенными болезнями или вредностями (травма, инсульт, аноксия) либо текущими заболеваниями
Проявляется недоразвитием интеллекта (познавательных способностей) и психики в целом	Проявляется утратой или снижением приобретенных в прошлом знаний, опыта, нарушениями памяти, способности к обучению
Уровень психического развития ограничен врожденными задатками (бедность словарного запаса, неспособность к абстрактному мышлению, скудость эмоций и др.)	Выявляются остатки имевшихся ранее знаний, большее разнообразие эмоциональных проявлений, относительно богатая лексика, элементы абстрактного мышления
Является стационарным состоянием	Имеется динамика процессов слабоумления – от прогрессирующего до стационарного и регрессирующего
Терапии не поддается, за исключением своевременно выявленных случаев врожденного сифилиса, токсоплазмоза, эндокринопатий (кретинизм, микседема), метаболических нарушений (финилкетонурия)	Возможен эффект от своевременно начатой адекватной терапии, за исключением массивных органических поражений головного мозга, атрофических заболеваний
Необходимы лечебно-воспитательные мероприятия и трудовое обучение в зависимости от уровня умственной отсталости	Необходимы лечебные и реабилитационные мероприятия

Помимо олигофрении нередко встречаются стойкие задержки психического развития в виде психического инфантилизма.

Психический инфантилизм (психическая незрелость) проявляется и интеллектуальной незрелостью. Инфантильные личности не являются слабоумными, но по своему умственному развитию отстают от сверстников. Им свойственны преимущественно наглядно-образное, конкретное, а не абстрактно-логическое мышление, наивность суждений, недостаточная критичность и самокритичность.

Наряду со стойкой задержкой психического развития бывает временное отставание в психическом развитии, включая интеллектуальное. Источниками таких задержек умственного развития являются педагогическая запущенность, хронические соматические заболевания, требующие длительного стационарного лечения (госпитализации). В благоприятных условиях временная (функциональная) задержка психического развития может быть полностью компенсирована.

Приобретенное слабоумие (деменция) может быть тотальным (глобальным) нарушением всех видов психической деятельности, проявляющимся распадом личности и утратой критики к своему состоянию, и парциальным (частичным),

выражающимся в снижении интеллектуальных способностей и памяти при сохранении «ядра» личности и частичной критики к своему состоянию (Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф., 2003).

Тотальное слабоумие возникает при массивном органическом, чаще диффузном, поражении головного мозга. Примерами могут служить паралитическое (при прогрессивном параличе) и псевдопаралитическое слабоумие (при тяжелых токсических и травматических энцефалопатиях), слабоумие при атрофических заболеваниях головного мозга (болезнь Альцгеймера), терминальное марантическое слабоумие при злокачественном атеросклерозе сосудов головного мозга. Тотальное слабоумие сопровождается глубокой нивелировкой личности с утратой так называемого ядра личности, то есть всех основных прежних индивидуальных черт, исчезновением критического отношения ко всему, преобладанием беспечного, безразличного или немотивированно злобного настроения, нередко растормаживанием низших влечений.

Парциальное слабоумие чаще всего развивается при очаговом поражении головного мозга (например, вследствие перенесенного нарушения мозгового кровообращения, после черепно-мозговых травм, нейроинфекций, при опухолях и др.) и связано с нарушениями отдельных функций (памяти, речи, гнозиса, праксиса). Парциальное слабоумие сопровождается той или иной степенью сохранности прежней индивидуальности. При нем практически всегда можно выявить осознание болезни. Преобладающий фон настроения — пониженный или пониженно-слезливый. Нередко наблюдается «недержание аффекта» — возникновение непреодолимых аффективных реакций в форме плача, раздражения, гнева по незначительным поводам. Как правило, больные ориентированы в разной степени по отношению к собственной личности и окружающей обстановке. Темп психических процессов чаще всего замедлен (Морозов Г. В, 1988).

Значительно чаще слабоумия встречается интеллектуальная недостаточность — ослабление интеллектуальных функций, которое не достигает степени слабоумия, но может постепенно нарастать и перейти в слабоумие.

Подобный тип интеллектуальной недостаточности нередко отмечается у престарелых в результате возрастных и сосудистых изменений. Неглубоким ослаблением интеллектуальных функций (временным или стойким) часто сопровождаются тяжелые соматические заболевания вследствие гипоксии мозга, интоксикации, нарушений метаболизма (Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф., 2003).

Нарушения речи

Речь является основным средством человеческого общения. Человеческая речь служит для передачи информации, непосредственно не данной в восприятии. Речь — это совокупность произносимых и воспринимаемых членораздельных звуков, имеющих тот же смысл и то же значение, что и соответствующая им система письменных знаков.

По определению А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского, «речь — сложившаяся исторически в процессе материальной преобразующей деятельности людей форма общения, опосредованная языком. Речь включает процессы порождения и восприятия сообщений для целей общения или (в частном случае) для целей регуляции и контроля собственной деятельности».

Язык — система условных сигналов, имеющих для людей определенное значение. Язык объединяет всех людей, которые им пользуются. При этом речь человека обладает индивидуальным своеобразием. В речи находит свое отражение психология отдельного человека или группы людей, для которых характерны те или иные особенности речи. Язык отражает психологию всего народа, для которого он является родным, причем не только ныне живущих людей, но и тех, которые жили прежде и говорили на этом языке. Язык обладает собственными законами развития и существует относительно независимо от каждого носителя языка.

Виды речи

Речь служит главным образом средством общения. Она выполняет коммуникативную функцию. Специальная разновидность речи — письменная

речь — служит, помимо этого, важнейшим способом хранения и накопления человеческих знаний, фактической и эмоциональной информации. Еще одна разновидность речи — внутренняя речь — неразрывно связана с мышлением и является его основой. Граница между внутренней и «внешней» речью условна. Так, достаточно частым вариантом использования речи в мышлении является «мышление вслух» (Безродная Г. В., Шпике Т. Л., Емельянова Т. В., 2004).

Речь подразделяют также на экспрессивную и им-прессивную. Экспрессивная речь (процесс высказывания—устная или письменная речь) начинается с замысла (план высказывания), затем проходит стадию внутренней речи, которая обладает «свернутым» характером, и наконец переходит в стадию развернутого внешнего высказывания — устного или письменного. Импрессивная речь (процесс понимания речевого высказывания — устного или при чтении) начинается с восприятия сообщения через слух или зрение, затем проходит стадию декодирования (выделения единиц информации) и завершается формированием во внутренней речи схемы сообщения и его понимания (Сидоров П. И., Парняков А. В., 2000).

Таким образом, речь — основное средство общения, средство мышления, носитель сознания и памяти, носитель информации, средство управления поведением других людей и средство регуляции собственного поведения человека.

Основные закономерности понимания устной речи и устного высказывания формируются у ребенка в возрасте до 2-3 лет, в то время как формирование чтения и письма происходит существенно позднее. В речевой функции принимают участие все анализаторы — слуховой, зрительный, кожно-кинестетический, двигательный. Однако наличие общих закономерностей объединяет все виды и формы речи в сложную, но функционально единую систему. При локальных поражениях мозга (преимущественно левого полушария у правшей) нарушения речи распространяются на все формы речевой деятельности.

Расстройства устной речи

Расстройства устной речи могут быть обусловлены нарушениями произносительной стороны речи (фонационного, внешнего, оформления высказывания) и структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания (системное нарушение речи) (Сидоров П. И., Парняков А. В., 2000). Авторы выделяют 6 видов расстройств фонационного оформления речи.

- Дисфония (афония) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.
- Брадилалия (брадифразия) и тахилалия (тахифразия) — патологически замедленный или патологически ускоренный темп речи. Эти расстройства связаны с центрально-обусловленными нарушениями реализации речевой программы (органическими или функциональными по своей природе).
- Заикание — нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Является центрально-обусловленным, имеет органическую или функциональную (логоневроз) природу, возникает чаще в ходе речевого развития ребенка.
- Дислалия (косноязычие) — нарушение звукопроизношения фонем при нормальном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата. Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса «-изм»: ротацизм — дефект в произношении буквы «р», ламбдацизм — «л», мацизм — «г», хитизм — «х», капиацизм — «к», сигматизм — свистящих и шипящих звуков и др.
- Ринолалия (гнусавость) — нарушение тембра голоса и звукопроизношения из-за анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата (расщелины нёба, нарушение резонансных свойств полостей носа и др.).
- Дизартрия (косноязычие) — нарушение произношения без расстройства восприятия речи на слух, чтения и письма,

обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

П. И. Сидоров, А. В. Парняков (2000) описывают следующие расстройства, структурно-семантического (внутреннего) оформления речи:

• **Алалия** (дисфазия, слухонемота) — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. При **моторной алалии** нарушено произношение слов. Родители таких детей характеризуют их как понимающих, но не Желających говорить. При **сенсорной алалии** нарушено внимание речи — ребенок слышит, но не понимает слов. Часто он довольно болтлив (повышенная речевая активность) и слышимые слова проговаривает по нескольку раз, как эхо (эхолалия), но смысла их он не улавливает.

• **Афазия** (утрата речи) — полная или частичная утрата речи (после того как она уже была сформирована), обусловленная локальными поражениями головного мозга в результате травмы головы, нейроинфекции и опухоли мозга. У ребенка в возрасте до трех лет, пока речь его еще не сформирована, диагностика афазии невозможна.

В настоящее время общепринятой в нашей стране является нейропсихологическая классификация афазий А. Р. Лурия, в которой выделяются 7 форм афазий — сенсорная, акустико-мнестическая, оптико-мнестическая, моторная (афферентная и эфферентная), динамическая и семантическая.

Сенсорная афазия связана с поражением задней трети височной извилины левого полушария (у правшей), 41-го первичного и 42-43-го вторичных полей зоны звукового анализатора («зона Вернике»). В ее основе лежит нарушение способности различать звуковой состав слов (утрата фонематического слуха).

Акустико-мнестическая афазия (амнестическая афазия) возникает при поражении средних отделов коры левой височной области (21-го и частично 37-го полей). У больного резко снижается объем слухоречевой памяти — до 3-2 элементов, в силу чего затруднено понимание длинных фраз.

Оптико-мнестическая афазия (оптическая амнезия) возникает при поражении задненижних отделов височной области у правшей (нижних отделов 20-21-го и 37-го полей). Больные не могут назвать показываемые предметы и

пытаются дать им словесное описание (карандаш — «то, чем пишут»). Они не могут нарисовать даже самых простых предметов (стол, дом и др.).

Моторная афазия выражается в затруднениях произношения слов. При поражении нижних отделов теменной области (40-го поля) нарушается возможность появления четких ощущений, поступающих от артикуляционного аппарата, в силу чего возникают затруднения в произношении и различении близких по артикуляции звуков (д, л, н или г, х, к) и (часто), в выполнении различных оральных движений (надуть щеки, облизать губы, высунуть язык) — афферентная моторная афазия. При поражении нижних отделов коры премоторной области (44-го и частично 45-го полей, «зона Брока») при попытке что-то сказать больной произносит лишь нечленораздельные звуки, но окружающих понимает хорошо — моторная эфферентная афазия.

Динамическая афазия связана с поражением областей вблизи от зоны Брока (9,10,46-е поля), что приводит к дефектам формирования внутренней речи. Она проявляется речевой адинамией, самостоятельно больные почти не высказываются, речь очень бедна. При пробе на заданные ассоциации, например, просьбе назвать 7 красных предметов, больные называют 1-2 из них и замолкают.

Семантическая афазия возникает при поражении коры области стыка височных, теменных и затылочной областей слева (37-го и частично 39-го полей). Больные перестают различать грамматические конструкции, отражающие симультанный (одновременный) анализ и синтез явлений, то есть когда для понимания какого-либо выражения требуется одновременное представление нескольких явлений. Они не понимают различий в выражениях «круг над крестом» и «круг под крестом» (предлоги «над», «под», «сверху», «снизу» и др.), «брат отца» и «отец брата» (конструкции родительного падежа), «Ручка длиннее карандаша» и «Карандаш короче ручки» (сравнительные отношения) и др. (Сидоров П. И., Парняков А. В., 2000).

Нарушения письменной речи

Дислексия — частичное специфическое нарушение Процесса чтения. Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв, в трудности понять

слияние букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова, искажению понимания прочитанного. Дислексия встречается у 3 процентов детей начальных классов массовой школы (чаще — у мальчиков). Она объясняется несформированностью (нарушением) высших психических функций, качественной незрелостью головного мозга в его отдельных зонах. Например, при поражении правого полушария наблюдаются трудности при чтении левой части слова, слово прочитывается справа налево.

В зависимости от того, какой из анализаторов первично нарушен, выделяют акустическую, оптическую и моторную формы дислексии. Семантическая дислексия проявляется в нарушении понимания прочитанных слов или текста при технически правильном чтении, а аграмматическая дислексия проявляется у ребенка в трудностях усвоения грамматического строя речи (неправильное согласование в роде, числе и падеже, неправильное употребление окончаний). Тактильная дислексия наблюдается у слепых детей и проявляется в трудностях тактильного опознавания букв азбуки Брайля.

Дисграфия — частичное специфическое нарушение процесса письма. Проявляется в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смешениях или пропусках букв. В случаях полной несформированности процесса письма говорят об аграфии. Аграфия проявляется в нарушении способности писать правильно по смыслу и по форме при сохранности двигательной функции руки (Сидоров П. И., Парняков А. В., 2000).

Нарушения эмоциональных психических процессов

Эмоции — особый класс психических процессов, проявляющихся в форме непосредственного, пристрастного переживания субъектом жизненного смысла явлений, предметов и ситуаций для удовлетворения своих потребностей. Выделяя в образе действительности жизненно значимые явления и побуждая направить на них активность, эмоции служат одним из главных механизмов психической регуляции поведения (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998). Эмоция возникает в результате реагирования человека не только на реально

произошедшие, но и на воображаемые, прогнозируемые с той или иной степенью вероятности события. Термин «эмоция» происходит от латинского глагола *emovere* — двигать, возбуждать, подбадривать, волновать. Эмоция — переживание отношения к тем или иным событиям или объектам.

Основные функции эмоций

Если познавательные психические процессы выполняют функцию отражения, позволяя человеку конструировать внутри себя своеобразную субъективную модель этого мира, то в эмоциях выражается отношение к происходящему — к событиям и явлениям окружающей реальности. Эмоция — это оценка значимости того или иного события. В эмоциях выражаются субъективность, пристрастность, значимость для человека окружающего мира. Чем более значимы происходящие события, тем более выражены эмоциональные реакции на них. Эмоции способствуют выделению предметов, отвечающих потребностям личности, и стимулируют Деятельность, направленную на их удовлетворение. Переживание радости при научном открытии активизирует поисковую деятельность ученого, поддерживает интенсивность процесса удовлетворения познавательной потребности.

Эмоции субъективно выступают показателем того, как происходит процесс удовлетворения потребностей. Положительные эмоции свидетельствуют о благоприятном протекании процесса удовлетворения потребностей, отрицательные — о неблагоприятном.

Эмоции выполняют также функцию побуждения к активности. Сильная, интенсивная эмоция «подсказывает» человеку, что он должен делать: при угрозе нашей жизни мы защищаемся, испытывая гнев, или убегаем под воздействием сильного страха.

Эмоции могут влиять на организацию деятельности, направление сил и внимания человека на определенный предмет. В законе Йеркса-Додсона констатируется наличие криволинейной, «колоколообразной» связи между силой эмоционального возбуждения и успешностью деятельности человека. Наиболее продуктивной деятельностью бывает при умеренном, оптимальном уровне

возбуждения. Дезорганизация деятельности связана с чрезмерной эмоциональной загруженностью, чрезмерной силой или длительностью эмоции.

Таким образом, эмоции — это переживания человеком приятного и неприятного, сопровождающие восприятие им самого себя и окружающего мира, удовлетворение его потребностей, влияние на производственную деятельность, межличностные контакты.

Роль эмоций в целостной психической деятельности человека

Указывая на значение эмоциональных феноменов, С. Л. Рубинштейн (1946) заметил: «Переживание человека — это субъективная сторона его реальной жизни, субъективный аспект жизненного пути личности». По сравнению с познавательными образами эмоциональная сфера, по выражению В. К. Вилюнаса, имеет более «эндогенное» происхождение. Как принципиальная способность к пристрастному отражению действительности эмоция возникла в процессе биологической эволюции. В общебиологическом плане, по П.К. Анохину, эмоциональное реагирование способствовало прогрессу приспособительной деятельности организмов, устанавливая, по выражению К.К.Платонова, «психическую связь с окружающим миром и с самим собой». «Решающей чертой эмоционального состояния является его интегративность, его исключительность по отношению к другим состояниям и другим реакциям. Эмоции охватывают весь организм, они придают состоянию человека определенное биологическое качество. Произведя почти моментальную интеграцию всех функций организма, эмоции могут быть абсолютным сигналом полезного или вредного воздействия на организм, часто предшествуя определению локализации воздействия и конкретному механизму ответной реакции организма» (Анохин П. К., 1964).

Разновидности эмоций

Чувства (высшие эмоции) связаны с потребностями, возникшими в ходе общественно-исторического развития, общением, отношениями между людьми.

Чувства проявляются в социально обусловленных переживаниях, которые

отражают длительные и устойчивые эмоциональные отношения человека к реальным или воображаемым объектам. Это — результат эмоционального обобщения. Такие переживания часто называют вторичными эмоциями, так как они сформировались как своеобразное обобщение соответствующих простых (первичных) эмоций к объекту чувств. К ним относятся морально-этические, эстетические и интеллектуальные чувства: чести, долга, дружбы, сочувствия, сострадания, Уважения, любви.

Морально-этические (нравственные) чувства — это Переживания, которые возникают при восприятии и оценке действий, поступков или психических особенностей людей (включая самого себя) с позиций норм и принципов общественной морали. Близкими к ним являются эстетические чувства — переживания прекрасного или безобразного в окружающем нас мире. Интеллектуальные чувства - это переживания, сопровождающие умственную деятельность. К неспецифическим интеллектуальным чувствам относятся переживания, которые возникают не только при умственной деятельности: любопытство, удивление, уверенность, сомнение, чувство нового, чувства иронии и юмора. Специфические интеллектуальные чувства порождаются исключительно процессом интеллектуальной деятельности (чувство первооткрывателя истины — «эврика», чувство ясности, отчетливости, стройности и логичности формулировок решения). В литературе описывают также практические чувства — чувства, сопровождающие все сферы практической деятельности людей: труд, учение, спорт или игры (Сидоров П. И., Парняков А. В., 2000).

Биологический, психофизиологический и социальный смысл эмоций и чувств заключается в их организующем и мобилизующем влиянии на организм и в адекватной адаптации к условиям жизни.

Аффект — грубая биологическая реакция, сопровождающаяся снижением критики и контроля за своим поведением. Это сильная, как правило кратковременная, реакция на особо значимые внешние стимулы, реакция, которая полностью захватывает всю психическую деятельность субъекта, определяя его глобальную однонаправленную реакцию на ситуацию. Аффект развивается в случае неспособности субъекта найти адекватный выход из опасных, чаще всего

неожиданно сложившихся ситуаций.

П. И. Сидоров, А. В. Парняков (2000) следующим образом описывают стадии развития аффекта: «Вначале человек не может не думать о предмете своего чувства и всего того, что с ним не связано. В поле восприятия удерживаются только те объекты, которые «вошли» в аффективный комплекс. Выразительные движения становятся все более безотчетными. Слезы и рыдания хохот и выкрики, жесты и позы, характер дыхания И другие вегетативные реакции создают обычную картину нарастающего аффекта. Сдержаться, не потерять власти над собой человек еще может (физиологический аффект), но при наличии заболеваний и других ослабляющих факторов аффект может перерасти в патологический.

При развитии патологического аффекта торможение все глубже охватывает кору головного мозга — сознание резко сужается, нарастает дезорганизация мышления, и человек утрачивает контроль над собой, совершая автоматические, безотчетные и бессмысленные разрушительные действия. После аффективной вспышки наступают разбитость, упадок сил, неподвижность. Патологический аффект обычно завершается сном с последующей амнезией совершенного».

Судебно-психологическое экспертное понятие аффекта, отмечает Ф. С. Сафуанов, включает в себя выраженные эмоциональные состояния и реакции, которые отличаются следующими признаками:

- ✓ Возникают внезапно. Соответственно по этому юридически значимому признаку (внезапному переходу качества и интенсивности эмоционального состояния на новый уровень, а затем выходу из него) с позиций общей психологии определяется характерная для уголовно-релевантных эмоциональных реакций и состояний *трехфазность* возникновения и развития течения.
- ✓ Вызываются:
 - единичным (разовым) психотравмирующим воздействием поведения потерпевшего;
 - длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с систематическим противоправным или аморальным поведением

потерпевшего;

- на высоте своего развития резко ограничивают способность перехода обвиняемого к осознанно-волевой регуляции своих криминальных действий (Ф. С. Сафуанов).

Аффект, вызванный единичным (разовым) психотравмирующим воздействием поведения потерпевшего (Физиологический аффект). Физиологические аффекты возникают при таком психологическом механизме криминальной агрессии, как агрессивные действия в структуре эмоционального возбуждения. Необходимым условием определения аффекта (наряду с установлением типичной для аффектов *трехфазности возникновения и течения эмоциональной реакции*) является установление такой высокой степени эмоционального возбуждения, возникающего сразу после психотравмирующего воздействия, которая сопровождается частичным сужением сознания и препятствует полноценному осознанию своих действий и их произвольной регуляции.

При физиологическом аффекте агрессивное побуждение формируется в ответ на экстремальное психотравмирующее воздействие (которое оценивается обвиняемым как «субъективно неожиданное») и носит сверхинтенсивный характер с мгновенной мобилизацией энергетических ресурсов. Возникновение аффективного взрыва у обвиняемого облегчается при неблагоприятном психофизиологическом его состоянии (переутомлении, астении, соматическом заболевании). Принятие решения и выбор действия происходят непосредственно, импульсивно и безальтернативно. Оценка ситуаций и самооценка на этапе формирования побуждения и выбора действия грубо дихотомичны. Агрессивное действие во время физиологического аффекта — это первое и единственное эмоционально обусловленное решение, в сознании не актуализируются иные возможные выходы из психотравмирующей ситуации, что субъективно переживается как «субъективная безвыходность».

При оценке психологического механизма физиологического аффекта уместнее говорить не об автоматизированности действий, а об автоматизированности мотивации. Инициация действия практически слита с

выбором действия, что субъективно обвиняемыми ощущается как «субъективная внезапность» импульса К действию. Рефлексия как решение задачи на смысл практически отсутствует — субъект не успевает осознать основания своего поведения, что приводит к тому что чаще всего на постаффективной стадии наступает субъективное «отчуждение» криминального действия: тюдэкспертные лица не могут поверить, что они смогли совершить криминально-агрессивные акты. Рефлексия как объективация нарушена в силу частичного сужения сознания: человек не может в момент совершения деликта осознать в полной мере окружающую обстановку, реальную ситуацию, его восприятие отличается фрагментарностью и неполнотой как во времени, так и в пространстве. Инициированное действие практически не может быть изменено или приостановлено: окончание криминального действия происходит не в связи с изменением ситуации, а вследствие истощения аффективного побуждения, что закономерно приводит к физической и психической астении, обусловленной бурной энергетической разрядкой, которая в ряде случаев может сопровождаться дезорганизацией психической деятельности и неполным осознанием случившегося. Само действие не поддается опосредованию и контролю, прогноз результата возможен, но мало дифференцирован (прогнозируется не убийство, а избавление от психотравмирующего, опасного, угрожающего воздействия и т.п.), оценка отдаленных последствий отсутствует, что указывает на полностью ситуационный характер мотивации при физиологическом аффекте.

При выраженных аффективных состояниях, особенно у лиц с пограничными психическими нарушениями (при некоторых видах органической и личностной патологии), могут наблюдаться и элементы иллюзорного восприятия, дереализации и деперсонализации, а также Двигательные автоматизмы, однако их наличие не является обязательным для диагностики аффекта. Дополнительными признаками аффекта являются и нарушения Речи, и вегетативные проявления на высоте эмоциональной реакции, поскольку при отсутствии свидетелей преступления эти признаки могут быть не отражены в Материалах уголовного дела.

Таким образом, при физиологическом аффекте как непосредственной

аффективной реакции в ответ на противоправные или аморальные действия потерпевшего ограничены как внешние ресурсы свободы выбора действия (поведением потерпевшего, психотравмирующими особенностями ситуации), так и внутренние (в силу частичного сужения сознания). Способность к переходу на смысловой уровень регуляции поведения практически отсутствует: доминирует потребностно-реактивная логика поведения. Субъективно человек это ощущает как совершение «чуждых» ему действий, а одним из дополнительных экспертных критериев, отражающих снижение уровня регуляции аффективного поведения, является несоответствие действий обвиняемого, находящегося в состоянии физиологического аффекта, его ценностно-смысловой сфере, направленности его личности или типичным для него способам реагирования.

В то же время содержательную характеристику переживаний, наступающих у обвиняемого после осознания случившегося («чувство раскаяния, жалости к потерпевшему» и т.п.), нельзя отнести к критериям диагностики физиологического аффекта, поскольку они не отражают динамику и глубину эмоционального возбуждения, а являются реакцией обвиняемого на случившееся. Такая реакция лежит вне структуры аффекта и чаще всего определяется особенностями личности обвиняемого, а не только его эмоциональным состоянием.

При физиологическом аффекте ограничение свободы при выборе действия обусловлено прежде всего очень высоким уровнем эмоционального возбуждения, сопровождающегося частичным сужением сознания, возникшего в ответ на психотравмирующую ситуацию. При этом варианте экспертный вывод о том, что обвиняемый в момент совершения инкриминируемого ему деяния находился в состоянии аффекта, может быть использован судом для квалификации внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями потерпевшего. *Аффект, вызванный длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с поведением потерпевшего (кумулятивный аффект):*

- Судебно-психологическая экспертная оценка аффекта

кумулятивного генеза возможна при определении такого психологического механизма криминальной агрессии, как разрядка эмоциональной напряженности, возникшей в длительной психотравмирующей ситуации. Кумулятивные эмоциональные состояния диагностируются в основном у психически здоровых людей, у лиц с резидуальными формами органического психического расстройства без выраженных изменений психики, реже — у обвиняемых с расстройством личности. Для личностной структуры таких обвиняемых характерны высокий самоконтроль, склонность к опосредованию своих действий, обдумыванию возможных их последствий, низкий уровень агрессивности.

- Интенсивность агрессивного побуждения в момент совершения преступления у таких обвиняемых связана с высоким уровнем эмоциональной напряженности, развившейся у них в период длительной психотравмирующей ситуации, связанной с особенностями поведения потерпевшего. До разрядки напряженности для обвиняемого характерен перебор вариантов поведения, направленных на снижение этой напряженности. Он протекает как процесс *«совладающего»* поведения, но оказывается неудачным. Неудачные попытки разрешить психотравмирующую ситуацию заканчиваются *фрустрациями*, что, в свою очередь, по механизму порочного круга приводит к дальнейшему усилению эмоционального напряжения. Совладающее поведение у многих обвиняемых сопровождается *формированием различных психологических защит, снижающих субъективную значимость ситуации* (вытеснение, рационализация и т. п.). После исчерпания всех копинг-стратегий (направленных на изменение ситуации) и «поломки» защитных механизмов эмоционально обусловленный выбор агрессивного действия (возникающего обычно в ответ на очередную психогению по механизму «последней капли») оказывается импульсивным и безальтернативным.

- Если при физиологическом аффекте как непосредственной реакции на разовое психотравмирующее воздействие выбор действия является первым и единственным, то при кумулятивном аффекте агрессия — субъективно последний и единственный выход из психотравмирующей ситуации,

- Характерное для кумулятивного аффекта *частичное сужение сознания*,

признаки которого иногда можно наблюдать уже на стадии накопления эмоционального напряжения, снижает возможности рефлексии и осмысления своего поступка. Смысл своих агрессивных действий в момент совершения правонарушения практически не осознается, а сочетание «отчуждения» и «принятия» своего противоправного акта на постаффективной стадии сигнализирует об отчетливом *конфликтном смысле собственной агрессии*: с одной стороны, она является единственным выходом из сложившейся ситуации, с другой — это противоречит ценностям личности. *Способность к оценке и самооценке* также *снижается* уже при выраженном эмоциональном напряжении; именно поэтому повод для аффекта может быть объективно незначительным, «условным», как его назвали Т. П. Печерникова, В. В. Гульдман, В. В. Остришко (1983), или, как это указано М. М. Коченовым (1991), «ассоциативно связанным с психотравмирующей ситуацией», при этом *ситуация будет оцениваться субъективно как «безысходная»*. Искажения самооценки динамически проявляются на стадии, непосредственно предшествующей аффективному взрыву, в виде *ощущения «безвыходности из ситуации и субъективной беспомощности»*.

- Изменения действия или отказ от него на стадии кульминации аффекта практически невозможны: частичное сужение сознания, эмоционально сверхзначимый характер агрессивного побуждения, быстротечность и интенсивность эмоциональной реакции препятствуют коррекции своих действий. Оценка промежуточных результатов своих действий на стадии кумуляции эмоциональной напряженности в основном негативная, что связано с неудачными попытками совладающего поведения, а на стадии аффективного взрыва она отсутствует, что часто приводит к двигательным автоматизмам. Контроль поведения при накоплении эмоционального напряжения избыточен, что преимущественно связано с индивидуально-психологическими особенностями обвиняемого, а на пике аффекта — снижен. В момент совершения преступления функция прогноза результата своих действий и оценка их последствий фактически не осуществляются. Окончание агрессивного действия при кумулятивном аффекте связано не с оценкой изменения ситуации, а с

истощением агрессивного побуждения, разрядкой эмоционального напряжения. Поэтому во многих случаях агрессивные действия сопровождаются нанесением потерпевшему множественных и стереотипно локализованных повреждений.

- При агрессивных правонарушениях на высоте эффективных состояний кумулятивного генеза внешние ресурсы свободы выбора действия резко ограничены в силу длительной психотравмирующей ситуации, связанной с определенным поведением потерпевшего. На это влияют и социальные условия: чаще всего эффективные деликты совершаются в армии, в семье, то есть в ситуациях, накладывающих ограничения на Ролевое поведение. Снижение возможности свободного выбора действия обусловлено и ограничением личностных ресурсов, связанных в основном с сужением репертуара копинг-стратегий под влиянием либо ценностей (социальных установок), либо черт личности, тормозящих агрессию. В момент, непосредственно предшествующий кульминации аффекта, способность к выбору действия максимально редуцирована. Способность к смысловой и социально-нормативной регуляции своего поведения, сохраняющейся на стадии кумуляции эмоционального напряжения и блокирующей возможность разрядки в агрессивных формах, только способствует росту напряжения. В момент аффективного взрыва смысловая регуляция поведения, опосредующая действия личностными ценностями, не осуществляется, хотя непосредственным поводом для аффекта может быть дискредитация именно ценностного уровня человека («унижение чести и достоинства»). Постаффективная стадия характеризуется физической и психической астенией, часто сопровождается неполнотой осознания случившегося, дезорганизацией поведения, а также субъективным чувством «облегчения», разрядки.

- Аналогичный механизм нарушения свободы выбора действия под влиянием частичного сужения сознания можно установить и при выраженном эмоциональном напряжении, возникшем у обвиняемого в связи с длительной психотравмирующей ситуацией и на высоте своего развития сопровождавшемся нарушениями осознанной регуляции поведения. Феноменологически кульминация эмоционального напряжения носит невзрывной характер, тем не

менее она наступает для субъекта внезапно. На высоте напряжения происходит частичное сужение сознания, чем обуславливается столь же глубокое ограничение способности обвиняемого к осознанно-волевому поведению, как и при физиологическом аффекте, поэтому такое эмоциональное состояние необходимо расценивать как вариант судебно-психологического экспертного понятия «аффект».

Классификации эмоций

По субъективному тону эмоции и чувства подразделяют на положительные (приятные) и отрицательные (неприятные); по влиянию на деятельность — на стенические (мобилизующие) и астенические (дезорганизирующие, угнетающие); по механизму возникновения — на реактивные, появляющиеся как реакции на осознание неблагополучия, и витальные, развивающиеся вследствие нарушения функций эмоциогенных структур головного мозга. Если стенические эмоции стимулируют деятельность, увеличивают энергию и напряжение человека, побуждают его к поступкам и высказываниям, то астенические — обуславливают пониженную активность, неуверенность, сомнения и бездеятельность. Положительные эмоции связаны с приятными переживаниями, отрицательные — с неприятными. Отрицательные эмоции возникают у человека при дефиците необходимой для удовлетворения потребностей информации, тогда как положительные — при наличии всей необходимой информации. Наряду с положительными и отрицательными выделяют также амбивалентные эмоции, в которых сочетаются прямо противоположные по модальности переживания — любовь и ненависть, радость и печаль. В норме у здоровых людей амбивалентные эмоции возникают в критических жизненных ситуациях: в моменты переживания утраты, разрыва отношений, развода. Постоянным присутствием в эмоциональном тоне амбивалентных переживаний характеризуется аффективная жизнь больных шизофренией, которые испытывают наиболее сильные отрицательные чувства к людям, которых больше всего любят, которые наиболее близки им и значимы в системе их социальных взаимоотношений.

Помимо этого, среди всего многообразия эмоций по качеству (модальности)

выделяют четыре фундаментальные, возникающие в специфических жизненных ситуациях: радость (ситуации приобретения, достижения), печаль (ситуации утраты, потери реальной или воображаемой), гнев (ситуация угрозы благополучию и жизни) и тревога (возникает в ситуации неопределенности). Из этих четырех фундаментальных две эмоции — гнев и страх — направлены в будущее, одна — печаль — в прошлое, и одна — радость — «обслуживает» настоящее время. Именно поэтому, например, в процессе психотерапии, помогая клиенту учиться испытывать радость, мы фиксируем его в настоящем, обучая существованию в мире по принципу «здесь и теперь». Существование в настоящем при максимально полном и глубоком переживании происходящих в данное время и в данном месте событий снижает интенсивность таких негативных эмоций, как тревога, печаль и гнев.

Классификация нарушений эмоций

Нарушения в эмоциональной сфере включают в себя гипотимию, гипертимию, паратию, а также нарушения динамики эмоций.

Гипотимия представляет собой хроническое снижение эмоциональности по всем трем ее компонентам — аффективному, когнитивному, экспрессивному. Гипотимия выражается в общем угнетении всех психических процессов, снижении уровня общей активности. Основное эмоциональное переживание при гипотимии — подавленность. Внимание при этом фиксируется только на отрицательных событиях настоящего, вспоминаемого прошлого и представляемого будущего.

Наиболее часто выраженная гипотимия квалифицируется в терминах депрессии, для которой характерна классическая триада признаков — сниженное настроение, замедление мыслительных процессов, заторможенность движений и речи. Настроение у депрессивных пациентов меланхолическое, угнетенное, с глубокой печалью, унынием, с неопределенным чувством грозящего несчастья и физически тягостными ощущениями стеснения и тяжести в области сердца, груди. Для депрессий характерны суточная динамика (настроение вечером лучше, чем утром), нарушения сна в виде ранних пробуждений, снижение аппетита с

похуданием, снижение полового влечения.

В том случае, если подавленность при гипотимии сочетается с переживанием тоски, говорят о *дисфории* — состоянии тоскливо-злобного настроения с постепенно, исподволь накапливающим раздражением и мощными аффективными разрядами на высоте переживаний. Дисфория кратковременна, отличается высокой степенью психической напряженности, она внезапно начинается и так же внезапно заканчивается, обычно встречается у больных эпилепсией как своеобразный аффективный эквивалент судорожного припадка. О. В. Кербиков с соавт. (1968) описывают дисфорию как «дурное, неприязненное, недовольное, тоскливо-злобное настроение, нередко с примесью страха. Сопровождается крайней раздражительностью, агрессивностью».

Одним из менее выраженных проявлений гипотимии является *дистимия* — хронически сниженное, подавленное настроение, когда любая самая простая жизненная задача превращается в непреодолимую проблему, при этом ничто не доставляет удовольствия. Отсутствие удовольствия и удовлетворения от процесса жизни (ангедония) распространяется на все происходящие события. Дистимия характеризуется наличием мрачных представлений и размышлений, сниженной самооценкой, переживанием чувства безнадежности и безысходности, утратой интереса к происходящему вокруг. При этом отмечаются трудности концентрации внимания, повышенная утомляемость. В отличие от депрессии, это состояние обычно ухудшается к вечеру. Дистимические нарушения тем не менее часто квалифицируются как невротическая депрессия.

О. В. Кербиков с соавт. (1968) с позиции врачей-психиатров следующим образом описывают дистимию: «...Угнетенное меланхолическое настроение, глубокая печаль, уныние, тоска, темное и неопределенное ощущение глубокого несчастья, обычно сопровождающееся различными физически тягостными ощущениями — угнетением самоощущения, чувством стеснения, тяжестью в области сердца, груди, во всем теле, снижением влечений. Весь мир становится безрадостным, серым. Ничто не доставляет удовольствия, господствует мрачность. Во всем усматривается лишь неблагоприятное, ожидается только плохое».

Гипертимия. В противоположность гипотимии гипертимия — повышенно-веселое, радостное настроение с приливом бодрости, активности, предприимчивости и энергичности, с переоценкой собственных возможностей. Это устойчивое эмоциональное возбуждение, чрезмерная эмоциональность.

Одной из разновидностей гипертимии является эйфория — переживание интенсивного душевного подъема с безудержным оптимизмом, беспричинной радостью и благополучием, с повышенной моторной активностью. Эйфория — повышенное, радостное настроение с усилением влечений. Выражается веселостью, чувством превосходного здоровья, выносливости, силы. Все благоприятствует больному, все воспринимается им в розовом свете. Суждение, поведение определяются хорошим самочувствием. Противоположного рода аффекты недоступны: надо всем господствует оптимизм. Для эйфории характерны благодушие и беспечность. В клинике эйфория часто наблюдается при органических заболеваниях головного мозга на фоне более или менее выраженного слабоумия. Психиатры под эйфорией понимают такое повышенное настроение, которое выражается в беспечном довольстве, пассивной радости, безмятежном блаженстве и сопровождается замедлением ассоциативных процессов вплоть до персеверации мышления (Кербиков О. В. с соавт., 1968).

Наряду с эйфорией выделяют морию. *Мория* — это эйфория с дурашливым оттенком настроения, с двигательным и речевым возбуждением, со склонностью к плоским, грубым шуткам. Мория, как правило, сопровождает поражения лобных отделов головного мозга и сочетается со слабоумием.

В качестве своеобразной разновидности гипертимии описывается экстаз как интенсивное переживание восторга с погружением в свой внутренний психологический мир, с оторванностью от реальности. Говорят также об экзальтации как о необычно приподнятом настроении с ощущением прилива энергии, избытка активности, бодрости, энергичности.

Для обозначения крайнего проявления неадекватно повышенного настроения наиболее часто используется понятие *мании*. Маниакальные состояния характеризуются противоположной депрессии триадой признаков: повышенным настроением; увеличением объема и темпа психической активности,

в частности мыслительных процессов; двигательным возбуждением со стремлением к деятельности. При этом внимание рассредоточено, отмечаются выраженная отвлекаемость, неадекватно завышенная самооценка. Поведение обычно отличается расторможенностью с чертами бестактности, бесцеремонности, назойливости, с речевой гиперпродукцией и часто с сексуальной распущенностью. В маниакальном состоянии больной предпринимает экстравагантные, необдуманные шаги, бездумно и бессмысленно тратит Деньги, много и громко говорит, жестикулирует, постоянно берется за новые дела, которые не в состоянии довести до конца. Маниакальный аффект сопровождается специфическими витальными проявлениями — укорочением периода ночного сна, усилением влечений.

В том случае, когда маниакальные проявления выражены в незначительной степени, говорят о гипомании. *Гипомания* — легкая степень мании, когда отмечаются постоянный легкий подъем настроения, повышенная активность, предприимчивость и энергичность, чувство благополучия, физической и психической продуктивности. Для гипомании характерны повышенная общительность, разговорчивость с чертами фамильярности, повышенная сексуальность и сниженная потребность во сне. При этом, как правило, отмечаются неадекватно завышенная самооценка и бестактность поведения.

Паратимия. Паратимия представляет собой одновременное сосуществование двух противоположных по модальности эмоциональных переживаний либо несоответствие эмоции вызвавшему ее стимулу. Это своеобразная эмоциональная неадекватность. Паратимия - неадекватный аффект, извращение аффективности. Примерами паратимии служат черты амбивалентности в эмоциональных отношениях, а также поведение, когда больные радуются по поводу грустных событий и грустят при счастливых жизненных обстоятельствах. Паратимией наиболее часто характеризуются личности шизоидного круга: шизоиды, шизоидные психопаты, больные шизофренией. Именно для них характерна так называемая «психоэстетическая пропорция» Кречмера: сочетание крайней чувствительности в одних случаях с эмоциональной тупостью — в других. В поведении, отношениях, оценках,

поступках таких людей наблюдается своеобразное сочетание сниженной эмоциональности с повышенной ранимостью, чувствительностью к отдельным аспектам реальности.

Нарушения динамики эмоций. К нарушениям динамики эмоций относят эмоциональную лабильность, эмоциональную ригидность, эмоциональную возбудимость, эксплозивность, эмоциональную монотонность, эмоциональный паралич, апатию (Сидоров П. И., Парняков А. В., 2000).

Эмоциональная лабильность — чрезмерная подвижность, частая и быстрая смена эмоций, переход от радости к печали, от смеха к слезам и т. п. Эмоциональной лабильностью в наибольшей степени характеризуются маленькие дети. У взрослых она чаще отмечается среди женщин, чем среди мужчин. В пожилом возрасте эмоциональная лабильность, выраженная в крайней степени, называется слабодушием, эмоциональной слабостью и расценивается как признак психической патологии. Эмоциональная лабильность также часто наблюдается при состоянии утомления, при астении в период выздоровления после перенесенной тяжелой соматической болезни, после интенсивных физических, эмоциональных, интеллектуальных нагрузок.

В психиатрии наряду с понятием «эмоциональная лабильность» существует термин «эмоциональная слабость». **Эмоциональная слабость (слабодушие)** — выраженная лабильность настроения с резкими колебаниями от повышения к понижению, причем повышение обычно носит оттенок сентиментальности, а понижение — слезливости. Подобные колебания возникают в результате самых незначительных поводов. Для слабодушия характерны неустойчивость настроения, повышенная эмоциональная возбудимость с недержанием эмоций, раздражительностью или слезливостью, особенно в минуты умиления, сентиментального настроения. При этом отмечается повышенная чувствительность ко всем внешним раздражениям (гиперестезия). Подобные явления наблюдаются при астении, в период Оздоровления после соматических болезней, черепно-мозговых травм и других поражений мозга, но особенно часто встречается при церебральном атеросклерозе. Крайняя степень эмоциональной слабости называется эффективным недержанием».

Эмоциональная ригидность противоположна эмоциональной лабильности. При эмоциональной ригидности характерна тенденция к задержке, к застреванию аффекта с образованием длительных застойных эмоционально-негативных состояний с чувством вины, обиды, гнева, злобы, мести. Ригидность, как правило, сопровождается вязкостью, инертностью, тугоподвижностью эмоций. При этом часто проявляются персеверации — повторяющиеся переживания со стереотипным рисунком реагирования. Эмоциональная ригидность наиболее характерна для больных эпилепсией, а также для личностей паранойяльного круга.

Эмоциональная возбудимость определяется минимальной интенсивностью стимула, который вызывает ответную аффективную реакцию. Эмоциональная возбудимость повышена в детском и подростковом возрасте; у женщин она обычно выше, чем у мужчин. Эмоциональная возбудимость повышена у больных атеросклерозом, которые легко и быстро, часто с преувеличенной интенсивностью откликаются на происходящие события. Подобная гиперреактивность отмечается также и у больных неврозами. В сочетании с эмоциональной лабильностью эмоциональная возбудимость входит в структуру неврастения; обычно она сопровождается быстрой истощаемостью аффекта.

Эксплозивность можно рассматривать как крайнее выражение эмоциональной возбудимости. Это явление выражается в бурной взрывчатости аффекта, неадекватного вызвавшим его раздражителям. Вспышки бурной эмоциональности появляются по самому незначительному поводу, незаметному для глаз окружающих людей. Эксплозивность может сопровождаться агрессивными и аутоагрессивными действиями. Часто подобная взрывчатость сочетается с инертностью и тугоподвижностью эмоций, а также с затруднениями в эмоциональном самоконтроле, что проявляется импульсивностью, когда эмоция в обход контролирующей функции сознания непосредственно реализуется в поведении. Эксплозивность встречается при психопатиях личностей стенического круга, при алкоголизме, при органических заболеваниях головного мозга.

Эмоциональная монотонность («эмоциональная холодность»)

проявляется неадекватно ровным, монотонным, невыразительным аффектом, своеобразным «эмоциональным уплощением» с безразличным отношением ко всему происходящему. Подобная эмоциональная холодность выявляется у личностей шизоидного круга: шизоидов, шизоидных психопатов, больных шизофренией. Эмоциональный паралич — острое кратковременное выключение эмоций при сверхсильных психотравмирующих воздействиях (при пожарах, землетрясениях, наводнениях, техногенных катастрофах). При подобных шоковых состояниях внешние события, какими бы значимыми для человека они ни были, не находят ни малейшего эмоционального отклика. Когда же острая психическая травма перестает воздействовать, эмоциональное состояние восстанавливается и аффективные реакции возвращаются к прежнему функциональному уровню.

Апатия характеризуется полным безразличием ко всему происходящему, часто сопровождается бездеятельностью (абулией). При подобных состояниях происходит постепенное и достаточно стойкое оскудение эмоциональных переживаний, которые постепенно затухают, превращаясь в так называемое эмоциональное огрубление. Ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика. Образно это состояние врачи-психиатры называют «смертью с открытыми глазами», «бодрствующей комой». Безразличие в эмоционально-аффективной сфере сопровождается, как правило, усилением влечений, которые проявляются в гипертрофированной, утрированной форме. Подобные нарушения являются характерными для больных алкоголизмом.

В психиатрии выделяют также такие эмоциональные нарушения, как эмоциональное уплощение и эмоциональная тупость («эмоциональная деменция») — постепенно нарастающее, стойкое оскудение эмоциональных переживаний, касающееся, в первую очередь, высших эмоций (чувств), доходящее до безразличия к себе, к своему положению, к судьбе близких и родных. Эти нарушения наблюдаются, прежде всего, при шизофрении, а также при некоторых видах деменции. Эмоциональное уплощение с преобладанием вначале снижения чувств (сочувствия, сострадания, сопереживания) нередко сопровождается расторможенностью влечений, брутальностью, неряшливостью, снижением

интереса к учебе и работе.

Нарушения сознания

Нарушения сознания относятся к наименее разработанным вопросам.

Сознание — наивысшая, свойственная только человеку функция головного мозга, выражающаяся в целенаправленном отражении мира, предварительном построении действий, предвидении их результатов, регулировании взаимоотношений человека со средой и познании мира. Сознание — это не только знание само по себе, но и отношение к познаваемому.

«Сознание — высший уровень психического отражения и саморегуляции, присущий только человеку как общественно-историческому существу. Эмпирически сознание выступает как непрерывно меняющаяся совокупность чувственных и умственных образов, непосредственно предстающих перед субъектом в его „внутреннем опыте" и предвосхищающих его практическую деятельность» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г 1998).

Сознание является функцией мозга. Кроме того, сознание определяется воздействием среды путем общественной практики которая благодаря психической деятельности трансформируется в сознательное, субъективно-идеальное. Сознание характеризуется активностью интенциональностью (направленностью на предмет), способностью к рефлексии, самонаблюдению, мотивационно-ценностным характером, различной степенью (уровнем) ясности.

Основными характеристиками сознания, отмечает Н. Е. Бачериков, являются: степень его ясности (уровень бодрствования), объем (широта охвата явлений окружающего мира и собственных переживаний), содержание (полнота, адекватность и критичность оценки используемых запасов памяти, мышления, эмоционального отношения) и непрерывность (способность осознания и оценки прошлого, настоящего и будущего).

Психическая жизнь человека помимо сознания включает в себя и неосознаваемые, бессознательные психические процессы. Поэтому отождествление понятий сознания и психической деятельности ошибочно, так как психическая деятельность может и не достигать уровня сознания. Понятие

«психика» шире понятия «сознание». В структуру сознания входит самосознание — выделение самого себя из окружающего мира, осознание собственной личности, своего тела, своих психических функций. Самосознание (частная сторона сознания) включает в себя осознание своего отношения к окружающему миру, своей деятельности в нем. Зрелый человек постоянно анализирует свои мысли, чувства, переживания. Аналитическое размышление по поводу собственных мыслей и переживаний, обычно полное сомнений и колебаний, называется рефлексией.

Понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Оно является, скорее, «рабочим». Вслед за К. Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

- дезориентировка во времени, в месте, ситуации;
- отсутствие отчетливого восприятия окружающего;
- разные степени бессвязности мышления;
- затруднения воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания Решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания.

Формы нарушения сознания

В психиатрии выделяют разные формы нарушения сознания, например, непсихотические и психотические.

Непсихотические формы нарушения сознания — это «простые» нарушения сознания, «количественные», по типу угнетения ясности осознания. К непсихотическим формам нарушения сознания относятся обморок, обнубиляция и оглушение, сомноленция, сопор, кома. Обморок — кратковременная потеря сознания в результате преходящей анемии мозга. Обнубиляция — колеблющееся по интенсивности легкое затемнение сознания с затруднением осмысливания ситуации, понимания смысла происходящего и чужой речи. Под сомноленцией

(сонливостью) понимают легкую степень оглушения с замедленностью психических процессов, недостаточностью ориентировки в месте и во времени. Четких границ между такими состояниями, как обнубиляция, сомноленция и оглушение, нет. Наиболее распространенными видами выключения сознания являются оглушение, сопор и кома.

Оглушенное состояние сознания. Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. При этом происходит нарушение осмысления окружающего и самого себя вследствие резкого повышения порога восприятия, угнетения психических функций. Больные отвечают на вопросы как бы «спросонок», сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечаются замедленность в движениях, молчаливость, безучастность к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в обстановке неполная или отсутствует. Состояние оглушения сознания длится от нескольких минут до нескольких часов.

Выраженная степень оглушения граничит с сопором (полным выключением сознания с сохранностью оборонительных реакций и других безусловных рефлексов), а последний — с комой (глубоким выключением сознания с появлением патологических рефлексов и нарушением функций жизненно важных систем).

Психотические формы нарушения сознания — это «сложные» нарушения сознания, «качественные» синдромы помрачения сознания: астенической спутанности, растерянности, делириозный, онейроидный, аментивный, сумеречного состояния.

Психотические расстройства сознания обычно относят к состояниям помрачения сознания (Снежневский А. В., 1958), так как им свойственны неотчетливость, затруднение, фрагментарность или полная невозможность

восприятия; дезориентировка во времени, месте и ситуации; ослабление и даже исключение способности к суждениям; затруднение запоминания текущих событий и собственных переживаний, отрывочность или отсутствие воспоминаний о периоде помрачения сознания. По мнению А. В. Снежневского, для выявления помрачения сознания решающее значение имеет установление совокупности всех перечисленных признаков.

Синдром растерянности («аффект недоумения») характеризуется расстройством самосознания, познания и приспособления к окружающему. Больной беспомощен, на лице — мимика недоумения, взгляд блуждающий, движения и ответы на вопросы неуверенные, вопросительные и непоследовательные, прерываемые молчанием. Иногда больные просят объяснить, что происходит с ними и вокруг (Бачериков Н. Е., 1989).•

Синдром астенической спутанности сопровождается «мерцанием» ясности сознания, выраженной истощаемостью психических процессов, углублением помрачения сознания к вечеру. В начале беседы больные еще могут четко отвечать на вопросы, а затем их речь становится невнятной, «бормочущей», нарушается контакт с окружающими. Синдром астенической спутанности часто наблюдается у детей и подростков при инфекционных заболеваниях, в ночное время он нередко сменяется делирием (Бачериков Н. Е., 1989).

Делириозное помрачение сознания. Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем мире при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. Делириозный синдром можно понимать как снопоподобное помрачение сознания, характеризующееся аллопсихической дезориентировкой, наплывом пластичных зрительных галлюцинаций, имеющих непосредственное отношение к больному, что выражается в психомоторном возбуждении, ярких эмоциональных и вегетативных реакциях. Больной экспрессивно как бы вступает в контакт с

галлюцинаторными образами, «защищается» от них, но сохраняет ориентировку в собственной личности и частично в окружающем.

В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в состоянии делирия говорливы. При нарастании делирия обманы чувств делаются сценоподобными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение лица становится то тревожным, то радостным, мимикой выражается то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные очень возбуждены. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

Онейроидное (сновидное) состояние сознания (впервые описанное Майер-Гроссом) характеризуется причудливым сочетанием отражения реального мира и всплывающих в сознании ярких, чувственных представлений фантастического характера. А. В. Снежневский определил онейроидный синдром как сновидное помрачение сознания с отрывочно-причудливыми картинками отражения реального мира и яркими зрительными, фантастическими представлениями. Больные «совершают» межпланетные путешествия, «оказываются среди жителей Марса». Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют «при гибели города», видят, как «рушатся здания», «проваливается метро», «раскалывается земной шар, распадается и носится кусками в космическом пространстве».

Иногда у больного приостанавливается фантазирование, но затем незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел. У больного резко расстраивается самосознание, и он выступает как действующее лицо, участник-наблюдатель фантастических событий. Больной неподвижен или бессмысленно, патетически возбужден, обычно безмолвен, мимика у него застывшая, напряженная или восторженная. Воспоминания о пережитом хорошо сохраняются.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается

сосуществование реального и фантастического. К. Ясперс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими Фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные не только оказываются дезориентированными, у них отмечается еще фантастическая интерпретация окружающего.

Если при делирии происходит воспроизведение некоторых элементов, отдельных фрагментов реальных событий, то при онейроиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

Аментивный синдром, или аменция, — это наиболее глубокая степень помрачения сознания, возникающая преимущественно в связи с длительными, истощающими организм болезнями, инфекциями и интоксикациями. Для аменции характерны дезориентировка в месте, во времени, нарушение синтеза восприятий, нестойкие иллюзии и галлюцинации, расстройства мышления вплоть до бессвязности (инкогеренции), отрывочность и бессистемность бредовых высказываний, тревога и страх, хаотичность и незавершенность действий, возбуждение в пределах постели, отсутствие продуктивного контакта, частичная или полная амнезия на период болезненного состояния, отказ от пищи, истощение (Чистович А. С, 1954).

Сумеречное состояние сознания. Этот синдром внезапно наступает, длится непродолжительное время и столь же внезапно прекращается, вследствие чего его называют транзиторным, то есть преходящим.

Приступ сумеречного состояния заканчивается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических, привычных действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, то больной начинает совершать привычное с ним действие — резать, независимо от того, находится перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном

состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки.

Сумеречное состояние сознания характеризуется общей дезориентировкой, возможным сохранением внешне упорядоченных и даже сложных действий, наличием образного бреда, ярких зрительных галлюцинаций, бурных аффектов (страха, тоски, злобы), полным или почти полным отсутствием воспоминаний, часто совершением сложных автоматизированных и нередко катастрофически опасных поступков. При сумеречном расстройстве сознания психогенного характера («истерических сумерках») возможен частичный контакт с больным. По отдельным высказываниям и поведению больных можно заключить, что отмечаются отражение в симптоматике психогенно-травматической ситуации, вызвавшей это состояние, а также защитный характер поведения (Бачериков Н. Е., 1989).

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название амбулаторного автоматизма (непроизвольного блуждания). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название **absence** («„Т,,,,,Г,,· · ·,,,,,Г,,,,,Г,,у,,и»).

Псевдодеменция — разновидность сумеречного состояния сознания. Она может возникнуть при тяжелых Деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях и характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают названия предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Больные апатичны, благодушны, их эмоциональные проявления скудны,

недифференцированы. Поведение нередко напоминает нарочито детское. Так, взрослый больной при вопросе, сколько у него пальцев на ногах, снимает носки, чтобы сосчитать пальцы.

Наряду с различными формами нарушения сознания как отражения окружающей действительности в клинике выделяется своеобразная форма нарушения самопознавания — деперсонализация.

Деперсонализация характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего «Я», которые воспринимаются как бы со стороны. Частым проявлением деперсонализации является нарушение «схемы тела» — нарушение отражения в сознании основных качеств и способов функционирования собственного тела, его отдельных частей и органов. Подобные нарушения, получившие название «дисморфобии», могут возникать при разных заболеваниях — при эпилепсии, шизофрении, после черепно-мозговых травм и т. д.

Синдром дисморфобии подробно описан многими психиатрами. Больные с подобным синдромом считают, что у них «некрасивый нос, оттопыренные уши, от них плохо пахнет». Они стремятся принять меры по устранению «мешающего недостатка», настаивают на оперативном вмешательстве, часами стоят перед зеркалом (симптом зеркала), постоянно себя разглядывают.

Этот синдром подробно изучен М. В. Коркиной, которая пишет, что его можно рассматривать как триаду состоящую из идей:

- о физическом недостатке с активным стремлением от него избавиться;
- об отношениях;
- о пониженном настроении.

Выраженное навязчивое или бредовое стремление больных исправить мнимый недостаток явилось основанием для автора говорить о дисморфомании, но не о расхождении между содержательным отражением идеального представления о внешнем облике «Я» и настоящим, а о неприятии себя, то есть о неосознаваемом неприятии.

В работе Б. В. Нечипорова, посвященной этой проблеме, показано, что

синдром диеморфобии связан с низкой самооценкой. Подобные больные избегают общества, уединяются; нередко переживание своего мнимого уродства столь велико, что может стать причиной суицидальных попыток. При этом их самооценка опирается не на содержательность представления об идеальном образе внешнего «Я», а на неприятие своего физического «Я».

ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Этот раздел посвящен рассмотрению видов патологических психических состояний: стресса, психической травмы, кризиса, депривации, фрустрации и других трудных психических состояний. Рассмотрены как ситуативные (внешние), так и личностные (внутренние) факторы, приводящие к возникновению патологических психических состояний человека.

Среди разнообразных эмоционально-негативных психических состояний человека особенно выделяются такие, как тревога, депрессия, враждебность и астения. В книге приводятся детальные описания феноменологии этих негативных психических состояний, включающие в себя представления как отечественных, так и зарубежных авторов. Значительное внимание уделяется анализу такого распространенного в современном западноевропейском обществе психического состояния, как депрессия; приводятся различные классификации и описания депрессий.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

По отношению к психическому процессу психическое состояние является способом его организации в определенный период времени. Такой феномен, как психическое состояние, С. Л. Рубинштейн назвал «фолом», на котором возникают психические процессы. Здесь фоновое состояние выражает определенную меру мобилизации сил, энергии, активности личности, ее готовность или неготовность к действию, поступку; оно способствует или не способствует переходу «стартовой» активности непосредственно в деятельность, в разнообразные формы поведения, способствует или препятствует течению психических процессов. Фоновое психическое состояние выступает как одно из внутренних условий, детерминирующих характер воздействий внешних причин и определенное

течение психических процессов (Чеснокова И. И., 1987).

Своеобразие психического состояния — прежде всего, как отмечает Н. Д. Левитов, своеобразие протекания психических процессов. Например, состояние рассеянности часто характеризуется отклонениями в областях ощущений и восприятия, памяти и мышления, ослаблением волевой активности, нередко своеобразными эмоциональными переживаниями. По сравнению с психическими процессами это состояние отличается большей целостностью и устойчивостью. Психический процесс может перейти в психическое состояние, например, процесс восприятия художественной картины — в довольно сложное психическое состояние, возникшее под впечатлением этой картины.

С другой стороны, отмечает автор, психические состояния тесно связаны с индивидуальными особенностями личности. Повторяющиеся устойчивые психические состояния, имеющие тенденцию к фиксации и стабилизации в структуре психического функционирования человека, в конце концов, становятся атрибутами (свойствами) личности. Психические процессы в определенных условиях могут рассматриваться как состояния, а часто повторяющиеся состояния способствуют развитию соответствующих свойств личности, отмечает В. А. Гаизен. Подобно тому как психический процесс может перейти в психическое состояние, состояние может перейти в устойчивое свойство личности. В психологическом словаре, опубликованном под редакцией К. К. Платонова, говорится о психическом состоянии как промежуточном звене между психическими процессами и свойствами личности. Выделение области психических состояний, замечает А. О. Прохоров, восполняет некоторый пробел в системе психологии, разрыв между психическими процессами и психическими свойствами.

Психическое состояние как динамическое явление

В отличие от психического процесса как динамической формы существования, психическое состояние личности иногда рассматривается только как ее статичная характеристика. Однако в самом состоянии уже содержится ряд процессуальных моментов; оно имеет собственные динамические особенности.

Каждое состояние проходит основные этапы постепенного развертывания во времени и формируется от начальных фаз до «вершины» максимальной выраженности и далее идет к спаду, исчезновению, замене новым состоянием, с которым в той или иной форме оно вступает во взаимодействие. В этом смысле каждое психическое состояние может быть описано с точки зрения его динамики, с выделением отдельных этапов его развития, специфических фаз. В качестве примера можно привести описание стадий развития стресса Хансом Селье.

Классификация психических состояний

Психические состояния человека МОГУТ быть классифицированы по возрастному принципу, но характеризующей их деятельности, по видам труда, в которых эти состояния протекают, по принципу значимости и наибольшей выраженности существенных личностных свойств человека. Психические состояния различаются по степени их напряженности, силе, по причинам, их вызывающим (Сосновилова Ю. Е., 1975).

Н. Д. Левитов предлагает условно подразделить все психические состояния по аналогии с психическими процессами на относящиеся к познавательной деятельности, эмоциям и воле. Однако автор отмечает относительность подобной классификации, поскольку во многих случаях бывает сложно отнести то или иное психическое состояние к какой-либо одной определенной категории. Например, состояние увлечения содержит в себе так много эмоциональных и волевых компонентов, что его можно отнести и к эмоциональным, и к волевым состояниям.

Как считает Левитов, можно различать психические состояния и в зависимости от той деятельности, которую они сопровождают. В этом случае следует говорить о психических состояниях в игровой, трудовой, спортивной деятельности. Например, лишь в аспекте трудовой деятельности можно ставить проблему утомления. Автор также считает возможным разделять психические состояния на личностные, выражающие индивидуальные свойства человека, и ситуативные, отражающие преимущественно особенности ситуации. Впрочем, по-видимому, любое психическое состояние является результатом

взаимодействия личности и ситуации, в которой эта личность находится. Левитов также делит состояния на более глубокие и более поверхностные; состояния, положительно и отрицательно действующие на человека; состояния продолжительные и краткие; состояния более или менее осознанные.

В. А. Ганзен показал, что все множество психических состояний человека распадается на две группы:

состояния, характеризующие аффективно-волевою сферу психической деятельности человека; состояния сознания—внимания. Однако автор замечает, что, согласно проведенному логико-семантическому анализу, психические состояния содержат в себе, как правило, эмоциональные и волевые компоненты. Это значительно затрудняет четкое разделение понятий, а при классификации возникает необходимость учитывать доминирование того или иного компонента в структуре состояния.

Определение психического состояния

Изучению категории психического состояния отводится значительное место в современных исследованиях. Эмоциональное состояние, в частности, рассматривается в литературе в качестве разновидности психического состояния. С помощью анализа детерминации состояний, их динамики, временных и типологических характеристик можно выявить особенности развития психического состояния на разных этапах и уровнях.

Первым из советских ученых категорию психического состояния описал Н. Д. Левитов (1964): «Это целостная характеристика психической деятельности за определенный период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических свойств личности». Психическое состояние выступает общим функциональным уровнем психической деятельности, на фоне которого развиваются психические процессы, и заключается переживанием человеком отражения общего фона психической деятельности. Левитовым были подведены итоги изучения психических состояний к данному периоду времени, рассмотрены механизмы их проявления,

намечены общие задачи изучения, которые состояли в выделении психических состояний в особую категорию и установлении связи между ними и другими психологическими категориями, в рассмотрении механизмов возникновения и развития психических состояний, определении их связи с индивидуальными особенностями человека, исследовании психических состояний в разных видах деятельности.

Проблема изучения психических состояний тесно связана с разработкой концепции о гомеостазе и адаптации. Сущность этой связи заключается в том, что психическое состояние человека отражает важные особенности (уровень) гомеостаза и адаптированности индивида, их психические компоненты. Одними из первых исследований проблемы о «внутреннем постоянстве» организма в условиях изменяющейся среды явились классические работы Бернара, выполненные в 50-60-х годах XIX века. Эти работы вместе с трудами основоположников эволюционной теории Ламарка, Дарвина явились прочной теоретической базой для создания в первые десятилетия XX века научной теории о гомеостазе. Концепция о гомеостазе в качестве важнейшего компонента включила в себя понятие об адаптации как совокупности эволюционно обусловленных приспособительных процессов, обеспечивающих относительное постоянство динамических взаимоотношений организма и внешней среды (Немчин Т. А., 1983).

В психологии психическое состояние исследуется на сенсорно-перцептивном уровне как состояние сознания и самосознания (степень ясности и отчетливости осознания мира или самого себя) и как целостное эмоциональное состояние, окрашенное теми или иными Доминирующими переживаниями. Отмечается взаимосвязь сенсорно-перцептивного и эмоционального уровней психического состояния: состояние одного уровня обуславливает состояние другого. Так, например, отмечает И. И. Чеснокова (1987), в состоянии подавленности, тоски, скорби (как общеличностном состоянии) снижаются и функциональные возможности сенсорных систем (человек не воспринимает многого из окружающего); изменение же функциональных возможностей сенсорных систем, в свою очередь, вызывает изменение общего состояния

личности.

С другой стороны, намечается тенденция к рассмотрению психического состояния как психического феномена, который неизбежно включает в себя все компоненты психического состояния — когнитивный, эмоциональный и волевой. Так, например, выделяются когнитивные и мотивационно-волевые составляющие депрессии, страха и других эмоциональных состояний. А. Бек предлагает когнитивную модель депрессии, панических расстройств, ипохондрии и других патопсихологических феноменов. И тревога, и депрессия, и страх, и враждебность включают в себя как когнитивную оценку происходящего, так и эмоциональное отношение к нему, и волевую регуляцию, отражающую взаимосвязи между событиями внешней среды и динамикой психических явлений, зафиксированных в актуальном психическом статусе. Можно вспомнить высказывание Левитова, который говорил о том, что всякое психическое состояние есть нечто целостное, своего рода синдром, следовательно, состоящий из совокупности взаимосвязанных симптомов. Каждый синдром имеет свою структуру, в которой можно выделить составляющие его элементы. Таким образом, психическое состояние, являясь отражением всей психики в целом и доминирующего в данный момент времени определенного компонента психики, выполняет роль связующего звена между психическими процессами и свойствами личности. Психическое состояние объективируется через деятельность, общение, поведение. Оно выступает как развернутое во времени проявление свойств личности.

Эмоциональные психические состояния

Среди психических состояний человека по признаку преобладания эмоциональных составляющих выделяется группа эмоциональных состояний. Эмоциональные состояния часто подразделяются на стенические и астенические, положительные, отрицательные и амбивалентные. В эмоциональных состояниях ярко выражена субъективная сторона переживания — от радости до страданий. Прикладной аспект эмоциональных состояний более обширен, чем функциональных. Указывая на значение эмоциональных феноменов, С. Л. Рубинштейн (1946) заметил: «Переживание человека — это субъективная сторона

его реальной жизни, субъективный аспект жизненного пути личности». По сравнению с познавательными образами эмоциональная сфера, по выражению В. К. Вилюнаса, «имеет более эндогенное происхождение».

Как принципиальная способность к пристрастному отражению действительности эмоция возникла в процессе биологической эволюции. В общебиологическом плане, по П. К. Анохину, эмоциональное реагирование способствовало прогрессу приспособительной деятельности живых организмов, устанавливая, по выражению К. К. Платонова, «психическую связь с окружающим миром и с самим собой». «Решающей чертой эмоционального состояния является его интегративность, его исключительность по отношению к другим состояниям и другим реакциям. Эмоции охватывают весь организм, они придают состоянию человека определенное биологическое качество. Производя почти моментальную интеграцию всех функций организма, эмоции могут быть абсолютным сигналом полезного или вредного воздействия на организм, часто предшествуя определению локализации воздействия и конкретному механизму ответной реакции организма» (Анохин П. К., 1964).

Согласно Анохину, эмоциональные состояния имеют ярко выраженную субъективную окраску и являются переживаниями — от радости до страданий. Р. Лазарус Слагает, что эмоциональные состояния возникают на основе когнитивных процессов и имеют только отрицательную окраску. П. В. Симонов считает, что эмоциональные состояния могут быть хорошими и плохими, полезными и вредными, положительными и отрицательными. Эмоциональные состояния характеризуются определенными критериями: оценкой (оценивается отражаемое содержание: хорошо—плохо); побуждением, активацией (мобилизуются все силы организма, человек подготавливается к лучшему восприятию или возможным действиям, например, к бегству при опасности, силе при агрессии, расслаблению в комфортной ситуации); дезорганизацией (нарушением произвольной деятельности); регуляцией (накоплением и реализацией индивидуального опыта); экспрессией (обеспечением невербальной коммуникации).

При определении эмоционального состояния, прежде всего, подчеркивается

его большая *длительность* и *устойчивость* по сравнению с эмоциональными процессами. А. В. Вальдман определяет эмоциональное состояние как «длительное изменение нервного тонуса со сдвигами отношения человека к окружающему и к самому себе». Г. Ю. Волюнкина и Н. Ф. Суворов характеризуют эмоциональное состояние как длительное изменение эмоционального тона, настроения, которое окрашивает восприятие, трансформирует нормальное поведение и течение мотиваций, меняет объем и характер ответных реакций,

Эмоциональная составляющая психического состояния придает *эмоциональную окраску* текущим психическим процессам, изменяет их характеристики как *динамические* (скорость, темп, интенсивность, переключаемость), так и *семантические*. Эмоции как сложные системные психологические образования, составляющие эмоциональную сферу личности, характеризуются многими параметрами:

- *знаком* (положительным или отрицательным);
- *модальностью* (качеством);
- *продолжительностью*;
- *интенсивностью* (силой);
- *подвижностью* (быстротой смены эмоциональных состояний);
- *реактивностью* (скоростью возникновения, выраженностью и адекватностью эмоционального отклика на внешние и внутренние стимулы);
- *степенью осознанности эмоций*;
- *степенью их произвольного контроля*.

В наиболее грубом виде влияние «эмоциональной составляющей» на текущие психические процессы выявляется при развитии патологических эмоциональных состояний. При гипоманиакальном состоянии, например, высокий эмоциональный тонус положительного знака способствует интеллектуальному возбуждению с ускорением течения мыслей, быстрой их сменой, богатством ассоциаций; при этом больной переоценивает свои возможности, строит радужные прогнозы. При депрессивном состоянии,

наоборот, низкий эмоциональный тонус отрицательного знака затрудняет интеллектуальные процессы, способствует снижению самооценки личности и мрачному прогнозированию будущего.

Таким образом, в эмоциональном состоянии отражается *целостная психофизиологическая деятельность* в виде определенного уровня функционирования физиологических процессов и определенной уровня психической деятельности за некоторый относительно длительный промежуток времени. Изменение эмоционального состояния связано с изменениями психической деятельности и с изменениями в физиологических процессах.

Психическое состояние и временная характеристика существования человека

Состояние личности характеризуется способом организации психического в определенный интервал времени. Психическое состояние существует всегда в настоящем. Но в настоящем состоянии взаимодействуют Прошлое и будущее личности. Прошлое выражается в виде пережитого жизненного опыта личности, составной частью которого являются и испытанные в различные периоды жизни психические состояния. Отдельные их эмоциональные, когнитивные, регуляционные компоненты неосознанно включаются в настоящие психические состояния. Будущее входит в актуальную структуру психического в виде планирования, предвосхищения (антиципации) развития событий вместе с переживанием отношения к этим будущим предполагаемым событиям, с мотивационными компонентами регуляции по отношению к ним. Таким образом, в текущем психическом состоянии интегрируются настоящее, прошлое и будущее психическое существование личности. Аспект будущего представлен, как правило, эмоцией тревоги с ее функцией прогнозирования, аспект прошлого — депрессией с ее повторяющимся воспроизведением негативного жизненного опыта.

Сочетание модальных, интенсивностных и временных параметров психического состояния образует ту или иную специфическую конфигурацию. Среди многочисленных наиболее элементарных (базовых) эмоционально-

негативных состояний выделяются, прежде всего, такие, как тревога, враждебность, депрессия. К более сложным психическим состояниям, возникающим в трудных условиях жизнедеятельности человека, относятся эмоциональная напряженность, возбуждение, депривация, утомление, фрустрация, эмоциональный стресс. Сложные психические состояния включают в себя в качестве составных компонентов переживания тревоги (например, при стрессе), депрессии (при фрустрации или депривации), враждебности (при фрустрации или при эмоциональном напряжении).

Характеристики эмоциональных состояний

Общими параметрами всех психических состояний, по которым проводится их классификация, отмечает Л. В. Куликов (2001), являются:

- **активационные** (отражающие интенсивность психических процессов);
- **тонические** (отражающие тонус, ресурс сил индивида);
- **тензионные** (отражающие степень напряжения);
- **временные** (отражающие продолжительность, устойчивость состояний).

По временному параметру все состояния делятся на долго- и кратковременные; по качеству (модальности), ведущему признаку — на эмоциональные, активационные, тонические и тензионные. Признаком эмоционального состояния является доминирование той или иной определенной эмоции.

На передний план может выступать **активационная характеристика** — уровень мотивации, полное включение в ситуацию, поглощенность происходящим либо, напротив, отстраненность, отчужденность, отгороженность от жизненных событий. Тот или иной **тонус организма**, его энергетические ресурсы за определенный промежуток времени также могут обуславливать ведущие параметры психических состояний. Тонус, в свою очередь, зависит от состояния здоровья субъекта в данный временной интервал, от характера деятельности, интенсивности процессов общения, внешних (социальных)

условий, составляющих микро- и макросоциальную ситуацию развития.

Наконец, в каждый момент времени человеку — носителю психического состояния — свойственно то или иное напряжение. **Уровень напряжения** может формироваться под воздействием внутренних (психологических) Факторов, таких как повышенный уровень требований, предъявляемых к собственной личности; неуверенность в себе в трудной жизненной ситуации с опасениями и страхами в связи с возможными неудачами. Напряжение может быть связано и с воздействием факторов внешних: особенностями актуальной ситуации (условиями деятельности и общения), с условиями конкурентности и соревновательности.

Активация

Понятие «активация» широко используется в нейрофизиологии, где оно обозначает уровень функционирования центральной нервной системы. На психологическом уровне рассмотрения повышенная активация проявляется в ясности сознания, скорости действий, движений и психомоторных реакций, в энергичном поведении, в желании находить решения, в стремлении изменять ситуацию в желаемую сторону и преодолевать трудности. В большинстве случаев уровень активации обусловлен силой актуализированных потребностей и мотивов, оптимистическим отношением к жизненной ситуации, верой в свои возможности. В шкале активации на одном полюсе находятся возбуждение, подъем, повышение интенсивности психических процессов, темпа действий и движений, в то время как на другом — торможение, спад, снижение интенсивности и темпа.

Тонус

В физиологии термин «тонус» обозначает постоянную (фиксированную) активность нервных центров, некоторых тканей и органов, обеспечивающую готовность к действию. Тонус, как и активация, — стержневая характеристика состояния. На психологическом уровне состояния тонус ощущается как наличие или отсутствие энергии, большой или малый ресурс сил, возможность двигаться к поставленным целям, активно реагировать на возникающие трудности и

преодолевать их. Повышенному тону свойственны повышенная готовность к работе, субъективные ощущения внутренней собранности, пониженному тону — низкая работоспособность, усталость, несобранность, вялость, инертность, склонность обнаруживать реакции астенического типа на трудные жизненные ситуации.

Напряжение

Напряжение является одной из важнейших характеристик состояния, которую обычно обозначают термином «тензионной». При организации любого поведения и деятельности в той или иной мере необходимо волевое регулирование, роль которого — преодоление конкурирующих ценностных ориентации, мотивов, целей, ценностей, эмоционального притяжения к различным объектам. Без освобождения приоритетных побудителей и сдерживания остальных целенаправленная поведенческая активность невозможна. Чем больше конкурирующих побудителей, чем ближе они по силе к ведущей ценностной ориентации, мотиву, цели, эмоциональному притяжению, тем больше нагрузка на волевую регуляцию, тем выше напряжение и все связанные с ним психологические проявления.

В шкале напряжения на одном полюсе находятся раскрепощенность, раскованность, расслабленность, внутренний психологический комфорт, непринужденность в действиях и поведении, а на другом — закреощенность, зажатость, внутренний психологический дискомфорт, вынужденность поведения, переживания скованности и несвободы.

Если активация детерминирована потребности-мотивационной сферой личности, то напряжение — актуальными характеристиками эмоциональной и волевой сфер.

В словаре психологии Дж. Древера (1974) напряжение определяется как чувство натяжения, общее ощущение нарушения равновесия и готовности изменить поведение при встрече с каким-либо угрожающим ситуативным фактором. В. И. Медведев и А. М. Парачев (1971) определяют напряжение в контексте инженерной психологии как величину усилия, направленного на

выполнение профессиональных функций. В соответствии с преобладанием тех или иных психических функций, которые вовлечены в текущую деятельность авторы выделяют *физическое, сенсорное, эмоциональное интеллектуальное* напряжение, напряжение *ожидания монотонии и политонии* (вызванное необходимостью часто переключать внимание).

При любом виде напряжения возрастают сила и глубина эмоциональных реакций, интенсивность переживаний. В каждом психическом состоянии В. Вундт выделял две основные дихотомические характеристики — напряжение— расслабление, возбуждение — успокоение. Та или иная степень напряжения часто является фоном многих других психических состояний, что дает основание говорить о напряжении как о стержневой характеристике состояния. Напряжение является обязательным признаком экстремальных (эксquisiteчных) психических состояний. Неблагоприятным фактором, повышающим уровень напряжения, является как перегрузка, так и недогрузка информацией (Зинченко с соавт., 1974).

Временные характеристики психического состояния

Эти характеристики рассматривались многими авторами в связи с проблемой формирования разнообразных патологических явлений, например, изучались явления *персеверации*, которым присущи инертность в переживаниях, неподатливость изменениям, трудность переключения (Н. Д. Левитов). По мнению К. К. Платонова (1984), психические состояния по параметру продолжительности занимают промежуточное положение между психическими процессами и свойствами личности: «Психические состояния достаточно продолжительны (могут продолжаться месяцами), хотя при изменении условия или вследствие адаптации могут и быстро изменяться» По степени постоянства В. Л. Марищук (1974) выделяет доминирующие (наиболее характерные для субъекта) и промежуточные (переходные) состояния. Ю. Е. Сосновилова (1975) описывает продолжительные, относительно малопродолжительные и кратковременные состояния. Е. П. Ильин (1980) пишет о состояниях мимолетных (неустойчивых), длительных и хронических.

Текущие (актуальные) состояния более изменчивы, динамичны, они

относятся к одному участку временной шкалы психических состояний, к более узкому масштабу (микромасштабу), а преобладающие, доминирующие — к более широкому (транситуативные состояния).

Доминирующие состояния характерны для личности в протяженном диапазоне ее настоящего, то есть в более широком масштабе времени, чем актуальный момент, определенный особенностями данной ситуации. Они в меньшей степени обуславливаются обстоятельствами актуальной, текущей ситуации с достаточно определенно очерченными временными рамками и в большей степени — факторами социально-психологического уровня личности. При таком ракурсе рассмотрения в структуре психического состояния необходимо выделять не только «доминирующую», но и ситуативную («текущую») составляющие. Доминирующие состояния являются фоном, на котором формируются и существуют актуальные (текущие) состояния (Куликов Л. В., 2001).

Из числа хронических состояний в наибольшей степени изучено состояние *хронического утомления*, которое является психологическим эквивалентом *астении*. Причиной подобного рода затяжных психических состояний может являться эффект суммации: суммация эмоционального напряжения, накопление утомления, Развитие хронического утомления. Существует представление о хроническом (эндемическом) стрессе, под которым понимают состояния психического напряжения разной степени выраженности, вызываемые у современного человека комплексом повседневно действующих разнообразных отрицательных факторов. Последствия подобных состояний в течение длительного времени могут оставаться скрытыми.

Эмоциональные характеристики психического состояния

Эти характеристики тесно связаны с таким параметром, как полярность, или знак. Во многих случаях нетрудно отнести эмоциональное состояние к «приятным» или «неприятным», включающим в себя переживание удовольствия или неудовольствия, однако так бывает не всегда. Наиболее распространенной

можно считать точку зрения, в соответствии с которой психическое состояние представляет собой сложное единство противоположных переживаний. Смех может быть смехом сквозь слезы, радость может сопровождаться печалью, гнев может сопутствовать разочарованию. Не всегда выявление доминирующей эмоции позволяет отнести такое состояние к положительным или отрицательным. Для обозначения двойственности переживаний используют предложенный Э. Блейером термин «амбивалентность», который интерпретируется как сложное, внутренне противоречивое переживание, связанное с двойственным отношением к человеку или к какому-либо явлению.

Существенное значение для описания психического состояния имеет **интенсивность** переживаемых эмоций - их сила, яркость. Количественные различия эмоций в значительной мере определяют качественную специфичность психического состояния.

Таким образом, в описании эмоционального состояния предполагается указание комплекса характеристик: широта спектра переживаемых эмоций, доминирующая эмоция, интенсивность эмоциональных компонентов психического состояния, амбивалентность, полярность эмоций — преобладание приятных (положительных; или неприятных (отрицательных) эмоций.

Осознанность состояния. К числу характеристик психического состояния относится и его осознанность. Несмотря на то что регулирующая роль сознания и самосознания для психических состояний сомнению не подвергается, вопросы, связанные с обусловленностью психических состояний сознанием личности — осознанием своих взаимоотношений с окружающим миром, с отчетливостью представленности в сознании характера этих взаимоотношений, остаются малоразработанными. Тем не менее осознанность актуального состояния во многом определяет способность личности к его психической регуляции.

Виды патологических психических состояний

Стресс

Стресс представляет собой особое состояние психики, организма в целом, определяемое широкой мобилизацией функциональных резервов для преодоления какого-либо экстремального воздействия. Речь идет о достаточно мощном воздействии, стресс-факторе (стрессоре), способном вызвать защитную гормональную реакцию с целью сохранения целостного организма, связанную с перестройкой его функциональных систем, с адаптацией к новым условиям жизнедеятельности.

Представление о стрессе получило интенсивное развитие в теоретических и экспериментальных исследованиях в связи с предложенной Гансом Селье концепцией Реагирования организма на неблагоприятные воздействия, позволяющей рассматривать различные физиологические и психологические проявления адаптации в ее целостности. Понимание роли неспецифических адаптационных и болезненных проявлений биологической активности в рамках концепции стресса цементировало Разрозненные сведения об адаптации организма, которыми располагала медицина.

Начало созданию концепции стресса положил случайно обнаруженный в эксперименте, проведенном Селье (1936), «синдром ответа на повреждение как таковое», получивший впоследствии название «триада Селье» или «общего адаптационного синдрома» (при увеличении и повышении активности коркового слоя надпочечников, уменьшении вилочковой железы (тимуса) и лимфатических желез, так называемого тимиколимфатического аппарата, точечных кровоизлияниях и кровоточащих язвочках в слизистой оболочке желудка и кишечника). Селье сопоставил эти реакции с симптомами, характерными практически для любого заболевания, в частности, с наблюдающимися при таких состояниях, как недомогание, разлитые болевые ощущения и чувство ломоты в суставах и мышцах, желудочно-кишечные расстройства с потерей аппетита и уменьшением веса тела. Объединение их в одну систему было правомерно только при наличии единого механизма управления этими реакциями и общего совокупного процесса развития.

Речь идет о том, что самые различные неблагоприятные факторы: холод, тепло, облучение рентгеновскими лучами, инъекция адреналина, инсулина,

травмирующее физическое воздействие, боль и многие другие — вызывают одинаковый ответ организма — общий адаптационный синдром. Поэтому стресс, с позиций Селье, можно определить как неспецифическую реакцию организма на предъявляемые ему требования.

Каждое предъявленное организму требование в каком-то смысле своеобразно, или специфично, отмечает Селье. На морозе мы дрожим, чтобы выделить больше тепла, а кровеносные сосуды кожи сужаются, уменьшая потерю тепла с поверхности тела. На солнцепеке мы потеем, и испарение пота охлаждает нас. Если мы съели слишком много сахара и содержание его в крови поднялось выше нормы, мы выделяем часть и сжигаем остальное, так что уровень сахара в крови нормализуется. Мышечное усилие, например, бег вверх по лестнице с максимальной скоростью, предъявляет повышенные требования к мускулатуре и сердечно-сосудистой системе. Мышцы нуждаются в дополнительном источнике энергии для такой необычной работы, поэтому сердцебиение становится учащенным.

Другими словами, пишет Селье, кроме специфического эффекта все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществлять приспособительные функции и тем самым восстанавливать нормальное состояние. Эти функции не зависят от специфического воздействия. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, — это и есть сущность стресса.

С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или адаптации. Специфические результаты двух событий — горя и радости — совершенно различны, даже противоположны, но их стрессорное действие — неспецифическое требование приспособления к новой ситуации — может быть одинаковым.

Нелегко представить себе, что холод, жара, лекарства, гормоны, печаль и радость вызывают одинаковые биохимические сдвиги в организме. Однако дело обстоит именно так. Количественные биохимические измерения показывают, что некоторые реакции неспецифичны и одинаковы для всех видов воздействий

(Селье Г., 1994),

При непрекращающемся действии стрессогенного фактора проявления «триады стресса» изменяются по интенсивности. Селье выделяет три стадии этих изменений: первая — **реакция тревоги**, вторая — резистентность, третья — **истощение**.

Стадия тревоги состоит из фаз — «шока» и «*противошока*». В ответ на воздействие стрессора сначала происходит понижение ряда физиологических, биохимических параметров (шок), но одновременно включаются защитные гормональные механизмы: мозговым слоем надпочечников обильно выделяется адреналин; гипофизом выбрасываются адренотропный и тиреотропный гормоны; затем усиливаются выработка и поступление в кровь гормонов коры надпочечников — глюкокортикоидов. Организм начинает перестраиваться — происходит «противоток».

На первой стадии мобилизуются защитные силы организма, начинается процесс перестройки системы регуляции. В этот момент сопротивляемость организма снижается, и, если результат действия раздражителя выходит за пределы компенсации, может наступить смерть. Основные признаки первой стадии — инкреция в кровь стероидных гормонов корковым слоем надпочечников, снижение в нем гормонсодержащих гранул, усиление гемоконцентрации, гипохлоремия, преобладание катаболических процессов в тканях.

Если сила действия чрезвычайного раздражителя не превышает компенсаторных возможностей организма, развивается вторая стадия — стадия резистентности, или адаптации. В этот период сопротивляемость организма повреждающему воздействию раздражителя повышается. Признаки, характерные для первой стадии, исчезают. В коре надпочечников вновь наблюдаются секреторные гранулы, гемодилуция, гиперхлогемия, преобладают анаболические процессы в тканях с тенденцией к восстановлению массы тела.

В стадии повышенной резистентности функциональные возможности организма возрастают на величину, превышающую исходный уровень. Ее рассматривают также как стадию неспецифической устойчивости. Это значит,

что, например, при стрессоре в виде физических нагрузок после перехода из стадии тревоги к неспецифической устойчивости организм может более успешно противостоять целому ряду инфекций и другим негативным воздействиям.

После длительного воздействия чрезвычайного раздражителя могут исчерпаться компенсаторные возможности, и организм перейдет в третью стадию — стадию истощения. Вновь появятся признаки реакции тревоги, теперь уже носящие необратимый характер. Таким образом, можно заключить, что интегральная цель развития общего адаптационного синдрома — повышение резистентности организма — адекватна качественной и количественной характеристикам раздражителя.

Селье выдвинул гипотезу о том, что старение — это итог всех стрессов, которым подвергался организм в течение жизни. Оно соответствует фазе истощения общего адаптационного синдрома, который в каком-то смысле представляет собой ускоренную версию нормального старения. Любой стресс оставляет после себя необратимые химические изменения; их накоплением обуславливаются признаки старения в тканях. Особенно тяжелые последствия вызывает поражение мозговых и нервных клеток. Успешная деятельность, по мнению Селье, оставляет меньше последствий старения.

Р. Лазарус (1970) подразделил стресс на физиологический (вегетативный, первосигнальный) и психологический (эмоциональный, второсигнальный). Эмоциональный стресс — состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей (Большая медицинская энциклопедия, 1986). Эмоциональный стресс определяется воздействием на человека эмоциогенных, психологических факторов, а в остальном он протекает, как и все Другие (гормональный, физиологический). Эмоции — это тоже реакция на новизну, ответ на неожиданность. Эмоции мобилизуют избыточную (резервную) энергию, которая может быть востребована в ситуации потенциальной опасности. Эмоциональный стресс включает в себя первичные эмоциональные психические реакции, возникающие при критических психологических воздействиях, эмоционально-

психические синдромы, порожденные телесными повреждениями, аффективные реакции при стрессе и физиологические механизмы, лежащие в их основе (Китаев-Смык Л. А., 1988).

Эмоциональный стресс связан с появлением состояний эмоционального возбуждения как сигнального процесса (повышенный функциональный уровень психической деятельности) и эмоционального напряжения (мобилизация резервов, всплеск стенических эмоций, падение работоспособности в соответствии с кривой нормального распределения «эмоции—когниции»). Доктор Дж. Мейсон, бывший президент Американского психосоматического общества и один из наиболее известных исследователей психологических и психопатологических аспектов биологического стресса, считает общим знаменателем всех стрессоров активацию физиологического аппарата, ответственного за эмоциональное возбуждение, которое возникает при появлении угрожающих или неприятных факторов в жизненной ситуации. Эмоциональные раздражители — практически самый частый стрессор у человека.

Эмоциональная напряженность может рассматриваться в качестве облигатного компонента эмоционального стресса. Физиологически она выражается в изменениях эндокринной системы человека. К примеру, при экспериментальных исследованиях больных в клиниках было установлено, что люди, постоянно находящиеся в нервном напряжении, тяжелее переносят вирусные инфекции. Другой облигатный компонент эмоционального стресса — тревога как неясное беспокойство, ощущение непонятной угрозы, тревожное ожидание в ответ на ситуацию неопределенности и ожидания.

В современной научной литературе используются несколько значений понятия стресса:

- «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» (Г. Селье);
- неспецифический ответ, функциональное состояние напряжения, реактивности организма, возникающие у человека и животных в ответ на воздействие стрессоров, значительных по силе при действии экстремальных или патологических для организма человека и

животного раздражителей;

- сильное неблагоприятное, отрицательно влияющее на организм воздействие (синоним — стрессор);
- сильная, неблагоприятная для организма физиологическая или психологическая реакция на действие стрессора;
- сильные реакции организма как благоприятные, так и неблагоприятные (Петровский А. В., Ярошевский М.Г., 1998).

Наиболее часто термин «стресс» употребляется в значении неспецифического ответа организма на воздействие вредных агентов, проявляющегося в симптомах общего адаптационного синдрома.

Стрессовые сдвиги могут быть обнаружены во всех сферах психики. В эмоциональной сфере важнейшими феноменами являются чувство тревоги, переживание значимости текущей ситуации; в когнитивной — восприятие угрозы, опасности, оценка ситуации как неопределенной; в мотивационной — мобилизация сил или, напротив, капитуляция; в поведенческой сфере — изменение активности, привычных темпов деятельности, частое появление «зажатости» в исполнительных движениях. Общим для этих изменений служит сдвиг интенсивности процессов в соответствующей сфере в сторону увеличения или уменьшения.

Тревогу можно рассматривать как облигатный и Центральный элементы стресса, различающиеся по степени интенсивности. Ф. Б. Березин выделяет последовательные стадии в формировании переживаний тревоги (тревожный ряд):

- *ощущение внутренней напряженности*, которое еще не имеет ярко выраженного оттенка угрозы, а служит лишь сигналом ее приближения, создавая тягостный душевный дискомфорт;
- *гиперестезические реакции* на фоне нарастающей тревоги ранее нейтральные стимулы приобретают негативную окраску, раздражительность повышается;
- *собственно тревога*, которая является центральным элементом ряда; появляется ощущение неопределенной угрозы с невозможностью

предсказать время возникновения угрозы, невозможность определить ее характер; при этом неадекватная логическая переработка из-за недостатка информации может приводить к неправильному выводу;

- *страх* — тревога, конкретизированная на объекте; у субъекта создается представление о том, что тревогу можно устранить определенными действиями;
- *ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы* на фоне дальнейшего нарастания интенсивности тревожных расстройств;
- *тревожно-боязливое возбуждение*, когда психическая дезорганизация достигает своего максимума и возможность целенаправленной деятельности исчезает.

По мнению Л. Леви (1970), эмоциональный стресс можно рассматривать как участок своеобразного континуума эмоциональных состояний, в котором сдвиги физиологического гомеостаза являются самыми низкими в условиях полного безразличия. Он также разделил понятия «дистресс» — эмоционально-стрессовое состояние, связанное с отрицательными эмоциями, и «эустресс» — оптимальный уровень функционирования систем организма. Приятные и неприятные эмоциональные состояния сопровождаются изменениями в уровнях физиологического гомеостаза.

Структура стресса наряду с эмоциональными включает в себя и другие психологические компоненты: перцептивные (искажения восприятий под воздействием эмоциональных факторов), мотивационные (изменения мотиваций при стрессе — мобилизация, или бегство, или нападение), интеллектуальные. Одним из таких психологических факторов является оценка угрозы. Согласно Лазарусу, угроза представляет собой предвосхищение человеком возможных опасных последствий воздействующих на него ситуаций. Это предположение проверялось в экспериментах, в которых испытуемым демонстрировался один и тот же кинофильм о несчастном случае на лесопилке. В первом варианте опыта испытуемым просто сообщалось, что в фильме будут показаны несчастные случаи на лесопилке; во втором — что события не являются реальными, а только имитируются актерами; наконец, в третьем случае экспериментаторы стремились

отвлечь внимание испытуемых от тяжелых эпизодов в фильме, их просили беспристрастно проследить, например, за тем, насколько ясно и убедительно мастер излагает правила техники безопасности рабочим.

На основе полученных данных Лазарус сделал вывод о том, что в первом случае у большинства зрителей наблюдались явно выраженные стрессовые реакции, во втором — стресс не возникал, так как события в фильме рассматривались как нереальные. Что же касается третьего варианта, то если испытуемые истолковывали эти события как опасные и не занимали, таким образом, беспристрастной позиции наблюдателя, то стрессовое состояние возникало.

Процессы оценки угрозы, связанные с анализом значения ситуации и отношением к ней, носят сложный характер: они включают в себя не только относительно простые перцептивные функции, но и процессы памяти, способность к абстрактному мышлению, элементы прошлого опыта субъекта, его обучения. Они не всегда осознаются и, как правило, протекают с большой быстротой.

Понятие угрозы является основным в концепции Лазаруса. По его мнению, угроза порождает защитную Деятельность или защитные импульсы, обладающие теми же характеристиками, которые обычно приписываются эмоциональным состояниям. Они направлены на устранение или уменьшение предполагаемых опасных воздействий и выражаются в различном отношении к последним, например, в отрицании, преодолении ситуации или принятии ее.

Дж. Эверилл считает сущностью стрессовой ситуации утрату контроля. П. Фресс предлагает называть стрессом особый вид эмоциогенных ситуаций, а именно — использовать этот термин применительно к ситуациям повторяющимся, или хроническим, в которых могут появиться нарушения адаптации. Ю. С. Савенко определяет психический стресс как «состояние, в котором личность оказывается в условиях, препятствующих ее самоактуализации». Общая тенденция в определениях, таким образом, заключается в отрицании неспецифичности ситуаций, порождающих стресс. Не любое требование среды вызывает стресс, а лишь то, которое оценивается как

угрожающее, которое нарушает адаптацию, контроль, препятствует самоактуализации.

Т. Кокс приводит формулу Мак-Графа, согласно которой *выраженность стресса равна произведению значимости ситуации на разность между уровнем предъявляемых требований и осознаваемой возможности их осуществления*. Экспериментально данное положение не подтверждено.

В.И. Медведев выделяет разные типы отношений человека к самому себе в ситуации стресса: *первый* — отношение к себе как к «жертве» экстремальной ситуации; фиксация на нем усугубляет стресс, можно назвать это отношение «примитивно-эгоистическим»; *второй* — сочетание отношения к себе как к «жертве» с пониманием себя как «ценности», доверенной себе же, такое , отношение можно назвать объективно-индивидуалистическим, оно способствует самосохранению личности; *третий* — отношение к себе как к одному из ряда людей, это, по-видимому, больше всего способствует сохранению эффективной деятельности при стрессе.

По мнению Я. Рейковского, среди лиц с завышенной. самооценкой встречается больше неустойчивых к стрессу людей, чем среди лиц с адекватной самооценкой.

Эмоциональное выгорание. Стресс обычно подразделяют на жизненный и профессиональный. К профессиональному стрессу часто относят феномен «профессионального психического выгорания», как правило, принимающего затяжное течение. Так, Н. В. Гришина, рассматривая понятие выгорания, обозначает его как переживаемое человеком состояние физического, эмоционального и психического истощения, вызываемого длительной включенностью в ситуации, содержащие высокие эмоциональные требования, что, по сути дела, тождественно хроническим стрессовым ситуациям. Повседневное напряжение в профессиональной деятельности приводит к переутомлению. Главным источником профессионального выгорания является избыточное общение с людьми, требующее особых эмоциональных затрат.

Термин «*burnout*» (эмоциональное сгорание) введен американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 году для характеристики

психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Первоначально этот термин определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности.

С. Маслач в 1981 году детально описала проявления этого специфического синдрома: чувство эмоционального истощения, изнеможения (человек чувствует невозможность выполнять работу так, как прежде), дегуманизация, деперсонализация (тенденция к развитию негативного отношения к клиентам), негативное самовосприятие в профессиональном плане — недостаток чувства профессионального мастерства. Е. Махер в своем обзоре (1983) обобщила перечень симптомов «эмоционального сгорания»:

- усталость, утомление, истощение;
- психосоматические недомогания;
- бессонница;
- негативное отношение к клиентам;
- негативное отношение к самой работе;
- скудость репертуара рабочих действий;
 - злоупотребление химическими агентами — табаком, кофе, алкоголем, наркотиками;
 - отсутствие аппетита или, наоборот, переедание;
 - негативная «Я-концепция»;
 - агрессивные чувства (раздражительность, напряженность, тревожность, беспокойство, взволнованность до перевозбуждения, гнев);
 - упадническое настроение и связанные с ним эмоции — цинизм, пессимизм, чувство безнадежности, апатия, депрессия, чувство бессмысленности;
 - переживание чувства вины.

Эмоциональное истощение обнаруживается, прежде всего, в чувстве беспомощности, близости эмоционального срыва, мыслях о суициде. Может

возникнуть чувство «приглушенности», «притупленности» эмоций, когда человек не в силах отозваться, эмоционально откликнуться на ситуации, которые, казалось бы, должны его интересовать.

Психологически профессиональное выгорание начинает проявляться в постепенном развитии негативных установок по отношению к себе, работе, тем людям, с которыми приходится работать. Контакты с ними становятся более «бездушными», «обезличенными», иногда формальными. Возникающие негативные или жесткие установки по отношению к «клиентам» (пациентам, больным, ученикам) могут носить скрытый характер и вначале проявляться во внутреннем раздражении, чувстве неприязни, которое сдерживается, но постепенно могут возникать и эмоциональные вспышки, прорываться раздражение, несдержанность.

Важные проявления профессионального выгорания — постепенно нарастающее недовольство собой, уменьшение чувства личной успешности, развивающиеся безразличие и апатия, уменьшение ощущения ценности своей деятельности. Замечая в себе негативные чувства и проявления, человек винит себя, снижает его как профессиональную, так и личностную самооценку. Он начинает переживать чувство собственной несостоятельности, безразличие к работе, иногда и утрату прежде значимых для него жизненных ценностей (Куликов Л.В., Михайлова О. А., 2001).

К.Кондо кратко определил «**burnout**» как дезадаптированность к рабочему месту из-за чрезмерной рабочей нагрузки и неадекватных межличностных отношений. Этому соответствует и данное им образное толкование: «сгоранию» подвержены те, кто работает страстно, с особым интересом; долгое время, помогая другим, они начинают чувствовать разочарование, так как не удается достичь того эффекта, которого ожидали; такая работа сопровождается чрезмерной потерей психологической энергии, приводит к психосоматической усталости (изнурению) и эмоциональному истощению (исчерпыванию), в результате возникают беспокойство (тревога), раздражение, гнев, пониженная самооценка на фоне учащенного сердцебиения, одышки, желудочно-кишечных расстройств, головные боли, люмбаго, пониженное давление, нарушение сна, а

также семейные проблемы (Форманюк Т. В., 1994).

Первоначально количество профессионалов, относимых к подверженным «эмоциональному сгоранию», было незначительным: это — сотрудники медицинских учреждений и различных общественных благотворительных организаций. Р. Шваб в 1982 году расширил группу профессионального риска: это — учителя, полицейские, тюремный персонал, политики, юристы, нижнее звено торгового персонала, менеджеры всех уровней.

«Синдром эмоционального сгорания» у врачей субъективно проявляется в чувстве психического истощения, вследствие чего снижается эффективность профессионального взаимодействия: врач уже не может полностью посвятить себя работе, как это было прежде, снижается самооценка, деятельность субъективно воспринимается как недостаточно успешная. Возможно появление негативного отношения к пациентам, воспринимаемым как источник хронической психической травматизации. Взаимодействуя с больным, врач перестает принимать во внимание психологические феномены, связанные с заболеванием, то есть внутреннюю картину болезни пациента с ее сложной структурой, формирующиеся механизмы психологической защиты и копинг-поведение, не реагирует на тревогу пациента, не замечает его депрессивных, суицидальных тенденций. В высказываниях врача о своих больных могут появиться цинизм, холодное равнодушие и даже враждебность. Этот своеобразный «кризис» врачебной деятельности может повторяться время от времени, больные перестают обращаться к врачу за помощью, иногда предпочитая менее опытных и компетентных, но более доброжелательных. В период подобного кризиса врач нуждается в отдыхе, перемене деятельности, психологической «разгрузке», участии в профессиональных тренингах или в психотерапевтической помощи. У врачей-женщин эмоциональное истощение развивается в большей степени, чем у врачей-мужчин. «Сгорающие» описываются как сочувствующие, гуманные, мягкие, увлекающиеся, склонные идеализировать окружающих людей. Одновременно это — эмоционально неустойчивые лица, с колебаниями настроения, интровертированные, лишенные достаточной степени эмоциональной поддержки. При исследовании «синдрома эмоционального сгорания» были

выделены три его фазы. Первая фаза названа «фазой напряжения». Предвестником и механизмом, запускающим «синдром эмоционального сгорания», является фиксированное состояние тревожного напряжения, на фоне которого наблюдаются снижение настроения, раздражительность (признак ослабления контроля за эмоциональными реакциями и поведением в целом) и реакции депрессивного типа. Вторая фаза получила название «фазы сопротивления». Эта фаза связана с появлением защитного поведения по типу «неучастия», со стремлением избегать воздействия эмоциональных факторов и с тенденцией к ограничению собственного эмоционального реагирования в ответ на самые незначительные психотравмирующие воздействия. «Экономия эмоций», ограничение эмоциональной отдачи упрощают и сокращают процесс общения «врач — больной», привнося в этот процесс черты поверхностности и формализма. Подобная форма защиты может переноситься за пределы профессиональной деятельности, сокращая общение во всех сферах жизни, что приводит к регламентированности и избирательности межличностного взаимодействия. Третья фаза описывается под названием «фазы истощения». Она характеризуется снижением энергетического тонуса, выраженными психовегетативными нарушениями. Отмечаются снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышенный уровень тревоги с признаками дезорганизации психической деятельности (снижением памяти, нарушением концентрации внимания и др.), склонность к соматизации в виде разнообразных соматических симптомов: различных болевых ощущений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других физиологических систем.

Наиболее уязвимыми к «эмоциональному сгоранию» оказались те, кто реагирует на стресс по типу «А»: агрессивно, в соперничестве, несдержанно, любой Ценой; стрессогенный фактор вызывает у них чувство подавленности, уныния из-за неосуществления того, чего хотелось бы достичь. К. Кондо относит к «сгорающим» также «трудоголиков» (кто решил посвятить себя реализации только рабочих целей, кто нашел свое призвание в работе до самозабвения). Х. Дж. Фрейденберг описывает «сгорающих» следующим образом: они — сочувствующие, гуманные, мягкие увлекающие, идеалисты, ориентированные на

людей и одновременно неустойчивые, интровертированные, одержимые навязчивой идеей (фанатичные), «пламенные» и легкосолидаризирующиеся. Е. Махер (1983) дополняет этот список «авторитаризма», «низкого уровня эмпатии».

«Сгорание» связано с тем, что работа может быть многочасовой, не оцениваемой должным образом, имеющей трудноизмеримое содержание, требующей исключительной продуктивности или соответствующей подготовки (тренировки), или с тем, что характер руководства со стороны вышестоящих не соответствует содержанию работы. Развитию «сгорания» также способствует неопределенность или недостаток ответственности. Администрация может смягчить развитие «сгорания», если обеспечит работникам возможность профессионального роста, наладит поддерживающие социальные и другие положительные моменты, повышающие мотивацию. Администрация может также четко распределить обязанности, продумав должностные инструкции. Руководство может организовать здоровые взаимоотношения сотрудников (Форманюк Т. В., 1994).

Поведение в стрессе. Изменения деятельности и поведения человека в состоянии стресса уже давно отмечалось в психологической литературе. Так, Г. Е. Шумков (1913) описал «душевное состояние воинов в ожидании бой» в период русско-японской войны (1904-1905 годы). Оно проявлялось у людей в не свойственной им суетливости, повышенной чувствительности к обычным раздражениям. Сапог жал больше, чем всегда. Движения становились менее координированными, пальцы рук — непослушными, спички ломались, табак рассыпался, менялся почерк. Учащался пульс, дыхание становилось частым и неравномерным, появлялись жажда, сухость во рту и горле. Отмечалась повышенная внушаемость.

Выделяют два основных типа реагирования в стрессе — тормозной и возбудимый. **Тормозной тип** реагирования характеризуется общим мышечным напряжением, особенно резко выражающимся в «мимической маске», скованности позы и движений, фиксации внимания, пассивности, замедленном течении психических процессов, своеобразной «эмоциональной инертности», проявляющейся в виде безучастности и негативного безразличия. **Возбудимый**

тип реагирования выражается в бурной экстраверсии, суетливости, многословии, гипертрофии двигательных проявлений, быстрой смене принимаемых решений, повышенной легкости перехода от одного вида деятельности к другому, несдержанности в общении.

В состояниях напряженности поведение в значительной мере характеризуется преобладанием стереотипных ответов, неадекватных ситуаций. В первую очередь страдают сложные формы целенаправленной деятельности, ее планирование и оценка. Возникающие при этом нарушения происходят на разных уровнях. В. Л. Марищук с соавт. (1987) отмечают общую тенденцию к снижению устойчивости психических процессов, что может выражаться в «блокаде» восприятия и мышления, памяти и практических действий субъекта; это, в свою очередь, может привести к физическому распаду, самоустранению человека от продолжения работы.

Стрессовый *макроэпизод* можно рассматривать как последовательность *микроэпизодов*, состоящую из стрессовых краткосрочных эпизодов, например таких, как бессонница и переживание болезненных воспоминаний об утрате по ночам, чувство одиночества за завтраком и в выходные, целый ряд последующих фрустрирующих микрособытий, с которыми человек вынужден справляться в повседневной жизни.

Роль личности в формировании стресса. Понять механизмы стресса можно только с учетом реакции личности, преодолевающей его (Лазарус Р., 1970). Реакция человека на экстремальные воздействия, восприятие и оценка этого воздействия как вредного, нежелательного фактора обуславливаются не столько врожденными, биологически закрепленными механизмами, сколько тем комплексом свойств индивида, сформировавшихся в процессе развития и деятельности данной личности в определенной среде. От этих свойств личности зависят тип индивидуально-психологической реактивности данного человека в той или иной ситуации, характер доминирующих поведенческих реакций в условиях психологического стресса.

Элементы стресса испытывают практически все, кто активно включен в социальную жизнь, связанную с дефицитом времени, информационными

перегрузками, необходимостью принимать решения, затрагивающие в какой-то степени интересы окружающих людей. Однако формирование соматических эквивалентов стресса в ответ на острые или хронические психические перегрузки отмечается, как правило, при наличии определенного способа эмоционального переживания, эмоционального реагирования на трудности, в контексте определенной личностной структуры.

В процессе воздействия стрессора на личность происходит первичная его когнитивная оценка (оценка познавательными психическими процессами, такими как мышление, память, внимание, воображение и т.д.), на основании которой создавшаяся ситуация рассматривается как угрожающая или благоприятная. В соответствии с проведенной когнитивной квалификацией события оно тем или иным способом переживается личностью. Можно предположить, что психофизиологические механизмы возникновения и развития психологического стресса определяются индивидуальными особенностями организации нейродинамических систем мозга, личностными психофизиологическими категориями и уровнем неспецифических адаптационных элементов самой мозговой ткани (Бодров В. А., 2000).

Автор отмечает, что, по-видимому, наибольшее внимание при изучении влияния тех или иных черт личности на развитие стресса привлекала такая черта, как тревожность. Личностная тревожность является относительно постоянной чертой. Люди, обладающие высокой личностной тревожностью, значительно интенсивнее проявляют чувство тревоги независимо от ситуации. Для высокотревожных людей требуется относительно меньший уровень стресса, чтобы вызвать у них выраженную стрессовую реакцию. Люди с низкой личностной тревожностью всегда более спокойны, независимо от ситуации. Требуется относительно высокий уровень стресса, чтобы вызвать у них стрессовую реакцию (Бодров В. А., 2000).

Формируется ответная эмоциональная реакция на стрессовое воздействие. Каждая эмоциональная реакция имеет свое физиологическое сопровождение в виде определенного уровня активации физиологических систем. Соматические нарушения возникают вследствие чрезмерно сильной или длительной ответной

эмоциональной реакции (Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д., 1976).

Чрезмерная эмоциональная реакция — результат рассогласования между ожиданиями и установками личности, с одной стороны, и реальными жизненными обстоятельствами — с другой (Менделеев В. Д., 1998).

Среди заболевших после перенесенных стрессов преобладают личности с чертами негативизма и экстремизма, склонные к интенсивным эмоциональным реакциям, при наличии репрессированной тенденции к самореализации, с хроническим подавлением побуждений, с чертами пассивности, зависимости, с хроническими переживаниями изолированности, отчужденности, безнадежности (Ротенберг В. С, Аршавский А. В., 1984). Это люди, которые не умеют адекватно оценивать происходящие события и строить адекватный этим событиям прогноз на будущее. Как правило, их отличают нереалистические установки, завышенные ожидания, чрезмерно высокие требования к окружающим людям и к собственной личности (перфекционизм) в сочетании с пассивно-зависимой позицией по отношению к окружающим. Они склонны к оценочному мышлению (мышлению в черно-белых категориях добра и зла) и к экстремальным формам эмоционального реагирования.

Были обнаружены существенные различия между людьми на основе их личностных особенностей, связанных с развитием стресса. Неустойчивые к стрессу проявляли выраженное чувство неполноценности, отсутствие веры в свои силы, боязливость, значительную импульсивность в действиях. Лица, устойчивые к стрессу, менее импульсивны, менее боязливы, им свойственны большая настойчивость в преодолении препятствий, активность, энергия и жизнерадостность.

Уменьшают патогенное воздействие стрессоров чувство собственной значимости, энергично-наступательная позиция по отношению к социальному окружению, способность принимать на себя обязательства, развитое чувство ответственности, уверенность в возможности контролировать текущие события (Вейн А. М., 1988). Многими авторами отмечается выраженное воздействие уровня и устойчивости самооценки на формирование стрессового состояния. Так, Я. Рейковский (1979) отмечает, что лица с заниженной и неустойчивой

самооценкой сильнее реагируют на стрессовую ситуацию. Недостаточная уверенность в собственных силах, по мнению Марищука, является одной из главных предпосылок эмоционального стресса.

Еще одним качеством, имеющим важное значение для возникновения стресса, является личностная тревожность (Спилбергер Ч., 1972; Ханин Ю. Л., 1978; Аммон Г., 1980; Изард К, 1999) — склонность испытывать состояния тревоги. Тревога — эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием возможных неудач, с готовностью стать объектом нападения. Тревожностью характеризуются ситуации неопределенности и ожидания, с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом. Помимо тревоги другие эмоции, такие, в частности, как депрессия и печаль, агрессивность и враждебность, также вносят свой вклад в формирование соматических нарушений в ответ на стрессовое воздействие.

Большинство авторов рассматривают эгоцентризм с его фиксированностью на собственных интересах, своем психологическом мире, телесных ощущениях с недоучетом или игнорированием интересов других людей, требований внешней ситуации, окружающего мира в его пространственно-временном континууме как обязательную принадлежность «психосоматической» личностной структуры. Сосредоточенность на разнообразных — эмоциональном, физическом, психологическом, экзистенциально-философском — аспектах собственного «Я» делает это «Я» грандиозным, затмевая для индивида окружающих его людей. Весь мир сужается до размеров собственного «жизненного пространства», в котором только и могут происходить действительно значимые для индивида события. Эгоцентрическая направленность личности обнаруживается в гипертрофированно-рациональном отношении к миру, прагматизме, потребительских склонностях, рентных установках.

Н. Концовский (1956) подчеркивал, что устойчивость к стрессу формируется «на основе жизненной практики, при активном и сознательном участии личности, которая не избегает сложных и опасных ситуаций, а иногда даже активно их ищет». При прочих равных условиях устойчивость к стрессу может быть результатом целенаправленного воспитания в себе необходимых

качеств, следствием сознательного управления личностью своими состояниями, поступками, способности предвидеть близкие и отдаленные последствия своих действий и соизмерять с этими последствиями цели и избираемые для их достижения средства в конкретных ситуациях.

Психическая травма

Термин «психическая травма» используется при описании критического состояния на психологическом, точнее на патопсихологическом уровне его существования; применяется при интерпретации психогенных заболеваний. *Психогении* — разнообразные болезненные состояния, возникающие вследствие отрицательных психических воздействий, то есть психических травм. Угроза жизни, потеря близкого человека, семейные неурядицы, обида, неразделенная любовь и масса других отрицательных переживаний могут вызывать функционально-динамические нарушения нервной деятельности.

- Психогении возникают вследствие одномоментной сильной психической травмы или же могут быть результатом относительно слабого, но длительного психического травмирования. Большое значение для их возникновения имеют предварительное изменение соматического состояния, ослабленность организма предшествующими заболеваниями, недосыпаниями, кровопотерями. Психогении являются принципиально полностью обратимыми болезненными состояниями и обычно пропадают через какое-то время после исчезновения травмирующей ситуации.
- Термин «психогенные заболевания» (психогении) впервые был предложен в 1894 году немецким психиатром и психологом Куртом Зоммером при описании психической эпидемии судорог, возникшей среди школьников. Позднее *психогениями* (от греч. *psyche* – душа *gemaio* – порождаю) стали обозначать все те психические расстройства, которые возникали под влиянием психической травмы. **Психическая травма** — это жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям, а точнее, это — эмоционально значимое событие, связанное с негативными переживаниями

- Под влиянием психической травматизации у человека могут возникать нервно-психические расстройства непсихотического (невроты) и психотического (реактивные психозы) типов.
- Непсихотические психогенные расстройства часто относят к клиническим формам так называемой малой психиатрии. Все болезненные нервно-психические нарушения здесь часто объединяют общим термином — «пограничные состояния». Этим подчеркивается, что такие состояния находятся на границе между нормой и патологией, между психотическими и непсихотическими формами психических болезней, между психическими и соматическими болезнями. В широком плане это — проблемы переживаний человека в связи с интимно-личностными, межличностными и социальными конфликтами и различные психогенные психические и психосоматические реакции, находящиеся в рамках как нормы, так и патологии. Все они являются выражением чисто человеческих проблем, проявления человеческой сущности в трудной жизненной ситуации.
- На первом этапе учения о психогениях ведущая роль в возникновении заболевания у человека отводилась психической травме. По мнению немецкого психиатра Карла Ясперса — создателя экзистенциально-феноменологического направления в психиатрии, патологические реакции психики в ответ на психическую травму характеризуются единством причины и клинической динамики болезни. Это значит, что чисто психологическая травма вызывает целиком и психологическую реакцию, и обе они оказываются объединенными психологически понятной связью. Эти диагностические принципы сформулированы Ясперсом в виде трех основных положений («реактивной триады»):
 - реактивное состояние возникает вслед за психической травмой;
 - содержание психической травмы находит отражение в симптомах болезни, и между ними существуют психологически понятные связи;
 - при устранении психической травматизации наступают улучшение и выздоровление больного.

- Позднее было обнаружено, что второй и третий критерии из «реактивной триады» Ясперса не всегда находят подтверждение в клинической практике, особенно при затяжных неврозах и патологических (психогенных и невротических) развитиях личности. При затяжных неврозах часто бывает трудно доказать, что содержание клинической картины прямо вытекает из характера психической травмы, а при патологических развитиях личности пусковая психическая травма со временем теряет свою актуальность, тогда как болезнь все равно продолжает развиваться. Более того, не всегда приемлемым бывает и первый критерий знаменитой триады, так как нередко реактивное состояние не возникает непосредственно вслед за психической травмой, а может быть отставленным.
- И тем не менее сформулированные Ясперсом критерии реактивных состояний являются хорошим ориентиром в обосновании и постановке диагноза реактивных невротических состояний и психозов, вследствие чего они и получили самое широкое распространение.
- *Второй этап учения о психогениях* связан с именем немецкого психиатра и психолога Эрнста Кречмера, который отметил, что психогенное заболевание возникает в ответ не на любую психическую травму, как полагал Ясперс, а только на ту, которая затрагивает особо *значимые стороны отношений* больного. Психическая травма должна «подходить» к характеру, как «ключ к замку», и только тогда «состоится» триада Ясперса. Одинаково важны и наличие самой психической травмы, и наличие предрасположенности к ней у данного конкретного человека.
- На *третьем этапе изучения психогений* появляются доказательства того, что психическая травма не играет главной роли в возникновении заболевания, а определяющее значение имеют отношение личности к психотравмирующей ситуации как патогенной (Мясищев В.Н., 1960) и особенности функционирования механизмов личностной психологической защиты, позволяющие это отношение менять.
- Действительно, обнаружено, что во многих странах в послевоенные годы, то есть когда нет никаких массовых бедствий, среди населения резко

возрастает число непсихотических форм психических нарушений — невротических реакций, неврозов, самоубийств. Чрезвычайно часто обнаруживаются случаи, когда человек совершал суицид без каких-либо видимых предшествующих психотравм. Объяснение этих явлений стали искать в срыве личностных форм защиты. Поиски ответа на вопрос о том, как, каким образом происходит нейтрализация переживаний при эмоционально-личностных воздействиях, привели к формированию понятий «психологическая защита» и «копинг-поведение». Устойчивость к патогенному воздействию жизненных ситуаций, способность к нейтрализации неблагоприятных социально-экономических факторов личностного бытия человек приобретает в процессе своего индивидуального развития.

- Таким образом, психогении рассматриваются как опосредованное всей личностью (на сознательном и бессознательном уровнях) формирование переживания при развитии патологических форм психологической защиты или их срыве. По мнению Мясищева, ситуация патогенна только тогда, когда она не может быть рационально переделана или преодолена или невозможен отказ от неосуществимых влечений.

Конфликт

Термин «конфликт» также используется в различных значениях. Наиболее часто психологи понимают конфликт как столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов субъектов взаимодействия.

Конфликт (от лат. *Conflictus* – столкновение) представляет собой **противостояние** людей (межличностные конфликты) или групп с противоположно направленными интересами, мнениями, позициями, целями, достижение которых ущемляет интересы противостоящей стороны (групповые конфликты).

Субъектом конфликта могут быть двое или более людей, социальные группы, а также один человек с его внутренними переживаниями

(внутриличностные конфликты).

При внутриличностных конфликтах рассматриваются три его возможных варианта.

- Человек стоит перед выбором из альтернативных, равных по привлекательности, но взаимоисключающих решений. Например, молодая женщина столкнулась с проблемой: ее муж и ее мать требуют к себе исключительного отношения в ущерб друг другу, а она любит их одинаково сильно; или: хочется поехать вместе с мужем к новому месту жительства и не менее желательно остаться в большом городе, чтобы завершить учебу в университете.
- Предлагается выбор из явно непривлекательных альтернатив (из двух зол — меньшее): например, потерять любимую работу — источник содержания семьи — или остаться и продолжать мучения под руководством деспота-начальника.
- Выбор в равной мере и привлекателен, и неизбежно ведет к негативным последствиям. Например, угрожая разводом, жена требует, чтобы муж порвал затянувшиеся отношения с любовницей. Однако любовницу ему бросать не хочется: она молода и физически привлекательна. Но и жену с детьми, помня об их верной дружбе, беззаветной преданности в прежних жизненных невзгодах, обеспечившей служебный и материальный успех, он оставить не может: к ней он испытывает чувство признательности.

Внутриличностные конфликты включают в себя также когнитивные, ролевые, экзистенциальные и другие типы конфликтов.

В **когнитивных конфликтах** содержится противоречие несовместимых представлений. Например, человек, которого воспринимают как исключительно благородного и порядочного, совершает некрасивый поступок, иногда такая ситуация трактуется как «когнитивный диссонанс».

Ролевые конфликты (внутриролевые конфликты) связаны с необходимостью для человека существовать одновременно в двух или более ролях: например, учительница в классе может быть одновременно матерью одного из учеников, и в этом случае она может испытывать сложные,

противоречивые чувства, связанные с пребыванием в двух разных социальных ролях, предъявляющих разные требования к стилю поведения и переживания.

Экзистенциальный конфликт связан с самоанализом глубинных проблем внутриспсихической реальности — проблем смысла, существования, оправдания.

При наличии *конфликтной ситуации* (противостояния с намерением решить свои проблемы в ущерб другой стороне) и *повода*, определяющего начало проявления сторонами активности для достижения целей, конфликт может разрастаться с включением в него новых сил и новых людей. При забывании первоначальной причины конфликта ожесточенность негативных воздействий может нарастать.

Конфликт — это столкновение противоборствующих сторон. При этом констатируется приблизительное *равенство по интенсивности* противостоящих в конфликте сил. Приверженцы психодинамических концептуальных схем определяют конфликт как одновременную актуализацию двух или более мотивов (побуждений). Бихевиористски ориентированные исследователи утверждают, что о конфликте можно говорить тогда, когда имеются альтернативные возможности для реагирования. С точки зрения когнитивной психологии в конфликте сталкиваются идеи, цели, ценности — словом, феномены сознания.

Конфликтные ситуации сопровождаются сильными эмоциональными **переживаниями**, ухудшением отношений с окружающими. Однако одновременно отмечаются и положительные функции конфликта.

Ставится вопрос и об ориентированности друг относительно друга противоборствующих тенденций. К.Хорни считает, что только невротический конфликт (то есть такой, который отличается несовместимостью конфликтующих сторон, навязчивым и бессознательным характером побуждений) может рассматриваться как результат столкновения противоположно направленных сил. «Угол» между направлениями побуждений в нормальном, не невротическом конфликте меньше 180 градусов, и поэтому при известных условиях может быть найдено поведение, в большей или меньшей мере удовлетворяющее обоим побуждениям.

Можно выделить собственно конфликт как осознанное противоречие между

общающимися личностями или группами при наличии попыток его разрешения на фоне эмоциональных отношений, а также конфликтную ситуацию, включающую в себя альтернативные взгляды, противоречивые позиции, противоположные цели или средства их достижения.

Конфликтные ситуации сопровождают нас от рождения до самого последнего дня. Однако не каждая конфликтная ситуация перерастает в конфликт. Чтобы конфликт начал развиваться, необходим инцидент, при котором одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой стороны. Если противоположная сторона отвечает тем же, конфликт из потенциального переходит в **актуальный** и далее может развиваться как прямой, или опосредованный, конструктивный, стабилизирующий, или неконструктивный. В качестве субъекта взаимодействия в конфликт могут вступать как отдельное лицо (внутриличностный конфликт), так и два или несколько лиц (межличностный конфликт).

Конструктивным конфликт может стать тогда, когда оппоненты не выходят за рамки деловых аргументов и отношений. При этом могут наблюдаться различные стратегии поведения. Р. Блейк и Дж. Моутон выделяют: **соперничество** (противоборство), сопровождающееся открытой борьбой за свои интересы; **сотрудничество**, направленное на поиск решения, удовлетворяющего интересы всех сторон; **компромисс** — урегулирование разногласий путем взаимных уступок; **избегание**, заключающееся в стремлении выйти из конфликтной ситуации, не решая ее, не уступая своего, но и не настаивая на своем; **приспособление** — тенденция к сглаживанию противоречий, стремление поступиться своими интересами. Обобщенное выражение этих стратегий поведения характеризуется как корпоративность и напористость. **Развитие конфликта** обычно идет в такой последовательности:

- постепенное усиление участников конфликта за счет введения более активных сил, а также за счет накопления опыта борьбы;
- увеличение количества проблемных ситуаций и углубление первичной проблемной ситуации;
- повышение конфликтной активности участников, изменение

характера конфликта в сторону его ужесточения, вовлечение в конфликт новых лиц;

- нарастание эмоциональной напряженности, сопровождающей конфликтные взаимодействия, которая может оказать как мобилизующее, так и дезорганизирующее влияние на поведение участников конфликта;
- изменение отношения к проблемной ситуации и конфликту в целом (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998).

Межличностные конфликты возникают между различными людьми, имеющими противостоящие цели и стремящимися навязать друг другу свое мнение, свою волю. Такие конфликты характеризуются:

нарушением норм взаимодействия и сотрудничества (вместо базовой модели, основанной на сотрудничестве, используется базовая модель взаимоотношений, основанная на конкуренции и конфронтации);

- столкновением ценностных ориентации, интересов, материальных и карьерных притязаний (последствие конфронтации);
- ростом конкурентности, соперничества, соревновательности (апломб, амбиции);
- рассогласованием между целью деятельности и способом ее достижения (на достижение незначимой цели в конфликте могут тратиться значительные усилия).

В основе межличностных конфликтов может лежать психологическая несовместимость его участников (основанная на взаимных негативных трансферных реакциях).

Высокое эмоциональное возбуждение в конфликте *снижает интеллектуальный потенциал* его участников (нормальное распределение — зависимость между эмоциями и когнициями).

При возникновении **конфликтов между личностью и группой**, как правило, отмечается наличие у личности таких черт, как амбициозность, апломб, упрямство, завышенный уровень притязаний и завышенная самооценка (часто личность с психопатическими чертами).

Что касается **групповых конфликтов**, то уровень экстремальности в данном случае наиболее высок, так как в психологическом функционировании группы существуют свои законы ее развития — *групповая динамика*, которая вмешивается, усиливает конфликт (снижение интеллектуального потенциала, нивелирование ответственности, усиление эмоциональных компонентов общения, феномен сдвига риска).

У представителей умственного труда экстремальные условия, определяемые ожесточившимися конфликтами, приводят к снижению профессиональной работоспособности до 70 процентов, причем негативное психическое состояние продолжается еще несколько часов, а то и дней после завершения конфликта. При этом как причиной, так и поводом для конфликта могут служить факторы, не имеющие большой значимости для конфликтующих людей. Психологический «ущерб» от конфликта часто намного превышает цену достигнутого в его результате успеха, поскольку события развиваются на фоне сильных эмоциональных переживаний.

Фрустрация

Обычно под фрустрацией понимают такое психическое состояние, которое возникает в результате противодействия каких-либо факторов, блокирующих удовлетворение потребностей и мотивов, исполнение намерений и действий. В ряде случаев фрустрация приводит к дезорганизации сознания, деятельности и поведения человека (Якунин В. А., 1981). В соответствии с определением С. Розенцвейга фрустрация «имеет место в тех случаях, когда организм встречает более или менее непреодолимые препятствия или обструкции на пути к удовлетворению какой-либо жизненной потребности». В.Н. Панкратов (2001) определяет фрустрацию как психическое состояние острого переживания неудовлетворенной потребности. Автор отмечает, что после стресса это наиболее распространенный вид трудных состояний человека.

Фрустрация (от лат. *frustatio* – обман, расстройство, разрушение планов) – это:

- психическое состояние, выражающееся в характерных особенностях

переживаний и поведения, вызываемых объективно непреодолимыми или субъективно воспринимаемыми трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задач;

- состояние краха и подавленности, вызванное переживанием неудачи (Петровский А. В., Ярошевский М. Г. 1998).

П. И. Сидоров, А. В. Парняков называют фрустрацией критическую ситуацию и одновременно состояние человека при невозможности реализации им тех или иных потребностей.

Фрустрация — состояние, когда на пути достижения значимой цели человек встречает непреодолимое препятствие; она определяется также как психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, желания; это — переживание неудачи. Состояние фрустрации сопровождается различными отрицательными переживаниями — разочарованием, раздражением, тревогой, отчаянием. Согласно В. С. Мерлину, основными формами проявления эмоциональных реакций на фрустрацию являются агрессия, досада, тревожность, подавленность, обесценивание цели или задачи.

Психическое состояние, вызываемое фрустратором, несомненно, зависит от типа этого фрустратора. С. Розенцвейг выделил три типа таких ситуаций. К первому он отнес лишения, то есть отсутствие необходимых средств для достижения цели или удовлетворения потребности. В качестве примера «внешнего лишения», то есть случая, когда фрустратор находится вне самого человека, Розенцвейг приводит ситуацию, когда человек голоден, а пищи достать не может. Примером внутреннего лишения, то есть при фрустраторе, корнящемся в самом человеке, может служить ситуация, когда человек чувствует влечение к женщине и вместе с тем сознает, что сам он настолько непривлекателен, что не может рассчитывать на взаимность. Вторым типом составляют потери. В качестве примеров можно привести смерть близкого человека, сгоревший во время пожара дом и т. п. Третий тип ситуации — конфликт. Иллюстрируя случай внешнего конфликта, Розенцвейг приводит пример с человеком, который любит женщину, остающуюся верной своему мужу. Пример внутреннего конфликта: человек хотел бы соблазнить любимую

женщину, но это желание блокируется представлением о том, что было бы, если бы кто-нибудь соблазнил его мать или сестру.

Б. Г. Ананьев подчеркивал, что в большинстве случаев фрустраторы, дезорганизуя индивидуальное сознание и поведение человека, имеют преимущественно социальную природу и связаны с распадом и нарушением социальных связей личности, с изменением социального статуса и социальных ролей, с различными нравственными и социальными потерями.

Человек, планируя свое поведение на пути к достижению поставленных целей, одновременно мобилизует блок обеспечения цели определенными действиями. Говорят об энергетическом обеспечении целенаправленного поведения. Но представим себе, что перед запущенным в ход механизмом вдруг неожиданно возникает препятствие, то есть психическое событие прерывается, тормозится. В месте прерывания или задержки психического события происходит резкое «затопление», повышение психической энергии. Запруда приводит к резкой концентрации энергии, к повышению уровня активации подкорковых образований, в частности, ретикулярной формации. Этот переизбыток нереализуемой энергии вызывает чувство дискомфорта и напряжения, которое необходимо снять. Поведение в ситуации фрустрации может быть самым разным, оно зависит от многих факторов: от возрастных особенностей, личностных свойств, силы фрустратора, привлекательности цели, объема «запруженной» психической энергии.

Фрустрированная личность обычно переживает чувство страха и беспокойства, которые наиболее часто сражаются ею в агрессивных действиях. Это наблюдается как у отдельных индивидов, так и у социальных групп, когда они находятся в особо опасных ситуациях и нет возможности для выяснения вопроса о том, какие явления реально угрожают их существованию или социальному положению. Особенности проявления агрессивных тенденций определяются целостной личностной структурой.

Так, например, по данным В. А. Якунина, к внешнеобвинительным реакциям в ситуации фрустрации склонны лица с относительно высокой эмоциональной лабильностью. Самообвинительное направление эмоциональных

реакций характерно для лиц с высокими тревожностью и интроверсией, а также с повышенной робостью и покорностью. К безобвинительным реакциям чаще всего прибегают лица, обладающие высокими экстраверсией, подвижностью и динамизмом большей уверенностью в себе и реалистичностью.

Если препятственно-доминантный тип реакции проявляется в большей мере у лиц со слабым опытом общения, то самозащитный тип реакций — чаще всего у лиц, характеризующихся высокими рафинированностью; проницательностью и утонченностью в общении, лиц, склонных к критике устоявшихся норм, правил, привычек и традиций. Эмоциональные реакции разрешающего типа оказались более вероятными у лиц с повышенными тенденциями к консерватизму.

Особое внимание Якунин обращает на связь показателей эмоциональных состояний фрустрации с характеристиками интеллекта. Автор отмечает, что на статистически значимом уровне в прямой связи оказались показатели общего и невербального интеллекта (по Д. Векслеру) и показатели внешнеобвинительных и самообвинительных реакций, причем связь общего и невербального интеллекта с показателями внешнеобвинительных реакций положительная, а с показателями самообвинительных реакций — отрицательная. Все другие формы эмоциональных реакций связаны с показателями общего, невербального и вербального интеллекта лишь опосредованно, либо через систему взаимосвязи собственных показателей, либо через связи с другими характеристиками личности, с которыми интеллект находится в непосредственных корреляциях. Таким образом, по мнению Якунина, чем выше у человека интеллект, тем вероятнее от него ожидать эмоциональной реакции внешнеобвинительной формы. Лица же с менее высоким интеллектом более склонны в ситуациях фрустрации брать вину на себя (Якунин В. А., 2004).

Фрустрации возникают в ситуациях конфликта, когда удовлетворение потребности наталкивается на непреодолимые преграды. Фрустрационные ситуации вызываются конфликтом между актуально значимой потребностью и невозможностью ее реализовать, срывом мотивированного поведения (Панкратов В. Н., 1981). Необходимым признаком фрустрирующей ситуации, согласно большинству определений, является наличие сильной *мотивированности* достичь

цели (удовлетворить потребность), а также *преграды*, препятствующей этому достижению. В соответствии с этим фрустрирующие ситуации классифицируются, во-первых, по характеру фрустрируемых мотивов (базовые, «врожденные» психологические потребности — в безопасности, уважении, любви, фрустрация которых носит патогенный характер; приобретаемые потребности, фрустрация которых не вызывает психических нарушений) и, во-вторых, по характеру барьеров. Барьеры, преграждающие путь индивида к цели, могут быть физическими (стены тюрьмы), психологическими (парализующий страх, интеллектуальная недостаточность) и социокультуральными (нормы, правила, запреты). Барьеры также делятся на внешние и внутренние. Внутренние барьеры препятствуют достижению цели, внешние барьеры не дают испытуемым выйти из ситуации («Помни, ты же девочка!»).

Фрустрационная напряженность. Эффект, возникающий в состоянии человека, оказавшегося под воздействием совокупности фрустрирующих ситуаций, получил название фрустрационной напряженности. «Этим термином обозначается интенсивность проявления психофизиологических механизмов адаптации организма к фрустрирующим условиям. Непомерно высокая фрустрационная напряженность при адаптационных нарушениях ведет к чрезмерному усилению функций нервной и гормональной систем организма и тем самым способствует истощению его резервных возможностей» (Панкратов В.Н., 2001).

Фрустрация несет в себе и негативные, и позитивные эффекты.

Позитивные эффекты фрустрации связаны с мобилизацией психологических ресурсов, открывающей возможность для личностного развития и роста. Усиливающееся в состоянии фрустрации напряжение может помочь человеку обрести новый взгляд на ситуацию в целом (переоценка ситуации), пересмотреть свои предыдущие действия и увидеть новые и ранее не замечаемые обходные пути ее достижения. Может также обнаружиться альтернативная цель, вполне удовлетворяющая потребность (замена цели). При конструктивной фрустрации не только восстанавливается временно утраченное психологическое равновесие, но и происходит развитие личности. Человек обучается постановке

реальных целей, умению манипулировать «точкой цели», отказываясь от неосуществимого.

Воздействие роста напряжения может проявляться в том, что расширение поля поиска решения приведет к осознанию возможности подходящей замены цели. По многим факторам определяют, что будет воспринято как подходящая замена; не самую незначительную роль в этом играет простая доступность.

Существуют и *негативные эффекты* фрустрации. Увеличение напряжения и эмоциональное возбуждение при фрустрации могут оказаться настолько велики, что под воздействием аффекта будет утрачиваться конструктивность действий: человек начнет волноваться, впадать в панику, терять контроль. Может возникнуть и *когнитивная ограниченность* — станут невозможными рациональные процессы размышления и адекватности принятия решений. Высокий уровень фрустрации приводит к дезорганизации деятельности и снижению ее эффективности. Частые фрустрации ведут к формированию отрицательных черт поведения — агрессивности, возбудимости, враждебности, негативизму.

Часто повторяемые фрустрации могут создать у личности постоянную агрессивность. Это явление в психопатологии известно под названием «свободно плавающего гнева», ищущего объекты для своей реализации. Агрессивность нередко направляется на собственную личность, когда человек чувствует себя беспомощным перед внешними фрустрирующими силами. В подобных случаях наблюдаются, например, неоправданная самокритика, склонность к самобичеванию, самоосуждению, а также тенденция к самокалечению и в крайних случаях — к суицидальным действиям.

Толерантность к фрустрации. Существует определенная пороговая величина уровня напряжения, превышение которой приводит к деструктивным эффектам фрустрации. Эту величину часто определяют как устойчивость, или толерантность, к фрустрации. Под фрустрационной толерантностью понимается *способность человека противостоять разного рода жизненным трудностям без утраты психологического равновесия*. Толерантность к фрустрации является переменной величиной и зависит от величины напряжения, типа ситуации,

особенностей личности. Один и тот же человек в различных обстоятельствах оказывается способным выдержать разную степень напряжения. При высоком уровне развития личности предполагаются сознательный отказ от фрустрирующих целей и выдвижение новых, более приемлемых и достижимых.

Существуют разные формы толерантности. Наиболее желательным, по-видимому, следует считать психическое состояние, характеризующееся, несмотря на наличие фрустраторов, спокойствием, рассудительностью, готовностью использовать случившееся как жизненный урок, но без особых сетований на себя, что означало бы не толерантность, а собственно фрустрацию.

Возникновение фрустрации не только обусловлено объективной ситуацией, но и зависит от особенностей личности человека. Имеют значение такие черты, как эгоцентризм с сосредоточенностью на собственных субъективно-значимых интересах, с повышенной чувствительностью к нарушению этих интересов (обидчивость), инфантилизм с недостаточной дифференцированностью личностной структуры.

Поведение в состоянии фрустрации может быть самым разным. Это зависит от многих факторов: от возрастных особенностей, личностных свойств, от силы фрустратора, привлекательности цели, от объема «запруженной» психической энергии.

Выделяют несколько основных видов фрустрационного поведения:

- двигательное возбуждение — бесцельные и неупорядоченные поведенческие реакции;
- апатия (во фрустрирующей ситуации ребенок ложится на пол и смотрит в потолок);
- агрессия и деструкция, разрушение окружающего, причинение вреда, нанесение ущерба;
- стереотипия — тенденция к слепому, бессмысленному повторению фиксированных форм поведения;
- регрессия, которая понимается либо как «обращение к поведенческим моделям, доминировавшим в более ранние периоды жизни индивида», либо как «примитивизация» поведения (снижение

конструктивности поведения, падение качества исполнения, упрощение поведенческих схем).

Н. Майер, характеризуя фрустрационное поведение, обозначает его как «поведение без цели»: «...поведение фрустрированного человека не имеет цели, оно утрачивает целевую ориентацию». Майер иллюстрирует свой тезис примером, в котором двое людей, спешащих купить билет на поезд, затевают в очереди ссору, затем драку, и оба в итоге опаздывают. Это поведение (драка) не содержит в себе цели добывания билета, поэтому является не адаптивным (удовлетворяющим потребность), а фрустрационно спровоцированным. К. Гольдштейн называет фрустрационное поведение «катастрофическим»: такое не подчинено не только фрустрированной цели, но и вообще не подчинено никакой цели, оно дезорганизовано и беспорядочно. Х. Хекхаузен считает, что фрустрационное поведение последовательно проходит три стадии: первоначально в ответ на ситуацию фрустрации возникает агрессия, затем депрессия, затем апатия. Э. Фромм полагает, что фрустрационное поведение представляет собой попытку, хотя часто и бесполезную, достичь фрустрированной цели. По мнению Ф. Е. Василюка (1984), ситуация фрустрации осуществляется в двух измерениях — по линии утраты контроля со стороны воли, то есть дезорганизации поведения, или по линии утраты контроля со стороны сознания, то есть утраты «мотивосообразности» поведения.

Исторически проблема фрустрации связана с работами З. Фрейда и его последователей, которые усматривали однозначную связь между фрустрацией и агрессией. Теория фрустрации-агрессии может быть кратко изложена в виде двух основных постулатов:

- фрустрация всегда влечет за собой агрессию;
- агрессия всегда есть следствие пережитых ранее фрустраций.

В рамках бихевиористских теорий фрустрация определялась как изменение или затормаживание ожидаемой реакции при определенных условиях, как помеха в деятельности. В настоящее время ряд авторов используют понятия фрустрации и психологического стресса как синонимы; некоторые рассматривают фрустрацию как частную форму психологического стресса. По мнению А. В.

Петровского и М. Г. Ярошевского (1998), правомерно также рассматривать фрустрацию в контексте межличностного функционирования; с этой точки зрения, для исследователей представляет интерес сфера межличностных конфликтов и трудностей, которые могут возникать в самых разнообразных жизненных ситуациях, в том числе и в повседневных. В самом общем виде фрустрация — специфическое эмоциональное состояние, которое возникает, когда на пути достижения значимой цели человек встречает субъективно непреодолимое препятствие.

Как правило, состояние фрустрации достаточно неприятное и напряженное, чтобы не стремиться избавиться от него. Планируя свое поведение на пути к достижению поставленных целей, человек одновременно мобилизует блок обеспечения цели определенными действиями. В этом смысле говорят об энергетическом обеспечении целенаправленного поведения. В том случае, если перед запущенным в ход механизмом вдруг неожиданно возникает препятствие, то неизбежно наблюдаются концентрация нереализованной энергии, повышение уровня активации подкорковых образований, в частности, ретикулярной формации. Переизбыток нереализуемой энергии вызывает чувство дискомфорта и напряжения.

К условиям возникновения состояния фрустрации относятся следующие факторы:

- наличие потребности как источника активности, мотива как конкретного проявления потребности, цели и первоначального плана действия;
- наличие сопротивления (препятствия — фрустратора).

В свою очередь, препятствия могут быть следующих видов:

- пассивное внешнее сопротивление (наличие элементарной физической преграды, барьера на пути к цели; удаленность объекта потребности во времени и в пространстве);
- активное внешнее сопротивление (запреты и угрозы наказанием со стороны окружения, если субъект совершает или продолжает совершать то, что ему запрещают);

- пассивное внутреннее сопротивление (осознанные или неосознанные комплексы неполноценности; неспособность осуществить намеченное; резкое расхождение между высоким уровнем притязаний и возможностями исполнения);
- активное внутреннее сопротивление (угрызения совести) (Киршбаум Э. И., Еремеева А. И., 1990).

Адаптивное (остающееся в пределах нормы) поведение характерно для человека, у которого даже под воздействием сильных раздражителей (препятствий) состояние фрустрации не наступает. Это является следствием толерантности, то есть терпимости, выносливости по отношению к фрустраторам. Толерантность (в широком смысле слова — стрессоустойчивость) можно воспитать. Психическое здоровье человека, собственно, и означает сознательное управление своим поведением в экстремальных условиях путем построения эффективных моделей поведения.

Экзистенциальная фрустрация. Стремление человека к смыслу также может быть фрустрировано, и в таком случае логотерапия свидетельствует об «экзистенциальной фрустрации».

Экзистенциальная фрустрация также может привести к неврозу. Для этого типа невроза в логотерапии изобретен термин «ноогенный невроз», в отличие от невроза в обычном смысле этого слова, то есть психогенного невроза. Ноогенный невроз происходит не в психологической, но, скорее, в ноологической сфере (от греч. «ноос» — разум, дух, смысл) человеческого существования. Это еще один логотерапевтический термин, обозначающий нечто, принадлежащее к «духовному» ядру человеческой личности. Следует, однако иметь в виду, что в контексте логотерапии понятие «духовный» не имеет первичной религиозной коннотации, но относится к специфически человеческой сфере духа.

Экзистенциальный вакуум. Экзистенциальный вакуум является широко распространенным явлением в XX веке. Это вполне понятно и может быть объяснено двойной утратой, которую человек понес в ходе его превращения в подлинно человеческое существо. В начале своей истории человек утратил некоторые из базисных инстинктов, которыми определялось поведение

животных. Такая «обеспеченность» (подобно раю) закрылась для человека навсегда: он должен был сделать свой выбор. В дополнение к этому человек понес и другую потерю в более недавнем своем развитии: традиции, которые поддерживали его поведение, сейчас быстро ослабевают. Никакой инстинкт и никакая традиция не подсказывают, что ему нужно делать, что он должен делать; скоро он уже не будет знать, что он хочет делать. Все больше и больше он руководствуется тем, чего от него добиваются другие, все больше и больше оказывается жертвой конформизма.

Экзистенциальный вакуум проявляется, прежде всего, в состоянии скуки. Теперь мы понимаем Шопенгауэра, полагавшего, что человечество, видимо, осуждено вечно колебаться между двумя крайностями — лишениями и скукой. Фактически скука в наше время создает для психиатров больше проблем, чем лишения. И эти проблемы угрожающе нарастают, так как прогрессирующая автоматизация производства, вероятно, ведет к значительному увеличению свободного времени. Беда в том, что многие не знают, что делать с этим свободным временем.

Давайте подумаем, например, о «воскресном неврозе», этом виде депрессии, которым страдают люди, осознающие отсутствие содержания в их жизни, когда натиск рабочей недели прекращается и становится явной своя внутренняя пустота. Немало случаев суицида можно было бы объяснить подобным экзистенциальным вакуумом. Такие распространенные явления, как алкоголизм и юношеская преступность, нельзя понять, если не учитывать лежащий в их основе экзистенциальный вакуум. Это справедливо также и в отношении психологических кризисов пенсионеров и пожилых людей.

Более того, существуют разного рода маскировки и мимикрии, в которых проявляется экзистенциальный вакуум. Иногда фрустрированная потребность смысла компенсируется стремлением к власти, включая наиболее примитивную волю к власти — стремление к обогащению. В других случаях место фрустрированной потребности смысла занимает стремление к удовольствию. Вот почему экзистенциальная фрустрация часто выливается в сексуальную компенсацию. Мы можем наблюдать в таких случаях, что сексуальное либидо

становится чрезмерно активизированным, агрессивным и заполняет экзистенциальный вакуум.

Паника

Большая часть определений паники связана с проявлением людьми массового страха перед реальной или воображаемой угрозой, состоянием периодического испуга, ужаса, нарастающих в процессе взаимного заражения ими. Так, например, по определению А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского (1998), паника характеризуется психологически «состоянием массового страха перед реальной или воображаемой опасностью, нарастающего в процессе взаимного заражения и блокирующего способность рациональной оценки обстановки, мобилизации волевых ресурсов и организации совместного противодействия».

Паника — *временное переживание гипертрофированного страха*, определяющее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей (утрата критики и контроля), иногда с полной потерей самообладания, неспособностью к реагированию на призывы и изменения чувства долга и чести.

В основе паники лежит *страх*, который определяется как *опредмеченная тревога*.

В основе паники — переживание беспомощности перед реальной или воображаемой опасностью, стремление любым путем уйти от нее, вместо того чтобы бороться с ней. В период феодальных войн паника являлась неизбежным итогом каждого крупного сражения, и победителем был тот, кто дольше противостоял панике. Термин «паника» произошел от имени древнегреческого бога пастухов Пана. Когда напуганные громом, молнией, пожаром стада животных бежали в безраздельном страхе, давя друг друга, срывались в пропасть, падали в реку, говорили: «Бог Пан отнял у них разум». Потом определилась общность безумного бегства зверей, животных с паникой воинов, и так Пан стал одним из богов войны.

В. М. Бехтерев считал, что паника — это «психическая эпидемия кратковременного свойства», которая возникает в виде «подавляющего аффекта»

чаще всего при большом стечении народа, которому как бы «прививается идея о неминуемой смертельной опасности», обусловленной складывающимися обстоятельствами. Паника, по его мнению, неразрывно связана с *инстинктом самосохранения*, который одинаково проявляется у личности независимо от ее интеллектуального уровня. Внушение в толпе распространяется подобно пожару; оно иногда возникает от случайно сказанного слова, отражающего переживания масс, резкого звука, выстрела, внезапного движения. В иступленной толпе каждый индивид влияет на окружающих и сам подвергается постороннему влиянию. Нарастающее эмоциональное напряжение в ожидании неотвратимости грядущей ситуации и вызывает панический страх с потерей ориентировки и самообладания личности, сужением сознания. В результате — совершение актов самого неожиданного свойства, порой с трагическими последствиями.

А. А. Токарский считал, что при психической эпидемии личность неминуемо подпадает под власть неодолимых сил, при этом происходит паралич ее индивидуальности, и она становится игрушкой случайных внушений.

Психофизиологический механизм паники заключается в индукционном торможении больших участков коры головного мозга, что предопределяет понижение сознательной активности. В итоге наблюдаются неадекватность мышления, неадекватная эмоциональность восприятия, гиперболизация опасности, резкое повышение внушаемости.

Биологическое толкование паники заключается в сравнении ее с гипобулическими реакциями у животных (бессмысленной активностью), например в тех случаях, когда птица бьется внутри клетки. Подобная гипобулическая активность наблюдается иногда у психически больных людей как результат резкого ослабления корригирующего влияния коры головного мозга на «бушующую подкорку». Близкая картина иногда имеет место в религиозном экстазе шаманов, дервишей, колдунов, кликуш.

Психология паники помимо взаимной индукции «психического заражения», «эмоционального отравления» во многом определяется резким повышением внушаемости из-за перевозбуждения психики. При высоком уровне перевозбуждения порой достаточно резкого, командного голоса, контрастного

воздействия со стороны авторитетной личности, чтобы паникующая масса в таком же порыве, как и при бегстве, пошла в атаку. На фоне высокого возбуждения возможна парадоксальная реакция: например, при гипнозе истериков сон Достигается резким криком: «Спать!»

Ю. А. Александровский с соавт. (1991) описывают Динамику развития психопатологических проявлений при состояниях паники: «Непосредственно после острого воздействия, когда появляются признаки опасности, у людей возникают растерянность, непонимание того, что происходит. За этим коротким периодом при простой реакции страха наблюдается умеренное повышение активности: движения становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению многих людей в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ускорением ее темпа, запинками, голос становится громким, звонким. Отмечаются мобилизация воли, анимация идеаторных процессов. Мнестические нарушения в этот период представлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями происходящего вокруг, однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания. Характерным является изменение ощущения времени, течение которого замедляется, и длительность острого периода представляется увеличенной в несколько раз. При сложных реакциях страха в первую очередь отмечаются более выраженные двигательные расстройства. При гипердинамическом варианте наблюдается бесцельное, беспорядочное метание, множество нецелесообразных движений, затрудняющих быстрое принятие правильного решения и перемещение в безопасное место. Иногда отмечается паническое бегство. Гиподинамический вариант характерен тем, что человек как бы застывает на месте, нередко стараясь „уменьшиться“, принимая эмбриональную позу, садится на корточки, обхватив голову руками. При попытке оказать помощь либо пассивно подчиняется, либо становится негативистичным. Речевая продукция отрывочна, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев имеет место афония. Воспоминания о событии и своем поведении у пострадавших в этот период недифференцированы, суммарны».

Считается, что паника — одна из форм поведения толпы. Однако некоторые

авторы рассматривают панику и на индивидуальном уровне.

Индивидуальная паника отмечена теми же эффектами, что и групповая: высоким уровнем эмоционального возбуждения, снижением когнитивных функций, внушаемостью, дезорганизацией с возможной утратой критики и контроля. Говорят, что человек паникует, имея в виду поспешность, неадекватность поступков, принятие явно ошибочных решений, выраженное стремление избежать мнимой опасности или отсутствие принятия мер защиты при явной опасности.

Панику можно классифицировать по масштабам, глубине охвата, длительности и деструктивным последствиям.

По **масштабам** различают индивидуальную, групповую и массовую панику. В случае групповой и массовой паники охватываемое ею количество людей различно: групповая — от 2-3 до нескольких десятков и сотен человек, а массовая — тысячи или гораздо больше людей. К тому же массовой следует считать панику, когда в ограниченном, замкнутом пространстве (на корабле, в здании) ею охвачены большинство людей независимо от их общего числа.

Под **глубиной охвата** подразумевается степень панического заражения сознания. В этом смысле можно говорить о легкой, средней панике и панике на уровне полной невменяемости.

Легкую панику можно испытывать тогда, когда задерживается транспорт, при спешке, внезапном, но не очень сильном сигнале (звук, вспышке). При этом человек сохраняет почти полное самообладание и критичность. Внешне такая паника может выражаться лишь легкой удивленностью, озабоченностью, напряжением.

Средняя паника характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, возрастанием страха, подверженностью внешним воздействиям. Типичный пример средней паники — скупка товаров в магазинах при циркуляции слухов о повышении цен, об исчезновении товаров с прилавков. Паника средней глубины часто проявляется при проведении военных операций, при небольших транспортных авариях, пожаре и раз, личных стихийных бедствиях.

Полная паника — паника с отключением сознания аффективная, характеризующаяся полной невменяемостью; наступает при чувстве большой, смертельной опасности. В этом состоянии человек полностью теряет сознательный контроль над своим поведением: может бежать, куда попало (иногда прямо в очаг опасности), бессмысленно метаться, совершать самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключаящие их критическую оценку, рациональность и этичность. Классические примеры — паника на кораблях «Титаник», «Адмирал Нахимов», а также во время войн, землетрясений, ураганов, пожаров в универмагах (Моляко В. А., 1992).

По **длительности** паника может быть кратковременной (в течение нескольких секунд или минут), достаточно длительной (в течение десятков минут, часов), пролонгированной (в течение нескольких дней, недель). *Кратковременная паника* — это паника, например, в автобусе, потерявшем управление. *Достаточно длительной* бывает паника при землетрясениях, не развернутых во времени и не очень сильных. *Пролонгированная паника* -это паника во время длительных боевых операций, например, в блокадном Ленинграде, в ситуации после взрыва на Чернобыльской АЭС (Моляко В. А., 1992).

По *механизмам формирования* выделяют два вида паники:

- после непосредственного экстремального, устрашающего воздействия, воспринимаемого в виде смертельной опасности;
- после длительного пребывания в состоянии тревоги в ситуации неопределенности и ожидания, напряжения, приводящем со временем к нервному истощению и фиксации внимания на предмете тревоги.

Причины паники. Основными причинами паники принято считать страх, ужас, гиперболизируемые нередко конкретным состоянием людей, в частности, их неготовностью к неожиданностям, внезапным опасностям, отсутствием соответствующей критичности при оценке конкретных ситуаций («У страха глаза велики»).

Военные специалисты среди причин паники у солдат и офицеров называют общее моральное состояние, низкий уровень дисциплины, отсутствие авторитета у командиров.

Есть два основных момента, определяющих возникновение паники. *Первый* связан главным образом с внезапностью появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности, например, при взрыве, аварии, пожаре. *Второй* можно связать с накоплением соответствующего «психологического горючего» и срабатыванием «реле» определенного психического катализатора. Длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды — все это создает благоприятный фон для возникновения паники, а катализатором в этом случае может быть все что угодно.

А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский (1998) выделяют **социально-ситуативные условия** возникновения паники, связанные с общей обстановкой психической напряженности, вызывающей состояние тревоги, ожидания тяжелых событий (землетрясение, война, военный переворот и т.д.); **общепсихологические условия** (неожиданность, испуг, связанный с недостатком сведений о конкретном источнике опасности, времени ее возникновения и способах противодействия); **физиологические условия** (усталость, голод, опьянение и т.д.).

Механизм развития бурной динамической паники можно представить как осознаваемую, частично осознаваемую или неосознаваемую цепь: включение «пускового сигнала» (вспышка, громкий звук, обвал помещения, землетрясение), воссоздание **образа опасности**, активизация **защитной системы** организма на различных уровнях сознания и инстинктивного реагирования и следующее за этим **паническое поведение**. Проявление паники колеблется от истерического до мрачно-подавленного, апатичного, отрешенного поведения; имеются случаи игнорирования, иногда показного, опасностей.

В. А. Моляко (1992), рассматривая деструктивные последствия паники, выделяет следующие ее типы:

- паника без каких-либо материальных последствий и регистрируемых психических деформаций;
- паника с разрушениями, физическими и выраженными психическими травмами, утратой трудоспособности на непродолжительное время;
- паника с человеческими жертвами, значительными материальными

разрушениями, нервными заболеваниями, срывами, инвалидностью и длительной утратой трудоспособности.

Таким образом, панические состояния у людей являются одним из видов психосоциальных эпидемий, изучение причин возникновения которых и путей их ликвидации в настоящее время является актуальным для проведения психопрофилактической работы среди населения.

Депривация

Одиночество. Самонаблюдения лиц, пребывающих в условиях одиночества, свидетельствуют о том, что фактор изоляции может существенным образом изменять психическое состояние людей. Стресс изоляции проявляется во многих формах и меняется в зависимости от ситуации изоляции. Изоляция может быть обусловлена возрастом, безработицей, принадлежностью к одной из социальных групп, зависимостью от среды. Существует также вынужденная изоляция (изоляция вследствие болезни, наказания, изоляция по причинам безопасности, в связи с нахождением в плену и т.д.). Все виды изоляции связаны со специфическим чувством страха: при болезни это страх перед угрозой здоровью, перед болями или угрозой жизни. У всех форм изоляции есть один общий провоцирующий фактор — непереносимость окружающей среды, обстановки.

Известный русский психиатр П. Б. Ганнушкин еще в 1904 году отмечал, что реактивные психические состояния могут развиваться у людей, по тем или иным причинам оказавшихся в условиях социальной изоляции. Ряд психиатров описывают в своих работах случаи развития реактивных психозов у людей, попавших в социальную изоляцию вследствие незнания языка. Говоря о так называемых «психозах старых дев», немецкий психиатр Э. Кречмер в качестве одной из причин называет относительную изоляцию. По этой же причине могут развиваться реактивные состояния и галлюцинозы у одиноких пенсионеров, вдовцов и т.д. Особенно отчетливо патогенное воздействие этого фактора на психическое состояние проявляется в условиях одиночного тюремного заключения. Немецкий психиатр Э. Крепелин в своей классификации

психических болезней выделяет группу «тюремных психозов», к которым относит галлюцинаторно-параноидные психозы, протекающие при ясном сознании и возникающие обычно при длительном одиночном заключении.

В современной отечественной психологии одиночество относится к одному из видов «трудных» состояний (Гримак Л. П., 1987). Состояние одиночества, которое может быть абсолютным или относительным, отмечает Л. П. Гримак, вызывается недостатком внешней стимуляции физического и социального характера. В условиях одиночества обостряется интенсивность общения с самим собой. По продолжительности, степени изоляции и по своему происхождению формы относительного одиночества могут быть самыми разнообразными. Так, например, в условиях относительного одиночества протекают многие виды профессиональной деятельности, когда общение с другими людьми становится возможным лишь периодически (летчики-истребители, водители автотранспорта, космонавты и т. д.). Наиболее ярко основные черты одиночества проступают, когда люди (например, спелеологи, одиночки-мореплаватели) длительное время находятся в таких естественных условиях, которые ограничивают их общение с другими людьми.

Одиночество — это не только трудное состояние. Как своеобразная форма «социального голода», по аналогии с дозированным физиологическим голоданием, оно может быть и полезным, и даже необходимым человеку как средство «лечения души», восстановления себя, средство самосовершенствования. Человеку периодически необходимо оставаться наедине с самим собой, со своими мыслями и чувствами, сомнениями и тревогами.

В условиях групповой изоляции наблюдаются четыре симптома, которые были первоначально зафиксированы у зимовщиков в Антарктиде. Это так называемый зимовочный синдром, состоящий из депрессии, враждебности, нарушений сна и ослабления познавательных способностей.

Существует ряд условий, способствующих успешному перенесению индивидуальной изоляции. Это прежде всего максимально возможная включенность в целенаправленную деятельность, высокая адекватная мотивация, четкое осознание необходимости решения задач исследования или путешествия

как своих личных. Одиночество легче переносят люди, хорошо информированные о возможных психических состояниях, «ориентирующиеся» в реакциях организма и самочувствии в условиях изоляции, знающие способы самоорганизации жизнедеятельности в этих условиях. Ситуация изоляции является, таким образом, стрессовой и экстремальной для индивида настолько, насколько он сам ее воспринимает как таковую.

Индивидуальная изоляция в лабораторных условиях содержит в себе все признаки одиночества — сенсорную депривацию, социальную депривацию и фактор «заключения».

Сенсорная депривация. Термин «депривация» (от англ. *deprive* — лишать) обозначает потерю, лишение чего-либо из-за недостаточного удовлетворения какой-нибудь важной потребности (Лангмейер Й., Матейчек З., 1984). В том случае, когда речь идет о недостаточном удовлетворении основных психических потребностей, в качестве равнозначных используются термины «психическая депривация», «психическое голодание», «психическая недостаточность». Лангмейер, Матейчек дают следующее определение психической депривации: «Психическая депривация является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени». Под психическим состоянием авторы понимают «ту актуальную душевную действительность, которая возникает путем определенного специфического процесса (вызванного стимульным обеднением) и которая является основой или внутренним психическим условием определенного специфического поведения (депривационных последствий)».

Лангмейер, Матейчек в этой связи вводят понятие «депривационная ситуация». В такой жизненной ситуации отсутствует возможность удовлетворения важных психических потребностей. Авторы говорят также о «депривационном опыте»; под этим термином понимается лишь то обстоятельство, что индивид уже ранее подвергался депривационной ситуации, что в каждую новую подобную ситуацию он будет вследствие этого вступать с несколько

видоизмененной, более чувствительной или, напротив, более «закаленной» психической структурой.

Социально-психологические последствия депривации — это страх перед людьми, который сменяется многочисленными непостоянными и недифференцированными отношениями, в которых проявляются назойливость и неутолимая потребность во внимании и любви. При этом сексуальные проявления либо носят аутистический характер, либо отличаются неконтролируемым и недифференцированным характером, а чувства — бедностью проявления и нередко явной склонностью к острым аффектам и весьма низкой фрустрационной толерантностью. По мнению авторов, основное патогенное значение для нарушений развития и характера имеет недостаточное удовлетворение аффективных потребностей, то есть эмоциональная, аффективная депривация.

Сенсорная депривация связана со снижением интенсивности и уменьшением разнообразия притока раздражителей, поступающих из внешней среды. И. М. Сеченов в своей работе «Рефлексы головного мозга» писал о том, что одним из необходимых условий нормальной психической деятельности человека является известный минимум раздражителей, поступающих в мозг от органов чувств. С влиянием измененной афферентации на психическое состояние людей в массовых масштабах столкнулись авиационные врачи в период Второй мировой войны. У летчиков во время полетов появлялись сонливое состояние и чувство апатии, сопровождающиеся переживанием физического «отрыва» от земли. Чувство «оторванности», «отрешенности» в некоторых случаях сопровождалось дезориентацией в пространстве и развитием галлюцинаций. Исследования по строгой сенсорной депривации показали, что многие здоровые люди ее не выдерживают: приходится прекращать опыт. Исследователями описан ряд психических нарушений, охватывающих все сферы психической деятельности (Леонов А. А., Лебедев В. И., 1975).

В условиях экспериментальной сенсорной депривации наиболее часто отмечаются различные обманы чувств. Поступающие из внешнего мира сигналы попадают не на «чистую доску» наших восприятий, а на готовую программу встречи и реагирования. Процесс отражения, по А.Н. Леонтьеву (1965), является

«результатом не воздействия, а взаимодействия, то есть результатом процессов, идущих как бы навстречу друг другу. Один из них есть процесс воздействия на живую систему, другой — активность самой системы по отношению к воздействующему объекту».

Сенсорная организация человека приспособляется в процессе жизненного опыта к ориентации в таких условиях, где раздражители в большинстве случаев обладают достаточно ясной для их распознавания информативностью. Там, где информативная характеристика бывает недостаточной для их узнавания (например, в самом начале какого-либо патологического процесса, который манифестирует недифференцированным ощущением неясного дискомфорта), человек имеет возможность интерпретировать неопределенный раздражитель проективно, приписывая ему то или иное значение в соответствии с актуальной доминирующей мотивацией (подобный механизм, вероятно, лежит в основе феномена ипохондрии). Вследствие крайней ограниченности периферического звена восприятия (ощущения) баланс соотношения центрального и периферического компонентов восприятия перемещается в сторону неуравновешенного ощущением центрального звена (представления). Представления, не корригируемые подтверждающими дополнительными сигналами, отождествляются с образом предполагаемого объекта и приводят человека к уверенности в том, что он подлинно воспринял, узнал то или иное явление, предмет и т.д. (Леонов А. А., Лебедев В. И., 1975). Можно также предположить, что «недогруженная» ощущениями нервная система в условиях сенсорной депривации может сама продуцировать образы, которые расцениваются как продуктивная психопатологическая симптоматика.

Другой формой обмана чувств, также часто встречающихся в условиях изоляции, являются эйдетические представления, когда в сознании всплывают яркие, интенсивные образы, наполненные живым, чувственным содержанием, эмоционально окрашенные, с отчетливыми конкретными деталями. В обычной обстановке, отмечают Леонов и Лебедев, яркость образных представлений подавляется многочисленными реальными раздражителями, и на этом фоне представления кажутся бледными и неотчетливыми. В условиях же сенсорного

голода поток ассоциативных представлений вызывает яркие образы, компенсирующие ограниченность и монотонность объектов внешней среды. В условиях болезни, по-видимому, снижение интереса к событиям внешним закономерно сопровождается повышением интенсивности и яркости ощущений внутренних, связанных с функционированием тех или иных органов и функциональных систем.

Еще одну группу необычных психических состояний в условиях сенсорной депривации составляет изменение самосознания. Так, в условиях изоляции люди часто персонифицируют неодушевленные предметы и разговаривают с ними. Находящийся наедине с самим собой человек имеет интериоризированную (перенесенную внутрь, в план умственного действия) аудиторию, к которой он обращает свои мысли и чувства. Если в обычных условиях человек ведет беседу с «интроектами», то есть с интериоризированными друзьями, оппонентами и др., про себя, то в условиях изоляции этот разговор с самим собой начинает выражаться в форме устной или письменной речи.

В работах американских исследователей отмечается, что сенсорная депривация оказывает разрушительное влияние на работоспособность, целеустремленность, вследствие чего испытуемые часто отказываются от дальнейшего пребывания в условиях изоляции. Ряд авторов отмечают развитие таких эмоционально-негативных состояний, как депрессия, апатия, эмоциональная неустойчивость с импульсивностью и нарушением эмоционального самоконтроля, а также возникновение чувства эйфории — состояния повышенного настроения с оттенком безоблачной радости, блаженства в сочетании со снижением самокритики.

Многочисленные наблюдения за людьми, находящимися в условиях сенсорной депривации, показывают, что если все необычные психические состояния первоначально носят функциональный и обратимый характер, то с увеличением длительности воздействия этого фактора они перерастают в реактивные психозы, галлюцинозы, другие формы психических нарушений. Поэтому актуальной становится проблема борьбы с сенсорным голодом.

Социальная депривация. Социальная депривация обусловлена

отсутствием возможности общения с другими людьми либо возможностью общения лишь со строго ограниченным контингентом людей. В этом случае человек не может получить привычной социально-значимой информации, не может реализовать чувственно-эмоциональные контакты, которые возникают при общении с другими людьми. Характеризуя недостаточность сенсорного притока, известный американский психотерапевт Э. Берн вводит такое понятие, как «структурирование времени». «Структурный голод столь же важен для жизни, — пишет он, — как и сенсорный голод... Структурный голод связан с необходимостью избегать скуки. Если скука, тоска длятся достаточно долгое время, то они становятся синонимом эмоционального голода и могут иметь те же последствия. Обособленный от общества человек может структурировать время двумя способами: с помощью деятельности или фантазии». Общение с самим собой и в качестве специфической психической деятельности по реальному управлению собственной личностью, и в качестве фантазии (общение «в памяти», или же «грезы на заданную тему») — это способ наполнения времени (структурирования времени) деятельностью. Различными способами наполнения времени является игровая деятельность, и в особенности творчество.

Фактор «заключения». Фактор «заключения» характерен для индивидуальной изоляции. Он связан с лишением возможности свободного передвижения, соприкосновения с окружающей средой и с вынужденным нахождением в ограниченном пространстве. Существенные изменения в психофизиологическом состоянии человека происходят уже при воздействии одного лишь фактора «заключения». Изменения электроэнцефалограммы в этих условиях свидетельствуют о снижении уровня бодрствования, ухудшении возможностей мыслительной деятельности. В этом состоянии появляются чувства беспокойства, тревоги, изменяются параметры самооценки состояния. При добавлении к «заключению» двух других компонентов — социальной и сенсорной депривации — увеличиваются число и глубина сдвигов в психическом состоянии; воздействующие условия переносятся тяжелее.

Состояние кризиса

Начало разработки теории кризисов связано с работой Э. Линдемманна, посвященной анализу острого горя в ситуациях потери, смерти близких.

Картина острого горя, согласно представлениям автора, очень схожа у разных людей. Общим для всех является следующий синдром: периодические приступы *физического страдания*, длящиеся от 20 минут до 1 часа, спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы и интенсивное субъективное страдание, описываемое как *напряжение*, или *душевная боль*. Больные вскоре замечают, что очередной приступ наступает раньше обычного, если их кто-нибудь навещает, если им напоминают об умершем или выражают сочувствие. При этом у пациентов наблюдается стремление любой ценой избавиться от синдрома, поэтому они отказываются от контактов, которые могут ускорить очередной приступ, и стараются избежать любых напоминаний об умершем.

Наиболее выраженными чертами являются три основных признака:

- *постоянные вздохи* это нарушение дыхания особенно заметно, когда больной говорит о своем горе;
- общие для всех больных жалобы на *потерю силы* и истощение: «почти невозможно подняться по лестнице», «Все, что я поднимаю, кажется таким тяжелым», «От малейших усилий я чувствую полное изнеможение»;
- *отсутствие аппетита*.

Наблюдаются некоторые *изменения сознания*. Общими являются легкое чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции, отделяющей пациента от других людей (иногда они выглядят призрачно или кажутся маленькими) и сильная поглощенность образом умершего.

Многих пациентов охватывает *чувство вины*. Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательства того, что он сделал для умершего все, что мог. Он обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей.

Кроме того, у человека, потерявшего близкого, часто наблюдаются *утрата теплоты* в отношениях с другими людьми, тенденция разговаривать с ними с

раздражением и злостью, желание, чтобы его вообще не беспокоили, причем все это сохраняется, несмотря на усиленные старания друзей и родных поддержать с ним дружеские отношения.

Эти чувства враждебности, удивительные и необъяснимые для самих пациентов, очень беспокоят их и принимаются за признаки наступающего сумасшествия. Пациенты пытаются сдержать свою враждебность, и в результате у них часто вырабатывается *искусственная, натянутая манера общения*.

В речи появляется *торопливость*, особенно когда разговор касается умершего. Пациенты непоседливы, совершают бесцельные движения, постоянно ищут себе какое-нибудь занятие, в то же время болезненно не способны начинать и поддерживать организованную деятельность. Все делается *без интереса*. Больной цепляется за круг повседневных дел, однако они выполняются им не автоматически, как обычно, а с усилием, как если бы каждая операция превращалась в особую задачу. Он поражается тому, насколько, оказывается, все эти самые обычные дела были связаны для него с умершим и потеряли теперь свой смысл. Особенно это касается навыков общения (прием друзей, умение поддержать беседу, участие в совместных предприятиях), утрата которых ведет к большой зависимости скорбящего от человека, который стимулирует его к активности.

Патогномическими для горя представляются пять признаков:

- физическое страдание;
- поглощенность образом умершего;
- чувство вины;
- враждебные реакции;
- утрата моделей поведения.

' Можно, впрочем, указать еще и на шестую харак-

Можно, впрочем, указать еще и на шестую характеристику, проявляющуюся у пациентов, находящихся на границе патологического реагирования, которая не бросается в глаза, как предыдущие, но тем не менее достаточно выражена, чтобы окрасить всю картину в целом. Она состоит в появлении у пациентов черт умершего, особенно симптомов его последнего

заболевания или манеры его поведения в момент трагедии. Сын обнаруживает, что походка у него стала, как у умершего отца. Он смотрит в зеркало, и ему кажется, что он выглядит точно так же, как умерший.

Линдеманн описывает две наиболее характерные психологические реакции горя.

- *Отсрочка реакции.* Если тяжелая утрата застает человека во время решения каких-то очень важных проблем или если это необходимо для моральной поддержки других, он может почти или совсем не обнаружить своего горя в течение недели и даже значительно дольше. Иногда эта отсрочка может длиться годами, о чем свидетельствуют случаи, когда пациенты, недавно перенесшие тяжелую утрату, начинают горевать о людях, умерших много лет назад. 38-летняя женщина, у которой только что умерла мать и которая очень болезненно отреагировала на эту утрату, как оказалось, лишь в небольшой степени была сосредоточена на смерти матери; она была поглощена мучительными фантазиями, связанными со смертью ее брата, трагически погибшего 20 лет назад.
- *Искаженные реакции* — поверхностные проявления незавершившейся реакции горя:
 - *повышенная активность без чувства утраты*, а, скорее, с хорошим самочувствием и вкусом к жизни; предпринимаемая пациентом деятельность носит экспансивный и авантюрный характер, приближаясь по виду к занятиям, которым в свое время посвящал себя умерший;
 - *появление у пациента симптомов последнего заболевания умершего.* В качестве примера Линдеманн сообщает о человеке, у которого через две недели после смерти отца, последовавшей от болезни сердца, были обнаружены изменения кардиограммы, наблюдавшиеся в течение трех недель;
 - *психосоматическое заболевание*, к которым относятся в первую

очередь язвенные колиты, ревматические артриты и астма. Лечение колитов, например, заметно улучшалось после того, как реакция горя получала свое разрешение в ходе психотерапевтического воздействия;

- *изменения в отношении к друзьям и родственникам*; пациент раздражен, не желает, чтобы его беспокоили, избегает прежнего общения, опасается, что может вызвать враждебность друзей своим критическим отношением и утратой интереса к ним. Развивается социальная изоляция, и пациенту, чтобы восстановить свои социальные отношения, нужна серьезная поддержка;
- *дальнейшая утрата форм социальной активности* проявляется в том, что пациент не может решиться на какую-либо деятельность; страстно стремясь к активности, он так и не начнет ничего делать, если кто-нибудь не подстегнет его. Наблюдается также картина, когда пациент активен, однако большая часть его действий наносит ущерб его собственному экономическому и социальному положению. Такие пациенты с неуместной щедростью раздаривают свое имущество, легко пускаются в необдуманные финансовые авантюры, совершают серию глупостей и в результате оказываются без семьи, друзей, социального статуса или денег. Своеобразное растянутое самонаказание может быть не связано с осознанием какого-либо особенного чувства вины;
- в конце концов, может возникать реакция горя в форме *ажитированной депрессии* с напряжением, возбуждением, бессонницей, с чувством малоценности, жесткими самообвинениями и явной потребностью в наказании. Такие пациенты могут совершать попытки самоубийства.

Таким образом, впервые Линдемманн описал широкий круг симптомов, характеризующих состояние человека при переживании им критических

жизненных ситуаций. Впоследствии эти симптомы были конкретизированы и включены в структуру посттравматического стрессового расстройства. Однако рабего как профессиональная, так и личностная самооценка. Он начинает переживать чувство собственной несостоятельности, безразличие к работе, иногда и утрату прежде значимых для него жизненных ценностей (Куликов Л.В., Михайлова О. А., 2001).

К.Кондо кратко определил «*burnout*» как дезадаптированность к рабочему месту из-за чрезмерной рабочей нагрузки и неадекватных межличностных отношений. Этому соответствует и данное им образное толкование: «сгоранию» подвержены те, кто работает страстно, с особым интересом; долгое время, помогая другим, они начинают чувствовать разочарование, так как не удается достичь того эффекта, которого ожидали; такая работа сопровождается чрезмерной потерей психологической энергии, приводит к психосоматической усталости (изнурению) и эмоциональному истощению (исчерпыванию), в результате возникают беспокойство (тревога), раздражение, гнев, пониженная самооценка на фоне учащенного сердцебиения, одышки, желудочно-кишечных расстройств, головные боли, люмбаго, пониженное давление, нарушение сна, а также семейные проблемы (Форманюк Т. В., 1994).

Первоначально количество профессионалов, относимых к подверженным «эмоциональному сгоранию», было незначительным: это — сотрудники медицинских учреждений и различных общественных благотворительных организаций. Р. Шваб в 1982 году расширил группу профессионального риска: это — учителя, полицейские, тюремный персонал, политики, юристы, нижнее звено торгового персонала, менеджеры всех уровней.

«Синдром эмоционального сгорания» у врачей субъективно проявляется в чувстве психического истощения, вследствие чего снижается эффективность профессионального взаимодействия: врач уже не может полностью посвятить себя работе, как это было прежде, снижается самооценка, деятельность субъективно воспринимается как недостаточно успешная. Возможно появление негативного отношения к пациентам, воспринимаемым как источник хронической психической травматизации. Взаимодействуя с больным, врач перестает

принимать во внимание психологические феномены, связанные с заболеванием, то есть внутреннюю картину болезни пациента с ее сложной структурой, формирующиеся механизмы психологической защиты и копинг-поведение, не реагирует на тревогу пациента, не замечает его депрессивных, суицидальных тенденций. В высказываниях врача о своих больных могут появиться цинизм, холодное равнодушие и даже враждебность. Этот своеобразный «кризис» врачебной деятельности может повторяться время от времени, больные перестают обращаться к врачу за помощью, иногда предпочитая менее опытных и компетентных, но более доброжелательных. В период подобного кризиса врач нуждается в отдыхе, перемене деятельности, психологической «разгрузке», участии в профессиональных тренингах или в психотерапевтической помощи. У врачей-женщин эмоциональное истощение развивается в большей степени, чем у врачей-мужчин. «Сгорающие» описываются как сочувствующие, гуманные, мягкие, увлекающиеся, склонные идеализировать окружающих людей. Одновременно это — эмоционально неустойчивые лица, с колебаниями настроения, интровертированные, лишенные достаточной степени эмоциональной поддержки. При исследовании «синдрома эмоционального сгорания» были выделены три его фазы. Первая фаза названа «фазой напряжения». Предвестником и механизмом, запускающим «синдром эмоционального сгорания», является фиксированное состояние тревожного напряжения, на фоне которого наблюдаются снижение настроения, раздражительность (признак ослабления контроля за эмоциональными реакциями и поведением в целом) и реакции депрессивного типа. Вторая фаза получила название «фазы сопротивления». Эта фаза связана с появлением защитного поведения по типу «неучастия», со стремлением избегать воздействия эмоциональных факторов и с тенденцией к ограничению собственного эмоционального реагирования в ответ на самые незначительные психотравмирующие воздействия. «Экономия эмоций», ограничение эмоциональной отдачи упрощают и сокращают процесс общения «врач — больной», привнося в этот процесс черты поверхностности и формализма. Подобная форма защиты может переноситься за пределы профессиональной деятельности, сокращая общение во всех сферах жизни, что

приводит к регламентированности и избирательности межличностного взаимодействия. Третья фаза описывается под названием «фазы истощения». Она характеризуется снижением энергетического тонуса, выраженными психовегетативными нарушениями. Отмечаются снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышенный уровень тревоги с признаками дезорганизации психической деятельности (снижением памяти, нарушением концентрации внимания и др.), склонность к соматизации в виде разнообразных соматических симптомов: различных болевых ощущений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других физиологических систем.

Наиболее уязвимыми к «эмоциональному сгоранию» оказались те, кто реагирует на стресс по типу «А»: агрессивно, в соперничестве, несдержанно, любой Ценой; стрессогенный фактор вызывает у них чувство подавленности, уныния из-за неосуществления того, чего хотелось бы достичь. К. Кондо относит к «сгорающим» также «трудоголиков» (кто решил посвятить себя реализации только рабочих целей, кто нашел свое призвание в работе до самозабвения). Х. Дж. Фрейденберг описывает «сгорающих» следующим образом: они — сочувствующие, гуманные, мягкие увлекающие, идеалисты, ориентированные на людей и одновременно неустойчивые, интровертированные, одержимые навязчивой идеей (фанатичные), «пламенные» и легкосолидаризирующиеся. Е. Махер (1983) дополняет этот список «авторитаризма», «низкого уровня эмпатии».

«Сгорание» связано с тем, что работа может быть многочасовой, не оцениваемой должным образом, имеющей трудноизмеримое содержание, требующей исключительной продуктивности или соответствующей подготовки (тренировки), или с тем, что характер руководства со стороны вышестоящих не соответствует содержанию работы. Развитию «сгорания» также способствует неопределенность или недостаток ответственности. Администрация может смягчить развитие «сгорания», если обеспечит работникам возможность профессионального роста, наладит поддерживающие социальные и другие положительные моменты, повышающие мотивацию. Администрация может также четко распределить обязанности, продумав должностные инструкции. Руководство может организовать здоровые взаимоотношения сотрудников

(Форманюк Т. В., 1994).

Поведение в стрессе. Изменения деятельности и поведения человека в состоянии стресса уже давно отмечалось в психологической литературе. Так, Г. Е. Шумков (1913) описал «душевное состояние воинов в ожидании бой» в период русско-японской войны (1904-1905 годы). Оно проявлялось у людей в не свойственной им суетливости, повышенной чувствительности к обычным раздражениям. Сапог жал больше, чем всегда. Движения становились менее координированными, пальцы рук — непослушными, спички ломались, табак рассыпался, менялся почерк. Учащался пульс, дыхание становилось частым и неравномерным, появлялись жажда, сухость во рту и горле. Отмечалась повышенная внушаемость.

Выделяют два основных типа реагирования в стрессе — тормозной и возбудимый. **Тормозной тип** реагирования характеризуется общим мышечным напряжением, особенно резко выражающимся в «мимической маске», скованности позы и движений, фиксациях внимания, пассивности, замедленном течении психических процессов, своеобразной «эмоциональной инертности», проявляющейся в виде безучастности и негативного безразличия. **Возбудимый тип** реагирования выражается в бурной экстраверсии, суетливости, многословии, гипертрофии двигательных проявлений, быстрой смене принимаемых решений, повышенной легкости перехода от одного вида деятельности к другому, несдержанности в общении.

В состояниях напряженности поведение в значительной мере характеризуется преобладанием стереотипных ответов, неадекватных ситуаций. В первую очередь страдают сложные формы целенаправленной деятельности, ее планирование и оценка. Возникающие при этом нарушения происходят на разных уровнях. В. Л. Марищук с соавт. (1987) отмечают общую тенденцию к снижению устойчивости психических процессов, что может выражаться в «блокаде» восприятия и мышления, памяти и практических действий субъекта; это, в свою очередь, может привести к физическому распаду, самоустранению человека от продолжения работы.

Стрессовый *макроэпизод* можно рассматривать как последовательность

микроэпизодов, состоящую из стрессовых краткосрочных эпизодов, например таких, как бессонница и переживание болезненных воспоминаний об утрате по ночам, чувство одиночества за завтраком и в выходные, целый ряд последующих фрустрирующих микрособытий, с которыми человек вынужден справляться в повседневной жизни.

Роль личности в формировании стресса. Понять механизмы стресса можно только с учетом реакции личности, преодолевающей его (Лазарус Р., 1970). Реакция человека на экстремальные воздействия, восприятие и оценка этого воздействия как вредного, нежелательного фактора обуславливаются не столько врожденными, биологически закрепленными механизмами, сколько тем комплексом свойств индивида, сформировавшихся в процессе развития и деятельности данной личности в определенной среде. От этих свойств личности зависят тип индивидуально-психологической реактивности данного человека в той или иной ситуации, характер доминирующих поведенческих реакций в условиях психологического стресса.

Элементы стресса испытывают практически все, кто активно включен в социальную жизнь, связанную с дефицитом времени, информационными перегрузками, необходимостью принимать решения, затрагивающие в какой-то степени интересы окружающих людей. Однако формирование соматических эквивалентов стресса в ответ на острые или хронические психические перегрузки отмечается, как правило, при наличии определенного способа эмоционального переживания, эмоционального реагирования на трудности, в контексте определенной личностной структуры.

В процессе воздействия стрессора на личность происходит первичная его когнитивная оценка (оценка познавательными психическими процессами, такими как мышление, память, внимание, воображение и т.д.), на основании которой создавшаяся ситуация рассматривается как угрожающая или благоприятная. В соответствии с проведенной когнитивной квалификацией события оно тем или иным способом переживается личностью. Можно предположить, что психофизиологические механизмы возникновения и развития психологического стресса определяются индивидуальными особенностями организации

нейродинамических систем мозга, личностными психофизиологическими категориями и уровнем неспецифических адаптационных элементов самой мозговой ткани (Бодров В. А., 2000).

Автор отмечает, что, по-видимому, наибольшее внимание при изучении влияния тех или иных черт личности на развитие стресса привлекала такая черта, как тревожность. Личностная тревожность является относительно постоянной чертой. Люди, обладающие высокой личностной тревожностью, значительно интенсивнее проявляют чувство тревоги независимо от ситуации. Для высокотревожных людей требуется относительно меньший уровень стресса, чтобы вызвать у них выраженную стрессовую реакцию. Люди с низкой личностной тревожностью всегда более спокойны, независимо от ситуации. Требуется относительно высокий уровень стресса, чтобы вызвать у них стрессовую реакцию (Бодров В. А., 2000).

Формируется ответная эмоциональная реакция на стрессовое воздействие. Каждая эмоциональная реакция имеет свое физиологическое сопровождение в виде определенного уровня активации физиологических систем. Соматические нарушения возникают вследствие чрезмерно сильной или длительной ответной эмоциональной реакции (Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д., 1976). Чрезмерная эмоциональная реакция — результат рассогласования между ожиданиями и установками личности, с одной стороны, и реальными жизненными обстоятельствами — с другой (Менделеев В. Д., 1998).

Среди заболевших после перенесенных стрессов преобладают личности с чертами негативизма и экстремизма, склонные к интенсивным эмоциональным реакциям, при наличии репрессированной тенденции к самореализации, с хроническим подавлением побуждений, с чертами пассивности, зависимости, с хроническими переживаниями изолированности, отчужденности, безнадежности (Ротенберг В. С, Аршавский А. В., 1984). Это люди, которые не умеют адекватно оценивать происходящие события и строить адекватный этим событиям прогноз на будущее. Как правило, их отличают нереалистические установки, завышенные ожидания, чрезмерно высокие требования к окружающим людям и к собственной личности (перфекционизм) в сочетании с пассивно-зависимой позицией по

отношению к окружающим. Они склонны к оценочному мышлению (мышлению в черно-белых категориях добра и зла) и к экстремальным формам эмоционального реагирования.

Были обнаружены существенные различия между людьми на основе их личностных особенностей, связанных с развитием стресса. Неустойчивые к стрессу проявляли выраженное чувство неполноценности, отсутствие веры в свои силы, боязливость, значительную импульсивность в действиях. Лица, устойчивые к стрессу, менее импульсивны, менее боязливы, им свойственны большая настойчивость в преодолении препятствий, активность, энергия и жизнерадостность.

Уменьшают патогенное воздействие стрессоров чувство собственной значимости, энергично-наступательная позиция по отношению к социальному окружению, способность принимать на себя обязательства, развитое чувство ответственности, уверенность в возможности контролировать текущие события (Вейн А. М., 1988). Многими авторами отмечается выраженное воздействие уровня и устойчивости самооценки на формирование стрессового состояния. Так, Я. Рейковский (1979) отмечает, что лица с заниженной и неустойчивой самооценкой сильнее реагируют на стрессовую ситуацию. Недостаточная уверенность в собственных силах, по мнению Марищука, является одной из главных предпосылок эмоционального стресса.

Еще одним качеством, имеющим важное значение для возникновения стресса, является личностная тревожность (Спилбергер Ч., 1972; Ханин Ю. Л., 1978; Аммон Г., 1980; Изард К, 1999) — склонность испытывать состояния тревоги. Тревога — эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием возможных неудач, с готовностью стать объектом нападения. Тревожностью характеризуются ситуации неопределенности и ожидания, с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом. Помимо тревоги другие эмоции, такие, в частности, как депрессия и печаль, агрессивность и враждебность, также вносят свой вклад в формирование соматических нарушений в ответ на стрессовое воздействие.

Большинство авторов рассматривают эгоцентризм с его фиксированностью

на собственных интересах, своем психологическом мире, телесных ощущениях с недоучетом или игнорированием интересов других людей, требований внешней ситуации, окружающего мира в его пространственно-временном континууме как обязательную принадлежность «психосоматической» личностной структуры. Сосредоточенность на разнообразных — эмоциональном, физическом, психологическом, экзистенциально-философском — аспектах собственного «Я» делает это «Я» грандиозным, затмевая для индивида окружающих его людей. Весь мир сужается до размеров собственного «жизненного пространства», в котором только и могут происходить действительно значимые для индивида события. Эгоцентрическая направленность личности обнаруживается в гипертрофированно-рациональном отношении к миру, прагматизме, потребительских склонностях, рентных установках.

Н. Концовский (1956) подчеркивал, что устойчивость к стрессу формируется «на основе жизненной практики, при активном и сознательном участии личности, которая не избегает сложных и опасных ситуаций, а иногда даже активно их ищет». При прочих равных условиях устойчивость к стрессу может быть результатом целенаправленного воспитания в себе необходимых качеств, следствием сознательного управления личностью своими состояниями, поступками, способности предвидеть близкие и отдаленные последствия своих действий и соизмерять с этими последствиями цели и избираемые для их достижения средства в конкретных ситуациях.

Эмоционально-негативные психические состояния

Наиболее распространенными негативными психическими состояниями являются тревога, депрессия, астения и агрессия (враждебность). Тревожно-депрессивные, агрессивные и астенические расстройства являются наиболее частыми в клинике внутренних болезней и в психиатрической клинике. Они также сопровождают переживание трудных жизненных ситуаций — стресс, фрустрацию, депривацию, кризис, конфликт.

Тревога

В психологической литературе сосуществуют два понятия, которые в ряде случаев используются как синонимы, а в ряде случаев выступают в качестве самостоятельных понятий, — тревога и тревожность. В большинстве случаев тревожность и тревога рассматриваются как различные феномены. Различают тревожность как свойство личности, как относительно постоянную, относительно неизменную в течение жизни черту (личностная тревожность) и тревогу как отрицательное эмоциональное состояние. При этом определение тревоги как состояния является базовым, ключевым для определения тревожности как свойства личности: тревожность — это «склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998).

Тревожность рассматривается в качестве одного из основных параметров индивидуальных различий. Как правило, она повышена у больных нервно-психическими и хроническими соматическими заболеваниями, а также у здоровых людей, переживающих последствия психической травмы, у лиц с отклоняющимся поведением. Тревожность в структуре интегральной индивидуальности относится к уровню свойств личности и понимается как ожидание неблагоприятного исхода в относительно нейтральных, не содержащих реальной угрозы ситуациях (Кисловская В. Р., 1971). Личностная тревожность — это относительно устойчивая индивидуальная характеристика, дающая представление о склонностях человека:

- воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающих его самооценке, самоуважению и престижу;
- реагировать на эти ситуации проявлением состояния тревоги (Спилбергер Ч., 1972; Ханин Ю. Л., 1978). Личность с выраженными чертами тревожности, как отмечает Ч. Д. Спилбергер, склонна воспринимать окружающий мир как заключающий в себе угрозу и опасность в значительно большей степени, чем личность с низким уровнем тревожности. По мнению Л. Н. Собчик (1990), показатели тревожности достоверно сопряжены с мотивацией избегания. Как

субъективное проявление неблагополучия личности тревожность находится в центре внимания врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов. Некоторыми авторами тревожность рассматривается как сложный конструкт, включающий в себя наряду с традиционно определяемыми тревогой и страхом еще и невротизм, то есть снижение адаптивных возможностей и готовность к формированию невротических болезненных расстройств (Александровский Ю. А., 1992).

Изучению состояния тревоги традиционно уделяется значительное внимание как зарубежными (Davidson et al., 1965; Spilberger Ch., 1972), так и отечественными исследователями (Немчин Т. А., 1966, 1983; Тарабрина Н. В., 1971; Ханин Ю. Л., 1978, и др.). Спилбергер использует термин «тревога» для описания неприятного эмоционального состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения и ожидания неблагоприятного развития событий. Это состояние, по мнению автора, возникает в ситуации неопределенной опасности, угрозы и содержит в себе ожидание негативной оценки, восприятия отрицательного к себе отношения или угрозы своему самоуважению. В большинстве случаев различные авторы принимают термин «тревога» в определении Спилбергера и используют для описания неприятного по своей окраске эмоционального состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны — активацией автономной нервной системы. В МКБ-10 расстройства, связанные с тревогой, рассматриваются в рубрике «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства». В структуре тревожных расстройств особо подчеркивается симптом вегетативной гиперактивности (Беребин М. А., 1997).

В отечественной литературе тревога определяется как отрицательное эмоциональное состояние, направленное в будущее и возникающее в ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом, которое проявляется в «ожидании неблагоприятного развития событий» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998). Прогнозирование опасности в

переживании тревоги носит вероятностный характер: «У человека тревога обычно связана с ожиданием неудач в социальном взаимодействии и часто бывает обусловлена неосознаваемостью источника опасности» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998). Аналогичным образом определения состояния тревоги даются и другими отечественными исследователями: «Тревога — устойчивое психическое состояние, которое характеризуется обратимостью при нормализации соматического состояния и социальных условий и определяется как устойчивое состояние неопределенной угрозы, характер и направленность которой неизвестны» (Соколов Е. И., Белова Е. В., 1983). Состояние тревоги облегчает формирование целого ряда других негативных эмоций и обеспечивает, по мнению авторов, яркое проявление этих отрицательных эмоций, их значительную интенсивность в ответ на незначительные эмоциогенные раздражители. Тревога как «субъективное чувство опасения и надвигающейся опасности» обычно негативно окрашена, она направлена в будущее, в противоположность таким эмоциям, как сожаление и чувство вины (Хорнблоу Эндрю Р., 1983).

Центральный элемент тревоги представляет собой ощущение угрозы: «Состояние тревоги возникает, когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию как несущие в себе актуально или потенциально элементы опасности, угрозы, вреда» (Спилбергер Ч., 1983). Тревога — «ощущение неопределенной угрозы, характер и время возникновения которой не поддаются предсказанию», «чувство диффузного опасения и тревожного ожидания» (Poldinger, 1970), «неопределенное беспокойство» (Kepinski, 1977), «представляет собой результат возникновения или ожидания фрустрации и наиболее интимный (и облигатный) механизм психического стресса» (Березин Ф. Б., 1988).

Тревогу дифференцируют с переживанием *страха*. Понятия тревоги и страха рассматриваются как самостоятельные явления. В отличие от страха как реакции на конкретную угрозу, тревога представляет собой генерализованный, диффузный или беспредметный страх. С другой стороны, страх определяется как опредмеченная тревога. Тревогой и страхом отмечаются также и события

неожиданные: «...Внезапное появление неожиданного вызывает страх» (Кемпински А., 1998). Разграничение тревоги и страха традиционно базируется на критерии, введенном в психиатрию К. Ясперсом (1948), в соответствии с чем тревога ощущается вне связи с каким бы то ни было стимулом («свободно плавающая тревога»), в то время как страх соотносится с определенными стимулом и объектом («опредмеченная», конкретизированная тревога).

Страх — реакция на угрозу. Если мы стоим перед прямой опасностью, то мы можем или встретить ее активно, или спастись бегством. Иногда нас охватывают чувство страха, не до конца понятные ощущения чего-то ужасного, чувство надвигающегося страха. Таким образом могут развиваться фобии, то есть страх в совершенно определенной ситуации, например, клаустрофобия (боязнь ограниченных пространств) или агорафобия (страх открытых пространств). Фобии определяются как навязчивые неадекватные переживания страхов конкретного содержания, охватывающих субъект в определенной (фобической) обстановке и сопровождающихся вегетативными дисфункциями (сердцебиение, обильный пот и т.д.) (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998). В состоянии страха проявляются соматические симптомы — учащение пульса, одышка, потоотделение, приступы слабости, Дрожь.

При невротических фобиях больные, как правило, осознают необоснованность своих страхов, относятся к ним как к болезненным и субъективно мучительным переживаниям, которые они не в силах контролировать, фобии имеют определенные поведенческие проявления, цель которых — избегание предмета фобии или уменьшение страха с помощью навязчивых ритуализированных действий. Невротические фобии, в которых невротик бессознательно «прячется» от неразрешимого для него конфликта, возникают обычно у людей с образным мышлением и в то же время с известной долей душевной инертности, а также вегетативной неустойчивостью. Существуют разнообразные классификации видов страха. Чаще всего страхи подразделяют исходя из того, чего именно боится человек, — классификация по фобии страха. Б. Д. Карвасарский различает восемь основных групп фобий страха. К первой относится боязнь пространств, проявляющаяся в различных формах. Из этого

ряда наиболее известна клаустрофобия — боязнь замкнутого пространства. Она нередко возникает у шахтеров после обвалов, у подводников после аварий, она может возникнуть и в обыденной жизни, например, если человек окажется надолго запертым в кабине застрявшего между этажами лифта. Однако бывает и противоположное явление: некоторые люди панически боятся открытых пространств. В тяжелой форме такое заболевание — агорафобия — может приводить к тому, что человек будет целый день сидеть дома и предпочтет голодать, нежели перейти широкую площадь, чтобы купить себе еды. К этой же группе относят страх глубины и страх высоты. Скрытым, длительным страхом перед водой страдал, например, советский писатель М. Зощенко.

Ко второй группе фобий, по классификации Карвасарского, относятся так называемые социофобии, связанные с общественной жизнью. Они включают в себя страх покраснеть в присутствии людей, страх публичных выступлений, страх из-за невозможности совершить какое-либо действие в присутствии посторонних (например, выйти из-за стола в туалет) и многие другие. Например, как следует из легенды, знаменитый датский астроном XVI века Тихо Браге умер от воспаления мочевого пузыря, потому что не вышел вовремя в туалет во время пира. К социофобиям можно отнести и страх многих молодых людей познакомиться с понравившейся девушкой.

К третьей группе, по классификации Карвасарского, относятся нозофобии — страх получить какое-либо заболевание. Этот вид навязчивого страха в той или иной мере всегда присутствует в обществе, но особенно обостряется и принимает массовый характер во время эпидемий. Французский историк Жан Делюмо в одной из своих книг приводит отрывок из старинной хроники, в которой речь идет о крайне выраженной нозофобии, охватившей население Франции во время эпидемии чумы в XVII веке: «Люди независимо от положения и богатства находятся под смертельной угрозой. Страдают все: одни от болезни, другие — от страха, смерть или опасность подстерегают людей на каждом шагу. Вчера ты рыл могилу; сегодня тебе роют могилу, а может статься, похоронят нас всех вместе в одной могиле».

К четвертой группе, по классификации Карвасарского, относится

танатофобия — страх смерти, к пятой — различные сексуальные страхи, к шестой — страх нанести вред себе или близким, к седьмой — «контрастные» фобии. И наконец, восьмая группа страхов — это фобофобии, или, иначе говоря, страх перед самым страхом, страх испугаться чего-либо.

Каплан и Сэдок предлагают делить все страхи на конструктивные, представляющие собой естественный защитный-механизм, помогающий лучше приспособиться к экстремальной ситуации, и патологические, являющиеся по своей интенсивности или длительности неадекватным ответом на воздействующие стимулы. Патологические страхи, по мнению авторов, могут приводить к психической болезни.

Страх и тревога изменяют течение познавательных психических процессов. Под влиянием интенсивных переживаний тревоги, паники, ужаса наблюдается дезорганизация интеллектуально-мнестической деятельности. Этот феномен, обозначаемый как «аффективная загруженность», характеризует, в частности, особенности познавательной деятельности больных пограничными нервно-психическими расстройствами, пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. У больных неврозами при тестировании может наблюдаться снижение интеллектуального коэффициента, обусловленное не интеллектуальной недостаточностью, а, скорее, эмоциональной загруженностью: переживанием проблем, конфликтных взаимоотношений, разнообразных жизненных сложностей.

Как эмоция, направленная в будущее, функционально тревога не только предупреждает субъекта о возможной опасности, но побуждает к поиску и конкретизации этой опасности, к активному исследованию окружающей действительности с установкой на выявление угрожающего объекта. В этом смысле тревогу можно рассматривать как чувствительность к опасности. Так, по мнению Ф. Б. Березина (1988), тревога «представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, свидетельствующий о ее нарушении и активирующий адаптивные механизмы». Таким образом, по мнению автора, тревога может играть охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с ролью боли: «С возникновением тревоги связывают усиление поведенческой

активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации; причем уменьшение интенсивности тревоги воспринимается как свидетельство достаточности и адекватности реализуемых форм поведения, как восстановление ранее нарушенной адаптации».

Тревога развивается по определенным закономерностям, описываемым, по Березину, динамическим рядом состояний (тревожный ряд) в порядке нарастания тяжести, выраженности, интенсивности состояния: ощущение внутренней напряженности—гиперестезические реакции—собственно тревога—страх—ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы—тревожно-боязливое возбуждение. Нейрофизиологическая основа тревожных эмоциональных состояний состоит в избыточной активации неспецифической ретикуло-гиппокампальной системы. Связанные с тревогой ипохондрические проявления (гиперестезические реакции) рассматриваются как расстройство восприятия и когнитивных процессов, приводящее к усилению и неадекватной интерпретации соматических ощущений (Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., 1999).

Под влиянием тревоги могут возникнуть не только повышение или снижение чувствительности, но и нарушение перцептивной деятельности. При незначительно выраженной тревоге более характерным является повышение концентрации внимания с ростом эффективности аналитико-синтетической деятельности мышления (эффект мобилизации), при интенсивной тревоге — панике, ужасе — снижение концентрации внимания, нарушение оперативной памяти, снижение уровня аналитико-синтетической деятельности (эффект дезорганизации). Нарушения продуктивности мышления могут сопровождаться растерянностью, снижением волевой деятельности.

Возникновение состояния тревоги является «пусковым моментом» для развития процесса по его преодолению или трансформации. Происходят поиск выхода из опасной ситуации, подбор наиболее оптимального варианта поведения, активация экстраполяционных механизмов (информационный поиск), максимальная активизация энергетических процессов и вегетативных механизмов обеспечения активности. Весь этот комплекс и является начальной фазой развития эмоционально-стрессовой реакции — острый эмоциональный или

психологический стресс (Китаев-Смык Л. А., 1983; Эверли Дж. С., Розенфельд Р., 1985). Длительное или острое переживание тревоги лежит в основе ряда психопатологических явлений. По мнению Ю. А. Александровского (1992), невроз формируется путем динамического взаимодействия актуальной «почвы» и тревожного напряжения, в то время как пролонгирование ни субъективно, ни объективно неразрешимой психогенной ситуации, входящей в противоречие с устремлениями и желаниями индивида, может формировать аномальное развитие личности (Зейгарник Б. В., Братусь Б. С, 1992).

Таким образом, тревогу можно рассматривать в качестве одного из факторов психической дезадаптации. Собственно тревога при этом расценивается либо как основное слагаемое психопатологической симптоматики, либо как базис, на котором формируется психическая дезадаптация. В последнем случае вероятность возникновения преходящих или стойких нарушений адаптации возрастает по мере увеличения интенсивности тревоги (Березин Ф. Б., 1988). В качестве одного из компонентов эмоционально-негативных психических состояний тревожность включается в структуру астенических, депрессивных, ипохондрических и других расстройств. С другой стороны, на основе тревожности как свойства личности могут формироваться такие социально-психологические свойства, как застенчивость, понимаемая как чувствительность к социальным воздействиям, или виктимность, то есть готовность быть объектом критики или физического нападения. Тревожность является одним из фундаментальных свойств, модифицирующих структурно-функциональную организацию личности как здоровых, так и больных людей.

Депрессия

Одно из наиболее ярких описаний переживаний депрессивного больного дает А. Кемпинский (2002): «Во время депрессии печаль настигает человека без какой либо видимой причины. Как будто из-за неисправности электрического контакта все вдруг гаснет, мир теряет свои краски, будущее превращается в черную непроницаемую стену, а прошлое — в полосу темных событий, отягчающих больного чувством вины. Исчезает обычная жизненная энергия,

каждое решение становится неслыханно трудным, мельчайшие дела превращаются в неразрешимые проблемы. Перед больным воздвигаются трудности, как горы, поднимающиеся до небес.

Спад жизненной активности проявляется как в психических, так и в физических функциях. Мышление становится трудным, ассоциации скудными, мысли вращаются вокруг одной темы: безнадежности собственной жизни, собственной виновности и беспомощности, мечтаний о смерти, представляющейся единственным спасением. Слабеет память, окружающий мир не влечет, все кажется неприятным и болезненным, поэтому с трудом рождаются новые записи в памяти, а из прошлого всплывают только воспоминания о неприятных событиях, как будто над головой больного и солнце никогда не всходило.

В темноте все становится хаотичным, малые заботы превращаются в большие, человек теряется в заблуждениях, не знает, что выбрать, на что решиться, поскольку обычные пропорции нарушились вследствие изменения колорита. Он становится беспомощным перед окружающей его действительностью.

Вследствие упадка жизненной активности замедляются темпы психических процессов, все внутри становится как бы тяжелым, человек становится инертным, но легковозбудимым. Больному ничего не хочется, его охватывает апатия. Мысли кружат вокруг одних и тех же тем. Душевная жизнь, колорит которой недавно был красочен и изменчив, теряет свою обычную легкость, вызывающую ощущение внутренней подвижности, готовности к смене тем. Та же самая тяжесть проявляется и в физических функциях.

Уже издали можно распознать печального человека по его согбенной фигуре — как будто на своих плечах несет он тяжкий груз, придавливающий его к земле, по его скованным, тяжелым движениям, как будто на руках и ногах его висят кандалы. Сила тяжести берет верх над активностью организма. Видно, с каким усилием больной перемещает свое тело, даже черты лица опускаются вниз. Скованность движений во время депрессии может перейти в ступор, больной застывает без движения в одной позе. Реже берет верх беспокойство движений:

больной бесцельно кружится на месте, причитает, плачет. Обычно во время тяжелых депрессий глаза сухие, больной не может плакать. Плач часто смывает печаль, после приступа плача у человека легче на сердце».

Феноменология депрессивных состояний рассматривается с позиций самых разных направлений и школ в психологии, начиная с концепций классического психоанализа и заканчивая современными когнитивными подходами. Такая социально-психологическая теория, как теория атрибуции, например (Jones et al., 1972), основана на предположении, что люди являются «наивными учеными». Чтобы предсказывать и контролировать происходящие события, они должны понимать причины своего поведения и поведения других. Причины, которые они постигают, частично влияют на их действия. Многие атрибутивные теоретики полагают, что люди не осознают причин собственного поведения и возникновения определенных мыслей и чувств. Таким образом, они делают выводы о себе интуитивно. Например, черты характера выводятся из моделей поведения. Люди, приписывающие себе негативные черты, а своему поведению — негативные причины, могут навредить себе. Одним из вкладов теории атрибуции в понимание психопатологии является вывод о том, что люди часто интерпретируют свое поведение негативным образом (Valins, Nisbett, 1972). Вайнер и его коллеги (Weiner et al., 1972) обнаружили, что определенные индивиды в ситуациях достижения ведут себя «саморазрушающим» образом. Успешно справившись с задачей, они приписывают свой успех либо удаче, либо простоте задачи, однако, потерпев неудачу, они видят причину этого в недостатке своих способностей. В противоположность этому люди, которые хорошо справляются с ситуациями достижения, приписывают свой успех собственным усилиям или способностям, а неудачи — недостатку усилий или сложности задачи. Люди, действующие «саморазрушающим» образом, относятся к причине собственного успеха или неудачи так, что терпят поражение с самого начала. Если они добиваются успеха, то не потому, что у них есть способности, а если терпят неудачу, то потому, что им не хватает способностей. Такая модель может привести к прекращению попыток каких-либо действий, что, естественно, обречет их на очередной провал.

Взгляды Вайнера были включены в модель депрессии Мартина Селигмана и его коллег (Abramson, Seligman M., Teasdale, 1978). Они выдвинули гипотезу, что депрессия возникает в связи с восприятием человеком самого себя как причины появления чего-то негативного в его жизни. Затем происходит расширение этого представления до выработки глобальной негативной атрибуции на весь его характер. Другими словами, депрессивный человек считает себя виновным в своих трудностях и к тому же верит, что это происходит из-за какого-то фундаментального изъяна в его характере. Следовательно, он также чувствует свою неспособность сделать что-то, чтобы изменить или проконтролировать негативные события.

С точки зрения ряда авторов, депрессия — это явление, обусловленное *беспомощностью* (Seligman M., Maier, Geer, 1968; Maier, 1970). Селигман и его коллеги отождествляют «обусловленную беспомощность» («выученную беспомощность») с реактивной депрессией. Они полагают, что все ситуации, вызывающие депрессию, сходны в том, что в них представляется невозможным контроль над событиями, особенно над теми их аспектами, которые являются наиболее важными.

Клингер предложил «побудительную теорию депрессии». Цикл «побуждения — отстранения», согласно представлениям автора, состоит из трех фаз. В первой фазе индивид отвечает на утрату объекта энергичными реакциями в попытке вернуть то, что было утрачено. Вторая фаза характеризуется гневом и агрессией, направленными на объект. Наконец, когда активность в первой и второй фазах не дает результата, организм становится полностью отстраненным от побуждений, которые обычно ведут к адаптивным ответам, и эта полная отстраненность вызывает депрессию или составляет ее (Klinger, 1975).

Не так давно Селигман (Seligman M., 1990) утверждал, что оптимистический стиль объяснения является более действенным, чем пессимистический. Оптимисты обычно приписывают свои успехи самим себе и не обвиняют себя в своих неудачах. Когда что-то идет не так, они не делают из этого вывод, что так будет всегда. Селигман ссылается на ряд исследований, доказывающих, что оптимистично настроенные бейсбольные команды выступают

лучше, чем команды, настроенные пессимистично, и что обычно побеждают те кандидаты в президенты, которые отстаивают оптимистическую философию. Считается, что оптимизм может даже улучшить функционирование иммунной системы.

Одним из наиболее влиятельных когнитивных подходов является подход психиатра Аарона Бека. Первоначально он занимался исследованием депрессии (Бек А. et al., 1979), а затем перешел к изучению широкого круга психологических проблем, включающих в себя тревожные расстройства (Бек А., Freeman et al., 1990). Бек, рассматривая депрессию как комплекс психических феноменов, относит характеристики депрессивного состояния к четырем основным группам. *Эмоциональные проявления* часто проявляются в наблюдающемся унынии или угнетенном настроении; *когнитивные* — в склонности депрессивного человека рассматривать себя как неполноценного относительно того, что является наиболее для него важным; *мотивационные* — в пассивности, зависимости, избегании и параличе воли; *вегетативные* и *физические* — в потере аппетита и расстройствах сна (Бек А., 1967).

Некоторые люди смотрят на мир через так называемые розовые очки. Когнитивный подход Бека к депрессии: «очки» человека, страдающего от депрессии, имеют тонированные стекла. Бек считает, что симптомы как депрессии, так и тревожности являются результатом представлений человека о мире. В частности, мышление человека, «страдающего депрессией», характеризуется когнитивной триадой — негативным взглядом на себя (низкая самооценка), на свое личное будущее и на свои переживания.

Люди, находящиеся в состоянии депрессии, также допускают грубые ошибки при обработке информации: они обычно преувеличивают негативное и преуменьшают позитивное.

Пациенты, страдающие депрессией, также склонны к излишнему обобщению. Например, если у вас прерываются с кем-то отношения, то вы можете прийти к следующему выводу (конечно, если вы умеете депрессивно мыслить): «Никто никогда меня не полюбит».

Еще одной ошибкой таких пациентов является избирательная абстракция,

при которой одна деталь вырывается из ситуации, а затем обобщается. Так, во время разговора с кем бы то ни было всегда, вероятно, найдется момент, когда возникают шероховатости. Депрессивный пациент сосредоточится на этом моменте, вытащит его из контекста всего разговора и сделает вывод, что он выставил себя на посмешище и что беседа не удалась.

Склонность к депрессивному мышлению приобретается в раннем возрасте. Бек полагает, что дети мыслят глобальными, абсолютными категориями — и (или), а у депрессантов эти примитивные способы мышления сохраняются и в зрелом возрасте. В частности, они придерживаются неких примитивных, упрощенных схем, усвоенных в раннем детстве, например: «Чтобы быть счастливым, мне нужно быть успешным во всем, что я делаю»; «Чтобы быть счастливым, я должен постоянно получать одобрение»; «Если я допущу ошибку, это будет означать, что я неспособный»; «Я не могу без тебя жить» (Бек А. et al., 1979) (цит. по: Тодд Дж., Богарт А. К., 2001).

Снижение жизненной активности отражается на вегетативных функциях: в целом снижается интенсивность обмена веществ, исчезает аппетит (больной может вообще перестать есть), уменьшается выделение слюны (обычной является сухость во рту), уменьшается перистальтика, исчезает сексуальное влечение. Кожа становится дряблой и сухой. Характерным для этого состояния является нарушение сна. Если при неврозах больной не может заснуть, то во время депрессии просыпается очень рано — в первом-втором часу ночи — и остаток ее проводит без сна.

Обычными проявлениями депрессивных расстройств являются «страдания и ощущение печали, потеря аппетита, бессонница, уход от социальных контактов, раздражительность, ослабление интересов и способности к концентрации, а также озабоченность жалобами на физическое состояние» (Раттер М., 1987). Кемпински отмечает, что в случае депрессии «мы встречаемся с упроченным негативным отношением к окружающим, а одновременно к самому себе».

Биохимические изменения также могут указывать на ослабление метаболизма. Уровень аминокислот мозга (серотонина, высших аминокислот — адреналина, норадреналина и дофамина) во время депрессии снижается а при

маниях — повышается. Считается, что фармакологические средства (нейролептики и тимолептики), а также электрошок способствуют изменению уровня аминокислот мозга и таким образом оказывают влияние на состояние организма и жизненную активность больного. Наблюдаются нарушения деятельности коры надпочечников. В период депрессии повышается уровень кортизола в плазме и увеличивается содержание 17-гидрокортикоида в моче больного. При эндогенных депрессиях соответствующие характеристики выше, чем при реактивных депрессиях. Их значения возрастают по мере усиления депрессии, и, по мнению некоторых авторов, они могут служить показателем уровня риска самоубийства. В связи с дисфункцией надпочечников в период депрессии наблюдаются нарушения кислотно-щелочного баланса вплоть до внутриклеточной задержки ионов натрия. Кривая содержания сахара становится более полой. Частота ритма сна электроэнцефалограммы (ЭЭГ) — альфа-ритма — незначительно понижена, спорадически проявляется тетаритм. В случаях *raptus melancholicus* иногда наблюдаются формы ЭЭГ, характерные для эпилептических припадков (Кемпински А., 2002).

Депрессия изучается также и отечественными авторами. При исследовании таких эмоциональных состояний, как депрессия, подавленность, пассивность, безразличие, апатичность, угнетенность, наблюдалось их патогенное влияние на состояние здоровья (Симонов П. В., 1981). В. В. Аршавский и В. С. Ротенберг (1976) показали в своих работах, что различные патологические состояния (экспериментальная эпилепсия, экстрапирамидные расстройства, аритмия сердца, анафилактический шок и др.) усугубляются при пассивно-оборонительных реакциях с отказом от поиска выхода из сложившейся ситуации. «**Активно-поисковое поведение**, — пишут авторы, — напротив, оказывает благотворное влияние на те же самые формы экспериментальной патологии» (Аршавский В.В., Ротенберг В. С., 1976, 1978).

По мнению В. В. Ковалева (1997), при хроническом течении ряда соматических заболеваний происходит «интериоризация» депрессии, то есть возникает ее спаянность с личностью, которая подвергается депрессивно-дистимической деформации с возникновением депрессивного мироощущения.

Отечественные авторы следующим образом описывают феноменологию депрессивных состояний: «Если тревога — эмоция, направленная в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого. В состоянии депрессии человек погружен в переживание прошлых неприятностей, сложностей, конфликтов, неудач. Обращаясь мысленно к прошедшим событиям, депрессивный субъект видит в своем прошлом только лишь неприятные, негативные события, пропуская радостные события, достижения, удачи. Формируется негативный образ прошлого, которое воспринимается как сплошная цепь неприятностей, неудач, проблем, конфликтов. Негативный образ прошлого экстраполируется в будущее, которое тоже начинает казаться безрадостным, бесперспективным, безнадежным. В депрессивном состоянии человеку кажется, что ничего хорошего впереди его не ждет, что будущее — только лишь нагромождение проблем, трудностей, неприятностей, конфликтов, которые надо решать и преодолевать. Психологически депрессия — это утрата жизненной перспективы, на фоне которой нарушается функция планирования: депрессивный субъект перестает строить планы, формулировать цели и задачи.

Утрата жизненной перспективы приводит и к обесцениванию настоящего. Настоящее имеет смысл в свете событий будущего, по отношению к тем целям и задачам, которые стоят перед человеком. С утратой перспективы будущего настоящее также теряет свой смысл. Жизнь кажется бессмысленной, безрадостной, пустой. На высоте депрессии возникают мысли о самоубийстве.

В отечественной психологии депрессия определяется как «аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения». Субъективно человек в состоянии депрессии испытывает прежде всего тяжелые, мучительные эмоции и переживания — подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, мотивы, волевая активность резко снижены. Характерными являются мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, произошедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей сочетаются с чувством бесперспективности.

Самооценка резко снижена. Измененным оказывается восприятие времени, которое течет в настоящем мучительно долго. Для поведения в состоянии депрессии характерны замедленность, безынициативность, быстрая утомляемость; все это приводит к резкому падению продуктивности» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998).

Психогенные депрессивные состояния. В группу психогенных депрессивных состояний, то есть депрессий, которые могут быть отнесены за счет психического предрасположения и душевных переживаний как пусковых механизмов и, следовательно, доступны психологическому и глубинно-психологическому анализу, входят *реактивная (ситуационная, психореактивная) депрессия, простое депрессивное развитие (депрессия истощения), депрессивная личность и невротическая депрессия*. Если принять в качестве критериев частоту жалоб на нарушение настроения, расстройства влечений и ведущие депрессивные симптомы, то следует признать, что непсихотические депрессивные состояния играют во врачебной практике большую роль (Кискер К. П. с соавт., 1999;). Психогенная депрессия — это реакция на определенную жизненную ситуацию со склонностью к печали и внутренней боли. Встречаются люди, склонные к психогенным реакциям депрессивного типа, у которых даже смена отслужившего свой срок автомобиля приводит к депрессии.

Психогенная депрессия может находить свое выражение в форме всеобщего истощения. Подобным депрессивным состояниям всегда предшествуют события, чрезвычайные по интенсивности, чрезмерные для личности. По мнению Б. Мюлленайзена, человек, находящийся в состоянии депрессии, может быть опасен: он может свои своеобразные взгляды, очень часто меняющиеся, навязывать другим, при этом из-за эгоцентрической переоценки своей личности искажает факты (Мюлленайзен Б., Бюлайнен Б., 1993).

Депрессивные реакции. Депрессивные реакции понимаются как душевный ответ на внешние травмирующие события, то есть как психическая нагрузка, или реакция на внутренние изменения. При этом не выявляются значимые невротические перерабатывающие механизмы, по времени и по содержанию эти депрессии тесно связаны с вызвавшими их причинами. Симптоматика

определяется, в первую очередь, связью с основным заболеванием и с его последствиями, в меньшей мере — с особенностями личности. Непосредственным поводом являются переживания из-за утраты, в частности, в случае смерти близкого человека, развода, изменения жизненной ситуации, то есть обстоятельств, которые играют определенную роль также в преддверии психотических депрессивных фаз.

В качестве примера выраженной и часто встречающейся формы следует рассмотреть чрезмерную траурную реакцию. В этих случаях после смерти близкого человека остается чувственная реакция, превышающая ожидавшуюся. Вместо аффективных проявлений у таких пациентов наблюдаются скованность, окаменелость; их выразительные средства также скованы; у них появляются соматизированные и ипохондрические жалобы. Часто наблюдается агрессивное поведение, направленное на истинного или мнимого виновника постигшего их несчастья. Такое поведение сопровождается многообразной соматической и вегетативной симптоматикой более или менее значимой для заболевания: головные боли, расстройства дыхания, сердечно-сосудистые нарушения, желудочно-кишечные нарушения и многое другое. Психосоматические пусковые механизмы могут дать начало развитию заболеваний отдельных органов. Чрезмерная траурная реакция может привести к тяжелым последствиям — утрате трудоспособности и социальных связей (Кискер К. П. с соавт., 1999).

Феноменология эмоциональных состояний, связанных с депрессией, была описана в работе З. Фрейда «Печаль и меланхолия»: «Меланхолия в психическом отношении отличается глубокой страдальческой удрученностью, исчезновением интереса к внешнему миру, потерей способности любить, задержкой всякой деятельности и понижением самочувствия, выражающимся в упреках и оскорблениях по собственному адресу и нарастающим до бреда ожиданием наказания». По мнению Фрейда, печаль и депрессия являются частой реакцией на потерю любимого человека («ключевой фигуры») или заменившего его отвлеченного понятия, такого как отечество, свобода, справедливость и т.д. (утрата «объектных отношений»). Различие же между печалью и депрессией, по мнению автора, заключается в том, что при печали нет нарушения самочувствия,

а также нет огромного «обеднения, ограничения Я», так характерного для депрессивных состояний. «При печали, — пишет Фрейд, — обеднел и опустел мир, при меланхолии — само „Я“». И далее: «Больной рисует нам свое „Я“ недостойным, ни к чему не годным, заслуживающим морального осуждения, он делает себе упреки, бранит себя и ждет отвержения и наказания. Он унижает себя перед каждым человеком, жалеет каждого из своих близких, что тот связан с такой недостойной личностью. У него нет представления о происшедшей с ним перемене, и он распространяет свою самокритику и на прошлое; он утверждает, что никогда не был лучше. Эта картина преимущественно морального бреда преуменьшения дополняется бессонницей, отказом от пищи и в психологическом отношении очень замечательным преодолением влечения, которое заставляет все живущее цепляться за жизнь».

«Он утратил объект; из его слов вытекает, что его потеря касается его собственного „Я“». Жалобы такого больного, по мнению Фрейда, представляют собой обвинения; все то унижительное, что говорится о себе, относится на самом деле к другому. Поскольку выбор объекта привязанности был сделан на нарцисстической основе, при утрате объекта привязанность регрессирует к нарциссизму: «...Потеря объекта любви представляет собой великолепный повод, чтобы пробудить и проявить амбивалентность любовных отношений... „Я“ может убить себя только тогда, если благодаря обращению привязанности к объектам на себя оно относится к себе самому как к объекту...»

Синдром чрезмерной траурной реакции выявляется в тех случаях, когда между лицом, переживающим траур, и умершим были конфликтные взаимоотношения. Чрезмерная реакция и порожденная ею симптоматика приходят на место обычных проявлений печали, которые имеют свое аффективное выражение: временный отход от активной деятельности и социальных связей, Уход в воспоминания о пережитых совместно с умершим отрезках времени. Даже эта нормальная «траурная работа» может на определенном отрезке времени сопровождаться соматическими проявлениями, такими как потеря веса, потеря аппетита, нарушение сна и т. д. Основания для недомогания при такой «траурной работе» распознаются по амбивалентному

отношению и следующему за ним конфликту чувств и чувству вины по отношению к умершему далее, динамика состояния может определяться реальным самообвинением (виной или соучастием в смерти) или чрезмерной привязанностью к умершему, который, таким образом, идеализируется на инфантильный манер. Опасность такой чрезмерной реакции печали увеличивается, если прощание с умершим, являющееся частью траурной работы, невозможно из-за того, что умерший как объект недоступен. Конечно, существуют постепенные переходы от этих чрезмерных депрессивных реакций к невротической депрессии, хотя у больных с описанными выше реакциями редко наблюдается невротическая структура личности, генез которой прослеживается еще на ранних стадиях развития и созревания.

Лечение заключается в психотерапии, ориентированной на конфликт. В ней прорабатываются, в частности, неотчетливо выраженные чувство страха и конфликт амбивалентности и ставится цель — стимулировать дистанцирование от утраченного близкого лица. В качестве поддержки психотерапии рекомендуется применение транквилизаторов в течение ограниченного срока времени.

Депрессия истощения. К понятию «депрессия истощения» относятся те случаи патологии развития, которые отличаются от невротических депрессий, с одной стороны, и от реакций — с другой, выражаются в тревожно-депрессивном или апатическом настроении и в затяжном течении. Сюда относятся депрессии разгрузки (высвобождения), депрессии, связанные с вынужденным перемещением, эндореактивная дистимия, экзистенциальная депрессия, вегетативная депрессия и вегетативно-дистоническая депрессия. Речь идет о синдромах с психическими, вегетативными, соматическими и социальными признаками депрессии, которые, в отличие от простых реакций, обусловлены длительно действующими психическими нагрузками, продолжительными мучительными, аффективными нагрузками, тяжелыми повторными психическими травмами или повторными (возвращающимися) аффективными расстройствами, которые приводят к истощению и декомпенсации симпатической нервной системы. Истощение в этих случаях — не столько последствие физических перегрузок, сколько (в значительно большей степени) «эмоциональное истощение

жизненных сил», или, иначе говоря, аффективного потенциала личности.

Невротические симптомы в более узком смысле слова в большинстве случаев отсутствуют. На первый план выступают вегетативные симптомы. Течение болезни подразделяется по развитию этой симптоматики на неврастеническую продромную фазу, психосоматическую фазу и собственно депрессию истощения. Депрессии истощения чаще других подвержены сенситивно-астенические личности с интеллектуально дифференцированной структурой, которые в силу своей добросовестности несут большие нагрузки и приводят себя в состояние дефицита трудоспособности (Кискер К. П. с соавт., 1999).

Депрессивная личность. В психологии личности всегда уделялось внимание описанию типов личности, у которых имеется склонность к развитию депрессий и особенно депрессивных психозов. Телленбах (Tellenbach) подробно описал структуру преморбидной личности депрессивных больных и выделил ряд характерологических особенностей. Лицам, отнесенным к *typus melancholicus*, свойственны упорядоченность, навязчивость, обязательность, а в социальной сфере — тенденция к тесным симбиотическим отношениям, которые в значительной мере удаются благодаря прилагаемым ими усилиям. Этим людям трудно принять какое-либо решение или позволить сделать себе подарок, не испытав чувства вины и самообвинения. В общественной жизни они проявляют себя как добросовестные, ответственные, держащиеся в тени партнеры (Кискер К. П. с соавт., 1999).

Как депрессивные личности рассматриваются люди с аномалией темперамента, которая характеризуется постоянным пессимизмом в восприятии жизни и окружающего мира, наличием страхов и самоотверженностью. У этих людей «вымученное настроение», их легко лишить стойкости, они не доверяют сами себе, производят впечатление людей мягких, не способных к «пробивным» поступкам, имеют тенденцию к отступлению под давлением, склонны к «самокопанию», скрупулезному разбору своих недостатков, повышено требовательны к себе. Они меланхоличны, их агрессивность подавлена. Но в этой же группе описаны брюзжащие, раздражительные, депрессивно-параноидные

варианты личностей, необщительные, мрачные, угрюмые, с беспричинными расстройствами настроения. Такое поведение можно проследить ретроспективно, начиная с юношеского возраста. Под маской уравновешенности, социальной приспособленности проходит скрытая от постороннего взгляда жизнь. Этим людей часто отличают навязчивая, ригидная любовь к порядку, неумная деятельность и чрезмерная готовность к выполнению долга. Структура такой личности формируется односторонним воспитанием в семье, выраженным давлением на свое «Я» и мучительным подавлением своих агрессивных тенденций, а также другими условиями, приводящими к заболеванию невротической депрессией.

Эти варианты характера психиатры ранее относили к гипертимным и лабильным личностям и обозначали их как тимопатические; сегодня они диагностируются редко, так как сформировалось мнение, что речь здесь идет о депрессивном неврозе характера, развитие которого происходит по закономерностям психологии неврозов. Некоторые исследователи склоняются к тому, что у части депрессивных личностей имеются стертые формы циклотимии. В пользу этого суждения свидетельствуют появление витальных симптомов (нарушение сна, колебания в течение дня) и развитие типичных депрессивных фаз при продолжительной перегрузке.

Невротическая депрессия. При невротической депрессии подавленное настроение является выражением аномальной переработки душевных переживаний, вызванных и поддерживаемых полностью или частично вытесненными конфликтами. Стало быть, речь идет не о реакции на реальные события и даже не о выражении осознанной конфликтной ситуации. Определяющими, как и вообще при неврозах, являются прослеживаемые уже на ранних этапах развития механизмы патологической переработки и вытеснения. Ответственность за расстройства при депрессивных неврозах возлагается на нарушения во взаимоотношениях с близкими с самого раннего возраста, особенно с матерью, — в оральной фазе. Они-то и создают предрасположение к развивающимся позднее неврозам.

Мы наблюдаем картину симптомов, которая характеризуется торможением

и подавлением всех душевных функций, вегетативными нарушениями сформировавшихся в юности структур личности и «пусковым механизмом» — внешними обстоятельствами, воздействующими одномоментно или на протяжении длительного периода. Клиническая картина может менять свой профиль в процессе развития.

Симптоматика состоит, как и при депрессиях, вызванных другими причинами, из подавленного настроения, заторможенности всех центробежных психических и двигательных функций. Влечения подавлены, мыслительные процессы вязки, замедленны, лишены фантазии, бедны представлениями; появляются жалобы на трудность сосредоточения, на забывчивость. Воля и способность принимать решения парализованы, влечения редуцированы. Тоска простирается от боязливо-пасмурного настроения до тяжелой, депрессивной ажитированности с чувством отвращения к жизни и стремлением к самоубийству. Опасность суицида здесь так же велика, как и при психотической депрессии. В основе заторможенности в действиях и поведении в целом лежат слабость влечений, пассивность, сомнения в своей значимости и чувство своей никчемности. Чаще, чем при эндогенной депрессии, наблюдается подчеркнутая готовность к отказу замаскировать, хотя бы в порядке гиперкомпенсации, неправильность своего поведения.

Как правило, налицо пестрая картина вегетативных и функциональных нарушений органов, а также витальных нарушений, описанных и при эндогенной депрессии, хотя в данном случае психомоторная заторможенность выражена меньше, чем при депрессивном психозе. Часты жалобы, указывающие на перевес симпатoadренергического тонуса как вегетативного проявления страха, нередко сопровождающего болезнь. Часто нарушаются также сон, общее самочувствие, аппетит, менструальный цикл. Субъективные жалобы указывают на функциональные нарушения в различных системах органов (желудочно-кишечный тракт, дыхание, сердечно-сосудистая система) и могут настолько выступать на первый план, что психопатологическая симптоматика сначала не распознается и длительное время не учитывается. Пациенты с такой ларвированной депрессией становятся жертвами многочисленных

соматотерапевтических мероприятий. Следует упомянуть о том, что существуют тесные связи между структурами, лежащими в основе невротической депрессии, и рядом определенных психосоматических заболеваний.

Но и при описанных выше депрессивных синдромах следует различать в зависимости от преобладающей ведущей симптоматики отдельные типы: тревожно-ажитированный, заторможенно-фобический и неврастенический.

Люди с депрессивной структурой личности распознаются по их взаимоотношениям с объектом, постоянному поиску партнера, которому присваивается образ матери. К такому лицу они привязываются, становясь пассивно-зависимыми в стремлении к симбиотической близости. Страх одиночества, изоляции, утраты и разрыва (развода) определяет направление их мыслей и действий. Гиперболизированные скрытые желания, страх быть покинутым вызывают чрезмерно жертвенную, до самозабвения, модель поведения. Преувеличенные привязчивость и приспособляемость делают жизнь партнера тягостной. Поведение пациента начинает постепенно приобретать выраженный характер враждебности. Отсутствует способность действовать в собственных интересах, предъявлять требования, задавать вопросы.

Разновидности неправильного поведения. Более или менее часто больные невротической депрессией еще до клинической манифестации болезни проявляют особенности поведения, заложенные в преморбидной структуре их личности. Их отличают нарушение самооценки, неуверенность, беспомощность, готовность стать и оставаться зависимым от другого. Их развитие тормозится стремлением к симбиозу и желанием привязаться к другому. Порожденное слабостью подчеркивание альтруизма и добродетели, скромности, почтительности, миролюбия, отсутствия эгоизма вступает в противоречие с подавляемыми агрессивностью и требовательностью. Собственные возбуждающие и подавляемые фантазии не проявляются и проецируются на окружающих, которые в дальнейшем оказываются под угрозой нападения. В социальном поведении лица с депрессивной структурой характера проявляют себя исполнительными, хорошо приспособляющимися, избегающими конфликтов людьми, то есть обнаруживают установки, которые они сами рассматривают как предпосылки

того, чтобы быть любимыми, признаваемыми и охраняемыми. Любые импульсы, способные нарушить гармонию симбиоза, вытесняются и подлежат самоосуждению. Живущая подспудно в депрессивной личности покладистость и отмечаемое со стороны поведение, соответствующее предъявляемым требованиям, которое зачастую содержит большие запросы, воспринимаются людьми, на которых они направлены, только через более или менее продолжительный отрезок времени, как орально поглощаемые. Больные индуцируют агрессивно-оборонительное поведение партнера, который не может признать в «бедном», «беспомощном», старающемся приспособиться депрессивном больном истинного партнера. В результате обессиленный партнер депрессивного больного молча отворачивается от него. Так наступает то, чего депрессивный больной больше всего опасается в своих фантазиях и что является подтверждением его страха перед разочарованием, на который он уже запрограммирован в результате своей неправильной самооценки. Лечащий врач сам испытывает раздраженность и нетерпение, которые могут у него развиться по отношению к таким пациентам как реакция на скрытую агрессивность, таящуюся в депрессивном поведении.

Жизненная ситуация депрессивного невротика обусловлена амбивалентным конфликтом с близким ему лицом, с матерью, например. С одной стороны, ей противостоит потребность крепкой привязанности, с другой — агрессивные импульсы. Этот конфликт постоянно вызывает чувства страха и вины. Характерным является чрезмерно заботливое отношение матери, препятствующее развитию самостоятельности у ребенка. В то же время в ее отношении к ребенку усматривается выраженная агрессивность. Привязанность ребенка и требования матери порождают торможение процессов созревания личности и стремления к самостоятельности и ведут к агрессивно окрашенным противоречиям между чувствами вины и страха, остающимися надолго.

Пусковые механизмы. Описанная здесь структура готовности к реакции может наблюдаться на протяжении длительных периодов жизни и не приводит к клинически проявляющимся симптомам. Только под воздействием определенных нагрузок, которые оказываются в тесном внутреннем взаимодействии со

структурой личности и в этом смысле являются специфическими, начинается развитие депрессивных симптомов. Речь может идти о реальных или вымышленных переживаниях, связанных с утратой близкого, разрывом, о ситуациях, при которых сводится на нет защищенность или покровительство. Сюда же относятся и кажущиеся, на первый взгляд, положительными условия: поощрение, отпуск, переезд, рождение ребенка, получение праздничных подарков и др. Далее, такую же разрешающую роль играют перевозомание боли, агрессивность другого лица. Переживаемые собственные обязательства, возложенные другим лицом обязанности и запреты (ограничения, изменение привычек и жизненных стереотипов после перенесенного заболевания) наблюдаются, как и другие пусковые механизмы, и составляют угрозу развития страхов в преддверии манифестации депрессии.

Представленное здесь краткое глубинно-психологическое психоаналитическое объяснение структуры депрессивного невроза, в процессе развития которого обнаруживаются различные дифференцированные особенности (например, отношение к объекту, психология «Я» и психологическая самооценка), является не единственной возможностью психологической интерпретации. Пониманию депрессивных неврозов наряду с изложенным выше могут в значительной мере способствовать и иные познавательные и учебно-теоретические модели, например, модель «заученной беспомощности», модель самоконтроля и модель взаимоотношений. При этом динамика побуждений и глубинно-психологические мотивы игнорируются, а на первый план выдвигаются нарушения и расстройства процессов познания, воспитания, обучения.

Дифференциальный диагноз. Решающим является положительное подтверждение невротической структуры личности, полученное при изучении анамнеза жизни. Диагноз, обоснованный только психопатологическим срезом, клинической картиной симптомов, является неудовлетворительным. Развитие нарушений поведения и условия их возникновения, заложенные в биографии так же как и их историю, необходимо доказать. В противовес эндогенным депрессиям невротические симптомы характеризуются отсутствием психотических симптомов, колебаний состояния в течение дня, фазности и т. п. От реактивных

депрессий они отличаются отсутствием травмирующих пусковых ситуаций. Расстройства настроения при невротической депрессии отличаются от обычных расстройств скорее количественно, а не качественно. Особенности течения характеризуются разнообразием: отмечаются выраженная зависимость от окружения и изменчивость. Часто отмечаются противоречия между соматическими и психическими жалобами и также часто — комбинация с другими, однозначно невротическими симптомами (конверсионно-невротическими, фобически-невротическими и др.). Потеря чувства собственного «Я» редко бывает так тотальна, как при глубокой меланхолии. Заторможенность и неспособность «собраться» зависят в большей степени от жизненной ситуации в данный момент. Больные невротической депрессией часто считают ответственными за свое заболевание обстоятельства и других лиц.

Эндогенные депрессии. Среди эндогенных психозов депрессии и мании как аффективные психозы противостоят днизофрениям. Они называются аффективными психозами потому, что при них в первую очередь проявляются изменения аффектов, чувств, желаний и влечений, воли и побуждений. Они наступают в форме фаз, то есть отграничены во времени от нормального состояния. Как правило, за болезненной фазой следует полное или, по крайней мере, значительное восстановление психического здоровья. Если при аффективном психозе маниакальные и депрессивные фазы наступают более или менее регулярно и поочередно, то говорят о биполярном психозе. Заболевание, при котором наблюдаются только маниакальные или только депрессивные фазы, обозначается как монополярное или, при наступлении только одной фазы, — униполярное. Наиболее частыми являются монополярно-депрессивные циклотимии (они составляют около 2/3 аффективных психозов). За ними следуют биполярные (почти 30 процентов), а затем весьма редкие монополярно-маниакальные психозы (около 5 процентов).

Эндогенная депрессия (меланхолия) является психотическим синдромом, который отличается от других депрессивных расстройств настроения не только нозологически и этиологически, но и — по крайней мере при типичных формах — по своей симптоматике.

Часто заболевание заметно даже тогда, когда больной ничего о нем не говорит: потеря осанки, застывшая мимика, скованные жесты, монотонный голос; за заторможенностью чувствуются страх и беспокойство. Переживание депрессивного больного наполнено тоской, безнадежностью и чувством бесцельности, бессмысленности. Ведущими симптомами являются тяжелая угнетенность и подавленность, которые имеют мало общего с печалью здорового человека. Депрессию невозможно приравнять даже к очень выраженной подавленности. В значительно большей степени она означает блокаду каждого чувства — как радости, так и печали — и неспособность к эмоциональному резонансу. Говорят о «чувстве отсутствия чувств». Больной чувствует себя как бы умершим в своих аффективных побуждениях. Он безразличен к окружающему и перерабатывает это в чувство вины. Депрессивное настроение называют также витальным, так как оно сочетается с подавлением витальных чувств, что особенно ощущается больным при изменении восприятия своего тела.

Характерной чертой является заторможенность мышления — формальное расстройство мышления, при котором и ассоциативные, и все психические процессы вообще становятся вязкими, замедленными, заблокированными. Мысль «топчется на месте»: больной занят одним и тем же полным забот ощущением — угрозой своему здоровью, материальному благополучию, душевному состоянию. Совершенные в прошлом ошибки и чувство собственной неполноценности рассматриваются им как причины теперешнего состояния. Нарушение мышления ограничивает способность сосредоточиваться и воспринимать действительность, а также способность «вернуться лицом к окружающим» и препятствует интеллектуальным реакциям, порой до такой степени, что депрессивный больной производит впечатление слабоумного (депрессивная псевдодеменция).

В одном ряду с заторможенностью мышления находится психомоторная заторможенность. Она выражается в замедлении всех двигательных функций, вязкости всех ментальных процессов, блокаде всех центробежных функций. Стремление к деятельности, решимость, воля, работоспособность оказываются подавленными. Больной не может приободриться, у него отсутствует инициатива, он безучастен и неподвижен, повседневные решения и суждения больше не

удаются. Заторможенность может принять форму депрессивного ступора, то есть полной неподвижности. С ней часто связано внутреннее безволие. Ажитация у депрессивного больного не является противоположностью заторможенности, оба эти явления сосуществуют одновременно. При ажитированной депрессии беспокойство становится очевидным: депрессивный больной бегаёт взад-вперед, высказывает жалобы, апеллирует к собеседнику (депрессия, выраженная в непрерывных жалобах, стенаниях). При эндогенной депрессии заторможенность и подавленность часто подчинены определенному суточному ритму. Дневные колебания с углублением подавленности в утренние часы и относительным улучшением состояния вечером являются дифференциально-диагностическим признаком по сравнению с другими формами депрессий.

Эндогенную депрессию отличает пассивная уклончивая стратегия поведения — только не оказаться в коллизии с окружающим миром. У больного отмечаются стремление к сверхточности, склонность к педантизму. Состояние может внезапно изменяться. Эти пациенты чаще всего мучаются суицидальными мыслями, связанными с массой самоупреков и осознанием вины. Хотя эти люди часто приветливы и спокойны, в то же время в их поведении возможны неожиданные агрессивные поступки. Бросается в глаза их постоянное стремление точно соблюдать все указания, но при этом при появлении бредовых идей пациенты настроены на неподчинение.

Из рядов подобных пациентов рекрутируются религиозные и политические фанатики. Они — поборники права и порядка. У них часто отмечаются более или менее выраженные тенденции к мазохизму, а ипохондрия сопровождается чувством вины. Такие пациенты чувствуют себя совершенно ненужными, и это может привести их к полной бездеятельности. Характерно, что сон не приносит им ощущения отдыха.

Полнота картины депрессии достигается при присоединении витальных расстройств. Все жизненные силы иссякают, это выражается в ощущении тяжести и потере внутреннего комфорта. Ощущение соматических расстройств выражается в чувстве давления, напряжения, скованности в голове, груди, животе, конечностях. При депрессии наблюдаются не только усталость и тяжесть,

но и чуждые ощущения, подобные расстройствам чувствительности, чувство отчужденности всего тела (депрессия отчуждения, при которой могут появляться феномены деперсонализации и дереализации). Этим Депрессивным витальным симптомам частично соответствуют доказуемые патофизиологически нарушения вегетативной регуляции.

При ларвированной или маскированной эндогенной депрессии эти соматизированные нарушения приобретают самостоятельное значение, а психопатологические расстройства одновременно отступают на задний план. Пациент производит впечатление соматически больного, но отнюдь не депрессивного. Такие клинические картины могут имитировать различные соматические заболевания. Диагностика и лечение направляются по неправильному пути, и больные часто становятся жертвами врачебной полипрагмазии.

К вегетативным симптомам относятся нарушения сна, в особенности непрерывности сна, с «разорванным» сном во второй половине ночи и ранним пробуждением. Этот синдром, будучи первым из появляющихся и последним из исчезающих при депрессивной фазе, может служить чувствительным индикатором продолжительности болезненного периода. К этому присоединяются потеря аппетита, расстройство глотания, запоры, потеря веса, потеря либидо и потенции, аменорея, уменьшение выделения слюны и пота, выпадение волос, нарушения терморегуляции (имеются подтверждения колебания температуры кожи фаланг). Упомянутые ранее колебания состояния в течение дня и, наконец, течение болезни в форме фаз с преимущественным наступлением этих фаз весной и осенью указывают на закономерные нарушения регуляции.

Если в рамках депрессии возникают бредовые идеи, то это только подтверждает эндогенный характер заболевания. Тематика бреда концентрируется на «древнейших страхах человека» — грехопадении и вине, обнищании, страхе перед болезнью и признании своей никчемности. Насколько депрессивный больной представляется беспомощным, настолько же трудно врачу вести его. Даже при повторных фазах воспоминание о течении предыдущих приступов не помогает больному дать врачу возможность подступиться к сути

болезни. Первичный бред вины и греховности находит пищу в давнишних ошибках, которым больной придает гротескно-преувеличенное значение. Онанизм может сыграть такую же роль, как допущенные когда-то некорректность, промах. Из совершенных в прошлом мелких ошибок вырастает чувство большой нравственной вины за якобы серьезные действия и упущения. События, о которых вспоминает больной, трансформируются в содержание бреда как подтверждающее чувство вины. Но если это так, то оказывается, что существующее само по себе чувство вины только ищет точку приложения. Вторичный бред греховности привязан к событиям и переживаниям, которые сами вызваны депрессией. Больной обвиняет себя в утрате энергии, безразличии, апатии, пренебрежении своими обязанностями. При нигилистическом бреде усиливается потеря чувствительности, появляются чувство «взвешенного существования» и деперсонализации. Ипохондрический бред сосредоточивается на витальных и вегетативных расстройствах, а также на соматических жалобах. Часто он является основой для формирования депрессии с постоянными стенаниями и жалобами (ажитированной депрессии). При первичной ипохондрии больной непоколебимо убежден в существовании угрозы его жизни в связи с наличием у него неизлечимых болезней. Часто такие больные воспринимаются как несносные истерики. При бреде обнищания больной считает себя ограбленным, лишенным средств к существованию, а семью — обреченной на нищету. К этой разновидности бреда относятся опасения больного по поводу того, что он не сможет оплатить расходы, связанные с болезнью.

Бредовые структуры относятся к смысловым нарушениям мышления, к которым причисляются также мысли, связанные с насилием, иногда наблюдаемые при Депрессии. Особенно страх принести вред другим, то есть навязчивый страх нанести своими действиями или неосмотрительным упущением ущерб близким лицам, и навязчивая самопроверка указывают на эндогенно-депрессивную природу заболевания. В защитных механизмах можно распознать их психодинамический аспект.

Спектр симптомов эндогенной депрессии оставался бы неполным, если бы не был принят во внимание тот вред, который сам больной наносит себе своим

поведением, порождая социальные реакции окружающих.

На раннем этапе психоанализа личность депрессивного больного описана (Abraham) как анально-обсессивный характер; подчеркнута и его оральная зависимость. Развернутая психологическая модель личности, которая по содержанию совпадает с ранними психоаналитическими представлениями и, кроме того, подтверждается факторо-аналитическими исследованиями, определяется как *typus melancholicus* (Tellenbach). Эти потенциально депрессивные личности отличаются порядочностью, подчеркнутой корректностью и пунктуальностью, «патологической нормальностью». Они нацелены на выполнение заданий, выражают готовность к самопожертвованию. Нарушение установленного порядка, в котором они существуют, отступление от требований, которые они сами себе предъявляют, угроза их желаниям, связанным с привязанностями, существующими в рамках симбиоза, травмируют их и заставляют реагировать в форме депрессии. Ряд типичных пусковых механизмов депрессивных фаз может стать более понятным, если принять эту модель за основу.

К личностно-психологическим и психоаналитическим представлениям о моделях структуры личности депрессивного больного и особенностях влияющих на него травмирующих факторов со временем добавились и другие психологические модели, которые позволяют понять проявления болезни, вырастающей в отдельных случаях из недр личности, ее доболезненного жизненного опыта и привычного опыта познания (например, когнитивные модели, стрессовая модель).

Высвобождающие факторы. Прежняя психиатрия исходила из того, что эндогенно-депрессивные фазы наступают «без внешних причин». Факторам окружающей среды отводилась в лучшем случае роль сопутствующего влияния на формирование клинической картины болезни. Сегодня практически несомненно, что возникновение значительной части депрессивных заболеваний обусловлено поддающимися определению отягчающими факторами, которые по времени четко совпадают с началом заболевания. Поэтому трудно отказаться от предположения об отсутствии патогенетической связи этих причин с

заболеванием. Факторы окружающей среды определенно играют важную роль в многомерном генезе. В первую очередь они соучаствуют в определении момента начала фазы. Готовность распознать пусковые механизмы депрессии зависит, без сомнения, от взгляда на ситуацию и личность заболевшего. Взаимодействие условий возникновения болезни на генетическом, конституционном, соматическом, психическом и социальном уровнях остается до сих пор неясным. Тем не менее в настоящее время обсуждается роль всех возможных пусковых механизмов: переживания утраты, конфликтных, напряженных межличностных отношений, изменений в профессиональной деятельности (выход на пенсию, изменение социального статуса, вынужденная перемена привычной среды, переселение), а также соматобиологических условий (стресс, заболевание) и биологических критических периодов (пубертат, менструация, беременность, роды и послеродовой период, климакс).

Существенными для биологического понимания депрессии, ее соматических проявлений, а также для терапии являются результаты биохимических исследований. На проявление меланхолии решающее действие оказывают центральные вегетативные нарушения регуляции и изменения в обмене церебральных нейромедиаторов. Если однозначные явления и не представляют единой, всеохватывающей картины, они все же указывают на то, что депрессивные симптомы уступают психофармакотерапии, направленной на биологические корреляты.

В начале этого исследования было установлено, что резерпин, применяемый для лечения шизофренических психозов, часто обуславливает депрессию. Так как резерпин, кроме прочего, опустошает центральное депо серотонина, появилась гипотеза, что депрессия связана с дефицитом собственных моноаминов, в частности катехоламинов, норадреналина, дофамина и индоламина серотонина. Эти нейромедиаторы высвобождаются пресинаптическими нервными окончаниями и обеспечивают на синаптическом уровне передачу возбуждения. Их дефицит может обуславливать наблюдаемые при депрессии нейрофизиологические процессы. Их концентрация очень высока в отделах мозга, считающихся ответственными за депрессию, например, в стволе мозга и

лимбической системе, поддерживающих автономность тех функций, которые при депрессии оказываются нарушенными (сон, кровообращение, экстрапирамидная моторика, эмоционально-аффективное поведение). Действие антидепрессантов основано на их способности тормозить обратный захват (reuptake) серотонина из синаптической щели и таким образом приводить к обогащению. Применяемые для лечения ингибиторы - моноаминоксидазы — замедляют распад нейромедиаторов, высвобождающихся из депо при возбуждении. При биохимических исследованиях также найден ряд биологических механизмов, участвующих в манифестации депрессии. В вопросе о том, являются ли решающими факторами дефицит субстанций, их неравномерное распределение или чувствительность рецепторов, еще не сказано последнее слово, как и в вопросе о том, чем определяется нарушение обмена — только генетическими или еще и внешними факторами.

Хотя в биолого-психиатрических исследованиях эндогенная депрессия и причины ее возникновения являются важной темой, следует упомянуть также и о других концепциях — нейрофизиологических, нейропсихологических, нейроэндокринологических, хроно-биологических.

Соматогенная депрессия. Заболевания внутренних органов довольно часто приводят к особой форме депрессии — соматогенной. Речь идет не о так называемых органических депрессиях, возникающих вследствие заболевания мозга, но и о формах, возникающих при общей инфекции, сердечно-сосудистых заболеваниях, болезнях дыхательных путей, почек, при эндокринных нарушениях и, особенно, при сахарном диабете, гиперфункции щитовидной железы, заболеваниях печени, флебитах, а также при злоупотреблении алкоголем, лекарствами, при наркомании.

У таких больных особенно проявляется внутреннее беспокойство. Они считают, что без них, без их участия в работе нельзя добиться успеха. Подобная установка, например, вынуждает их прерывать положенное время отпуска. Особая проблема состоит в том, что эти больные часто принимают в больших количествах различные медикаменты, к которым может возникнуть привыкание.

Астения

Астенические состояния относятся к одному из наиболее распространенных синдромов в клинике нервных, психических и соматических заболеваний. Астенические состояния возникают как следствие перенесенной интоксикации и инфекционных заболеваний и сопровождают в качестве одного из важных симптомов хронические соматические заболевания. Они являются начальной стадией многих тяжелых органических заболеваний головного мозга, наблюдаются на протяжении всего течения, исчерпывая все психопатологические проявления, или характеризуют начало некоторых психических болезней. Астении знаменуют наступление периода реконвалесценции после лечения или спонтанный выход из психоза и, наконец, являются самостоятельной формой болезни после переутомления или психической травматизации (неврастения).

Астения (от греч. *astheneia* — бессилие, слабость) — нервно-психическая слабость, проявляющаяся в повышенных утомляемости и истощаемости, сниженном пороге чувствительности, крайней неустойчивости настроения, нарушении сна (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1998). При астеническом синдроме наблюдаются общая слабость, повышенная истощаемость, раздражительность; нарушается внимание, могут возникнуть расстройства памяти (Зинченко В. П., Мещеряков Б. Г., 2001).

Астения — чрезмерное расходование сил в результате повышенной реактивности и замедленное их восстановление. При астеническом состоянии происходят преобладание раздражительного процесса вследствие ослабления тормозного на первом этапе, нарастающее ослабление процесса возбуждения на последующем и, наконец, развитие запредельного торможения в крайне тяжелых случаях этого расстройства (Иванов-Смоленский).

Астенический синдром (астения) — состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушениями сна, истощаемости, ослабления или утраты способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. Для этого синдрома характерны аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения и слезливости, раздражительная слабость, сочетающаяся в

себе повышенную возбудимость и быстро наступающее бессилие, а также гиперестезия (повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, резким запахам, прикосновению или их непереносимость). Часты головные боли, расстройство сна в виде постоянной сонливости или бессонницы, разнообразные вегетативные нарушения; типично изменение самочувствия в зависимости от падения барометрического давления, жары или иных климатических факторов с усилением утомляемости, раздражительной слабости, гиперестезии (Снежневский А. В., 1985).

Астенический синдром, как правило, развивается исподволь. Первыми его проявлениями часто бывают повышенная утомляемость и раздражительность наряду с постоянным стремлением к деятельности даже в обстановке, благоприятной для отдыха (так называемая усталость, не ищущая покоя). В тяжелых случаях этот синдром может сопровождаться аспонтанностью, пассивностью, апатией. Астенический синдром необходимо отличать от нерезко выраженных депрессивных состояний, проявляющихся не столько пониженным настроением и витальностью аффекта, сколько субъективным ощущением слабости, вялости, безразличия к окружающему, недомогания (Снежневский А. В., 1985).

При некоторых различиях в определениях имеются общие клинические признаки, которые дают основание для введения понятий «астения», «астенический синдром», «астеническое состояние». Эти симптомы относятся в первую очередь к психическому состоянию больного, однако неизменно касаются и соматической, в том числе неврологической (по преимуществу вегетативной), сферы. Наиболее типичными, постоянными являются четыре симптома (Бадмас Б. С, 1961).

Раздражительность. В зависимости от формы и стадии болезни она может проявляться в гневливости, взрывчатости, повышенной возбудимости, ворчливой обидчивости, придирчивости или недовольной брюзгливости. Суевливая тревожность, раздражительное недовольство собой и окружающими, непоседливость наблюдаются при астении атеросклеротической этиологии. Внутренняя тревога, беспокойная деятельность, «неумение отдыхать» характерны

для людей, больных неврастенией. При некоторых формах астении раздражительность проявляется в ранимости, сензитивности со слезами и недовольстве по явно неадекватным поводам. Явления раздражительности могут быть кратковременными, могут быстро сменяться слезами улыбкой или извинениями (проявление обиды и недовольства выздоравливающего соматического больного). Они могут длиться и часами, повторяясь вновь и вновь или носить почти постоянный характер (при гипертонии и атеросклерозе). В зависимости от этиологии стадии, формы астении явления раздражительности могут быть резко выражены, определять всю клиническую картину (гиперстеническая стадия неврастения, травматическая церебрастения), тесно сочетаться с другими симптомами астении или отступать на задний план, проявляться нерезко и изредка (раздражительность у выздоравливающих после длительных инфекций и интоксикаций). Однако в той или иной степени и форме симптом раздражительности присущ каждому астеническому состоянию.

Слабость. Как и раздражительность, симптом слабости неоднороден сам по себе и выступает в различных клинических сочетаниях с другими болезненными расстройствами при разных формах астении. У одних больных это почти постоянное, более или менее быстро появляющееся чувство физической и умственной усталости, ограничивающее работоспособность, нередко возникающее еще до начала работы, у других — неспособность к длительному напряжению, быстрая истощаемость, ведущая к падению качества и количества производимой работы уже через несколько часов после ее начала. Слабость может проявляться в чувстве бессилия, адинамии, неспособности к запоминанию, творчеству, что сопровождается слезами и отчаянием (реконвалесценты после соматических заболеваний), или в чувстве вялости, слабости, затруднении мышления, обрывках ассоциаций, отсутствии мыслей, ощущении пустоты в голове, падении активности и интереса к окружающему (астения при шизофрении). Симптом слабости может проявляться в сонливости в сочетании с постоянной физической и психической усталостью (астения после перенесенного энцефалита). Слабость может носить характер беспричинной усталости, вялости с падением психической продуктивности, брадипсихией и сонливостью, доходящей

до степени оглушения (астения при грубоорганических заболеваниях мозга). Слабость может проявляться в виде повышенной физической и психической истощаемости с резкой потливостью, «игрой сосудов» и общим тремором, особенно часто наступающими после возбуждения или конфликта.

Однако как бы ни были различны проявления и степени слабости, повышенная истощаемость, утомляемость, субъективное чувство усталости и снижение продуктивности в работе налицо при любой астении.

Расстройство сна. Этот симптом патогномичен, но клинически неоднороден при различных формах и стадиях астении разного происхождения. Неодинаковы и сочетания нарушений сна с другими патологическими проявлениями астении. Так, например, для астении в начальной стадии гипертонической болезни характерно главным образом затруднение заснуть. При этом чем сильнее усталость, тем обычно труднее засыпание.

Расстройства сна могут проявляться необыкновенно упорной и длительной бессонницей или сном без «чувства сна», когда больной решительно (и субъективно правдиво) отрицает сообщение персонала, что он спал ночью.

Сон больного неврастенией характеризуется чуткостью, тревожностью, «прозрачностью», иногда также «отсутствием чувства сна» и всегда отсутствием освещенности после сна. Подобные нарушения сочетаются с характерными колебаниями настроения, самочувствия и работоспособности, со «стягивающими» головными болями и другими психическими и соматическими нарушениями, типичными для этой болезни. Бессонница при неврастении нередко связана с временным подъемом работоспособности ночью.

Расстройства сна могут характеризоваться извращением «формулы» сна (сонливость днем, бессонница ночью), приступами спячки от нескольких минут до более длительного времени. Подобные расстройства сна сочетаются с типичными психическими, неврологическими и соматическими симптомами болезни (энцефалит), порождающей такую астению.

Сон больного астенией при атеросклерозе сосудов мозга характеризуется ранним просыпанием с чувством безотчетной тревоги, внутреннего беспокойства, ожиданием грядущего несчастья. Подобные нарушения сна сочетаются с

падением работоспособности и другими соматическими и психическими изменениями, присущими данному заболеванию.

Как отмечает Г. В. Морозов (1988), расстройства сна в начальном периоде астении проявляются трудностью засыпания, поверхностным сном с обилием тревожных сновидений, пробуждениями среди ночи, трудностью последующего засыпания, ранним пробуждением. После сна астенизированные пациенты не чувствуют себя отдохнувшими. Может наблюдаться отсутствие чувства сна в ночное время, хотя на самом деле больные спят. С углублением астении, а особенно при физических или психических нагрузках, возникает чувство сонливости в дневное время. Как правило, симптомы астении менее выражены или отсутствуют в утренние часы и, напротив, усиливаются или появляются во второй половине дня, особенно к вечеру.

С другой стороны, если начальная стадия астении выражается нарушением засыпания, тревожным сном с частыми просыпаниями, ранним пробуждением и отсутствием освежающего эффекта, отдыха после сна, то для последующего течения многих форм астении более характерны вялая сонливость, постоянное влечение ко сну и дремота. При этом иногда даже очень длительный сон не приносит больному ожидаемого чувства отдыха и бодрости. При последующем течении астении может наступить период все более истощающей больного бессонницы.

Однако как бы ни была различна клиника расстройств сна и сочетаний этих нарушений с другими симптомами астении при различных формах и стадиях астенических состояний разной этиологии, нарушения сна имеют место при любом астеническом состоянии.

Расстройства сна не только наиболее частый, но и наиболее стойкий симптом астении. Налаживание сна — большей частью признак выхода из астенического состояния, признак выздоровления.

Вегетативные нарушения также являются обязательным симптомом каждого астенического состояния. В зависимости от этиологии заболевания, вызвавшего астению, особенностей нервной системы больного и ряда других моментов эти нарушения могут быть выражены незначительно или, напротив,

выступать на первый план. Подчас по таким нарушениям определяют, особенно при субъективных жалобах и ощущениях больного, картину болезни; иногда они остаются, «застревают» после успешного лечения и исчезновения других симптомов астении (затянувшиеся вегетативные нарушения в некоторых случаях астении и др.).

Наиболее часто встречаются различные формы сосудистых нарушений.

Г. В. Морозов (1988) считает, что наиболее частыми нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы являются: колебания артериального давления, тахикардия и лабильность пульса, разнообразные неприятные или просто болевые ощущения в области сердца, легкое побледнение или покраснение кожных покровов, ощущение жара при нормальной температуре тела или, напротив, повышенная зябкость, усиленная потливость — то локальная (ладони, стопы, подмышечные впадины), то относительно генерализованная.

Нередко, по мнению автора, отмечаются и диспепсические расстройства — снижение аппетита, боли в животе, спастические запоры. У мужчин часто возникает снижение потенции.

Почти постоянной жалобой при астении являются головные боли. Они неоднородны при различных астенических состояниях. Головные боли при неврастении чаще возникают при волнениях, усталости к концу рабочего дня, они носят «стягивающий» характер (больные указывают на то, что на голову точно обруч надет, — «каска неврастеника»). При астении гипертонического происхождения головные боли возникают чаще всего ночью и по утрам. Больной встает утром с тяжелой головной болью, нередко просыпается из-за нее ночью; боли носят «распирающий» характер. При травматической церебрастении головные боли нередко постоянны, становятся сильнее при жаре, колебаниях барометрического давления, аффективных вспышках. Головные боли при сосудистом сифилисе нередко носят «стреляющий» характер. При астении шизофренического генеза можно услышать жалобу не только на головные боли, но и на то, что «в голове что-то ползает», «мозги сохнут, раздуваются» и т. п.

Сосудистая неустойчивость проявляется также в колебаниях артериального давления. Повышение артериального давления чаще наступает после волнений,

носит кратковременный и нерезко выраженный характер. Лабильность сосудов обуславливает также легкое побледнение или покраснение, особенно при волнениях. Пульс лабилен, обычно учащен. Больные жалуются на неприятные ощущения в области сердца, боли колющего характера и сердцебиение, нередко без учащения пульса. У некоторых больных (например, при травматической астении) возникают сосудистые асимметрии: разные цифры артериального давления на правой и левой плечевой артериях и т. п. По данным Т. С. Истамановой (1958), часто встречаются экстрасистолы и изменения электрокардиограммы, различные в зависимости от состояния высшей нервной деятельности. Характерны изменения сосудистых рефлексов, выявляемые при пробе Ашнера, клинко-ортостатической пробе и др. У одних больных имеет место извращение этих проб (например, отсутствие реакции или учащение пульса при надавливании на глазное яблоко), у других — резкое увеличение объема реакции (пульс при вставании учащается на 25-30 ударов и более в минуту), у третьих — возникновение асимметрий (замедление пульса при давлении на правое и левое глазное яблоко различается на 8-10 ударов и более в минуту). В связи с этим сосудисто-вегетативные пробы приобретают особое значение при исследовании больного астенией.

При повышенных внушаемости и самовнушаемости, возникающих при астенизации, вероятно появление в клинике и истерических эпизодов в форме самых разнообразных соматических и неврологических симптомов.

Разнообразие и богатство неврологических и соматических расстройств, естественно, не относится в равной мере к каждому больному в астеническом состоянии. У одного наблюдаются главным образом сердечно-сосудистые, у другого — аллергические, у третьего — желудочно-кишечные нарушения. Предполагают (Черниговский В. Н., 1952), что преобладание тонуса вагуса способствует при невротических срывах развитию соматических заболеваний типа язвенной болезни. Напротив, преморбидное преобладание симпатических влияний предрасполагает при нервном срыве к соматическим расстройствам спазматического ряда (гипертонического характера, в частности).

Нередки при астении обменные нарушения и эндокринные расстройства,

особенно функции щитовидной железы и половых желез. Эндокринные изменения возникают закономерно как одна из форм неспецифической реакции организма на истощающий агент (по типу адаптационного синдрома Селье).

Сочетание описанных четырех групп симптомов — различных форм и степеней раздражительности, слабости, расстройств сна и вегетативных нарушений — наиболее типично для клиники астенических состояний.

Синдром раздражительной слабости в сочетании с расстройствами сна и соматовегетативными нарушениями неизменно ведет к отмеченному еще В. Х. Кандинским (1890) снижению, а при некоторых формах и к временной утрате умственной и физической трудоспособности или, во всяком случае, — к утрате невыносимости к привычному режиму труда. При некоторых астенических состояниях могут иметь место частичные, а иногда (при большой заинтересованности в труде) самостоятельные и достаточно полные компенсации с восстановлением работоспособности; однако в дальнейшем, если лечение астении не закончено, под влиянием различных причин может вновь наступить падение трудоспособности.

В числе психопатологических симптомов в рамках астенических состояний помимо рассмотренных описаны также депрессивные и тревожно-мнительные проявления и страхи, абulia, апатия; у некоторых больных встречаются преходящие состояния исчезновения мысли. Как указывал еще С.С. Корсаков (1893), при астении могут возникать и навязчивые состояния. Чаще они касаются страхов болезни, но могут возникать и эпизоды навязчивых счетов и сомнений, которые заставляют дифференцировать заболевание с психастенией, неврозом навязчивых состояний и т.д. Описаны при астении и неврастении колебания настроения, явления циркулярности.

Некоторые авторы отмечают также и снижение памяти. Явления эти закономерны при органическом психосиндроме (травматическое, интоксикационное поражение головного мозга, энцефалиты, менингиты). При неврастении, соматогенных астениях следует говорить в основном о расстройствах внимания. У этих больных по ликвидации астенических явлений память восстанавливается.

Сознание (критика) болезни при большинстве астений и тем более при неврастении всегда сохранено. Более того, часто имеют место тревожное отношение к своему здоровью, неуверенность в выздоровлении, колебания настроения, страх перед потерей трудоспособности, а у ряда больных (чаще при соматогенных астениях) — ипохондричность. Вместе с тем большинство астенических больных (в отличие от истерических) не только критически относятся к болезни, но и пытаются бороться, преодолевать болезненные ощущения и проявления, иногда подолгу не обращаются к врачу, пробуют продолжать профессиональную деятельность, борются с допускаемыми ими ошибками в работе и т.п. **Повышенная утомляемость** при астении всегда сочетается со снижением продуктивности в работе, особенно заметным при интеллектуальной нагрузке. Быстро наступает усталость. Силы при отдыхе восстанавливаются медленно и неполно. Больные жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание. Им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном. Они пытаются усилием воли заставить себя думать об определенном предмете, но вскоре замечают, что у них в голове произвольно появляются совсем Другие мысли, не имеющие отношения к тому, чем они занимаются (ментизм — произвольный наплыв мыслей). При астении уменьшается число представлений. Утрудняется их словесное выражение: не удается подобрать нужные слова. Сами представления теряют свою четкость. Сформулированная мысль кажется больному неточной, плохо отражающей смысл того, что он ею хотел выразить. Больные досадуют на свою несостоятельность. Они делают перерывы в работе, но кратковременный отдых не улучшает их самочувствия. Другие стремятся усилием воли перебороть возникающие затруднения, пытаются разбирать вопрос не в целом, а по частям, но результатом оказывается или еще большая утомляемость, или разбросанность в занятиях. Работа начинает казаться непосильной и неодолимой. Появляются чувство напряженности, беспокойство, убежденность в своей интеллектуальной несостоятельности

Наряду с повышенной утомляемостью и непродуктивностью интеллектуальной деятельности при астении всегда утрачивается психическая

уравновешенность. Легкотеряемое самообладание сопровождается раздражительностью, вспыльчивостью, придирчивостью (эмоциональная слабость). Настроение часто меняется. Достаточно незначительной причины, чтобы появились подавленность, тревожные опасения, пессимистические оценки, которые также легко, хотя и ненадолго, могут смениться необоснованным оптимизмом. И неприятные, и радостные события нередко влекут за собой появление слез. Постоянно присутствует та или иная степень гиперестезии, прежде всего к громким звукам и яркому свету.

Симптоматология астении отличается большим разнообразием. Проявления астении зависят от того, какое из основных расстройств, входящих в ее структуру, является преобладающим. Если в картине астении преобладают вспыльчивость, взрывчатость, нетерпеливость, чувство внутреннего напряжения, неспособность сдерживаться, то есть симптомы раздражения, то говорят об астении с гиперстенией (гиперстеническая форма астении). Это наиболее легкая форма астении.

Если клиническая картина в равной мере определяется симптомами раздражения и утомляемости, говорят об астении с синдромом раздражительной слабости.

В тех случаях, когда в клинической картине доминируют утомляемость и чувство бессилия, астению определяют как гипостеническую (гипостеническая форма астении), то есть наиболее тяжелую.

Наращение глубины астенических расстройств приводит к последовательной смене более легких стадий гиперстенической астении более тяжелыми. При улучшении психического состояния гипостеническая астения сменяется более легкими формами астении.

Гиперстеническая форма астении. Клиника гиперстении, как явствует из самого названия, характеризуется преобладанием ирритативных симптомов (Бамдас Б. С, 1961). Как отмечает автор, на первый план выступают явления раздражительности, повышенной возбудимости, гневливости, несдержанности, нетерпеливости. Больные жалуются на постоянное ощущение внутренней напряженности, беспокойства, на неспособность сдерживать себя, ждать. Они

обычно деятельны, даже более, чем это было им присуще до начала заболевания, однако деятельность эта носит малоупорядоченный, плохо организованный характер, нарушается повышенной отвлекаемостью, трудностью сосредоточения (особенно для длительного, напряженного мышления, анализа материала); письменная их продукция изобилует ошибками и описками. Неудачи и затруднения, возникающие в процессе работы, легко выбивают больного из рабочей колеи, заставляют его отступить от намеченного плана, а иногда и темы работы, бросать или уничтожать начатое, сомневаться в целесообразности работы или возможности ее выполнения. Чувство усталости, особенно заметное при неудачах, сменяется подъемом работоспособности при увлечении работой или удачных результатах деятельности. Сама усталость носит своеобразный характер: про нее говорят «усталость, которая не ищет покоя». Вернувшись утомленным домой, раздраженный своими ошибками и неудачами, декларируя перед собой и окружающими потребность в отдыхе, больной немедленно принимается за массу мелких и крупных дел, которые можно и следовало бы отложить, а некоторые и вообще не делать, и занимается таковыми иногда до глубокой ночи. Такие больные жалуются на то, что голова у них никогда не отдыхает, заботы, воспоминания, мысли, планы назойливо возникают в голове, мешая заснуть, прочесть что-либо и т.п. Часты явления «летучести мышления», «мысленного диалога», разговора (иногда вслух) с самим собой. Противоречие между жалобами на усталость и неутомимой деятельностью замечают не только окружающие, но и сам больной. Однако он объясняет это нерадивостью подчиненных и безразличием близких, которые якобы «взваливают» на него всю тяжесть забот и дел. При наличии гиперстенического синдрома больной с трудом и не всегда сдерживает себя на работе; сам замечая, что он стал несдержан, часто сожалеет о своих вспышках раздражения. Дома же все не по нему: все его раздражает, вызывает обиду, горечь и недовольство. Впрочем, состояние это вскоре проходит и сменяется чувством раскаяния и осознания несправедливости своего поведения. А затем вновь по малейшему поводу — недовольство, придирки, требования к окружающим, беспокойно-беспорядочная работа и конфликты. В пределах коротких отрезков времени деятельность его может быть

и продуктивной, но длительная, сложная (особенно непривычная) работа уже не под силу больному. К тому же работоспособность колеблется и в течение дня.

Сон при гиперстении характеризуется кошмарными сновидениями. Засыпание затруднено вследствие явлений образного ментизма (непроизвольный наплыв ярких, образных воспоминаний о пережитом). Время сна нередко сокращается в стремлении «сделать все необходимое». Сон мало освежает; утро приносит, скорее, чувство тревоги, беспокойства, что не все сделано и что вновь не хватит времени (а раньше его на все хватало), раздражительного недовольства, нежели чувство бодрости, силы и успокоенности.

Вегетативные нарушения проявляются в повышенной потливости, тахикардии и легкой возбудимости сердечной и сосудистой деятельности как при волнениях, так и при нагрузке; имеют место колебания артериального давления с преобладающей тенденцией к гипертензии, неприятные ощущения в области сердца, спазматические явления в кишечнике, тошнота и иногда рвота при волнении. Нередко наблюдаются явления гипертиреоза, зуд, крапивница и т.п. Больные жалуются на плохой аппетит, худеют. При неврологическом осмотре, как и при других астенических синдромах, обычно заметны общее повышение сухожильных рефлексов, тремор пальцев вытянутых рук, сомкнутых век, языка, иногда неустойчивость в позе Ромберга, мышечный валик, иногда акроцианоз и потливость.

Синдром раздражительной слабости. Здесь на первый план выступает сочетание повышенной раздражительности, возбудимости с утомляемостью, слабостью, истощаемостью. Это — больные, у которых за короткой вспышкой гнева следуют слезы и слабость, за бурным началом деятельности — быстрое падение работоспособности, за быстро вспыхнувшим интересом — вялость и апатия, за нетерпеливым стремлением что-либо сказать или сделать — последующее чувство усталости, бессилия и разочарования. Больные этой формой астении хотят работать и с большим интересом начинают работу, но, быстро устав, допускают ошибки, возбуждаются, напряженно пытаются начать все снова, бросают, с огорчением отмечая снижение своей работоспособности. Все раздражает этих больных. Конфликты на работе и дома, неустойчивое

настроение, утомляемость, истощаемость, расстройство внимания и т.п. характерны для этих состояний. Имеют место сонливость днем и очень плохой сон ночью, тяжесть в голове, периодические головные боли, неприятные ощущения в разных частях тела, потливость, колебания частоты пульса и артериального давления и т.п. Неврологические изменения сходны с описанными выше при гиперстении.

Гипостенический синдром (синдром истощения). При нем на первый план выступают явления общей слабости, истощаемости, быстро наступающего утомления. Для продолжения привычной деятельности требуется большое напряжение. Уже к середине рабочего дня больные чувствуют себя не способными к деятельности работа не ладится, простейшие ее элементы требуют гораздо большего времени, чем раньше, а новые задания кажутся непреодолимо трудными. Часты ошибки, описки, пропуски букв и слов. Воспроизведение ранее усвоенных терминов, понятий, формул кажется невероятно трудным. Во второй половине дня кривая работоспособности продолжает падать, а после рабочего дня больной чувствует полное бессилие и отсутствие интереса к какой-либо работе, чтению и даже развлечению. Нередко уже с утра он не в состоянии приступить к работе. Характерна постоянная сонливость: сон не приносит освежения и подъема работоспособности. Настроение ухудшилось, носит оттенок апатии, вялости, некоторой подавленности. Интерес к окружающему снижен, больной вял, быстро устает при физическом напряжении. Ночной и воскресный отдых не только не дает желаемого результата, но еще и более отчетливо выявляет общую усталость и плохое самочувствие больного. Иногда на фоне этого состояния нервного и физического бессилия возникает кратковременное раздражение по поводу своей непродуктивной работы и столкновения с окружающими, после чего наступают еще большая усталость, адинамия, сопровождающиеся слезами обиды. Характерен наплыв образных представлений и воспоминаний, обычно аффективно окрашенных.

Со стороны соматической выступает ряд расстройств в форме различных недомоганий, болей в области сердца» потливости, расстройств желудочно-кишечного тракта и тому подобных явлений, тревожащих больного,

фиксирующих его внимание, вызывающих мысли о наличии у него серьезных, необратимых заболеваний внутренних органов. Нередко отмечаются гипотония, брадикардия, похудание, плохой аппетит и т.д.

Клиническая картина астении определяется не только глубиной существующих расстройств, но и такими двумя важными факторами, как конституциональные особенности больного и этиологический фактор, которые очень часто тесно переплетаются. Так, у личности с эпилептоидными чертами характера астения отличается выраженными возбудимостью и раздражительностью; у многих тимопатических личностей в астении всегда существует отчетливый депрессивный компонент; у лиц с чертами тревожной мнительности возникают различные тревожные опасения, или навязчивости. Можно видеть и обратное влияние: развившаяся астения постоянно усиливает многие свойственные больному характерологические черты (заострение этих черт). Особенно это свойственно тем больным, в характере которых в явной или в скрытой форме существует склонность к астеническому реагированию — так называемое «астеническое жало» (Кречмер Э., 1920).

Все астенические состояния по этиологическому принципу разделяют на *экзогенно-соматические* и *психогенно-реактивные*. Экзогенно-соматические астении представляют собой наиболее легкий тип экзогенных реакций. Они могут быть чисто функциональными, например, астении, возникающие после различных инфекций, соматических заболеваний, интоксикаций, и могут сопровождать органическое заболевание головного мозга — так называемые органические астении. Функциональные астении всегда отличаются большим разнообразием психопатологических расстройств, так как помимо собственно астенических нарушений включаются расстройства, являющиеся реакцией личности на болезнь. Органические астении отличаются большей простотой, так как при них в той или иной степени нивелируется реакция личности на заболевание, а сами проявления астении гораздо более грубые: вместо раздражительности больше выступает злоба, вместо подавленности — тоскливый аффект, вместо слезливости — недержание аффекта.

Наибольшим полиморфизмом симптоматологии отличается астенический

синдром психогенного происхождения, так как при нем в наибольшей степени проявляются реакции личности и на психическую травму, и непосредственно на возникшие астенические расстройства.

Астения — самое общее и наиболее часто встречающееся психическое расстройство. Его можно встретить при любом психическом и многих соматических заболеваниях. Оно часто сочетается с другими невротическими синдромами. Астения соматогенного и органического генеза может усложняться состояниями помрачения сознания или психоорганическим синдромом, а при эндогенных заболеваниях в первую очередь депрессией или бредовыми расстройствами (например, сенситивным бредом отношения). Астению часто бывает необходимо дифференцировать с депрессией. Во многих случаях различить эти состояния очень трудно, в связи с чем используется термин астенодепрессивный синдром.

Астенодепрессивный синдром характеризуется неглубоко выраженными симптомами депрессивной триады (сниженное настроение, замедленный темп мышления, речедвигательная заторможенность) и выраженными астеническими расстройствами в виде повышенной утомляемости и истощаемости, раздражительной слабости, гиперестезии. Астенодепрессивные синдромы встречаются при очень широком круге заболеваний непсихотического уровня.

Б. С. Бамдас (1961) отмечает, что у некоторых больных в клинике гипостении (чаще затянувшейся) более или менее отчетливо выявляются депрессивные черты (иногда в силу преморбидных, иногда этиологических особенностей), и течение астении носит астенодепрессивный характер. Тогда наряду с явлениями истощаемости, вялости, снижения работоспособности и другими симптомами истощения на первый план выступают подавленность, плохое настроение, тоска, неверие в выздоровление и собственные силы, нежелание разговаривать и общаться с окружающими, мрачная эмоциональная окраска в оценке настоящего и будущего; возникают отрывочные идеи отношения, а иногда самообвинения, неясная тревога и страх перед будущим, нежелание двигаться, затруднения в усвоении учебного и рабочего материала, тусклость, неясность восприятия окружающего и целый ряд явлений,

встречаемых, в частности, и при реактивной депрессии. Характерной, однако, является непосредственная связь депрессивных проявлений с астеническим фоном состояния. Настроение становится лучше после ночного отдыха, освежающего сна, явления депрессии заметно затухают вместе со снятием после лечения и отдыха общеастенической симптоматики. Расстройства сна, похудание, плохой аппетит, динамические нарушения сердечно-сосудистых и желудочно-кишечных функций, снижение половой потенции, иногда явления дисменореи и другие вегетативные и эндокринные сдвиги дополнительно характеризуют астенодепрессивный синдром.

Астеновегетативный и астеноипохондрический синдромы. Б. С. Бамдас (1961) указывает на распространенность астенических состояний, в которых на первый план выступают общие вегетативные нарушения или вегетативно обусловленные нарушения функций отдельных органов и систем. Речь идет о больных, у которых с самого начала заболевания или чаще после относительно короткого дебюта общеастенических расстройств (утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности, ошибки в работе, колебания настроения, обидчивость, плаксивость, затруднение в усвоении нового материала, отвлекаемость, плохой сон) Довольно отчетливо и устойчиво выступают субъективные и объективные симптомы разнообразных вегетативных расстройств.

Характерны полиморфность, изменчивость, «сменяемость» этих вегетативных расстройств. Нередко их начало ограничивается потливостью, тахикардией. Впоследствии к ним добавляются колебания артериального давления, нарушения функции щитовидной железы или желудочно-кишечного тракта и т.д. Поэтому и необычная для соматического больного жалоба: «Все болит: сердце колет и бьется, потею, худею, аппетита нет, в желудке тяжесть, отрыжка пищей, поносы сменяются запорами, на коже крапивница», — в устах некоторых астенических и неврастенических больных приобретает достоверность.

Выраженные вегетативные нарушения, особенно протекающие длительно и устойчиво, часто сочетаются с той или иной степенью ипохондричности

больного. Ипохондричность — один из широко распространенных психопатологических синдромов. Она встречается при шизофрении и неврозах, в рамках циклотимии и гипертонической болезни, при атеросклерозе и инволюционных психозах. Однако в рамках каждого заболевания ипохондрический синдром своеобразен в своих клинических проявлениях. У одних больных, начавшись с навязчивых опасений, ипохондрия перерастает в бред и сочетается с нарастающей замкнутостью и подозрительностью. У других больных ипохондричность, начавшись с неприятных ощущений и тревоги, не переходит в бред, а возникает или обостряется периодически, сочетаясь со снижением памяти, страхом, тревогой, слабодушием.

Ипохондричность при астенических состояниях (нешизофренического генеза) также имеет клиническое своеобразие. Обычно она носит характер тревожных опасений. В некоторых случаях эти опасения носят навязчивый характер. Возникает канцерофобия, страх «просмотренного» врачами жизнеопасного заболевания, страх инфаркта. Больной сохраняет критическое отношение к этим страхам (или, во всяком случае, к степени их выраженности), пытается бороться с ними, поддается убеждению. Однако навязчивые страхи, возвращающиеся вновь и вновь, заставляют больного прислушиваться к своему состоянию, думать о нем, «ждать» проявления болезни. В других случаях ипохондричность носит характер тревожных опасений, возникающих или усиливающихся вслед за появлением реально существующих соматовегетативных нарушений. Так, неприятное появление экстрасистол или приступа пароксизмальной тахикардии, возникновение крапивницы или диспепсических явлений вызывают тревогу больного, опасения, что лечение врачами назначено неудачно, а диагноз поставлен неправильно. При относительной компенсации соматического состояния нивелируются и опасения; тревога за свое соматическое благополучие проходит.

Ипохондрия, как правило, не появляется в начале астенического состояния при легком и кратковременном его течении. Она обычно возникает в стадии общей слабости (гипостении). Ипохондрия, особенно выраженная, чаще встречается при соматогенных (кардиальных, сосудистых) астениях.

При этом она, как правило, возникает на основе выраженных вегетативных расстройств. Таким образом, ипохондрические опасения являются в данном случае не бредом или галлюцинациями, а, скорее, «застреванием» на ощущениях, преувеличенным толкованием возможных последствий, неправильной оценкой происхождения и значения реальных болезненных ощущений. Ипохондрия при астении не бывает монотематической. Тема страхов и опасений меняется большей частью в связи с характером вегетативных расстройств и болезненных ощущений или вообще носит полиморфный характер. Сегодняшний страх заболеть раком сменяется завтра опасением гипертонической болезни, а последнее уступает место общему беспокойству больного, подозревающего у себя серьезное нервное заболевание, от которого он, вероятно, не излечится.

Ипохондрия при большинстве соматогенных астенических состояний и неврастении может быть скорректирована внушением. Более того, больной охотно и подробно излагает свои жалобы, опасения и ощущения врачу именно в надежде на успокоение, разъяснение, помощь не только медикаментозную, но и психотерапевтическую. Внушаемость эта носит и негативный характер: пребывание такого больного в лечебном учреждении, беседа с другими больными, чтение медицинской литературы чревата для него «обрастанием» новыми страхами и опасениями поисками и находками новых болезненных симптомов. Эффект как психотерапии, так и ятрогении в достаточной степени нестойкий. Ипохондрия может иметь место не только во время астении и связанных с нею вегетативных нарушений, но иногда и в течение известного периода после их ликвидации.

Ипохондрия сочетается (и коррелирует) с вегетативными и общеастеническими нарушениями, особенно со слабостью, колебаниями настроения, состоянием сна, работоспособностью и общим самочувствием больного.

Описанный синдром в зависимости от конкретного характера клинических проявлений может быть, таким образом, оценен у разных больных как астеновегетативный, астеноипохондрический или астеновегетативно-ипохондрический.

Враждебность

Проблема агрессивности и агрессивного поведения человека все больше и больше привлекает внимание исследователей самых разных специальностей — психологов, психиатров, социологов, философов, криминологов: отражает она социальные запросы общества, испытывающего на себе все усиливающееся воздействие насилия и жестокости. «Насилие стало характерной приметой нашего времени и пронизывает все сферы жизни», — пишет Ю. М. Антонян, имея в виду так называемое «горизонтальное» насилие между людьми в их повседневном общении.

При изучении такого рода насилия особое внимание уделяется анализу индивидуального агрессивного поведения человека, функционирующего в тех или иных социальных условиях. В рамках изучения индивидуальной агрессии складываются два основных направления исследований. Первое касается феномена аутоагрессии, представленной преимущественно изучением суицидального поведения, второе в основном посвящено гетероагрессивному поведению человека.

При исследовании гетероагрессивного поведения индивида акцентируется роль внешних (ситуационных) и внутренних (личностных) факторов, при которых агрессивные действия становятся возможными. Так, показано влияние на агрессивное поведение человека алкоголизма, наркомании, избытка оружия у населения и других внешних факторов. Изучение личностных факторов агрессии связано преимущественно с описанием тех или иных психических аномалий, сопутствующих агрессивному поведению. Большая часть подобных работ имеет, как правило, судебно-психиатрическую направленность: оценивается личность агрессивного индивида, в частности преступника, в плане наличия и выраженности у него психопатологической симптоматики.

Наряду с этим в психологическую литературу вводится понятие агрессивности как устойчивой личностной черты, выражающей склонность к агрессивному поведению. Термин «агрессивность» используется достаточно широко и несет в себе не только социально-негативный, но и в ряде случаев

социально-позитивный смысл.

Будучи включенным в ту или иную структуру личности, в зависимости от целостного «психического контекста», от тех или иных структурно-функциональных взаимосвязей с другими компонентами личности свойство агрессивности приобретает различное значение и имеет разную реализацию: в одном случае формируется социально-позитивное, динамичное, целенаправленное поведение, способствующее сохранению целостности и автономности личности, ее активности в установлении социальных контактов, поддержании определенной структуры и иерархии доминантно-субординантных отношений, а в другом — в делинквентное, или криминальное.

Выделяются агрессии: конструктивная (прямое, открытое проявление агрессии в социально-приемлемой форме или с социально-позитивным результатом), деструктивная (прямое, открытое проявление агрессии в социально-неприемлемой форме или с социально-негативным результатом — криминальное, или делинквентное, поведение) и дефицитарная (подавленная, нереализованная, с дефицитом соответствующих поведенческих навыков).

Для того чтобы отнести агрессивность к категории свойств личности, необходимо ее соответствие ряду критериев.

В «Философской энциклопедии» свойство определяется как «философская категория, соотносительная категориям вещи и отношения и обычно определяемая через них. Свойство можно определить также как то, что является общим множеству предметов, или как то, что различает предметы. Свойство не существует вне вещи, но оно и не существует вне отношения». Сходным образом свойство определяется и в «Философском энциклопедическом словаре»: «Свойство — философская категория, выражающая такую сторону предмета, которая обуславливает его различие или общность с другими предметами и обнаруживается в его отношении к ним. Всякое свойство относительно: свойство не существует вне отношений к другим свойствам и вещам. Свойство вещей внутренне присуще им, существует объективно».

«Одним из основных признаков свойств, — пишет В. С. Мерлин, — заключается в том, что они всегда выражают отношение человека к определенной

стороне действительности». В. Н. Мясищев отмечает: «Понятие отношения, строго говоря, возникает там, где есть субъект и объект отношения». Представление о личности как системном социальном свойстве человека, которое может быть понято только в системе устойчивых межличностных связей и отношений (Петровский А. В., 1986), накладывает отпечаток на интерпретацию многочисленных личностных черт (конформность, агрессивность, уровень притязаний, тревожность), составляющих структуру личности человека. Эти черты, как отмечает А. В. Петровский, «по существу своему соотносительны; явно или неявно предполагается некое социальное окружение, по отношению к которому личность и проявляет конформность, тревожность и т. д.». Агрессивность как категория, устанавливающая связь между субъектом и объектом, характеризующуюся определенным качеством, соответствует критерию отношения.

Психологи обращают внимание на особенность сочетания в человеческой личности свойств субъекта и объекта. Представление об активном характере взаимодействия личности и ее социального окружения находит отражение и в интерпретации личностных черт. Психологическое содержание свойств личности, выражающей себя в той или иной социальной ситуации, включает в себя интерпретацию и диспозиционного (субъектного, собственно личностного), и ситуативного (объектного) аспектов проявления этого свойства. В описание психологических свойств личности вводятся характеристики объекта, во взаимоотношениях с которым проявляются эти свойства. Объектные характеристики, присущие объекту приложения агрессивности (как, например, виктимность жертвы), неразрывно связаны с категорией отношения; они выражают его объектную сторону и входят в этом качестве в понятие агрессивности.

По мнению Б.Г.Ананьева (1969), *изменчивость* является основной характеристикой личностных свойств и проявляется на протяжении всего жизненного цикла человека: «...Индивидуальная изменчивость свойств человека как личности определяется взаимодействием основных компонентов статуса, сменой ролей и систем отношений в коллективах, в общем социальном

становлении человека». «Формирование начальных свойств личности, — пишет автор в 1980 году, — связано с образованием постоянного комплекса социальных связей, регулируемых нормами и правилами, освоением средств общения, предметной деятельности с ее социальной мотивацией, осознанием семейных и других ролей в процессе социализации». По данным многих авторов, агрессивность складывается при наличии специфических социальных взаимоотношений, наблюдаемых с первых лет жизни.

К. К. Платонов описывает свойство личности как частиопсихологическую категорию: «...Род психических явлений, отличающихся от кратковременных психических процессов и психических состояний большей стойкостью, хотя и поддающихся формированию в процессе воспитания и перевоспитания». Стойкость свойств личности, по мнению автора, заключается в одинаковости при повторных проявлениях. «Психические свойства изменяются в результате биологического развития человека от детства до старости. Могут они меняться и в результате заболевания. Но наиболее всего они изменяются под влиянием социальных условий», — пишет Платонов (1986). По мнению В.С. Мерлина, относительные устойчивость и постоянство — основные признаки психических свойств личности. Представление об относительном постоянстве содержится в определениях агрессивности как склонности, тенденции, установки, готовности, навыка вести себя агрессивно (Басе, Берковитц, Косевский, Пошивалов, Антонян, Гульдман). В большинстве случаев отмечается изменчивость агрессивности под влиянием социальных условий (Бандура, Аммон, Петровский, Ярошевский, Антонян, Гульдман).

Таким образом, основными *критериями*, позволяющими отнести агрессивность к свойствам личности, являются: выражение данным свойством некоторого отношения к определенным сторонам действительности; отношение, включающее в себя объектные характеристики этой действительности; формирование в процессе социализации и образование постоянного комплекса социальных связей; относительная изменчивость, происходящая в основном под воздействием социальных условий; относительная устойчивость (стойкость) и постоянство, одинаковость при повторных проявлениях, а также особенности

реализации в поведении, такие как постоянство, сходство и предсказуемость. Поскольку агрессивность отвечает выделенным критериям категории свойства, она будет рассматриваться далее в качестве устойчивой личностной черты (свойства).

Для характеристики социально-психологических свойств личности исключительно важное значение имеют представления Ананьева о существовании иерархических и координационных отношений между структурными элементами личности, о возможности исследования структурно-генетических и структурно-функциональных связей в относительно замкнутой системе свойств человека, «встроенной» в открытую систему взаимодействия с миром.

Ананьев предполагает, что структура личности строится по двум принципам одновременно:

- субординационному, или иерархическому, при котором более сложные и общие свойства личности подчиняют себе более элементарные и частные свойства;
- координационному, при котором взаимодействие осуществляется на паритетных началах, допускающих ряд степеней свободы для коррелируемых свойств, то есть относительную автономию каждого из них.

Эти подструктуры можно рассматривать как основные классификационные признаки, необходимые для описания специфических особенностей того или иного свойства личности.

Анализ данных литературы позволяет выделить в структуре свойства агрессивности, составляющие его компоненты, которые могут быть отнесены к *познавательным, эмоциональным и волевым* психическим процессам, то есть находиться по отношению к агрессивности в субординационной зависимости. Формирование свойства агрессивности основывается на определенной организации *перцептивных* и *мыслительных* процессов: агрессивный человек специфическим образом воспринимает и интерпретирует внешнюю действительность. Широкий круг ситуаций, в том числе нейтральных по своему смысловому содержанию, воспринимается им как функционально равнозначный и побуждающий к агрессии (Берковитц, Косевский). Компонентом свойства

агрессивности является и *эмоция* гнева, которая в ряде случаев выступает в качестве мотива агрессивного поведения (Берковитц, Кузьмин, Семенов). Волевые процессы выступают в качестве регуляторов проявления агрессивности в поведении (Чеснокова, Кржечковский).

Свойство агрессивности, по данным различных исследователей, взаимосвязано с другими свойствами и структурами личности: с переживанием *тревоги* (Аммон, Антонян, Гульдан), локусом контроля (Дежеринк, Лири, О'Каснер), уровнем развития *эмпатии* (Петровский, Ярошевский), *ценностными ориентациями* (Кузьмин, Семенов), *лидерскими чертами* (Фромм), самооценкой (Эйдемиллер, Кулаков, Черемисин). Эти взаимосвязи будут рассмотрены в дальнейшем на моделях различных групп больных и здоровых людей.

При анализе субординационных взаимосвязей свойства агрессивности с психическими процессами и состояниями на уровне когнитивных, эмоциональных и волевых процессов и состояний могут быть выделены две группы факторов: факторы, сдерживающие агрессию, и факторы, стимулирующие агрессию.

К факторам, *сдерживающим агрессию*, на когнитивном уровне относится такой фактор, как адекватное отражение реальности, на эмоциональном уровне:

- выраженность эмпатии;
 - повышенный уровень тревоги;
 - наличие чувства вины, на уровне волевых процессов — развитый контроль над эмоциями и поведением в целом.

К факторам, *стимулирующим агрессию*, на когнитивном уровне относится такой фактор, как нарушение адекватности в отражении и оценке реальности (ожидание угрозы, нападения, проективное искажение ситуации). На эмоциональном уровне:

- снижение эмпатии, эмоциональная «холодность»;
- выраженность эмоции гнева.

На уровне волевых процессов — снижение контроля над эмоциями и поведением в целом, проявляющемся в импульсивности и взрывчатости. Импульсивность при этом определяется как непосредственная (в обход

контролирующей функции сознания) реализация эмоций в поведении. Термин «взрывчатость» (эксплозивность) акцентирует пароксизмальный характер эмоциональных реакций.

Таким образом, структурно-функциональными компонентами свойства агрессивности, по данным литературы, могут служить эмоциональные, когнитивные (в том числе перцептивные), волевые процессы, находящиеся с этим свойством в субординационных отношениях. С другой стороны, в координационных отношениях со свойством агрессивности выступают мотивационные характеристики, характеристики направленности, особенности ценностных ориентации, самооценки, уровень интернальности, экстернальности и другие черты, реализуемые в деятельности, то есть в актах агрессии.

Результаты проведенного экспериментально-психологического исследования позволяют провести следующие положения относительно структуры свойства агрессивности в конструктивной, деструктивной и дефицитарной формах ее выражения в группах больных и здоровых людей.

В группе *здоровых людей* в координационных связях со свойством агрессивности в конструктивной форме ее выражения состоят такие психологические особенности, как высокая самооценка, свойство интернальности в контексте общей социальной зрелости личности, интериоризирующей морально-этические и правовые нормы, выступающие в качестве регулятора социального поведения.

В субординационных отношениях со свойством агрессивности состоят: особенности когнитивной, в том числе перцептивной, деятельности, такие как адекватность когнитивных процессов в оценке событий с незначительной степенью их субъективного искажения, а также эмоциональное предпочтение в лицах, составляющих непосредственное социальное окружение, динамичных психологических характеристик при относительной терпимости к проявлениям их агрессивности; особенности эмоциональной сферы: развитые эмпатические свойства со способностью к сочувствию, сопереживанию, эмоциональному «включению» в мир другого человека; переживание после совершенных агрессивных действий чувства вины, выполняющего по отношению к поведению

здоровых корректирующую роль. Волевой компонент свойства агрессивности связан с развитым самоконтролем поведения, основанным на интериоризированных морально-этических и правовых нормах при эффективной социализации личности.

Наряду с конструктивным вариантом реализации агрессивности в группе здоровых людей в ряде случаев отмечалась деструктивная агрессия.

Деструктивная форма агрессии обеспечивалась преобладанием стеничного типа реагирования с чертами враждебной направленности и критическим отношением к окружающим. Структурными элементами свойства агрессивности являлись при этом такие когнитивные составляющие, как переоценка трудностей, чрезмерная драматизация в оценке жизненных проблем, а также эмоционально-волевые компоненты: стойкие и длительные отрицательные эмоции, психологический дискомфорт, аффективная насыщенность, напряженность с недостаточностью волевого самоконтроля, ригидность эмоциональных реакций, имеющих тенденцию к выражению себя в устойчивых алгоритмах поведения, реализуемых во многих случаях импульсивно.

Внутреннюю структуру свойства агрессивности у здоровых при дефицитарном варианте его реализации составляли такие когнитивные компоненты, как тенденция к драматизации событий, к переоценке жизненных сложностей. В качестве эмоциональных характеристик выступали пессимизм с утратой жизненной перспективы, неудовлетворенность собой, переживание своей несостоятельности, неспособности справляться с жизненными сложностями; в качестве волевых компонентов — избыточный контроль поведения с чрезмерной регламентацией проявления эмоций.

Поведение при этом характеризуется дефицитом (недостаточной сформированностью) навыков агрессивного поведения с преимущественно пассивной социальной позицией. Лица с дефицитарным типом агрессии испытывают затруднения в социальных контактах, отличаются тенденцией к уходу от проблем во внутренний психологический мир с чертами социальной изолированности, недостаточным интересом к другим людям и к межличностному общению.

Больные ИБС в целом характеризуются преобладанием дефицитарных функций, без достаточной степени отражения, осознания, вербализации, отреагирования побуждений и эмоций, в частности агрессивных тенденций, при наличии дефицита соответствующих поведенческих навыков.

Свойство агрессивности в контексте целостной структуры личности больных ИБС, реализуемое в виде дефицитарной агрессии, интегрирует в себе следующие психологические характеристики: на уровне когнитивных процессов — акцентирование различных жизненных сложностей и проблем с тенденцией к чрезмерной драматизации событий, с недостаточной степенью отражения и осознания индивидуальной психологической проблематики; на эмоциональном уровне — нарушенный контакт с миром собственных переживаний, «неузнавание» собственных эмоций при общей повышенной стеничности реагирования, склонности к асертивности реакций, а также тенденция к накоплению неотреагированных эмоций, в частности тревоги и депрессии, с формированием источника хронического эмоционального напряжения; на уровне волевых процессов — избыточный нормативный самоконтроль поведения, повышающий психическое напряжение, с регламентацией проявления эмоциональных переживаний, избирательно отражающих отдельные компоненты эмоциональной сферы больных ИБС.

По данным исследования структурно-функциональной организации свойства агрессивности на модели *больных шизофренией*, установлено преобладание в этой группе больных по сравнению со здоровыми *деструктивного* варианта реализации агрессивности в поведении, отличающегося нарушением морально-этических и правовых норм, с недостаточностью их интериоризации при сниженном уровне социализации личности.

Внутренняя структура свойства агрессивности больных шизофренией, реализуемая в форме деструктивной агрессии, включает в себя следующие компоненты: на когнитивном уровне — повышенную чувствительность к жестокости, грубости, эксплозивности, враждебности, обостренное восприятие угрозы, облегчающее формирование ответной агрессии; в связи с этим складывается своеобразное «защитное» социальное поведение больных,

выбирающих для общения эмоционально-нейтральное окружение, лиц эмоционально сдержанных, отгороженных, дистанцированных.

На эмоциональном уровне организации свойства агрессивности больных шизофренией выявляется снижение эмпатии с недостаточной способностью к эмоциональному «включению» в другого человека в контексте эмоциональной уплощенности как характеристики эмоциональной сферы больных. Эмоциональные компоненты деструктивной агрессивности обуславливают отсутствие или снижение переживаний в связи с причинением страданий другому человеку, отсутствие сожаления или чувства вины, формируя амбивалентное или безразличное отношение к совершенной агрессии.

На волевом уровне организации деструктивной агрессивности больных отмечается тенденция к аффективной обусловленности поведения с недостаточностью контроля над эмоциями и поведением в целом, преобладание импульсивности над нормативным контролем поведенческих реакций.

Выявленные в обследовании компоненты свойства агрессивности больных шизофренией находились в координационных соотношениях с другими чертами личности больных: с низким уровнем социализации, не обеспечивающим в полной мере интериоризацию морально-этических и правовых норм, регулирующих агрессивное поведение; с эгоцентризмом и субъективизмом больных, их сосредоточенностью на собственных потребностях и целях и неспособностью в достаточной степени принимать во внимание потребности и интересы окружающих людей; с низкой интернальностью, склонностью приписывать ответственность за происходящее внешней ситуации или окружающим людям.

Еще одной моделью для исследования агрессивности послужили *больные шизофренией, совершившие гомцид*, личностные особенности которых характеризовались эффективностью, жестокостью, злобностью, ригидностью психической деятельности, а также сенситивностью, обидчивостью, злопамятностью. Свойство агрессивности при этом имело следующую структуру:

К когнитивным составляющим свойства агрессивности относились недостаточность интеллектуальной переработки негативных впечатлений с

ригидностью познавательных психических процессов, со склонностью к фиксации на отрицательных явлениях, а также повышенная готовность к восприятию агрессивных сигналов окружающей среды.

К эмоциональным составляющим свойства агрессивности относились легковозникающая эмоция гнева, злости; отсутствие чувства сожаления, раскаяния, вины после совершения акта агрессии; снижение уровня эмпатии с неумением эмоционально «включаться» в переживания другого человека; склонность к аффективной загруженности впечатлений с формированием свойств обидчивости, мстительности, злопамятности.

К волевым компонентам свойства агрессивности больных, совершивших гомцид, относились недостаточность регуляции поведения посредством интериоризированных в процессе социализации морально-этических и правовых норм с преимущественной регуляцией поведенческих актов интериоризированными асоциальными нормами и ценностями, аффективная обусловленность поведения с преобладанием импульсивности над нормативным самоконтролем.