Г.В. Залевский

ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ

ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И ГРУППОВЫХ СИСТЕМ

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ОБРАЗОВАНИЯ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННЫХ НАУК

Г.В. ЗАЛЕВСКИЙ

ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И ГРУППОВЫХ СИСТЕМ

(в культуре, образовании, науке, в норме и патологии)

Москва – Томск
2004

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENSE
RUSSIAN ACADEMY EDUCATION
TOMSK STATE UNIVERSITY
TRANSEREGIONAL INSTITUTE OF PUBLIC SCIENCES

G.V. SALEVSKY

FIXED FORMS OF BEHAVIOR OF INDIVIDUAL AND GROUP SYSTEMS

(in culture, education, science, norm and pathology)

Moscow -- Tomsk
2004

УДК 15(091)
ББК 88
323

Залевский Г.В.

323 Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, норме и патологии). – М.; Томск: Томский государственный университет, 2004. – 460 с.

ISBN 5-94621-92-0

В монографии проанализированы и систематизированы отечественные и зарубежные данные, материалы собственных многолетних экспериментально-психологических исследований фиксированных форм поведения на основе системного структурно-уровневого подхода. Дается классификация широкого спектра фиксированных форм поведения – персеверативного, стереотипного и ригидного. В центре экспериментально-психологического анализа находятся ригидность-флексибильность в континууме предиспозиционного фактора феноменологии фиксированных форм поведения отдельного человека как индивидуальной системы, семьи, организационных сообществ, школы, этносов как групповых систем.

В последнем разделе монографии аргументируется дифференциально-диагностическое, прогностическое, реабилитационное значение проблемы фиксированных форм поведения для медико-психологической практики, а также практик образовательной, инновационной, научного творчества и межэтнических отношений.

УДК 15(091)
ББК 88

Рецензенты:
профессор, доктор психологических наук
В.Е. Клочко
профессор, доктор психологических наук
В.Г. Морогин

Издание подготовлено при участии Издательства «Смысл», г. Москва
Главный редактор Д.А. Леонтьев

ISBN 5-94621-92-0

© Г.В. Залевский, 2004
© Томский государственный университет, 2004
© Межрегиональный институт общественных наук, 2004

UDK 15(091)
BBK 88
S 23

Salevski G.V.
S 23 Fixed forms of behavior of individual and group systems (in culture, education, science, norm and pathology). M.; Tomsk: Tomsk State University, 2004. 460 p.

ISBN 5-94621-92-0

In the monograph the data of our country and foreign countries, material: of own many years experimental psychological studies of fixed forms of behavior based on the structure-level point of view are analyzed and systematized. The classification of bright spectrum of fixed forms of behavior – persevered, stereotyped and rigid is presented. In the centre of the analysis are the rigidity-flexibility on the continuum of predisposal factor of the phenomenology of fixed forms of behavior of individual as an individual system and of family, organized association, school, ethnic (nation) as a group system

In the last part of the monograph different-diagnostic, prognostic, rehabilitative importance of the problem of fixed forms of behavior for medic-psychological practice and for educational, scientific creativity, innovational, inter-ethnic relations practice too are argued.

UDK 5(091)
BBK 88

Readers:
Prof. Dr. Psychol. Sc.
V.E. Klotchko
Prof. Dr. Psychol. Sc.
V.G. Morogin

Collective monography is prepared with Publishing house «Smysl», Moscow
A chief redaktor D.A. Leontiev

ISBN 5-94621-92-0

© G.V. Salevski, 2004
© Tomsk State University, 2004
© Transregional Institute of Public Sciences, 2004

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие 13

Введение 15

Раздел I. Фиксированные формы поведения: феноменология и природа 13
Глава 1. Объяснительные модели фиксированных форм поведения 15
Глава 2. Материал, методология и методы исследования 22
§ 1. Характеристика материала исследования 22
§ 2. Методология и методы исследования 27

Раздел II. Результаты исследования фиксированных форм поведения 43
Глава 1. Диспозиционная модель фиксированных форм поведения 45
§ 1. Феноменология и природа психической ригидности 45
§ 2. Экспериментальное исследование психической ригидности как свойства личности 56
Глава 2. Стрессогенная модель фиксированных форм поведения 93
Глава 3. Нейродинамическая модель фиксированных форм поведения 103
Глава 4. Онтогенетическая модель фиксированиых форм поведения 120
§ 1. Возрастные особенности проявления фиксированных форм поведения 120
§ 2. Психическая ригидность и половой диморфизм 132
Глава 5. Патогенетическая модель фиксированных форм поведения 137
§ 1. Психическая ригидность при нервно-психических расстройствах 140
§ 2. Интенсивностные и пространственные характеристики психической ригидности в сравнительном анализе нормы и патологии; внутринозологические сопоставления 149
2.1. Психическая ригидность в структуре личности больных неврозами 157
2.2. Психическая ригидность в структуре личности больных психопатиями 166
2.3. Психическая ригидность в структуре личности больных неврозоподобными состояниями экзогенно-органического (травматического, сосудистого и инфекционно-токсического происхождения 172

2.4. Психическая ригидность в структуре личности больных шизофренией 179
2.5. Психическая ригидность в структуре личности больных алкоголизмом 188
2.6. Внутринозологические особенности проявления психической ригидности 194
Глава 6. Энергетическая модель (принцип экономии) в объяснении фиксированных форм поведения 205
Глава 7. Филогенетическая модель фиксированных форм поведения 210
Глава 8. Акциональная структурно-уровневая модель фиксированных форм поведения 217

Раздел III. Классификация фиксированных форм поведения 257
Глава 1. Клинически наиболее выраженные фиксированные формы поведения (навязчивости, ритуалы, стереотипии) 261
§ 1. Навязчивости и ритуалы 262
§ 2. Стереотипии (определения и формы) 268
Глава 2. Персеверация 284
§ 1. Определение и виды персевераций 284
§ 2. Расширение понятия «персеверация» 293

Раздел IV. Фиксированные формы поведения в практической жизнедеятельности индивидуальных и групповых систем 301
Глава 1. Фиксированные формы поведения в культуре 303
§ 1. Этнические стереотипы и предубеждения как фиксированные формы поведения 303
§ 2. Фиксированные формы (внутри- и внесемейного) поведения 316
§ 3 Фиксированные формы поведения в динамике организационных культур 325
Глава 2. Фиксированные формы поведения в образовании 337
§ 1. «Открытые» и «закрытые» образовательные системы 337
§ 2. Психическая ригидность как фактор школьной дезадаптации 348
Глава 3. Фиксированные формы поведения в науке 372
Глава 4. Значение проблемы фиксированных форм поведения для медико-психологической практики 386
§ 1. Психическая ригидность в дифференциальной диагностике (нормы и нервно-психической патологии) 386
§ 2. Элементы фиксированности в диагностическом мышлении (врача, психолога) 390
§ 3. Суицид как фиксированная форма поведения 394
§ 4. Прогностическое и реабилитационное значение психической ригидности (фиксированных форм поведения) 396
§ 5 Фиксированные формы поведения как проблема психотерапии 399

Общее заключение и выводы 409
Литература 413
Приложения 435

ПРЕДИСЛОВИЕ

Книга посвящена рассмотрению фиксированных форм поведения на уровне индивидуальных (личности) и групповых (семьи, профессиональных сообществ и организаций, этноса и общества в целом) систем, проявляемых в культурном и кросскультурном пространстве, образовании, науке, в норме и патологии, вскрытию их природы, классификации и обобщению на основе литературных данных и собственных многолетних экспериментально-психологических исследований автора.

Клинические данные, широко используемые в работе, служат, во-первых, иллюстрацией предельных случаев проявления фиксированных форм поведения, и, во-вторых, способствуют более успешному проникновению в их природу. В данном случае мы исходим из того вывода, к которому пришли ученые в результате анализа накопленных психологией и смежными науками данных о том, что природа того или иного психологического феномена и механизмы его функционирования нередко раскрываются при генетическом подходе и в результате изучения психической патологии, ибо «патологическое часто открывает нам, разлагая и упрощая то, что заслонено от нас, слитое и усложненное, в физиологической норме» [Павлов, 1947. С. 251].

Предлагая вниманию читателей данную работу, автор далек от мысли, что она свободна от недостатков, и поэтому примет к сведению все замечания. Вместе с тем автор надеется, что его скромный труд окажется полезным как для специалистов, так и для начинающих работать в области психологии, медицины, социологии, образования и педагогики.

В судьбе самого автора и его научных усилий значительную роль сыграл ряд замечательных людей и ученых (уже ушедших от нас и еще живущих), которым автор хочет выразить самую искреннюю признательность и глубокую благодарность: М.С. Роговину, А.В. Снежневскому, Ф.Д. Горбову, А.В. Благосклонову, Т.А. Немчину, А.В. Соловьеву, В.М. Русалову.

Посвящаю своим сыновьям и ученикам, которые тоже мои дети.

ВВЕДЕНИЕ

По самой своей природе проблема фиксированных форм поведения является проблемой сложной, комплексной, относящейся к различным областям знаний. По мере углубления в нее психологии, физиологии и психопатологии открываются разнообразные и порой трудносочетаемые ее стороны. При этом наблюдается своеобразное, можно сказать, встречное движение в развитии содержания понятий, отражающих сущность фиксированных форм поведения, не только от простого к сложному, но и от понятий общей психологии и психологии личности (имеющих свой психопатологический аспект), будь то понятие процесса (персеверация) или понятие личностного плана (ригидность), к понятиям собственно психопатологическим (навязчивости, ритуалы, стереотипии), и наоборот. Проблема динамики развития понятия фиксированных форм поведения выступает, по сути дела, моделью развития любого понятия научной психологии.

Как известно, одной из кардинальных проблем биологии и связанных с нею наук (физиология, психология, психопатология) является проблема взаимоотношений изменяемых и неизменяемых форм поведения. Дело в том, что объективный мир, среда, в которой живые существа осуществляют необходимую жизнедеятельность, одновременно постоянна и изменчива. А поэтому к их поведению предъявляются двоякого рода требования: с одной стороны, оно должно быть устойчивым, постоянным, а с другой – изменчивым, динамичным. Иначе говоря, какие-то элементы организма, психики должны оставаться более или менее постоянными, а какие-то должны быть всегда готовыми к изменению, даже разрушению («поисковая активность» – В.С. Ротенберг, В.В. Аршавский, «надситуативная активность» – В.А. Петровский, «активная флексибильность» – Г.В. Залевский); только таким образом может быть обеспечена их жизнедеятельность, может достигаться то равновесие между организмом и средой, к которому он непременно стремится.

В этой связи весьма интересные мысли были высказаны еще И.М. Сеченовым: «Всегда и везде жизнь слагается из кооперации двух факторов – определенной, но изменяющейся организации и воздействий извне. Притом все равно, смотреть ли на жизнь со стороны ее конечной цели – сохранение индивидуума, как на нечто развивающееся, потому что и сохранение в каждый отдельный момент существования достигается путем непрерывных превращений» (1959, 288)[1]. И далее Сеченов продолжает эту мысль: «Последнее вытекает из того факта, что во всех организмах сохранение целости тела и жизни достигается не неподвижностью раз сформированного, а постоянным частичным разрушением и восстановлением элементов тела» (Там же, 289).

В разное время был выдвинут ряд теорий: «о постоянстве внутренней среды» (Бернар), «гомеостазиса» (Кэннон), «уравновешивания» (И.П. Павлов). В этих теориях проводится, во-первых, мысль о гармонии внутреннего и внешнего, внутренних состояний и внешних воздействий, во-вторых, мысль о том, что эта гармония обеспечивается лишь в том случае, если жизнедеятельность организмов, поведение человека детерминировано внешним, постоянно изменяющимся, воздействием среды. И следует согласиться с тем [Клочко, Галажинский, 1999], «что только с решительным переходом в системный методологический контекст можно понять, каким образом человеку удается (или не удается. – *Г.З.*) не быть рабом «объективных ситуаций», социальных прессингов и откуда берется у него способность к самодетерминации, обеспечивающая ему возможность саморазвития».

В случае фиксированных форм поведения имеет место, скорее всего, нарушение гармонии внутреннего и внешнего вследствие того, что детерминация поведения обусловливается только его внутренним состоянием без учета объективных требований внешней ситуации. Особенно ослабляется и даже полностью исчезает детерминация психической деятельности внешним миром при нервных и психических расстройствах. Один из родоначальников научной психиатрии В. Гризингер писал по этому поводу: «Существенный процесс сумасшествия, составляющий действительно болезненное состояние, заключается главным образом в том, что известное настроение, чувства, волнения, суждения, решения возникают *изнутри* (выделено мною. – *Г.З.*) вследствие болезни душевного органа, тогда как в здоровом состоянии наши волнения, решения вызываются только достаточными внешними побуждениями и потому находятся в некоторой связи

[1] Здесь и далее при ссылках на литературу в скобках указываются год издания и страница.

с внешним миром» (1881, 64). Интересно, что в книге А. Рея «Современная философия» упоминается о психических расстройствах, при которых «опыт оказывается сведенным... к чисто субъективному». В случае фиксированных форм поведения имеет место именно нарушение связи с внешним миром, а вопрос о том, в какой мере при этом опыт сводится к субъективному, являлся предметом и наших исследований. В случае фиксации поведенческий акт не является адекватным ответом человека (как индивидуальной системы) или любой групповой системы на объективное воздействие, на ситуацию, он как бы находится вне ситуации. Действие, в широком смысле слова, как, например, у Жане, – это и мысль, и чувство, и отношение, и собственно действие – движение фиксируется и упорно, и многократно повторяется, хотя и является уже неадекватным, нецелесообразным. Отсюда вытекает и следующее определение фиксированных форм поведения:

Фиксированные формы поведения – это акты поведения индивидуальной или групповой системы, упорно повторяющиеся и/или продолжающиеся и в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения и/или изменения; при этом уровень осознания и принятия личностью (или группой) этой необходимости может быть разным.

Из всего сказанного выше и из определения фиксированных форм поведения следует, что фиксированные формы поведения являются неадаптивными по своему существу. Однако нельзя согласиться с теми авторами (например, Werner, 1946, 1957), которые считают, что понятия фиксированных форм поведения и дезадаптации являются тождественными. Несомненно, что второе шире первого, хотя они и имеют тенденцию к сближению. Это сближение идет по двум линиям.

Первая – углубление патологии; чем глубже патология, тем более выражена фиксация поведения и меньшая его адаптивность; *вторая* – снижение по эволюционной лестнице (от человека, как субъекта активности, обладающего сознанием с его «творческой ролью», до низших животных с их «врожденными фиксированными нейронными схемами», структурно закрепленными рефлексами, таксисами и программами поведения, приспособленными к совершенно определенным условиям, малейшее изменение которых вызывает фиксацию поведения и может привести даже к гибели). Во многих работах зоопсихологов и этологов дается описание самых разнообразных фиксированных форм поведения, хотя этот термин и не употребляется, с указанием на стереотипность и негибкость врожденных форм поведения [Тинберген, 1969; Лоренц, 1970; см. также: Роговин, 1965]. В связи с последним обстоятельством необходимо подчеркнуть, что мы

дифференцируем понятия фиксированных и врожденных форм поведения, чего не делает, например, Л. Вулдридж в своей книге «Механизмы мозга» (1965, 106).

Несмотря на большое и все более осознаваемое значение для теории и практики (образовательной, клинико-психологической, научно-исследовательской, транскультуральной) проблемы фиксированных форм поведения, сама их природа и их взаимоотношения изучены явно недостаточно, а их трактовки в различных психологических и психопатологических направлениях оказываются резко отличными друг от друга.

Раздел I

ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ И ПРИРОДА

Глава 1

ОБЪЯСНИТЕЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

Введение в проблему. Итак, под фиксированными формами поведения понимается широкий спектр форм поведения человека или группы людей, которые биосоциально, в плане культурных норм, принятых в данном обществе для лиц определенного возраста, пола и статуса, стали уже неадекватными, но повторяются в ситуациях, объективно требующих их изменения; при этом уровень и степень осознания и принятия необходимости этого изменения могут быть разными.

Лучше всего фиксированные формы поведения, причем как на уровне отдельного человека (индивидуальной системы), так и на уровне микро- и макрогрупп людей (семьи, производственных коллективов, общественных и государственных объединений, этносов, общества и государства в целом), проявляются в ситуации социальных изменений, катаклизмов – революций, перестроек и т.п.

Спектр фиксированных форм поведения очень широк. Вся наша жизнь проходит в двух видах активности – изменяемых и неизменяемых (или трудноизменяемых), т.е. фиксированных формах поведения – застывших, косных или ригидных стереотипов.

Модели фиксированных форм поведения. В настоящее время можно выделить следующие объяснительные модели (или схемы, концепции, теории) сути фиксированных форм поведения (ФФП), их природы и механизмов функционирования, роли в жизнедеятельности людей: нейродинамическую, энергетическую, филогенетическую, онтогенетическую, личностно-средовую, диспозиционную, стрессогенную, патогенетическую, психодинамическую, научения (бихевиоральная и когнитивная), акциональную структурно-уровневую и системную [Залевский, 2003].

Нейродинамическая модель ФФП связывает их природу и причины проявления с инертностью нервных процессов, особенно с ее ростом в силу разных причин – астенизации (утомление, нервное истощение), патологизации (в результате мозговых нарушений) и т.д. Но выявленные много-многозначные связи между особенностями нервных процессов и психологическими/личностными особенностями человека (В.С. Мерлин, В.М. Русалов) позволяют говорить лишь о большем или меньшем косвенном обусловливании и непрямых корреляциях. Так, например, при персеверациях, как одной из фиксированных форм поведения, наличие выраженной или патологической инертности нервных процессов, как правило, опосредуется ослаблением или расстройством функции произвольного внимания и «представления о цели действия» (Э. Крепелин).

Энергетическая (экономия энергии) модель ФФП встречается в работах В.М. Бехтерева, когда он говорит о стереотипах, привычках, рутине и т.п. и пытается дать им объяснение, исходя из общего принципа экономии энергии. Ссылки на принцип экономии имеют место и в работах грузинской школы психологии установки Д.Н. Узнадзе. Установка, получив соответствующую объективным обстоятельствам организацию и возможности, включает в себя готовые, приобретенные опытом схемы и, соблюдая принцип экономии, обеспечивает удовлетворение потребности. Но, как известно, фиксированная установка, соблюдая тот же принцип экономии, не приводит к удовлетворению потребности. Известный русский ученый А.А. Ухтомский, разработавший учение о доминанте, очень ярко демонстрирует примерами из науки, как принцип экономии, заложенный в самой сути доминанты, хорошо работающий в условиях стереотипных, привычных, обусловливает фиксированные формы поведения в условиях новых, «не совпадающих с доминантой». «Я считаю своим долгом, – писал Ухтомский, – говорить о том, что многие доктрины и теории в своих выводах и исканиях заранее предопределены тем, что установлены на покой и на наименьшее действие с самого начала; действительность заранее усекается ради прекрасных глаз теории» (1973, 390).

Филогенетическая модель ФФП в чем-то, несомненно, близка «энергетической». Наблюдения этологов и эксперименты зоопсихологов свидетельствуют о том, что фиксированные формы поведения проявляют и животные. И чем ниже на филогенетической лестнице находятся живые существа, тем вероятнее проявление ими таких форм поведения. Инстинкт, направляющий поведение животного, в постоянной и неизменной среде функционирует исправно. А если вдруг условия жизни животного изменяются?

Почему так внезапно вымерли динозавры? Дело в том, что инстинкты – это потенциальные фиксированные формы поведения. Убедительные иллюстрации этого мы встречаем у Лоренца, Тинбергена и у других этологов.

Онтогенетическая модель ФФП. Подходя к фиксированным формам со сравнительно-генетических позиций, Werner (1946, 43) пишет о том, что недостаток вариабельности реакции обнаруживается в качестве характеристики организмов относительно низкого филогенетического и онтогенетического развития. Существуют разные взгляды на связь фиксированных форм поведения (ригидности) с возрастом и на их детерминанты в связи с онтогенетической динамикой. По-разному оценивается роль полового диморфизма в связи с возрастом, а также роль образования, интеллекта и аффекта, нервно-психических расстройств.

ФФП как «нарушение личностно-средовой взаимосвязи». Эта объяснительная схема восходит к трудам русского физиолога и психолога И.М. Сеченова, который более 100 лет тому назад писал, что «сохранение индивидуума... достигается путем непрерывных превращений... что сохранение целости тела и жизни достигается не неподвижностью раз сформированного, а постоянным частичным разрушением и восстановлением элементов тела» (1955, 288–289). Из высказывания Сеченова, а также из концепций, выдвинутых значительно позже Бернаром («о постоянстве внутренней среды»), Кэнноном («о гомеостазисе»), Павловым («об уравновешивании»), можно сделать вывод, во-первых, о гармонии внутренних состояний и внешних воздействий и, во-вторых, о том, что эта гармония обеспечивается лишь в том случае, если жизнедеятельность и поведение человека детерминированы внешним, постоянно изменяющимся воздействием среды. В случае фиксированных форм поведения имеет место нарушение этой гармонии вследствие того, что поведение детерминируется только внутренним состоянием без учета объективных требований внешней ситуации. Особенно ослабляется и даже полностью исчезает детерминация психической деятельности и поведения человека внешним миром, по мнению целого ряда авторов, при нервно-психических расстройствах. Так, еще В. Гризингер писал, что «существенный процесс сумасшествия, составляющий действительно болезненное состояние, заключается главным образом в том, что известное настроение, чувства, волнения, суждения, решения возникают *изнутри* вследствие болезни душевного органа, тогда как в здоровом состоянии наши волнения, решения вызываются только достаточными *внешними побуждениями* (курсив мой. – *Г.З.*) и потому находятся в некоторой связи с внешним миром» (1881, 64). «Стереотипии – это пол-

ностью отделившиеся от общей ситуации виды поведения и... не соответствующие какому-либо объекту окружения» (Клези, цит. по [Bash, 1955]). Иначе говоря, при психических расстройствах «опыт оказывается сведенным... к чисто субъективному» (Рей), свидетельством чего, на мой взгляд, и являются фиксированные формы поведения. Близки этой схеме попытки объяснения фиксированных форм поведения через «нарушение механизма обратной связи» (П.К. Анохин, А.Р. Лурия) и «потерю, выхолащивание значения и смысла» («Lehrlaufreaktionen» – Баж, Лоренц; «laps of meaning» – Якубовиц, Лемберт).

Диспозиционная модель ФФП. Как известно, в основу диспозиционного направления в изучении личности положена идея о том, что «личность – это то, что лежит за конкретными поступками внутри самого индивидуума», что «черта личности является движущим или, по крайней мере, определяющим элементом поведения» [Allport, 1956]. В целом ряде исследований показано, что определяющим личностным элементом фиксированных форм поведения является психическая ригидность. Cattel (1964) даже выделил особый ее вид – «диспозиционную ригидность». И в наших исследованиях [Залевский, 1976, 1993] также была выявлена связь между местом личности на континууме ригидность – флексибильность и характеристиками интенсивности и экстенсивности фиксированных форм поведения. Более того, различная пространственная представленность психической ригидности в личности – парциально, тотально и в качестве типообразующей черты – позволила выделить «ригидный тип личности» и его варианты (авторитарный, догматический и т.д.).

Стрессогенная модель ФФП. Психологи разных направлений отмечают, что причины фиксированных форм поведения могут быть связаны с тревогой, страхом, фрустрацией, шоком напряжения (стрессы), вызваны сильно и кратко либо слабо и длительно действующими стрессорами. Последние оказываются теми особыми причинами, под влиянием которых привычное, известное так бережно и упорно охраняется, что к новому, к изменениям проявляется недоброжелательность [Левитов, 1969]. Он же, наряду с другими исследователями, считает возможным рассматривать психическую ригидность в качестве состояния и выступающим в этом качестве диспозиционным фактором фиксированных форм поведения. По мнению Wolpert (1955), «этот синдром может быть вызван у любого индивида». В наших исследованиях [Залевский, 1976, 1993] мы также экспериментальным путем выявили наличие связи между действием стрессоров и фиксированными формами поведения, выделив наряду с trait-rigidity и state-rigidity,

выступающих в отдельности или в синергической связи. Это особенно часто имеет место при нервно-психической патологии.

Патогенетическая модель ФФП. Клиническая практика и многочисленные патопсихологические исследования, в том числе и наши собственные [Залевский, 1993], позволяют считать правомерным выделение и «патогенетической» концепции фиксированных форм поведения. Некоторая ее глобальность может быть конкретизирована за счет более частных объяснительных схем: например, психодинамической, научения – бихевиорально-когнитивной и др. Дело в том, что фиксированные формы поведения, во-первых, заметно нарастают по параметрам интенсивности и экстенсивности в направлении от нормы к нервно-психической патологии и, во-вторых, это нарастание наблюдается и далее, при качественном своеобразии, в направлении от легких форм нервно-психических расстройств (например, неврозы) к более тяжелым их формам (например, шизофрения).

1) *Психодинамические схемы ФФП.* Чаще всего в рамках этих схем фиксированные формы поведения выступают при неврозах как проявление защитных механизмов. «Невротик защищается, – писал Freud (1948, 376), – формируя фиксированные привычки, ведущие к предпочтению определенных способов решения личных проблем». Согласно Adler (1974), невротик, защищаясь, формирует ригидный стиль жизни с ложной ее схемой. Murphy (1947) также считал, что «любая схематизация, любая стереотипизация есть невротическое средство защиты».

2) *Научения (бихевиорально-когнитивная) схема ФФП.* Сторонники этого подхода придерживаются того мнения, что фиксированные формы поведения (философия должествования и иррациональные мысли, неадекватные когнитивные схемы и ошибочные, неадекватные суждения и установки, плохие и вредные привычки, страхи и депрессии, «выученная беспомощность») – есть результат «неправильного научения/воспитания», в том числе и социального, хотя конкретные механизмы этого научения могут быть самыми разными (Вольпе, Лазарус, Бандура, Эллис, Бек, Селигмен и др.).

Акциональная структурно-уровневая модель ФФП. Многолетние экспериментально-психологические исследования личности в норме и патологии [Залевский, 1970–2003] позволили предложить оригинальную психологическую концепцию фиксированных форм поведения, интегрирующую, как мне кажется, и некоторые другие подходы к ним. Я ее обозначил как акциональную структурно-уровневую концепцию. Идеи данного подхода к ФФП восходят, прежде всего, к трудам Пьера Жане и М.С. Роговина – моего непосредственного учителя.

Основными составляющими предлагаемой концепции являются положения: а) о структурно-уровневой организации личности и поведения (деятельности, действия или акции – от action), в котором личность, проявляясь, «становится действительной» (Гегель); б) пространственной (структурно-уровневой) ригидизации личности, обусловливающей особенности проявления фиксированных форм поведения; в) нарушении, в случае фиксированных форм поведения, отношений внутри структуры такого поведения – между высшим акциональным уровнем цели и низшим акциональным уровнем средств. Возможны, главным образом, два варианта таких нарушений, когда фиксирогенным является средство (средства) и когда фиксирогенной является цель действия (поведения). В первом случае неадекватное средство (как материальное, так и идеальное) сливается/сращивается с целью, делая акцию неадаптивной, а личность – функционирующей на более низком акциональном уровне. Во втором – неадекватная цель становится самоцелью, сращиваясь со средством, делает акцию тоже неадекватной, а личность – функционирующей на более низком акциональном уровне.

Системная модель ФФП. В данном случае фиксированные формы поведения, рассматриваемые как системные явления, могут проявляться в качестве таковых как на уровне индивида, личности, т.е. индивидуальных систем, так и на уровне микро- и макрогрупп людей (семья, производственные и общественные организации, этнос, общество и государство в целом), т.е. на уровне групповых систем. Их влияние наблюдается в разных сферах жизнедеятельности человека: в образовании (в закрытости образовательных систем, в трудностях инновационных процессов), науке (неоправданное отстаивание своих идей и «излюбленных» теорий, а также нередко неприятие идей, предложенных коллегами или «другими» школами), культуре (устаревшие традиции, этноцентризм, проявляющий себя нередко в ригидных этнических стереотипах, ксенофобии). Определяя любую систему как «комплекс элементов, находящихся во взаимодействии», еще L. von Bertalanffy (1968) различал «открытые» и «закрытые» системы: в первых, возможен лишь обмен энергией, а во вторых – обмен энергией и веществом. Интересна в обсуждаемом контексте и его мысль о том, что «необходимым условием устойчивости органических систем является постоянное обновление их элементов». Можно предположить, что в «закрытых системах», не только органических, но и социальных, скорее всего, отсутствует это «постоянное обновление элементов» как внутри них, так и во взаимодействии с другими системами. Это происходит, на мой взгляд, потому, что любая система, стремясь к устойчивости, в силу нарушения, прежде всего,

обратной связи, «проскакивает» оптимально необходимую меру устойчивости и устремляется к гиперустойчивости, иначе говоря, ригидизируется (коснеет, застывает), становится закрытой, о чем свидетельствуют нарастание числа фиксированных форм поведения и рост их интенсивности.

О крайнем (патологическом) случае закрытости индивидуальной системы говорил, как мы отмечали выше, хотя и в других терминах, один из классиков немецкой психиатрии В. Гризингер. Rokeach (1960) писал об «открытом и закрытом сознании» («the open and closed mind»). Может ли нечто подобное происходить и с групповой системой? Наверное, может, коль скоро известны случаи существования таких малых групп, как, например, определенный тип семей [Сатир, 1992], религиозные секты, мафиозные образования и даже большие социальные группы – целые государства, например известные в истории тоталитарные режимы. Философский контекст этой идеи мы находим уже у E. Bergson: «Мораль закрытого общества статична. Мораль открытого общества динамична... фундамент открытой морали – творческая личность, ее свойство – дух новаторства, ломающий все фиксированные схемы закрытого общества» (1932). В. Сатир (1992) совершенно справедливо считала, основываясь на своем богатом опыте психотерапевтической работы с семьей, что в закрытой системе люди не могут процветать. В лучшем случае они могут только существовать, но людям нужно значительно больше.

Глава 2

МАТЕРИАЛ, МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

§ 1. Характеристика материала исследований

Общие замечания. Все исследования, материалы которых обсуждаются в настоящей работе, были осуществлены в три этапа: первый этап – это период с 1968 по 1971 г. (Москва), второй этап – с 1983 по 1989 г. и третий – с 1990 по 2003 г. (Томск).

Во всех проведенных экспериментально-психологических исследованиях первого периода приняло участие свыше 500 испытуемых – учащиеся 6-х и 9-х классов ряда московских школ, участники кружка «Юные космонавты» Московского Дворца пионеров и студенты I–II курсов МГПИ им. В.И. Ленина (сегодня МГПУ).

В результате исследования второго периода банк данных составили сведения о 847 больных основными нервно-психическими расстройствами. Из них: больных неврозами – 203 (70 мужчин и 133 женщины), психопатиями – 100 (32 мужчины и 68 женщин), органическими поражениями ЦНС посттравматического, сосудистого и инфекционно-интоксикационного генеза – 249 (103 мужчины и 146 женщин), шизофренией – 186 (106 мужчин и 80 женщин) и алкоголизмом – 109 человек (только мужчины). В исследовании приняла участие группа здоровых в количестве 254 человек (135 мужчин и 119 женщин). Обе группы обследованных – больные и здоровые – представляют преимущественно лиц в возрасте от 18 до 45 лет с некоторыми колебаниями среднегрупповых возрастных показателей.

Ко времени обследования без образования был 1 (1,9%) больной алкоголизмом. В других группах лиц без образования не было. С начальным образованием были 2 (1,6%) больных шизофренией и по 1 больному алко-

голизмом (1,9%), неврозом (0,5%) и органическим поражением ЦНС (0,6%). Во всех группах, за исключением здоровых, были лица с незаконченным средним образованием: 4 (2,4%) больных неврозами, 2 (3,0%) психопатиями, 10 (5,6%) органическими поражениями ЦНС, 12 (9,4%) – шизофренией и 13 (24,5%) – алкоголизмом. Среднее образование имели больные: неврозами – 39 (21,0%) человек, психопатиями – 10 (15,1%), органическими поражениями ЦНС – 23 (12,8%), шизофренией – 41 (32,3%), алкоголизмом – 21 (39,6%), а также здоровые испытуемые – 7 (3,4%) человек. 62 (33,3%) больных неврозами, 17 (25,8%) психопатиями, 70 (38,9%) органическими поражениями ЦНС, 27 (21,3%) шизофренией, 8 (15,0%) алкоголизмом и 41 (19,3%) здоровых имели среднее специальное образование. Незаконченное высшее образование имели больные неврозами – 4 (2,1%), психопатиями – 5 (7,6%), органическим поражением ЦНС – 11 (6,0%), шизофренией – 11 (8,6%), алкоголизмом – 2 (3,8%) и здоровых – 101 (47,6%) человек. По показателю «высшее образование» наименьшее число лиц в группе больных алкоголизмом – лишь 7 (13,3%) человек, промежуточное положение занимает группа больных шизофренией – 34 (26,8%) человека. Затем по нарастающей: в группе здоровых – 63 (29,7%), неврозов – 76 (40,9%) и психопатий – 32 (48,5%) человека.

На момент психологического обследования длительность заболевания в подавляющем большинстве случаев была от 1 года до 10 лет. Среднегрупповые показатели давности заболевания для больных неврозами – 3,9, психопатией – 3,0, органическим поражением ЦНС – 3,8, шизофренией 5,6 и алкоголизмом – 4,2 года.

Характеристика отдельных обследованных групп

Неврозы. Классификация неврозов, несмотря на большое число работ, посвященных этому вопросу, до сих пор остается предметом споров. Наиболее правомерным представляется выделение трех дифференцированных форм неврозов: неврастении, невроза навязчивости и истерии. Такая систематика традиционна для отечественной психиатрии [Кербиков О.В., 1971; Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1980]. Этой систематики придерживаются в основном и в отделении пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского НЦ СО РАМН (руководитель – д. чл. РАМН В.Я. Семке), больные которого обследовались нами экспериментально-психологически.

В общей группе больных неврозами было обследовано 47 больных истерией (4 мужчин и 43 женщины), 73 больных неврастенией (27 мужчин и 46 женщин) и 56 больных неврозом навязчивости (34 мужчины и 22 женщины). Средний возраст больных каждой из этих групп был соответственно: истерия – 35±9, неврастения -- 38±8 и невроз навязчивости – 32±7 лет. На момент психологического обследования группы с разным типом невроза по уровню образования характеризовались следующим образом. В группе больных истерией: с незаконченным средним – 1 (2,6%), средним – 7 (18,4%), средним специальным – 15 (39,5%), незаконченным высшим – 0 (0%) и высшим – 15 (39,5%). В группе больных неврастенией: с начальным – 1 (1,2%), незаконченным средним – 2 (2,5%), средним – 8 (10,1%), средним специальным – 24 (30,4%), незаконченным высшим – 3 (3,8%) и высшим – 41 (52,0%). Среди больных неврозом навязчивости: с незаконченным средним – 1 (2,1%), средним – 17 (35,4%), средним специальным – 16 (33,3%), незаконченным высшим – 1 (2,1%) и высшим – 13 (27,1%).

Подавляющее большинство больных всех трех групп болели на момент обследования длительностью от 1 года до 10 лет. Средняя групповая длительность заболевания оказалась соответственно: 3,7; 3,7 и 3,4 года.

Из общей группы неврозов, вне зависимости от основных форм, была выделена группа больных с синдромом «невротическое развитие личности» [Лакосина, 1983] – 44 человека (8 мужчин и 36 женщин), средний возраст 39±6 лет.

Психопатия. Как показывает история развития учения о психопатиях, классификация аномальных личностей является сложной проблемой. В отечественной психиатрии чаще всего классификационными единицами являются возбудимые и тормозные группы психопатий [Кербиков, 1971; Ушаков, 1979; Фелинская, 1979]. Эти группы охватывают в основном все клинические типы психопатий.

В нашем исследовании группу тормозимых психопатий составили 17 больных (10 мужчин и 7 женщин), среди которых преобладали шизоидный, психастенический и астенический типы. Средний возраст больных на момент обследования был 33±6 лет; образование – не ниже среднего. В группу возбудимых психопатий вошли паранойяльный, истеровозбудимый, возбудимый типы – всего 18 больных (10 мужчин и 8 женщин) при среднем возрасте 39±9 лет, с образованием преимущественно средним (23,1%) и высшим (53,8%). Группа истерических психопатов – 55 больных (6 мужчин и 49 женщин), была выделена за пределы «возбудимых психопатий», по-

скольку у них не отмечалось сочетание истеричности с возбудимостью (истеровозбудимые), во-первых, и, во-вторых, среди них абсолютное большинство (89,1%) представляли женщины. Средний возраст больных этой группы 34±9 лет, образование преимущественно среднее специальное (34,3%) и высшее (31,4%). Группа «смешанных» («мозаичных») психопатий оказалась немногочисленной – 10 больных (6 мужчин и 4 женщины), средний возраст 30±7 лет, с преимущественно средним и высшим образованием.

Экзогенно-органические заболевания ЦНС сосудистого, травматического и интоксикационно-инфекционного происхождения (начальные стадии). Группа больных с нервно-психическими расстройствами сосудистого генеза с преобладанием неврозоподобных и психопатоподобных состояний включала 31 больного (15 мужчин и 16 женщин), средний возраст 40±16 лет, образование преимущественно среднее (41,9%) и высшее (29,0%). Длительность заболевания на момент обследования была преимущественно от 1 года до 10 лет, до 5 (54,8%), до 10 (32,3%), до 15 лет (9,7%). Средняя длительность заболевания – 4,4 года.

Численность группы с психическими расстройствами в результате черепно-мозговых травм (легкой и средней тяжести с отдаленным последствием) составила в нашем исследовании 42 человека (23 мужчины и 19 женщин), средний возраст 37±8 лет, образование преимущественно среднее (41,9%) и высшее (29,0%). Давность заболевания: до 5 лет – 71,4%, до 10 – 21,4% и до 15 лет – 7,1%. 27 обследованных (9 мужчин и 18 женщин) были включены в группу психических расстройств интоксикационно-инфекционного происхождения. Средний возраст больных 34±8 лет, образование от начального до высшего с преобладанием среднего (15,0%), среднего специального (35,0%) и высшего (30,0%). У 19 больных (70,4%) давность заболевания была до 5 лет, у 5 (18,5%) – до 10 и у 3 (11,1%) – до 15 лет.

У самой большой группы – 134 больных (48 мужчин и 86 женщин) – было диагностировано экзогенно-органическое поражение ЦНС сложного генеза. Средний возраст больных составил 40±10 лет, образование на момент обследования: среднее (17,2%), среднее специальное (40,9%) и высшее (33,3%). Длительность заболевания 96 (71,6%) больных была до 5 лет, 29 (21,6%) – до 10,7 (5,2%) – до 15, 1(0,8%) – до 20 и 1(0,8%) – до 25 лет; средняя длительность заболевания была равна 3,6 года.

Шизофрения. На базе отделения эндогенных психозов НИИ психического здоровья Томского НЦ РАМН (руководитель – доктор медицинских

наук Г.В. Логвинович) было обследовано экспериментально-психологически три группы больных шизофренией: непрерывно (вяло)текущая форма – 39 (61 мужчина и 28 женщин), средний возраст 39,8 лет, 6,6% больных с незаконченным средним образованием, 41,0% – со средним, 24,6% – со средним специальным, 8,2% – с незаконченным высшим и 19,6% – с высшим образованием; приступообразно(шубообразно)-прогредиентная форма – 63 (31 мужчина и 32 женщины), средний возраст 34±11 лет, с начальным образованием – 4,3%, незаконченным средним – 15,2%, средним – 19,6%, средним специальным – 21,7%, незаконченным высшим – 8,7% и высшим – 30,4%; рекуррентная (шизоаффективная) форма – 28 (10 мужчин и 18 женщин), средний возраст 31±6 лет, с незаконченным средним образованием – 5,6%, средним – 27,8%, средним специальным – 11,1%, незаконченным высшим – 11,1% и высшим – 44,4% больных. По длительности заболевания во всех трех группах подавляющее большинство больных оказалось в пределах от 1 года до 10 лет, но при разном процентном соотношении первых и вторых пяти лет, а также по среднему показателю: непрерывнотекущая – 5,1 года (64,0% – до 5 лет, 21,4% – до 10 лет), приступообразно-прогредиентная – 6,3 года (60,3% – до 5 лет, 19,1% – до 10 лет) и рекуррентная – 6,4 года (42,9% – до 5 лет и 46,4% – до 10 лет).

Алкоголизм. В основу большинства современных отечественных классификаций алкоголизма положен клинико-динамический принцип. В нашей стране большинством специалистов принята классификация, предполагающая выделение трех стадий заболевания [Портнов, Пятницкая, 1971].

Основную часть больных алкоголизмом, состоящих на наркологическом учете, составляют больные 2-й стадии [Качаев, Ураков, 1978] – в 69,6% случаев. Еще более значителен этот процент в отделении социальной и клинической наркологии НИИ психического здоровья Томского НЦ РАМН (руководитель – профессор Н.А. Бохан), на базе которого было проведено данное экспериментально-психологическое исследование. Это обстоятельство и стало фактически определяющим в том, что из 109 больных, обследованных нами, 104 имели 2-ю стадию алкоголизма. Для этой стадии характерно полное развитие симптомов алкогольной токсикомании, появление изменений личности, которые, однако, не достигают степени алкогольной деградации и обратимы в ремиссии [Морозов, 1983. 132].

На момент психологического обследования больные алкоголизмом по образованию распределились следующим образом: 1 (1,9%) – без образования, 1 (1,9%) – с начальным, 13 (24,5%) – с незаконченным средним,

21 (39,6%) – со средним, 8 (15,0%) – со средним специальным, 7 (13,3%) – с высшим образованием и 2 (3,8%) – с незаконченным высшим. Длительность заболевания в среднем по группам составила 4,2 года.

К указанному банку данных следует добавить группы испытуемых (свыше 500 человек), которые обследовались при решении дополнительных, возникающих в самом непрерывном многолетнем исследовательском процессе (третий период – 1989–2003 гг.), и о которых будет идти речь в соответствующих разделах монографии.

§ 2. Методология и методы исследования

Методология. Методологической основой данного исследования является системная (структурно-уровневая) концепция психики, развиваемая в современной психологии, патопсихологии и психопатологии. Своими корнями она восходит еще к идеям Аристотеля и Платона о структурно-уровневых отношениях в психике как при нормальном ее функционировании, так и при ее изменении[1]. Можно отметить как бы две линии развития в приложении этих идей: одна оказалась направленной на исследование структурно-уровневой организации личности [Узнадзе, 1958; Мясищев, 1960; Ананьев, 1980; Платонов, 1986; Hoffmann, 1935], другая – деятельности (действия, поведения) [Гурьянов, 1945; Рубинштейн, 1946; Леонтьев, 1963; Бернштейн, 1966].

Мы попытались сблизить эти линии в рамках структурно-уровневого анализа психической ригидности (фиксированных форм поведения), исходя из того, что она представляет собой сложный (многомерный) феномен, отражающий структурно-уровневую организацию личности. Исходным для нас также было представление о «динамической структуре личности» [Платонов, 1986], на основании которого психическая ригидность характеризовалась в каждом конкретном случае «вкладом» в ее суммарную оценку таких подструктур личности, как динамическая, практическая, когнитивная, эмотивная и психосоциальная. Соответственно подструктуре оценивалась степень трудности изменения темпа и ритма жизнедеятельности, навыков и умений, принципов классификаций и гипотез, эмоций и аффектов, отношений и ролей и т.д. Для оценки проявлений психической ригидности мы предложили не только критерии интенсивности (степень выраженности, глубина), но и экстенсивности (широта охвата структуры личности по вертикали

---

[1] Историческое освещение вопроса см. в работах М.С. Роговина (1974, 1977).

и горизонтали вдоль ее подструктур), модальности (конкретные сферы личности) и консистентности (согласованность проявления в похожих ситуациях, измеряемая уровнем корреляций данных используемых методик).

Далее, мы считали правильной мысль о том, что свойства личности следует рассматривать не столько сами по себе, но как «деятельностио-центрированные» [Витцлак, 1986]. Любое свойство как устойчивое индивидуально-психологическое образование человека должно быть связано с элементами деятельности (действия, поведения), а основным путем анализа свойств следует считать изучение структуры и механизмов тех действий, которые скрываются за количественными результатами теста [Кулагин, 1984]. Эта мысль еще раньше была заложена в концепции «акционального (action – действие) анализа» свойств личности [Роговин, 1971–1985; Залевский, 1971–1976; Соловьев, 1977; Урванцев, 1974; Железко, 1985; Карпова, 1987].

Основная идея данной концепции (конкретное приложение ее к фиксированным формам поведения будет рассмотрено ниже) состоит в следующем. Структура любого адаптивного действия определяется взаимоотношением уровня средств и уровня цели при доминировании последнего. Но по некоторым причинам структура действия может деформироваться в связи с нарушением межуровневых отношений. Если в первом случае действие представляет собой высокий акциональный уровень, то во втором этот уровень снижается, свидетельствуя и о снижении личности, поскольку личность проявляет себя в действиях выбором способа взаимоотношения с окружающей средой, что обусловливается ее особенностями. Именно в этом нам видятся точки соприкосновения в соотношении «уровневой структуры личности» и «уровневой структуры действия», составивших основу структурно-уровневого подхода к фиксированным формам поведения. Данный подход лег и в основу разработки методов исследования фиксированных форм поведения в норме и при нервно-психической патологии.

Большинство рассмотренных выше работ строилось, исходя из намерения установить причинно-следственные отношения между фиксированными формами поведения и условиями, их определяющими. Но данные современной науки убедительно свидетельствуют о том, что причинно-следственное объяснение не является единственно возможным (см., например, [Роговин, 1969а; Никитин, 1970]). Учитывая это, мы обратились к структурно-уровневому объяснению действия (поведения, деятельности), в котором ригидность проявляется, или, вернее, является. Иначе говоря, мы подвергли анализу само ригидное действие, его структурно-уровневое построение, тем самым пытаясь проникнуть в психологическую природу ригид-

ности благодаря «объяснению через механизм или скрытый механизм» [Бриджмен, 1928; Харре, 1960, цит. по Е.П. Никитину, 1970, 103].

Характеристика методов исследования

Первый этап исследования (1968–1971 гг.). При изучении психологической природы ригидности были использованы как широко известные методы исследования этого явления в несколько модифицированном виде («решение арифметических задач», «прохождение словесных лабиринтов», «унификация объектов (их изображений с переключением»), так и новые, оригинальные («образование предложений с омонимами», «компликаторная методика»). В качестве вспомогательных методов в исследовании применялись анкеты или вопросники по самооценке ригидности, заимствованные из зарубежных работ и адаптированные к нашим условиям (всего 4 анкеты, содержащие 57 вопросов).

Методы исследования ригидности как свойства личности

Решение арифметических задач (предложена А. Лачинз в 1959 г.). Испытуемым предлагается решить 10 простых арифметических задач. В каждой задаче дается три пустых сосуда различной емкости. На сосудах нет никаких отметок или делений, известна только их емкость. С помощью сосудов необходимо отмерить или получить путем определенного манипулирования – реального или символического – ровно столько жидкости (например, воды), сколько требуется по условиям каждой задачи. В нашем случае манипулирование производилось в уме, задачи решались письменно. На решение одной задачи давалось не больше двух минут (см. прил. 1).

После решения задачи-образца (обозначенной как задача нулевая), о чем испытуемые предупреждались заранее, экспериментатор каждые две минуты дает новую задачу. Первые пять задач могут быть решены только более или менее сложным способом: B–2C–A; шестая, седьмая, девятая и десятая – как тем же (B–2C–A), так и более простым способом (например, седьмая задача: A+C). Наконец, восьмая задача решается только одним и притом простым способом: A–C.

Нерешение восьмой задачи служило показателем ригидности испытуемого, т.е. его неспособности отказаться от привычного, ставшего неадекватным способа решения задачи и найти новый.

Прохождение словесных лабиринтов[2]. Испытуемым предъявляется 10 словесных лабиринтов – 10 квадратов с 36 клеточками, заполненными буквами, из которых необходимо найти выход. Выход из лабиринта указывает только одно слово – в каждом лабиринте новое (например, *докладывать, учительская, заканчивать, предложение, подвижность, управляющий, выступление, пролетариат, содружество, добровольцы*). Все слова начинаются в нижней правой клеточке (вход в лабиринт) и оканчиваются в верхней левой клеточке (выход из лабиринта). Все десять лабиринтов даются как образец (см. прил. 2).

Чтобы успешно найти (прочитать) слово, указывающее путь к выходу из лабиринта, необходимо соблюдать следующие правила: продвигаться по лабиринту только от клеточки к клеточке (от буквы к букве) по вертикали и горизонтали в сторону выхода и только по прямому углу (нельзя идти наискосок); запрещается также «прыгать» через клетки. На прохождение каждого лабиринта дается не больше двух минут.

Отличаясь от предыдущего содержанием экспериментального материала, этот эксперимент аналогичен ему по принципу построения и критериям оценки результатов – успех или неуспех при прохождении 8-го лабиринта являлся индикатором ригидности испытуемого.

Образование предложений с омонимами[3]. Испытуемым экспонировались 25 карточек. На каждой карточке было написано слово «ключ» в сочетании с другим словом. Испытуемому предлагалось при каждом предъявлении придумывать по одному предложению, которое обязательно включало бы написанные на карточке два слова. Оговаривалось, что предложения могут быть любыми по своим размерам и содержанию, главное – быстрота реакции.

Все пары слов были упорядочены следующим образом (см. прил. 3). Задачей первых десяти пар слов (серия А) является актуализация и фиксирование у испытуемых установки на порождение предложений со словом «ключ» в значении «отмычка». Последующие пять пар (серия В – контрольная) определяет «чувствительность» испытуемых к фиксации установ-

---

[2] Такая методика была впервые, видимо, применена Э. Кауэном (1951).

[3] Методика предложена А. Харашем (1970).

ки. Серия С (критическая) – показатель степени ригидности испытуемых (переходит или не переходит испытуемый на порождение предложений со словом «ключ» в значении «родник» и как скоро он это делает).

Анкеты (вопросники) по самооценке ригидности. Вопросник Р. Нигневицкого (по Дж. Бренгельману, 1960, 183).

Методы изучения ригидности как состояния

Для изучения ригидности как состояния применялась *компликаторная методика*. Инструкция испытуемому: компликатор включается дважды по десять раз на 15 с (на 1-й и 2-й скорости вращения стрелки по кругу и на определенном месте – при совмещении стрелки с определенной цифрой на круге – будет слышен щелчок). Ваша задача внимательно смотреть и записывать при каждом включении прибора цифру, при совмещении стрелки с которой слышен щелчок. Первое совмещение с О. При первых семи включениях (1-я скорость) у испытуемых создастся установка на увеличение цифры «совмещения», а дальше увеличение прекращается (о чем испытуемые не знают): 0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 60, 60, 60. При включении 2-й скорости (стрелка вращается значительно быстрее, тише становится щелчок) увеличение цифры «совмещения» прекращается уже с пятого включения: 0, 10, 20, 30, 40, 40, 40, 40, 40, 40.

Во второй серии (и другая группа испытуемых) инструкция несколько менялась: экспериментатор предупреждал испытуемых перед каждым включением, что он будет все время увеличивать интервал на 10 единиц (хотя и не всегда это делал); структура включений была несколько иной – 1-я скорость: 0, 10, 20, 30, 30, 30, 40, 40, 40, 40; 2-я скорость: 0, 10, 20, 30, 30, 30, 30, 30, 30, 30.

Испытуемым также предъявлялись эксперименты на ригидность, описание которых мы дали выше, но при этом экспериментальные задания предъявлялись как в «стандартных» или «нормальных» условиях, так и в условиях искусственно вызванной психической напряженности, введением некоторых, по выражению М. Франкенхойзер (1970), «отвлекающих факторов», или стрессоров [Селье, 1960]. В наших экспериментах ими были: вынужденное ускорение темпа и критика работы испытуемых, увеличение скорости вращения стрелки компликатора и введение «внушающего момента»; соревновательный момент; предупреждение экспериментатора о том, что результаты эксперимента будут проверяться директором школы; предупреждение непосредственно самого директора: «Ребята, надо постарать-

ся и не опозорить честь школы!»; «задания являются проверкой пригодности к занятиям в кружке «Юные космонавты».

Методы исследования ригидного действия (фиксированных форм поведения). Исследуя ригидное действие, мы в основном реинтерпретировали результаты, полученные нами с помощью тех методов, описание которых мы дали выше. С этой же целью мы привлекали данные, полученные другими авторами и с помощью других методик в исследованиях как на здоровых, так и на больных испытуемых [Кулюткин, 1970; Лачинз и Лачинз, 1959; Герсамиа, 1966; Дункер, 1965; Левин, 1935; Выготский и др., 1934].

Методы математической обработки. Полученные в наших экспериментах результаты были подвергнуты статистической обработке с применением вариационного, корреляционного, дискриминантного и факторного анализа, что нашло отражение в соответствующих таблицах и в прилагаемых к соответствующим параграфам и разделам статистических данных.

Спецификация методов исследования. Для того чтобы показать, что все эксперименты (основные и некоторые дополнительные), использованные на первом этапе нашего исследования, измеряют одно и то же свойство или один и тот же фактор, мы применили факторный анализ. При помощи однофакторной модели Спирмена (1967, 251–271) была подвергнута факторизации матрица корреляций шестого порядка для 40 человек.

Наименьшие факторные веса получили 5, 6 и 4-й показатели (два вспомогательных метода – вопросники ригидности – и дополнительный метод). За счет этого при определении остаточных коэффициентов корреляции обнаружилось, что наибольшим остаточным коэффициентом является 0,25. Отсюда получается, что вероятность непоявления такого остаточного коэффициента всего около 32%. Это довольно низкая вероятность. Но поскольку остальные остаточные коэффициенты корреляции значительно меньше 0,25 (т.е. наибольшего), то вероятность их появления тоже значительно больше. А поэтому полученные нами корреляции допускают их интерпретацию как действия одного фактора. Иначе говоря, есть основание полагать, что эксперименты, которые применялись в нашем исследовании, измеряют один фактор или одно свойство – ригидность.

Второй этап исследования (1983–1988 гг.). Рассматривая психическую ригидность как сложное (многомерное) явление, которое в одном экс-

перименте (одной методикой) не охватить и не исчерпать, мы включили в программу нашего исследования ряд экспериментальных методик (в их жестком варианте) и тестовые вопросники. В работе были использованы экспериментальные методики – модифицированные и оригинальные – для выявления степени выраженности ригидности в той или иной подструктуре личности («теппинг-тест», «зеркальный навык», «красно-черная таблица Шульте-Горбова», «лабиринт», «унификация»), а также разработанный нами Томский опросник ригидности (ТОРЗ), ориентированный на изучение вклада в общую оценку ригидности всех подструктур личности.

Остановимся, прежде всего, на экспериментальных методиках.

Теппинг-тест, эта двигательная проба в виде постукивания пальцем руки, предложенная для решения диагностических задач в психиатрии Э. Крепелиным еще в 1896 г., не потеряла своей актуальности и в настоящее время [Пишо, 1977. 129]. Действительно, теппинг-тест, в силу простоты выполнения, возможности его варьирования и наличия разного рода модификаций, получил широкое применение в исследованиях нейро- и психодинамических особенностей человека.

Индикатором ригидности в психодинамической подструктуре личности в нашем исследовании является показатель, который мы обозначили как «изменчивость психомоторного темпа» (ИПТ). Определялся он по формуле

$$ИПТ = (МАТ - АТ) + (АТ - МИТ): 2,$$

где МАТ – максимальный темп; АТ – автотемп и МИТ – минимальный темп.

Эксперимент проводился с помощью приборного варианта теппинг-теста, сконструированного как части экспериментального комплекса СТЛАН-01 (см. прил. 4), разработанного и созданного нами при содействии кафедры промышленной и медицинской электроники ТПУ (г. Томск).

Эксперимент состоял из двух серий.

Серия 1. Испытуемый должен был указательным пальцем ударять по кнопке в течение 10 с, начиная и заканчивая по звуковому сигналу:

а) в удобном для него темпе – АТ;

б) в максимально возможном для него темпе – МАТ;

в) опять в удобном для него темпе (АТ-2);

г) в минимально возможном для него темпе – МИТ;

д) опять в удобном для него темпе (АТ-3).

Серия 2. Испытуемого, сообщив ему предварительно результаты по МАТ, просили еще раз постучать в максимальном темпе, но постараться сделать больше ударов за то же время (МАТ-2). При этом испытуемого предварительно спрашивали, на сколько больше ударов он сможет сделать в этот раз (уровень притязаний – УП).

Таким образом, с помощью теппинг-теста мы, помимо основного показателя – ИПТ как индикатора ригидности, получили ряд дополнительных, необходимых для описания динамических и типологических характеристик психической ригидности.

Зеркальный навык. Эта методика в практике медико-психологических исследований фактически не использовалась. С ее помощью изучались особенности формирования и перестройки (интерференции) сенсомоторных навыков [Гурьянов, 1945; Рагинская, 1972].

Нам представляется исключительно важным в рамках изучения ригидности рассмотрение навыка в более широком контексте сознательной и автоматизированной деятельности (поведения) человека. «Вопрос о навыках в широком смысле слова, – писал С.Л. Рубинштейн, – является вопросом о соотношении сознательности и автоматизма в поведении человека – их полярности, взаимосвязи и взаимопереходов друг в друга. Эта проблема и это соотношение распространяются на все функции, на всю деятельность человека. С этим единством автоматизма и сознательности связано также характерное для навыка единство устойчивости и изменчивости (вариативности), фиксированности и лабильности... нельзя рассматривать навык как затвердевшую, косную совокупность фиксированных движений. При этом оба противоположных свойства навыка должны быть взяты в их единстве... навыки функционируют внутри мышления...» (1946, 462).

В нашем исследовании была использована модификация «зеркального навыка» – в приборном исполнении – как часть экспериментального комплекса СТЛАН-01.

Согласно инструкции испытуемый выполнял это задание в два этапа: на первом этапе он обводил специальным штырем обычную фигуру с изломанным контуром («звездочку»), стараясь сделать это как можно быстрее и в то же время без ошибок – штырь не должен соскакивать с фигуры на находящуюся в ее основе пластину. На электронном счетчике регистрировались ошибки и время обводки. На втором этапе условия выполнения того же задания менялись – испытуемый должен был обводить

фигуру, глядя в зеркало[4] (движения руки контролировались в зеркальном отражении).

Учитываемым параметром в данном случае было время выполнения задания в трех показателях: а) время прохождения обводки в зеркальном отражении; б) разница во времени на обводку второго и первого этапа; в) индекс – отношение времени первой обводки ко времени второй обводки.

Красно-черная таблица (Шульте–Горбова). Эта методика обычно используется для исследования переключения и распределения внимания. В набор методик исследования ригидности (точнее, пластичности) «красно-черные таблицы» включил впервые С.В. Калашников (1979), но при исследовании здоровых лиц. В данном исследовании эта методика служит выявлению особенностей проявления ригидности в когнитивной подструктуре личности.

Нами был использован сокращенный ее вариант с целью сделать ее доступной для больных всех исследованных групп. Таблица представляет собой квадрат из 575 клеток, в которые в случайном порядке помещены от 1 до 13 чисел черного цвета и от 1 до 12 чисел красного цвета. Эксперимент состоял из 3 серий. Сначала (1-я серия) испытуемому предлагалось как можно быстрее показать на таблице и назвать черные числа от 1 до 13 в возрастающем порядке. Далее (2-я серия) испытуемый должен был показать красные числа в убывающем порядке от 12 до 1. И наконец (3-я серия), испытуемому предлагалось показывать попеременно черные числа в возрастающем порядке, а красные – в убывающем. Основным параметром в нашем исследовании было время (которое не ограничивалось), выражаемое в ряде показателей: а) время на одновременное нахождение черных и красных чисел; б) разность затраченного времени на одновременный поиск черных и красных цифр и суммированного времени на раздельный поиск чисел; в) время на поиск одной цифры при поиске отдельно красных чисел; г) время на поиск одной цифры при поиске одновременно черных и красных чисел.

[4] Зеркальный эффект, изучение которого восходит в XIX в. к исследованиям Г. Гельмгольца, вызывался с помощью призм или призматических очков. Описание целого ряда таких исследований, направленных на изучение взаимодействия зрения и осязания, приводит И. Рок (1980). В сфере перцепции психическая ригидность также изучалась с помощью призматических очков анисейконических линз, где ее показателем было время адаптации, перестройки в зрительной системе, позволяющей субъекту снова видеть все в нормальном положении [Becker, 1953]. Frenkel-Brunswik (1949, 1973) усматривает в таком перцептуальном поведении проявление всей структуры личности. Не возражая против этого, мы тем не менее считаем, что «зеркальный навык» выявляет особенности проявления ригидности прежде всего в практической подструктуре личности.

Лабиринт. Экспериментальная методика – модификация «вербального лабиринта» [Залевский, 1976] в приборном варианте как часть экспериментального комплекса представляет собой набор кнопок – ячеек лабиринта на электронной основе с подключением электронного миллисекундомера и фиксатора ошибок. Согласно разработанным десяти программам прохождения лабиринта (нижняя правая кнопка – это вход в лабиринт, а верхняя левая – выход из него) испытуемый в первых пяти из них может выйти из лабиринта только более или менее сложным путем, сделав 2–3 поворота в направлении «вверх» и «налево». Три следующие программы – индикаторы готовности испытуемого использовать прежний способ выхода из лабиринта при возможности выбора между ним и новым (и даже более простым) – «с одним поворотом вверх до конца и налево» либо «налево до угла с одним поворотом направо вверх». Две последние программы – контрольные. Чтобы выйти из лабиринта, необходимо переключиться на новый и более простой (один из уже описанных выше) способ. Если испытуемый решает задачу неправильно – нажимает не ту кнопку, то звучит сигнал и фиксируется ошибка выполнения. Количественным показателем ригидности, выявляемой в когнитивной подструктуре личности, являются время выполнения 9-й программы и число допущенных ошибок; качественным показателем является сам факт выполнения – невыполнения контрольных программ.

Унификация изображений объектов с переключением («Унификация»). В настоящем исследовании был использован модифицированный вариант методики, которую мы ранее описали (1976). Суть изменений состояла прежде всего в том, что в этот раз мы ее использовали в двух вариантах: коротком – 20 карточек и расширенном – 50 карточек. Изменения состояли и в процедуре проведения эксперимента – испытуемый не только не ограничивался во времени экспозиции каждой карточки, но после завершения предъявления всех карточек экспериментатор возвращался к «нерешенным» карточкам и снова предъявлял их испытуемым. Содержание самой методики представлено в прил. 5, а ее суть и структура состояли в следующем.

Испытуемому предъявляли по одной карточке в определенном порядке, на которых были изображены три разных объекта или три группы разных объектов. Ему предлагалось сказать, что, по его мнению, является общим для них или что объединяет объекты на предъявляемой карточке. Как уже говорилось выше, время экспозиции не ограничивалось, так как критерием – параметром в данном случае – была не скорость, а сам факт нахож-

дения принципа унификации. Структура методики следующая. Вариант 20 карточек: изображенные на карточках с 1-й по 10-ю предметы могут быть объединены по функциональному признаку, например «все – транспорт», «одежда» и т.д. Все предметы на этих экспозициях разного цвета. Экспозиции 11–13-я могут быть унифицированы как по функциональному признаку, так и по «формальному» (цвету), так как объекты на карточке одного цвета. Экспозиционная группа с 14-й по 20-ю карточку могла быть унифицирована только по цвету (по конкретному цвету или «много цветов»).

Вариант 50 карточек, включая в себя и 20 карточек короткого варианта, предусматривает необходимость переключения испытуемого на другой («формальный») признак унификации еще 10 раз («цвет», «форма», «количество», «колется», «усы», «начинается с одной и той же буквы»).

Как уже было сказано выше, параметром психической ригидности, выявляемой в когнитивной подструктуре личности, по этой методике было: переключался или нет испытуемый на новый признак унификации изображенных на карточке объектов. Конкретными же показателями этого параметра были: а) номер предъявляемой карточки в коротком варианте, на которой испытуемый переключался на новый признак унификации; б) количество переключений в коротком варианте; в) балльная оценка выполнения заданий полного варианта.

Поскольку первая контрольная группа экспозиций в коротком варианте начинается с № 12 и кончается № 20, то первый показатель параметра ригидности будет находиться в этих пределах, если испытуемый переключился на одном из них. Если же нет, то ставится № 21. Второй показатель введен потому, что нередко случалось следующее: переключившись на одной из экспозиций, например на № 14, испытуемый мог не переключаться на одной или всех последующих экспозициях (мы объясняли это явление «неполной объективацией» [Залевский, 1976]). Количество переключений находится в пределах от 0 до 7 раз.

В полном варианте количество переключений равно 8, что соответствует числу экспозиционных групп, унифицированных по «формальному» признаку. Балльная оценка (БО) выполнения задания в полном варианте рассчитывалась по формуле

$$БО = (а \times 5)+(б \times 3)+(в \times 2),$$

где *а* – количество переключений в полном варианте (от 0 до 8), каждое из которых оценивалось в 5 баллов; *б* – количество первых экспозиций (от 0 до 4), оцениваемых в 3 балла; *в* – количество остальных экспозиций в этих

восьми группах (от 0 до 12), оцениваемых в 2 балла. Пределы БО – от 0 до 76 баллов.

Томский опросник ригидности Залевского (ТОРЗ). С целью изучения психической ригидности ряд исследователей пользовались специальными тестовыми вопросниками или шкалами [Белоус, 1968; Gervin, 1957; Brengelmann, 1960; Rubenovitz, 1963]. Все они представляют собой монотематические или однодимензиональные методики. В некоторых случаях они (или близкие им по смыслу) включались в качестве уже субшкал в многомерные вопросники (например, 6-я шкала MMP1, которая в модификации отечественных авторов обозначается как шкала «аффективной ригидности» [Березин и др., 1976; Собчик, 1978]), в многофакторные шкалы (фактор Qi – «консерватизм темперамента» [Cattel, 1966]).

В зависимости от взгляда различных авторов на сущность психической ригидности и задач, стоящих перед исследователями, вопросники отличались как содержанием включенных в них вопросов (items), так и их количеством, способом реагирования на них и обработкой результатов.

В своем последнем варианте ТОРЗ [Залевский, 2000] состоит из 150 вопросов (утверждений), содержание которых отражает достаточно широко те ситуации, в которых от человека требуется изменить отдельные элементы программы своего поведения или ее в целом «под напором опыта» – образ жизни, стереотипы, отношения, установки, привычки, навыки, темп и ритм жизни и деятельности, средства достижения какой-либо цели или саму цель и т.д. (см. прил. 6).

В связи с монотематичностью и в целях повышения достоверности результатов опросник сбалансирован по следующим параметрам: 1) чтобы избежать монотонии, создаваемой однообразием формулировок, пункты ТОРЗ сформулированы в виде вопросов и утверждений; 2) с учетом «стиля ответов» (одни опрашиваемые более склонны к утвердительным, другие – к отрицательным ответам) применялись различные формы вопросов и утверждений.

Отвечать на пункты ТОРЗ испытуемые должны были одним из четырех возможных вариантов, согласия-несогласия: «да», «скорее да», «нет» и «скорее нет». Количественная оценка ответов по каждому пункту вопросника, отражающая наличие или отсутствие исследуемого признака – психической ригидности, была следующей: 0 – признак отсутствует, 1 – слабо выражен, 3 – сильно выражен и 4 – чрезвычайно выражен.

Структурно ТОРЗ представляет собой 8 шкал, в каждую из которых входит определенное число вопросов/утверждений.

1. *Шкала «симптомокомплекс ригидности»* (СКР) отражает склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения – персеверациям,

навязчивостям, стереотипиям, упрямству, педантизму и собственно ригидности.

2. *Шкала «актуальной ригидности» (АР).* Именно последний аспект шкалы СКР (ригидность в собственном или узком смысле – неспособность (чаще всего неосознаваемая) при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания и т.п.) отражен во входящей в СКР субшкале «актуальной ригидности» (АР). Вопросы и утверждения этой субшкалы в разном количестве и модификациях, в зависимости от назначения, входят и в остальные 5 шкал ТОРЗ.

3. *Шкала «сенситивной ригидности»* (СР) отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений, возможно, страх перед новым, своего рода неофобию. Это, несомненно, личностный уровень проявления психической ригидности (ПР), выраженный в эмоциональном отношении и соответствующий требованиям объективной действительности.

4. *Шкала «установочной ригидности»* (УР) также отражает личностный уровень проявления ПР, выраженный в осознанной позиции, отношении или установке на принятие – непринятие нового, необходимости изменения самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек и т.п.

5. *Шкала «ригидности как состояния» (РСО).* Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что в состоянии страха, стресса (дистресса), плохого настроения, утомления или болезни человек в высокой степени склонен к ригидному поведению. В обычных условиях такого поведения он может не проявлять. Правда, нередко ригидность как состояние (как реакция) сочетается с ригидностью как чертой характера, а потому проявляется с исключительной силой и тотально.

6. *Шкала «преморбидной ригидности»* (ПМР). Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что испытуемый уже в подростковом и юношеском возрасте (школьном возрасте) испытывал трудности в ситуациях, требующих каких-либо перемен, нового подхода, решения и т.п. Опрашиваемые взрослые ретроспективно оценивали то, как они себя обычно вели, переживали и решали те или иные проблемы в соответствующих ситуациях в школьном возрасте (для больных это обычно период до наступления болезни – преморбидный период).

7. *Шкала «реальности»* (ШР). Это вид контрольной шкалы. Она показывает, исходит ли испытуемый в своих ответах на вопросы ТОРЗ из своего опыта («Мне уже приходилось менять место жительства, работу и т.п.») или толь-

ко из предположений о том, как бы он поступил в соответствующих ситуациях. Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что в ответах на вопросы ТОРЗ испытуемый исходил, скорее всего, из своих предположений, а поэтому результаты обследования не могут вызывать доверия.

8. *Шкала «лжи»*. Она состоит из 9 пунктов, заимствованных из вопросников Г.Ю. Айзенка.

Каждая шкала (за исключением 7-й и 8-й шкал) оценивается по количественным параметрам интенсивности психической ригидности (ИПР) и экстенсивности психической ригидности (ЭПР). Показателем ИПР является алгебраическая сумма оценок ответов, несущих признак от «слабо выражен» до «очень сильно выражен», – из общего числа возможных ответов на вопросы шкалы. ЭПР может быть трех уровней. ЭПР первого уровня (ЭПР-1) определяется числом ответов всех трех градаций наличия признака: «выражен слабо», «выражен сильно» и «выражен очень сильно»; ЭПР-2 – числом ответов с градациями признака «сильно выражен» и «очень сильно выражен»; ЭПР-3 – числом ответов с одной градацией признака – «очень сильно выражен».

Высокие показатели по ЭПР-1 свидетельствуют о том, что психическая ригидность «поражает» очень широко структуру личности по вертикали и/или горизонтали. «Тотальность» психической ригидности может быть невыраженной по глубине, диффузной при низких показателях ЭПР-2 и особенно ЭПР-3 и сильно или даже очень сильно выраженной по глубине при их высоких значениях.

Низкие показатели ЭПР-1 свидетельствуют лишь о «парциальности» проявления психической ригидности, которая может быть разной глубины в зависимости от величины показателей ЭПР-2 и ЭПР-3.

Параметр экстенсивности психической ригидности дает дифференцированное представление о параметре ее интенсивности, который хотя и содержит в себе «экстенсивность», но «раскрывает» ее лишь в крайних своих показателях – в минимальном (нулевом) и максимальном (в зависимости от шкалы). Поэтому в пределах между этими крайними точками лишь параметр экстенсивности помогает понять, за счет чего получен тот или иной показатель параметра интенсивности, а также в чем структурно-содержательные (качественные) различия количественно одинаковых показателей интенсивности психической ригидности.

Конкретные утверждения и вопросы, входящие в ту или иную шкалу, приводятся в виде ключа в бланке протокола к ТОРЗ (см. прил. 6). Там же дается и инструкция испытуемому.

Показатели интенсивности и экстенсивности, а также глубины проявления психической ригидности использовались не только для описания личности и ее структуры в целом, но и для характеристики ее интраструктуры, определяемой «вкладом» отдельных ее подструктур в общую оценку в сравнительно-нозологическом плане и при сравнении нормы и патологии. Опираясь на концепцию «динамической структуры личности» [Платонов, 1986], а также исходя из предположения о том, что психическая ригидность может «поражать» сферы личности неравномерно и своеобразно с учетом как индивидуальных, так и нозологических особенностей, вопросы и утверждения ТОРЗ охватывают все подструктуры личности: динамическую, праксическую, когнитивную, эмотивно-аффективную и психосоциальную. Баллы по ИПР каждой из подструктур переводятся в стэны (поскольку на каждую подструктуру приходилось разное количество вопросов/утверждений) для получения показателя «интраструктурного проявления психической ригидности». Он выражается в виде цифрового кода, каждая цифра которого отражает степень «вклада» той или иной сферы личности в общую оценку ИПР, либо в виде профиля, поддающегося графическому изображению.

Психометрическая характеристика (надежность и валидность) ТОР. Надежность вопросников обычно характеризуется двумя показателями: стабильностью во времени результатов опросника, проведенного на одной и той же выборке (ретестирование), и внутренней согласованностью пунктов, входящих в одни и те же шкалы. Стабильность ТОРЗ исследовалась на выборке из 90 здоровых испытуемых с интервалом 3–4 недели. Показатель стабильности оказался достаточно высок – 0,87. Внутренняя согласованность определялась на выборке из 219 человек с помощью факторного дисперсионного анализа [Гласс, Стэнли, 1976]. Попарные и общие сопоставления шкал ТОРЗ выявили на достоверном уровне более высокую согласованность внутри каждой шкалы, что свидетельствует об эмпирической однородности шкал ($t = 21{,}08$; $p < 0{,}01$).

Валидность ТОРЗ была измерена:

а) Вычислением конвергентной валидности как коэффициента корреляции шкалы СКР, которую фактически составили русские варианты вопросников Brengelmann (1960) и Rubenovitz (1963) (см. [Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения. Иркутск, 1976. С. 86–90]), с остальными шкалами ТОРЗ, а также этих шкал со шкалой «аффективной ригидности» MMPI [Березин и др., 1976]. Все указанные нами шкалы измеряют, скорее всего, одну и ту же характеристику личности, хотя и с акцентом на разные ее аспекты.

б) Внешней валидностью, которая демонстрируется статистически высокодостоверными различиями между показателями шкал, полученными на выборке здоровых из 219 человек и нервно-психических больных (пограничные состояния, шизофрения) из 521 человека и подтвердившими гипотезу «о значительно меньшей гибкости больных» ($p < 0,01–0,001$).

В качестве дополнительных в нашем исследовании были использованы такие методики, как: шкала ригидности Cervin (1957), MMPI в модификации Ф.Б. Березина с соавт. (1976), Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) [Личко, Иванов, 1977], а также шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина [Ханин, 1976].

Математико-статистические методы обработки данных

Соответственно цели и задачам второго этапа исследований был использован адекватный математический аппарат для обработки накопленных в банке данных: дискриминантный анализ с применением t-критерия Стьюдента и χ^2 – критерия Пирсона, корреляционный и многофакторный дисперсионный анализы [Артемьева, Мартынов, 1975; Гласс, Стэнли, 1976; Готтсданкер, 1982].

Для решения некоторых задач в индивидуальной патопсихологической дифференциальной диагностике – по какому типу, например, нормы или патологии, шизофрении или невроза, представлена психическая ригидность у конкретного обследуемого – нами были использованы математические методы теории распознавания образов: «формула Байеса» и «неоднородная последовательная статистическая процедура Вальда» [Гублер, 1979]. В качестве признаков распознавания здесь выступили те вопросы (утверждения) ТОРЗ, которые значимо и на достоверном уровне по величине χ^2 различали между нормой и патологией. Альтернативная диагностика осуществлялась в автоматизированном и в табличном вариантах.

Раздел II

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

Глава 1

ДИСПОЗИЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

§ 1. Феноменология и природа психической ригидности

Многие исследователи приходили к выводу, что психическая ригидность является одной из тех территорий психологии, вступив на которую исследователь оказывается на очень зыбкой почве, насыщенной всяческими трудностями и сюрпризами. Психическая ригидность – отнюдь не простое понятие, и ему нелегко дать приемлемое для всех определение [Chown, 1959; Leach, 1962]. Но поскольку очень желательно, чтобы «каждый термин в психологии был точно и строго определен» [Ломов, 1984, 49] и для любого исследования определение используемых понятий является необходимым, то изучавшие ригидность обычно выбирали в рамках альтернативы либо прямую «атаку» на само понятие (более трудный путь), либо использование одного из многих существующих определений ригидности и соответствующих методик и получение, как правило, узких данных. Это более легкий путь, им шло большинство исследователей психической ригидности. Он же, если учесть и их разную методологическую ориентацию, с неизбежностью привел к имеющимся сегодня трудностям в проблеме психической ригидности. В наших исследованиях мы, пытаясь снять эту альтернативу, идем одновременно двумя обозначенными выше путями.

Терминологическая многозначность понятия психической ригидности

Ригидность – от латинского rigeo, rigiditas, что значит быть негибким, жестким, окостенелым. В психологию этот термин перешел из физики, где

им обозначают свойство тел сопротивляться изменению их форм; измеряется это свойство отношением силы касательного давления к величине произведенного изменения формы тела. Противоположное ригидности свойство обозначается термином «флексибильность». В данной работе ригидность и флексибильность рассматриваются как полюсы континуума, как биполярный концепт, что находит своих сторонников в лице ряда отечественных и зарубежных исследователей [Левитов, 1971; Белоус, 1971; Luchins and Luchins, 1959; Rubenovitz, 1963].

В психологическом контексте проблема ригидности родилась и развивалась не только в русле факторно-аналитического подхода к персеверации. В то же самое время (конец 30-х гг. XX столетия) ригидность начинает играть заметную роль и в психоаналитической системе З. Фрейда и его последователей, в системе топологической психологии К. Левина (видимо, К. Левин был первым, кто ввел в психологию термин «ригидность») и в концепции дихотомии «абстрактного – конкретного мышления» в норме и патологии невролога К. Гольдштейна. Количество исследований ригидности, начиная с этого времени, неудержимо растет, что не удивительно, поскольку ригидность современным исследователям показалась столь же многообещающей, как в свое время персеверация Ч. Спирмену. Ригидность изучалась и как неврологически детерминированная особенность восприятия, и как тип перцептуальной защиты, и как проявление основных личностных переменных; она изучалась в лаборатории и в социальной сфере, среди выборочных групп и в общей популяции. Но, как замечает П. Лич, «везде это понятие вызывало разногласие среди видных психологов; все еще мало единодушия в отношении идентичности ригидности и ее составляющих» (1967, 11). Об этом же пишет и Ш. Чоун: «...ригидность – отнюдь не простое понятие, далеко не ясны нам и ее составляющие» (1959, 195). После столкновения с проблемой ригидности многие исследователи, как мы уже отмечали выше, приходили к выводу, что ригидность является, к несчастью, одной из тех немногих областей психологии, которые встречают исследователя всяческими трудностями и неожиданностями. Что же касается существующих дефиниций ригидности, то еще в 1956 г., по подсчетам Р. Кэттела, их уже было свыше 50. Само собой разумеется, что за последние десятилетия это число значительно выросло. Мы же приведем здесь примеры наиболее «популярных» определений ригидности, родившихся в период самого расцвета исследовательского интереса к ней. В обзорной статье, посвященной исследованиям ригидности, Ш. Чоун (1959, 195) одной из лучших дефиниций ригидности называет ту, которую дает ей Кэттел, а именно:

«...трудность, с которой изменяются установившиеся навыки (habits) перед лицом новых требований». К. Гольдштейн определяет ригидность как «неадекватную скованность поведения» (1943); Г. Вернер – как «недостаточную вариабельность реакций» (1946); А. Лачинз понимает под ригидностью «слепую привязанность к установочному, привычному, способу решения задачи, даже если он не приводит к успеху» (1959).

При всей многочисленности дефиниций, как показал их анализ, психическая ригидность определяется преимущественно через категорию способностей – «индивидуально-психологических особенностей личности, являющихся условием успешного выполнения той или иной продуктивной деятельности» [Петровский, Ярошевский, 1985, 339]. Но хочу подчеркнуть, что в данном контексте способность понимается не только «как способность мочь», но и как «способность хотеть». Отсюда понимание ригидности как (относительной) неспособности личности в случае требований объективной ситуации «изменить свою психическую установку» [Warren, 1934]; «реагировать на новую ситуацию» [Wand, 1955]; «изменить действие или отношение» [English and English, 1959]; «поставить себя на место другого человека» [Bonner, 1961]; «изменить поведение» [Coville, 1963]; «реорганизовать проблемный материал» [Guilford et al., 1971]; «переструктурировать способы поведения» [Cattell, 1964]; «усвоить новые средства приспособления», «корректировать программу деятельности» [Давыдов, 1983]; «неспособность отказаться от старой гипотезы» (Д. Бруннер, цит. по: [Элиава, 1966, 311–312]); «неспособность изменить установку или структуру поля, хотя этого требуют объективные условия» [Roakeach, 1948]; «трудность перехода от старых отношений к новым» [Buss, 1952] и др.

В ряде работ [English and English, 1959; Bonner, 1961; Давыдов, 1983 и др.] ригидность, как «неспособность», включает в себя несколько указанных аспектов. Так, в «Словаре психологических и психоаналитических терминов» Х. Инглиш и А. Инглиш ригидность определяется как «привязанность к ставшему неадекватным способу действия и восприятия или относительная неспособность изменить действие или отношение, когда этого требуют объективные условия» (1959, 467).

Некоторые авторы в своих дефинициях психической ригидности делают упор на том, что лежит в основе «неспособности к изменению». Исходя из этого, они определяют психическую ригидность как «приверженность к неадекватному способу выполнения задания» [Goldstein, 1943], «тенденцию придерживаться привычного» [Buss, 1952], «привязанность к неадекватному способу поведения и восприятия» [English and English, 1959].

В ряде определений психической ригидности указывается на то, что личность не реагирует на требования объективной ситуации не просто в силу (относительной) неспособности или приверженности к неадекватному способу поведения (т.е. не может иначе), но и в силу своего нежелания (т.е. не хочет иначе, даже если может): «упорствует в определенных формах поведения» [Bonner, 1961], «проявляет недоброжелательность к новому, к изменениям» [Левитов, 1971] и даже «сопротивляется изменению» [Cowen, 1932; Drever, 1967].

Чаще всего психическая ригидность определяется альтернативно: либо как свойство личности, либо как характеристика поведения. Но есть исследования, в которых даются определения ригидности, охватывающие одним понятием то и другое – личность и поведение. Так, Coins (1962), Rubenovitz (1963) предлагают в качестве такого понятия понятие «ригидности как конструкта». Они исходят из идеи внутреннего единства понятия психической ригидности, основываясь на данных факторно-аналитических исследований. Трудности проникновения в сущность ригидности, видимо, связаны и с тем, что многие исследователи рассматривали ригидность как некую универсальную психофизиологическую характеристику, как характеристику всей психической деятельности и поведения, никак не дифференцируя это понятие. Анализ же самого понятия и его развития в результате экспериментальных и клинических исследований открывает в этой проблеме новые перспективы. В конце 40-х – начале 50-х гг. прошлого столетия в связи с появлением новых экспериментальных данных происходит диалектическое, по существу, «раздвоение единого», т.е. понятия ригидности, и намечается один ее выход в сторону теории личности (догматизм, консерватизм, авторитаризм, конформность, психопатия и т.п.), а другой – в сторону теории состояний (тревога, стресс).

О внутреннем единстве понятия психической ригидности

Многочисленность дефиниций, выделение большого числа (свыше 50) «ригидностей» ставят под сомнение существование внутреннего единства понятия психической ригидности. Cattell and Tiner (1949), Fischer (1950), Harris et al. (1959), Guilford et al. (1971), Muchar (1972), Angleitner (1974), Joshi (1974), ссылаясь на отсутствие корреляций между тестами в факторно-аналитических исследованиях, делают вывод, что не существует единой общей черты ригидности, которая относилась бы ко всем видам действий: сенсорным, перцептивным, психомоторным, мыслительным и отношенчес-

ким, но имеется достаточно фактов в пользу существования большого числа ограниченных отдельных черт ригидности (или флексибильности).

Противоположного мнения придерживаются Cowen and Thomson (1951), Rubenovitz (1963). Они, исходя из данных собственных и других исследований, в которых были обнаружены положительные связи между тестами, считают ригидность общим фактором, объясняющим значительную часть изменений в мышлении, отношениях и внешнем поведении людей.

В существующих противоречиях, по мнению некоторых авторов [Chown, 1959; Luchins and Luchins, 1959], многое, видимо, зависит от тестов на ригидность, их типа и количества, включаемых в них заданий, а также от условий проведения исследований. Hermann (1956) же считает, что ответ на вопрос, существует ли «сквозная черта» – ригидность, зависит от ответа на вопрос о том, какой широты спектр поведения должна охватывать черта и в каком количестве секторов личности она должна быть представлена, чтобы считаться таковой. Когда из интеркорреляций различных тестов определяют степень общности какой-либо черты, то имплицитно предполагается, что эта черта представлена у всех пробандов при приблизительно одинаковой широте спектра. «Но должна быть вполне естественной мысль, – пишет Hermann, – что не только сила свойства варьирует от пробанда к пробанду, но также и широта (Durchgängigkeit – «сквозность»). В то время как обычно пытаются решить вопрос о генерализованности или специфичности свойства личности на общем для всех пробандов «общепринятом» уровне, его надо решать в специальном смысле – только для группы «похожих» пробандов. Будет ли понята эта группа похожих пробандов как тип, зависит от дефиниции понятия» (Там же, 669).

Близкую идеям Hermann мысль высказал значительно раньше, правда в отношении персеверации, Shewach (1936), предположив, что персеверация проявляется как функциональное единство у одних индивидов, у других же нет. То же самое писали Kogan and Wallach в отношении «склонности к риску» (цит. по: [Козелецкий, 1979, 349]). Существует лишь определенный класс людей, которые в ситуациях, связанных с риском, ведут себя одинаково. Как подчеркивает К. Леонгард (1981, 31) при описании педантичных личностей, что педантичность распространяется не на все области жизни, не все области психики вовлекаются в соответствующие проявления. Те же тенденции отмечаются и при описании настойчивости [Смирнов и др., 1956], внушаемости и критичности [Тихомиров, 1984], субъективных отношений [Ломов, 1984], волевых качеств [Иванников, 1985], уровня притязаний (Robaye, цит. по: [Бороздина, 1985]).

Как показывает терминологический анализ понятия психической ригидности, выяснение вопроса о его внутреннем единстве тесно связано с определением его места в системе родственных и близких ему понятий, о чем речь пойдет в следующем параграфе.

Ригидность в системе родственных и близких понятий

Как синонимы ригидности и/или флексибильности употребляются такие термины, как инертность, тугоподвижность, неповоротливость, стереотипия, персеверация, торпидность, вязкость, косность, фиксированность, фиксация, персистенция, догматизм, консерватизм, этноцентризм, упрямство, подвижность, динамичность, лабильность, пластичность, эластичность, гибкость, вариативность, переключаемость, беглость, адаптивность, механизированность, функциональная фиксированность, тормозимость, фиксированная установка, set, attitude, Einstellung и др.

Такое положение объясняется не только причинами, о которых шла речь выше, – выделением множества факторов (видов ригидности – флексибильности в рамках факторного подхода), стремлением некоторых исследователей как можно быстрее получить результаты по изучению ригидности и/или флексибильности, особенностью подходов к этим явлениям в рамках того или иного научного направления, но и причинами другого порядка – использованием упомянутых выше терминов без должной критической их оценки и оговорок в психологических и психопатологических исследованиях или при решении практических задач. На необходимость и возможность различения понятий и терминов, ассоциированных с ригидностью – флексибильностью, обращается внимание в целом ряде исследований. Но работа по терминологическому анализу психической ригидности не проделана, к сожалению, и по сегодняшний день. Мы подвергнем анализу лишь некоторые случаи смешения понятий, имеющие, с нашей точки зрения, исключительно принципиальное значение.

Рассмотрим, прежде всего, отношение ригидности к инертности и устойчивости.

Ригидность и инертность. Одним из источников, питающих терминологическое смешение, на наш взгляд, является так называемый физиологический редукционизм, когда психологические проявления свойств нервной системы отождествляются с этими свойствами, а также когда не учитывает-

ся многозначность свойств нервных процессов. Б.М. Теплов (1961), исследуя проблему психологических проявлений основных свойств нервной системы, писал, что «сила» и «подвижность» нервной системы накладывают глубокий отпечаток на характеристику поведения. И здесь же предупреждает, что типические картины поведения и типа, как комплекса свойств нервной системы, не могут быть просто «наложены» друг на друга. «Наиболее вульгарное решение вопроса о раскрытии закономерных связей между биологически обусловленными свойствами нервной системы и индивидуальными особенностями психики и поведения, – говорит К.М. Гуревич, – состоит в прямом переносе понятий и терминов физиологии в психологию: например, подвижность толкуется не только как свойство нервных процессов, но и как подвижность в поведении, быту, как быстрота при решении задач и т.д.» (1970, 14). «Конечно, быстрота и сила психических процессов, – писал Б.М. Теплов, – это очень «похоже» на подвижность и силу нервных процессов. Но это терминологическое сходство может вводить в заблуждение» (1960, 16). «Как в жизни откроется подвижность, – пишет К.М. Гуревич, – даже если она представлена у данного субъекта в высокой степени, этого заранее сказать нельзя; в зависимости от той общественной среды, в которой формировалась личность интересующего нас человека, подвижность может обнаружиться в смене объектов общения, в смене занятий, в легком переходе от одного образа жизни к другому, в переходе от одного варианта развития мысли к другому или в чем-либо еще» (1970, 58). О неоднозначности связи между динамическими и содержательными особенностями психики, о «много-многозначных связях» между свойствами нервной системы и темперамента, положения, которые распространяются и на соотношения между всеми другими уровнями, говорил и В.С. Мерлин (1973). В этой связи А.Н. Леонтьев (1975, 177) указывал, что особенности, характеризующие одно единство (индивида), не просто переходят в особенности другого единства, другого образования (личности), так что первые уничтожаются; они сохраняются, но именно как особенности индивида. Так, особенности ВНД индивида не становятся особенностями его личности и не определяют ее. Сила или слабость нервных процессов, уравновешенность их и т.д. проявляют себя лишь на уровне механизмов, посредством которых реализуется система отношений индивида с миром. Это и определяет неоднозначность их роли в формировании личности.

Причиной и следствием этого смешения понятий, видимо, является также не совсем правильное использование критериев их оценки: «скорость», «быстрота». На этом чаще всего основываются тесты на измерение ригид-

ности – флексибильности. Такими тестами нередко бывают задания, в которых требуется простое переключение в пределах равнозначных, однопорядковых действий, операций, где ничего не надо изменять, ни от чего привычного отказываться или преодолевать и т.д. При таком подходе все «тугодумы» должны бы быть отнесены к ригидным людям, хотя это далеко не так. История науки, да и жизненные наблюдения свидетельствуют: нередко талантливые люди отличаются тем, что дают решения даже волнующих их проблем не сразу, а через какой-то период времени; для них характерно так называемое «инкубирующее» мышление, т.е. длительное высиживание творческой идеи, типичным примером чего может быть Альберт Эйнштейн, успевающий посредственно в школе, главным образом, благодаря «тугодумию» [Prause, 1976].

Видимо, если ориентироваться на критерий «скорости», то тогда все без исключения представители «флегматического» типа темперамента должны быть отнесены к ригидным, а «холерического» и «сангвинического» – к флексибильным. Но даже в исследовании И.Г. Уракова (1977), в котором при обследовании больных алкоголизмом были именно такие ориентиры в понимании ригидности и соответствующий набор методик, в группе сангвиников 23% лиц оказались с чертами ригидности, среди холериков – 5,5%, в то время как 14% флегматиков оказались неригидными (флексибильными).

В литературе высказываются суждения о необходимости различать ригидность и инертность [Fahrenberg, 1976, 513], выражающуюся в неспособности к быстрым переключениям. Можно согласиться с Н.Д. Левитовым, что, «следуя Павлову, факторы психической ригидности *в какой-то мере* (курсив мой. – *Г.З.*) могут быть найдены с помощью исследования подвижности нервных процессов» (1977, 198).

В нашем понимании ригидность – флексибильность не есть инертность – подвижность (динамичность, лабильность нервных процессов). Считаем неправильным говорить о «ригидности нервных процессов» [Ураков, Куликов, 1977]. Ригидность – флексибильность не тождественны и не сводимы к тому явлению, которое измеряется «скоростью перехода от одного стереотипного способа умственного или практического действия к другому» [Теплов, 1960, 17] или проявляется в жизненных показателях типа «быстро или медленно ходит, говорит или думает» [Левитов, 1977, 198], т.е. свойству темперамента – лишь формально-динамической характеристике поведения человека.

В этой связи представляются интересными соображения Р. Майли о сути темперамента: «Мы вправе задать вопрос, а не изменилось ли полностью понятие темперамента? ...Если в прежнем понимании этот термин относил-

ся почти исключительно к эмоциональному аспекту действия, динамике поведения или его стилю, то понятие «фактор» (фактор темперамента, каковым автор вслед за Кэттелом считает и ригидность. – *Г.З.*) (1982, 89) совершенно очевидно включает в себя и *содержание действия*» (курсив мой. – *Г.З.*). Не пытаясь в данном месте определить свое отношение к поставленному вопросу в целом, считаем необходимым высказать предположение, что психическая ригидность – флексибильность, скорее всего, и представляет собой такое динамико-содержательное единство.

Ригидность и устойчивость. Следует отличать ригидность от устойчивости. К этому мнению склоняется целый ряд психологов и психиатров. Так, Werner (1946, 46), считая ригидность и устойчивость разными свойствами, указывает на то, что в изменяющейся среде устойчивость поведения в целом может быть достигнута только за счет гибкости его отдельных компонентов. Близко этому мнению и мнение Л.Л. Рохлина (1970, 206): устойчивость личности не следует понимать как наличие в ней ригидности; личность – это динамическая система, диалектически сочетающая в себе устойчивость и изменчивость. Физиологической основой устойчивости личности, в понимании Л.Л. Рохлина, является динамический стереотип, описанный И.П. Павловым (1951). В «Энциклопедическом словаре медицинских терминов» устойчивость системы определяется как «свойство системы возвращаться к исходному состоянию после прекращения воздействия, которое вывело ее из этого состояния; у живых систем устойчивость проявляется их способностью приспосабливаться к изменяющимся условиям существования» (1984, 216). Здесь же психической ригидности дается определение как «психопатологическому состоянию, при котором снижены подвижность, переключаемость и приспособляемость психических процессов (мышления, установок и др.) к меняющимся требованиям среды».

Различают ригидность и устойчивость и Clauss et al. (1976). Ригидность ими определяется как «психическое свойство, о котором говорят в тех случаях, когда поведенческие тенденции проявляют косность, негибкость (Starrheit) установок, цели и мнения, неподвижность и малую готовность к переключению» (1976, 455). Устойчивость же (Standhaftigkeit), по их мнению, есть «особенность характера, которая выражается в стабильности и резистентности убеждений, точек зрения и установок и тесно связана с упорством, твердостью принципов» (Там же, 511).

Несколько иного мнения придерживается Б.Ф. Ломов, анализируя устойчивость как особое измерение субъективных отношений личности. «Нужно

отметить, – пишет он, – что устойчивость может проявляться по-разному. В одних случаях она выступает как ригидность, как консервативно-привычное отношение; в других – она выражает принципиальную позицию личности» (1981, 333). В этом вопросе нам ближе мысль В.Н. Мясищева о том, что «...неспособность приспособиться к новым требованиям и разрешать новые задачи характеризуют инертность (в нашем понимании – это ригидность. – *Г.З.*), противоположные качества характеризуют подвижность. Люди, над которыми господствует привычка, – инертные люди. Но поведение человека, который стойко отстаивает известную идею, служит ей всю жизнь и даже жертвует за нее жизнью, было бы грубой ошибкой рассматривать как инертное» (1954, 41). Последнее, с нашей точки зрения, верно лишь при условии, что человек не стал рабом «известной идеи из-за ее красивых глаз» (А.А. Ухтомский).

Признавая самостоятельность и независимость ригидности и устойчивости, следует считать правильным мнение, что гипертрофированная устойчивость может трансформироваться в ригидность. Так, Н.Л. Элиава пишет, что «установка субъекта – его настроенность, его определенная ориентированность... иногда становится ригидной, *слишком устойчивой* (курсив мой. – *Г.З.*) и трудно преодолимой» (1966, 312).

Различает эти особенности личности и Н.Д. Левитов (1969, 198–199), считая неправомерным смешивать ригидность со стойкостью – морально-волевой чертой, одним из ярких проявлений твердости характера. Ригидность стоит близко к той «извращенной» неразумной настойчивости, которая питается упрямством. Упрямство, по Н.Д. Левитову (Там же, 165–166), отличается очень узкой и неразумной мотивировкой («я сделаю так, как хочу») и объясняется узостью мышления, большой требовательностью к другим и слабой – к себе, слабой податливостью разумным убеждениям. Упрямые люди по-своему последовательны, но цели их неразумны и мелочны; для них характерны побуждения в виде чувства обиды, злобы, гнева, мести и т.п. Если физиологической основой настойчивости является, прежде всего, сила процессов возбуждения и торможения, выражающаяся в выносливости нервных клеток, в их продолжительной работоспособности без признаков истощения, то упрямство физиологически является выражением застойности нервных процессов, консервативности динамических стереотипов, одной из форм нарушения равновесия между организмом и средой, недостатком в регулирующей роли второй сигнальной системы.

Выдвигая гипотезы о динамике формирования и изменения социальных стереотипов на различных уровнях межгруппового взаимодействия,

В.С. Агеев, на наш взгляд, совершенно неправомерно поставил в один ряд ригидность, консерватизм и устойчивость, считая их, скорее всего, явлениями одного порядка. Если «устойчивость, ригидность – динамические характеристики, свидетельствующие о способности социального стереотипа успешно сопротивляться любой информации, направленной на его изменение» (1986, 95), то они, как нам кажется, отражают разные качества этой способности.

Различия между ригидностью и устойчивостью убедительно демонстрирует выделенный и описанный А.Е. Личко (1977) «неустойчивый тип акцентуации характера», сущность которого видят в лабильности (неустойчивости) эмоций, слабости воли, нарушении влечений, патологической подвижности нервных процессов, невозможности выработать *стойкий жизненный стереотип*. Несомненно, что от неустойчивого типа к ригидному, в основе которого чаще всего лежит патологическая инертность нервных процессов, значительно ближе, чем к типу устойчивому. Интересно, что в случае сочетания неустойчивого типа, например, с конформным типом от последнего «прочнее всего держится неприязнь к чужакам, подозрительность ко всему незнакомому» (Там же, 156), т.е., по сути дела, ригидные черты, которые мы обозначили как «неофобические».

Онтогенетические исследования также свидетельствуют в пользу различения сущности этих двух психических явлений. Их формирование и развитие имеют совершенно разные – прямо противоположные направления. Как справедливо указывает Б.Ф. Ломов, «устойчивость формируется и изменяется в процессе развития личности. Примитивные отношения ребенка изменчивы, неустойчивы. И только по мере его все более полного включения в социальные связи они приобретают черты устойчивости» (1984, 333). В то же время, как показывают исследования, с развитием личности ребенка ригидность уменьшается.

Итак, обнаруженные при анализе большого литературного материала многозначность дефиниций, противоречивость взглядов на внутреннее единство и место в системе родственных и близких понятий отразили терминологическую невыясненность понятия психической ригидности.

Психическая ригидность определяется чаще всего альтернативно: как характеристика личности либо поведения, как характеристика отдельных областей личности – перцептивная, психомоторная, когнитивная, аффективная, мотивационная ригидность – либо всей личности, как формально-динамическая либо содержательная характеристика личности и поведения, как свойство нормальной либо патологически измененной личности. В то

же время наметилась тенденция к снятию таких альтернатив, что, на наш взгляд, является совершенно справедливым и необходимым. Последняя выражается в стремлении охватить одним термином ригидность как свойство личности и поведения («ригидность как конструкт»), и в рассмотрении ригидности как динамико-содержательной характеристики личности, и в допущении понимания ригидности как «сквозного» свойства личности, характеризующего «похожие личности» – определенный класс или тип людей («ригидные личности»), с одной стороны, и не являющимся таковым, варьирующим в широких пределах – от парциальной представленности в структуре «непохожих» личностей до «вовлечения всех областей психики в соответствующие проявления» [Леонгард, 1981] – с другой. Данные исследований некоторых авторов [Regard et al., 1982] позволяют сделать предположение об усилении внутреннего единства понятия психической ригидности при нервно-психической патологии и росте числа «похожих» лиц по ее проявлению.

При всей кажущейся феноменологической похожести терминов ригидности, инертности и устойчивости есть, как показал анализ, основания и необходимость их различения как несовпадающих по своему содержанию.

В целом терминологический анализ понятия психической ригидности свидетельствует о том, что здесь мы встречаемся с трудностями, выходящими далеко за пределы лишь терминологических. Требуется и тщательный содержательный анализ данного понятия, предусматривающий выяснение самой природы психической ригидности – детерминирующих факторов, механизмов и особенностей ее проявления в норме и при нервно-психической патологии, характеристики как индивидуальной, так и групповой системы, проявляющейся в разнообразии фиксированных форм поведения.

§ 2. Экспериментальное исследование психической ригидности как свойства личности

По результатам исследований первого периода, полученным по каждой методике в отдельности, испытуемые разделились на две группы – флексибильные и ригидные – в процентных отношениях, представленных в табл. 1.

По результатам сопоставления основных экспериментальных и вопросниковых методик наметилось четыре группы испытуемых по степени проявления ригидности (табл. 2).

Таблица 1

Классификация испытуемых на основе первичного обобщения экспериментальных данных

Группы испытуемых	Показатель, %			
	Решение арифметических задач, 254 испытуемых	Прохождение словесных лабиринтов, 192 испытуемых	Унификация объектов с переключением, 195 испытуемых	Анкета самооценки ригидности, 140 испытуемых
Флексибильные	40	72	55	56
Ригидные	60	28	45	44

Примечание. Наши данные по методике «решение арифметических задач» очень близки тем, которые получили ранее А. Лачинз и соавт. в одном из своих исследований ригидности, -- 64% от всего числа испытуемых оказались ригидными.

Таблица 2

Вторичная классификация испытуемых по результатам сопоставления основных экспериментальных методик

Группы испытуемых	Число испытуемых	% испытуемых
Флексибильные	32	22,5
Гипофлексибильные	48	33,8
Гипоригидные	44	30,9
Ригидные	18	12,8

К первой группе – флексибильные – отнесены испытуемые, успешно справившиеся с тремя основными экспериментальными заданиями («решение арифметических задач», «прохождение словесных лабиринтов» и «унификация изображений объектов») и оказавшиеся флексибильными по результатам двух вспомогательных методик («Анкета самооценки ригидности Айзенка – Белоуса» и «Калифорнийский психологический вопросник ригидности»), показавших наибольшую корреляцию с основными методиками; ко второй группе – гипофлексибильные – не справившиеся хотя бы с одним из основных экспериментальных заданий; к третьей группе – гипоригидные – потерпевшие неудачу уже в двух случаях; к четвертой группе – ригидные – не решившие все три экспериментальные задачи и оказавшиеся ригидными по результатам двух вышеуказанных вспомогательных методик.

Интерес представляет и динамика состава выделенных групп при проведении испытуемых через дополнительные опыты (табл. 3).

Данные, представленные в табл. 3, показывают, что в подавляющем большинстве случаев испытуемые, отнесенные по трем основным методикам к

Таблица 3

Динамика принадлежности испытуемых к выделенным группам по проявлению психической ригидности

Группы испытуемых	Численность группы, чел.	Номер предъявления, когда испытуемый переходит на слово «ключ» в значении «родник»
Флексибильные	8	14(1)*, 15(1), 16(2), 17(2), 18(1), 24(1)
Гипофлексибильные	12	15(1), 16(4), 17(2), 19(3), 21(1), 24(1)
Гипоригидные	18	16(5), 17(1), 20(2), 22(2), 23(3), 24(2), нп(3)**
Ригидные	8	16(1), 23(4), 24(1), ип(2)

* В скобках – количество испытуемых, перешедших на данном предъявлении к образованию предложений со словом «ключ» в значении «родник»;
** нп -- не перешел.

крайним группам (флексибильные и ригидные), переключаются, соответственно, с разной скоростью с образования предложений со словом «ключ» в значении «отмычка» на значение этого слова как «родник». Это свидетельствует о том, что испытуемые, проявляя флексибильность или ригидность в неречевой деятельности, оказываются флексибильными или ригидными и в речевой деятельности. При этом отмечается, что количество «крайних случаев» имеет тенденцию к снижению. Так, по одному представителю из крайних групп перемещаются к центру, к смешанным группам. В то же время некоторые представители смешанных групп явно «тяготеют» к крайним группам. Данные этого эксперимента сами по себе показывают степень или глубину действия ригидности (как скоро переходит испытуемый от одного значения на другое).

Вместе с тем результаты этого и других экспериментов указывают на широту, с которой ригидность характеризует деятельность человека, а отсюда и на то, в какой мере она является его свойством (попытка рассмотреть этот вопрос делалась H. Hermann в 1955–1956 гг.). Естественно, чем в большем количестве видов экспериментальных деятельностей испытуемый будет реагировать ригидно, тем с большей уверенностью можно утверждать, что ригидность является его «сквозной характеристикой» и, о чем мы подробнее поговорим ниже, может определять даже вообще его тип личности. Испытуемых, которые проявили ригидность не только в экспериментах, описанных нами выше, но и по ряду других методик (например, «чтение нейтрального шрифта» [Ходжава, 1960]; «индекс вокабулярной ригидности» [Миттенекер, 1951]), мы отнесли к группе «гиперригидных», являющейся собственно подгруппой «ригидных». Так, испытуемая А., отнесенная по результатам трех

основных экспериментов и двух вопросников к группе «ригидных», только на 23-м предъявлении («образование предложений с омонимами») продуцировала предложение со словом «ключ» в значении «родник»; в эксперименте «чтение нейтрального шрифта» она оказалась единственной испытуемой, которая ни разу не перешла на чтение русских слов по-русски, все 35 предъявленных слов «прочитала по-латыни». Испытуемая Е. (той же группы) перешла лишь на 24-м предъявлении, а при обработке ее речевых образцов (пересказов) методом Миттенекера показала высокий «индекс вокабулярной ригидности» (13,8). Для сравнения укажем, что у испытуемой К., представляющей противоположную группу – флексибильных, «индекс» равен лишь 10,5 (кстати, в эксперименте «образование предложений с омонимами» она перешла на другое значение слова «ключ» уже при 14-м предъявлении).

Уточнение классификации испытуемых на основе данных эксперимента «решение арифметических задач»

Анализируя результаты, получаемые по каждому основному эксперименту в отдельности, мы первоначально производили «грубое» деление испытуемых на «флексибильных» (решили, например, 8-ю задачу в методике «решение арифметических задач») и «ригидных» (не решили 8-й задачи). Сопоставление данных уже ряда методик, как было показано в предыдущем параграфе, а также более детальный анализ поведения испытуемых при выполнении отдельных экспериментальных заданий, как будет показано ниже, позволили осуществить более тонкую дифференциацию их на группы и, соответственно, дать более дифференциальную характеристику испытуемых по степени проявления ригидности.

Для иллюстрации сказанного остановимся только на том, что дало в этом отношении применение одного из наших основных методов: «решение арифметических задач» (анализировалось 176 протоколов). В результате проведения этого эксперимента испытуемые разделились на четыре основные группы, которые затем распались на более мелкие подгруппы. Надо сказать, что и последние не оказались монолитными и, в свою очередь, подверглись дальнейшему делению. Эта классификация испытуемых отражена на рис. 1.

Группа А. Испытуемые группы А сразу же были исключены из дальнейшего анализа в связи с тем, что они оказались «нечувствительными» к установке, или, используя узнадзевскую терминологию, их установка оказалась «трудновозбудимой». Иначе говоря, этой категории испытуемых нечего было



Рис. 1. Первичная классификация испытуемых

изменять в 8-й задаче (индикатор ригидности), поскольку у них после решения первых пяти задач не была выработана направленность решать и последующие задачи способом В–2С–А. Причины такой «трудновозбудимости» установки могут иметь, по-видимому, как внутренний характер (тип ВНД, темперамент, состояние и т.п.), так и внешний (условия эксперимента, содержание экспериментальной деятельности и т.п.).

Группа Б. Для этой группы испытуемых характерна легкая возбудимость установки (6-ю и 7-ю задачи решают В–2С–А способом). Они также пытаются применить этот способ и к 8-й задаче. Когда же им это не удается, они удивляются, задают себе вопрос: «В чем дело?», т.е. происходит акт объективации[1]. Мы говорим в данном случае о «неполной объективации», по-

[1] Говоря словами С.Л. Рубинштейна, здесь происходит «выделение из жизни рефлексии на нее» или, применяя терминологию А.Н. Леонтьева, возникает феномен «презентированности» психологических содержаний сознанию.

скольку испытуемые этой группы все-таки не решают восьмой задачи. Они совершают поиски решения этой задачи в одном направлении, вновь и вновь применяют привычный способ решения, ищут ошибку в своих арифметических подсчетах, связанных именно с этим способом, но не ищут другого, нового способа решения. Установка этих испытуемых оказывается настолько ригидной, что как бы не позволяет развернуть акт объективации. Точнее говоря, акт объективации оказывается недейственным, остается на уровне вопроса. Не субъект деятельности управляет в данном случае установкой, а она им; он становится рабом ригидной установки – оказывается не в состоянии отказаться от «привычного» способа решения задачи и найти новый. Если, как писал С.Л. Рубинштейн, «переключаемость есть способность быстро выключаться из одних установок и включаться в новые, соответствующие изменившимся условиям» (1946, 454), то в случае с группой Б мы как раз имеем пример отсутствия такой способности.

Интересно, что отвечают испытуемые на вопрос, почему они не решили 8-й задачи, не нашли нового способа решения ее. Вот примеры типичных ответов: 1) испытуемый С. – Я думал, надо все сосуды использовать; 2) испытуемый Р. – Я как начала, так и продолжала делать; 3) испытуемая А. – Я не обратила внимания на другие сосуды, а брала большие. Сниженный уровень решения оказывается неосознанным.

Заканчивая обсуждение поведения испытуемых этой группы, мы остановимся немного на характеристике ее подгрупп, которые мы условно обозначили как ригидные «сильные» и ригидные «слабые». Коротко сущность этого различения в следующем: одни испытуемые, не решив 8-й задачи, переходят к последующим задачам и решают их, хотя и привычным способом (ригидные «сильные»); другие же (ригидные «слабые»), не решив 8-й задачи, продолжают терпеть неудачу и при решении либо обеих последующих задач, либо одной из них (чаще 9-й). Можно предположить, что если в первом случае неудача не «обескураживает» испытуемого и он привычным способом решает последующие задачи, то во втором – мы имеем совершенно обратное: испытуемый настолько «расстроен» неуспехом, что терпит неудачу и при решении последующих задач (а ведь он очень быстро решил первые семь задач и, значит, имел средство решения и 9-й и 10-й задачи). Как говорят некоторые авторы, наступает дезорганизация поведения, или «хаотическое поведение» [Майер, Еллен, 1951; Шибутани, 1969]. Нам кажется, что причину такого поведения надо искать в одновременном нарушении обоих уровней, или планов, психической активности, являющихся приспособительно-целенаправленными формами поведения, и опус-

кание на более низкий уровень психической активности, который не является таковым.

Группа В. При выполнении экспериментального задания испытуемыми этой группы мы наблюдаем совершенно противоположную картину. Общим для них является то, что они решают 8-ю задачу новым, прямым способом (А–С). А различаются они тем, как решают 6-ю и 7-ю задачи («полная» или «неполная» фиксация установки) и 9-ю и 10-ю задачи («флексибильно-пластичные» или «флексибильно-эластичные»). Дело в том, что испытуемые этой группы, после того как они решают новым способом 8-ю задачу, ведут себя по-разному при решении последующих задач. Если одни из них решают и последующие задачи новым способом, то другие – опять возвращаются к старому, привычному способу при решении обеих или одной из последующих задач (чаще 9-й). Первых мы назвали условно флексибильно-пластичными, а вторых – флексибильно-эластичными. Одним из возможных объяснений этому может быть то, что первые не только находят новый способ решения 8-й задачи, но и осознают его рациональность (зачем все сосуды использовать, если можно и двумя обойтись). Вторые под давлением объективной необходимости находят новый способ решения задачи, но, видимо, не осознают его рациональности, да и вообще всей ситуации[2]. Последнее обстоятельство приводит к «конкуренции» способов решения (или установок на разные решения) при решении 9-й и 10-й задач; непроизвольно на первый план выступает привычный способ решения, в действие вступает не до конца преодоленная старая установка, она персеверирует[3].

Высказанные нами соображения справедливы для всей группы В: и для тех, кто решал 6-ю и 7-ю задачи привычным способом («полная фиксация установки»), и для тех, кто решал хотя бы одну из этих задач новым, или прямым, способом (А–С или А+С).

---

[2] Одна из групп испытуемых Э. Берга, правильно изменяя принцип классификации (Висконсийский карточный тест), не могла затем в самоотчете объяснить, что собственно происходило во время эксперимента и что они делали (1948, с. 15–22). Подобное явление наблюдал и А.В. Соловьев в эксперименте на формированне понятий – методика «30 карточек». См.: Соловьев А.В. О психологических механизмах обобщения и формирования понятий // Проблемы экспериментальной психологии и ее истории. М., 1973.

[3] В данном случае мы имеем пример, показывающий отчасти, в чем суть различий между ригидностью и персеверацией. Если ригидность – это неспособность отказаться или изменить привычный способ решения задачи, то персеверация – это просто повторенне или спонтанное выступление на первый план прежнего способа, хотя испытуемый уже нашел новый способ решения задачи.

Группа Г. Довольно многочисленная (22% от всего числа испытуемых) и неоднородная группа. Общим для всех испытуемых этой группы и испытуемых двух предыдущих является то, что они тоже 6-ю и 7-ю задачи решают привычным способом. Дальнейшее же поведение испытуемых этой группы отличается не только от поведения испытуемых групп Б и В, но оно разное и в пределах этой группы. Последнее обстоятельство вызвало необходимость разделить группу Г на три подгруппы: «гипоригидные», «модификаторы» и «субъективисты».

Все попытки испытуемых первой подгруппы решить 8-ю задачу не приводят к успеху, но не проходят даром – 9-ю и 10-ю задачи они решают не привычным В–2С–А способом, а новым, или прямым, способом. Хотя и не сразу, но все же эта категория испытуемых находит новый способ решения, отказывается от привычного, а потому мы не можем отнести их к ригидным, исходя из того, решили или не решили они 8-й задачи. Мы склонны предположить, что в жизни этих испытуемых обычно называют «тугодумами». На этом примере отчасти демонстрируется несовпадение понятий «ригидность» и «инертность» (тугодумность – один из аспектов того, что называют инертностью в психологическом смысле).

«Модификаторами» (частично изменяющими) мы назвали тех испытуемых, которые решили 8-ю задачу хотя и правильно, но не простым или прямым способом (А–С), а модифицированным (частично измененным) привычным способом (например, испытуемая Ш.: 76–3·17 = 25. Сюда же мы отнесли и испытуемых, дававших решения 8-й задачи такого типа [например, испытуемый И. (28+28)–(28+3) = 25]. Какие громоздкие и иррациональные построения для того, чтобы решить задачу, которая решается очень просто: 28–3 = 25. Хотя испытуемые и решили эту задачу, они, как мы видим, находились под давлением такого элемента установочного способа решения, как «решать сложным способом!».

Особый интерес из «промежуточной» группы представляют испытуемые, которых мы условно назвали «субъективистами». Как известно, 8-я задача объективно не решается способом В–2С–А. Но некоторые испытуемые применяют и к этой задаче привычный способ, схему решения и пишут требуемый ответ, искренне убежденные, что правильно решили задачу. Иначе говоря, здесь налицо иллюзия правильного решения задачи, решения только субъективно правильного, а объективно – нет.

Для иллюстрации приведем несколько примеров:

Испытуемая Н. 76–28–3х8 = 25 (величина ошибки – 1).

Испытуемый М. 76–28–3–28–3+3+3+3+3 = 25 (величина ошибки – 2).

Испытуемый О. 76–28–5–28 = 25 (величина ошибки – 8).

Если подходить к этой категории испытуемых с критерием, решили или нет 8-ю задачу, то они должны быть отнесены к группе Б (ригидные). Но все дело в том, что эти испытуемые, в отличие от испытуемых группы Б, не объективируют необходимость изменения старого способа решения задачи. Иначе говоря, объективно есть необходимость изменения, а субъективно испытуемым этой категории нечего изменять, а потому и снимается вопрос о характеристике их по шкале «ригидность – флексибильность» (по крайней мере, в данном конкретном эксперименте).

Что же касается существующих определений ригидности, то в них необходимо, как нам кажется, внести такой элемент, как «субъективная необходимость изменения способа решения задачи и т.п.».

Таким образом, на основе анализа соответствующей литературы и исходя из результатов настоящего исследования, можно сделать следующие предварительные выводы:

1. «Грубое» деление испытуемых на «ригидных» и «флексибильных» по признаку – решили или не решили они 8-ю задачу – не является исчерпывающей характеристикой их поведения. Необходима и возможна более тонкая дифференциация поведения испытуемых при решении данного экспериментального задания (то же самое можно сказать и о других экспериментах по определению ригидности).

2. В результате анализа поведения испытуемых в эксперименте «решение арифметических задач» было выявлено четыре основных группы испытуемых с соответствующими подгруппами, что представлено на рис. 1.

3. В том случае, когда субъект не осознает «объективно данную необходимость» изменения способа решения задачи и испытывает трудности его изменения или не изменяет вовсе, он оказывается ригидным на уровне (фиксированной) установки, неосознанного плана поведения. Если же он не изменяет способ решения задачи и в случае, когда «объективно данная необходимость» его изменения становится и «субъективно данной необходимостью», он оказывается ригидным и на уровне сознания.

4. Отсюда можно, видимо, дать следующее определение ригидности: ригидность – это привязанность к ставшему неадекватным способу действия и восприятия или относительная неспособность изменить действие или отношение при принципиальной возможности и объективной необходимости их изменения (субъективное же отношение к этой необходимости оказывается различным).

Типологические характеристики психической ригидности в норме и патологии

Уже в 40–50-е гг. XX в. ригидность начинает рассматриваться как интегральная характеристика личности в одном контексте с такими обобщающими ее свойствами, как консерватизм, догматизм, этноцентризм, авторитаризм, конформизм и т.п.

Как известно, Р. Кэттел (1964) связывал диспозиционную ригидность с определенными личностными факторами, такими как покорность, недостаточная цельность характера (что ведет назад к У. Джемсу (1890), делившему людей на «жестко» и «мягко» мыслящих) и в общем-то согласуется с работами Л. Терстона (1944) и Г. Айзенка (1953, 1967), которые выделили фактор радикализма – консерватизма. Э. Френкель-Брунсвик (1948), М. Роукич (1948) считают, что предубежденный человек, этноцентрист тоже является ригидной личностью. Все эти исследования прежде всего ставят и пытаются решить вопрос о том, в какой мере ригидность есть общее свойство личности. Здесь мнения расходятся. В отличие от указанных авторов, З. Фишер, который провел основательное (по крайней мере, по широте) исследование и пытался построить «ригидный профиль», состоящий из большого числа тестов, включая тесты Лачинза, Выготского, Роршаха и др., делает вывод, что ригидность как общее свойство личности является в значительной степени фикцией (1950). Приблизительно к такому же выводу приходит в результате анализа соответствующей литературы и Чоун (1959). Правда, она говорит, что многое, видимо, зависит от тех тестов, которые применяются исследователями при изучении ригидности, типа и количества включаемых в них заданий, а также условий проведения экспериментов. В этой связи действительно необходим тщательный анализ самих экспериментальных методик и особенно вопроса о том, в какой мере результаты, полученные, скажем, в области перцепции, допускают перенос в область межличностных и социальных отношений (ясно, что именно здесь необходима максимальная осторожность в отношении слишком широких обобщений, чего придерживаются далеко не все авторы).

В этой связи большой интерес представляют исследования E. Frenkel-Brunswik об индивидуальных вариациях в «терпимости к эмоциональной амбивалентности (tolerance of ambiguity)» (1948б). Установив, что степень непереносимости внутреннего конфликта связана с «нетерпимостью к конфликтным ситуациям в других социальных сферах», она продолжает искать отражение этого в познавательной и перцептивной сферах. Считая, что

«крайне предвзятые» дети проявляют явную тенденцию в сторону перцептуальной ригидности, Френкель-Брунсвик делает вывод, что налицо не только корреляции перцептуального поведения с переменными личности, но и свидетельство того, что в таком поведении проявляется вся структура личности (1948). Далее в коллективном труде (1950) и затем в своей более поздней работе (цит. по: [P. Leach, 1967]) она приходит к утверждению, что «этническая предвзятость» и ригидность являются выражением скрытых сил, составляющих сущность авторитарной личности.

Можно привести еще ряд исследований, в которых связывается социальная и перцептивная ригидность. Так, J. Block и Sh. Block (1951) использовали аутокинетический эффект как мерило нетерпимости к двойственности, неопределенности. Другие методы исследования использовались с этой же целью H. Becker (1954) и E. Levitt (1953).

В поисках широкого фундаментального фактора, лежащего в основе таких черт, как персеверация, персистенция, диспозиционная ригидность и догматизм, шведский исследователь S. Rubenovitz (1963) выдвигает ряд гипотез. В частности, гипотезу о том, что ригидные люди более нетерпимы и предвзяты, чем флексибильные, а также что ригидным в большей мере, чем флексибильным, свойственны авторитаризм и догматизм. Корреляционные зависимости выводились на основе ряда шкал: Калифорнийской F шкалы, шкалы догматизма Роукича и шведского варианта (R–10 R) Гаф-Сэнтфордской шкалы ригидности – и оказались следующими: ригидность – нетерпимость (0,38), ригидность – авторитаризм (0,49) и ригидность – догматизм (0,40). В общем-то полученные данные подтверждают гипотезы автора, которые были выдвинуты в связи с более ранними работами T. Adorno und A. Adorno (1950), Э. Френкель-Брунсвик (1948) и M. Roakeach (1948).

М. Роукич (1948, 183) развивал, в частности, понятие догматизма, или ригидного социального мышления, которое он определял как «сопротивление изменению систем убеждений, мнений», или как «степень, до которой субъект может воспринимать, оценивать и действовать согласно релевантной информации, получаемой со стороны, на основании присущих ему качеств, не поддаваясь влиянию иррелевантных факторов, находящихся внутри самого субъекта или вне его» (Там же, 57). Роукич пытается в своей теории объединить различные проблемы личности, идеологии и познания. «Несмотря на тот факт, – замечает З. Рубеновиц, – что эмпирические данные, полученные Роукичем, хотя и не всегда могут, с точки зрения методологии и статистики, быть средством верификации его теории, она тем не менее, по всей вероятности, может иметь немало практических выходов» (1963, 20).

Интерес представляет и то, как социальные психологи описывают ригидность в терминах ролевой антиципации и ролевого поведения. В известной мере суммированное описание этого мы находим у H. Bonner (1961, 441). Ригидная личность – это человек, который не антиципирует роли других людей, а потому не в состоянии успешно играть свою собственную роль по отношению к ним. Он проявляет тенденцию упорствовать в определенных типах ролевого поведения даже в тех случаях, когда условия существенно меняются. Такой человек не может легко и быстро поставить себя на место другого, ему трудно воспринять ситуацию с позиции другого человека. Ряд исследований зарубежных социальных психологов посвящены рассмотрению вопроса о взаимоотношении ригидности и конформности. К ним можно отнести работу Г. Бекера (1954). Правда, его исследование было направлено, главным образом, на изучение ригидности с помощью так называемых двупреломляющих линз. Но в связи со своими наблюдениями он также говорит о том, что более ригидные индивидуумы сообщают о меньшем искажении и замечают его позже других, так как они обычно «манипулируют окружающим, подчиняя его своим предвзятым мнениям». Иначе говоря, согласно его данным, ригидные субъекты оказываются менее конформными.

Совершенно противоположное утверждает Г. Боннер: «...у большинства людей конформизм побеждает стремление к изменениям и новому...» (1961, 269). Это высказывание полностью в духе E. Fromm (1941), выражающего суть одного из психологических механизмов насильственной мотивации, который он называет «конформизмом автомата». Экспериментальные и клинические данные исследований F. Barron (1953), A. Luchins and I. Luchins (1959), S. Golann (1962), M. Rosental et al. (1959), E. Timaues (1968), B. Six (1997), A. Cick, B. Six (1997), Б. Сикса, У. Вольфрадта (2000) в общем-то говорят, скорее, в пользу последней точки зрения.

Так, Э. Тимаэус, в соответствии с американскими данными (Роукич, Адорно, Шериф и др.) – «авторитарные личности склонны к конформному поведению» – пытался установить взаимоотношение между конформизмом и такими чертами этого типа личности, как догматизм и ригидность. Он предположил, что должны быть обнаружены положительные связи между ними. Предваряя последующее изложение, отметим, что это предположение в основном оправдалось.

Для определения ригидности Тимаэус использовал вариант Калифорнийского психологического вопросника ригидности Дж. Бренгельмана (1960). Конформность измерялась с помощью широко известного метода Аша – групповое давление при сравнении линий (всего 18 сравнений). Груп-

па испытуемых состояла из 8 человек, среди которых был и один «наивный». В эксперименте участвовали студенты и студентки Кельнского университета – всего 107 человек.

Результаты исследования показали, что между конформностью и догматизмом существует положительная, но не значимая корреляция. Что же касается ригидности и конформности, то здесь обнаружилась не только положительная, но и значимая зависимость: 0,33 на 0,05 уровне значимости. Интересно, что на уменьшение коэффициента корреляции между ригидностью и конформностью «повлияли» женщины. Если у мужчин корреляция была 0,36 при $p = 0,05$, то у женщин – всего 0,25 и незначима.

В наших собственных экспериментах на установление связи между ригидностью и внушаемостью, проведенных совместно с В.Ф. Сафиным и В.А. Бакеевым (1969), также была обнаружена положительная и статистически значимая связь между этими сторонами личности. Для определения ригидности были использованы методики, описание которых мы дали выше: «решение арифметических задач», «прохождение словесных лабиринтов» и «анкета самооценки ригидности Айзенка – Белоуса». Для определения внушаемости применялись модифицированные методики Бине – Нечаева, описание которых дается в работах В.Ф. Сафина (1968) и В.А. Бакеева (1971). Испытуемыми были девятиклассники 303-й школы г. Москвы, всего 47 человек. Методики на внушаемость предъявлялись в условиях двух видов воздействия: «под влиянием инструкции» и «под влиянием установки, складывающейся в самом эксперименте».

В результате исследования были обнаружены следующие корреляционные зависимости между показателями ригидности и внушаемости: а) между ригидностью и внушаемостью под влиянием инструкции: +0,38; б) между ригидностью и внушаемостью под влиянием складывающейся установки: +0,47. В обоих случаях на высоком уровне значимости: $p < 0,01$.

Мы разделяем точку зрения тех отечественных авторов, которые считают необходимым дифференцировать понятия внушаемости и конформности, хотя оба они феноменологически характеризуют «податливость личности на внешние воздействия». А.В. Петровский и его ученики под конформностью понимают сознательное приятие личностью отдельных идей, чувств, суждений под прямым или косвенным давлением группы или отдельной личности с целью приспособления или из-за личной выгоды; под внушаемостью же понимается регулирование деятельности личности под неосознаваемым влиянием окружающей обстановки либо позиции группы или отдельного субъекта (1971, 3).

Объяснение полученным данным можно дать только предварительно, поскольку отсутствует достаточное количество материала для окончательных выводов. Тем не менее можно предположить, что как внушаемость, так и ригидность являются свидетельством недостаточно высокого психического тонуса, стремления облегчить решение некоторых жизненных задач, направленности по пути, уже проторенному, стандартному, не требующему от человека учета нового, своеобразного, индивидуального.

Ригидность и проблема психопатий

Понятие ригидности как качества личности в очень многих и самых существенных пунктах смыкается с понятием психопатии. П.Б. Ганнушкин подчеркивал, что «психопаты обычно отличаются недостаточной способностью приспособления к среде...» (1964б, 126). В этом же духе высказываются и многие современные нам авторы. О.В. Кербиков, хотя и считал «невозможность извлечь уроки из собственного жизненного опыта» несущественным клиническим признаком психопатической личности, все же, вслед за Ганнушкиным, указывает на необходимость руководствоваться при отграничении психопатий от психозов, с одной стороны, и от индивидуальных вариантов характера в пределах нормы – с другой, и таким критерием, как «выраженность патологических особенностей характера до такой степени, когда нарушается адаптация личности к среде» (1968, 370–371). По мнению C. Rogers (1951), одним из условий психической цельности и здоровья личности является гибкость в оценке самого себя, умение под напором опыта переоценивать ранее оформившуюся систему ценностей, что является условием безболезненного приспособления человека к непрерывно меняющимся условиям жизни. С Роджерсом солидарен R. White, когда говорит, что «приспособление возможно, если человек способен действовать флексибильно в зависимости от обстоятельств» (1948, 105). Подавляющее же большинство авторов, занимающихся проблемой психопатических личностей, отмечают, что одним из важных признаков последних является именно «невозможность приспособления, неспособность учиться на опыте жизни». Так, J. Hunt пишет: «Диагностические ярлыки – психопатическая личность, конституционная психопатическая неполноценность – обозначают тех индивидуумов, которые на протяжении многих лет или всю жизнь манифестируют значительную трудность приспособления при отсутствии дефекта интеллекта, органического наруше-

ния мозга или эпилепсии, а также поведенческих синдромов, характерных для неврозов и психозов» (1946, 923). A. Anderson в сборнике «Психопатология сегодня», посвященном одному из видных исследователей психопатий Kurt Schneider, определяет психопатическую личность «как характеризующуюся в основном моральной незрелостью или инфантильностью со значительным дефектом рассуждений и неспособностью учиться на опыте жизни» (1962, 245). Как известно, и сам К. Шнейдер подобным же образом определял психопатические личности, говоря, что от их ненормальности страдают или они сами, или общество (1923).

Ригидность (по П.Б. Ганнушкину, 1964б) по-разному проявляется при различных формах психопатий. Узость и односторонность, как известно, характерны и для эпилептоидов, та или иная мысль надолго застревает в их сознании. Исключительной интеллектуальной ригидностью отличаются конституционально-глупые психопаты (по классификации П.Б. Ганнушкина). Эти люди справляются с жизнью лишь в определенных, узких, давно установленных рамках домашнего обихода и материального благополучия. Ганнушкин подчеркивает, что это люди шаблона, банальности, моды; они всегда консерваторы (Там же, 1967). В отношении психастеников, в полном согласии с исходными положениями P. Jane, В.Я. Гиндикин, обследовавший большое количество психопатов этого круга, отмечает, что они «панически боятся нового, испытывают страх перед необходимостью переделки жизненного стереотипа, в связи с чем продолжают работать в прежних, хотя и не совсем подходящих для них, но зато привычных условиях» (1967, 171). Характерно, что подобное поведение отмечали D. Rapaport и его коллеги у «ригидных личностей» (1945–1946). Широк диапазон проявлений фиксированных форм поведения у психопатов, которых Ганнушкин относит к шизоидной группе: у многих из них отмечаются привычные гримасы, судорожные стереотипные движения, иногда принимающие форму настоящих тиков, стереотипия речи. В своей деятельности шизоид зачастую исходит не из действительного положения вещей, а из своей схемы. «Несогласие с очевидностью редко смущает шизоида, – писал Ганнушкин, – он без всякого смущения называет белое черным, если этого будет требовать его схема; для него типична фраза Вейсмана, сказанная последним в ответ на указание несоответствия некоторых его теорий действительности: «Тем хуже для действительности» (1964, 145). Несомненно, что как выводимое на основе экспериментов понятие «ригидность», так и довольно отвлеченное понятие «приспособление к среде» оказываются недостаточно дифференцированными. Хант (1946), давая определение психопатии, справедливо подчерк-

нул необходимость точного определения терминов «интеллект» и «учиться на опыте жизни», поскольку вышеотмеченные признаки характерны не только для психопатических личностей, но и для олигофрении, многих случаев шизофрении и неврозов (Там же, 928).

Заключая, надо подчеркнуть, что имеется чрезвычайно ограниченное число экспериментально-психологических исследований как психопатий вообще, так и проявлений со стороны этой категории лиц фиксированных форм поведения; полученные же данные часто противоречивы. J. Pinard, предъявляя 144 «трудным» школьникам и 116 пациентам из госпиталя Модзли четыре персеверативных теста, нашел криволинейную зависимость между психопатическими тенденциями и персеверацией: из 75% наиболее «трудных» одна часть оказалась с высокими показателями по персеверации, а другая – с очень низкими; свыше 75% «уравновешенных» проявили умеренную степень персеверативного поведения (1932). Результаты Пинарда были подтверждены только в отношении «высоких персеверативных» (Rogers, 1935). Ch. Weisgerber же не установил ни высокой и ни значимой, а также криволинейной зависимости между показателями своего персеверативного опросника и показателями психопатического отклонения по Миннесотскому многопрофильному личностному опроснику. Автор полагает, что наиболее вероятной причиной противоречий данных его исследования и результатов Пинарда является то, что фиксированное поведение, выявляемое в его опроснике, не имеет ничего общего с феноменом, измеряемым перцептуально-двигательными тестами Пинарда (1954, 9). Положительную корреляцию между ригидностью, выявляемую с помощью экспериментальных методик («решение арифметических задач» и «скрытые слова»), и Корнельским индексом приспособляемости (психопатия: вопросы 86–101), соответственно +0,46 и +0,24, нашли А. Лачинз и И. Лачинз (1959, 264–265).

Самым значительным и интересным экспериментальным исследованием психопатий является, на наш взгляд, работа И.Т. Бжалавы, представленная на симпозиум «Проблемы личности» в мае 1970 г., который рассматривал эту проблему с точки зрения установки – этой, по его выражению, «стабильной внутренней опоры поведения субъекта, которая обусловливает тип реагирования его организма» (Там же, 103). В этой работе на клиническом материале демонстрируется типологическое значение отдельных параметров фиксированной установки, характеризующих своеобразие личностей с измененным характером: психопаты истерического круга, эпилептоидные и шизоидные психопаты. Эксперименты показали, что фиксированная установка психопатов (прежде всего эпилептоидов и шизоидов) от-

личается теми свойствами, которые, согласно Бжалаве, приводят к «вторичным» феноменам – фиксированным формам поведения. Так, у эпилептоидов «превалирует исключительная грубость, инертность, константность и локальность установки», которую автор условно назвал косно-локальной (Там же, 105). Он пишет, что импульсивная жизнь психопатов этого круга не упорядочена, так как дающая ей направление фиксированная установка характеризуется патологической инертностью. Человеку с такой установкой вообще, а эпилептоиду в частности, трудно приспособиться к внешней среде, т.е. отсутствует эластичность поведения; он теряется в критической ситуации и долго не в состоянии сделать шаг, соответствующий новым обстоятельствам. Как показали эксперименты, несмотря на 50–60 экспозиций равных объектов, установка, фиксированная на неравенство, остается в силе и эпилептоид воспринимает равные объекты неравными, т.е. иллюзорно. «Словом, – заключает Бжалава, – персеверация, навязчивость, прилипчивость, или, как отмечает Минковский, вязкость чувств занимает столь центральное место в симптоматологии эпилептоидов, что она равно находит свое выражение как в интеллектуальной, так и в эмоциональной и волевой сферах. На основе наших данных, они – явления вторичные, производные, возникающие на почве инертности установки» (Там же, 107–108).

Тот комплекс фиксированной установки, который выявился в экспериментах с шизоидными психопатами, Бжалава обозначает как инертно-иррадиированный. Именно последнее обстоятельство имеет своим следствием то, что в случае шизоидной психопатии «с особой отчетливостью вырисовывается... ригидность фиксированной установки...» (1970, 111). В опытах по фиксации установки на неравенство, как сообщает И.Т. Бжалава, равные объекты больше пятидесяти раз воспринимаются неравными; после фиксации установки чтения по латыни больной воспринимает и читает состоящие из специфических букв слова русского языка как латинские. Автор делает вывод, что «в этих опытах мы наверняка имеем дело с явлением, аналогичным персеверации, навязчивости, т.е. ригидности, обусловленной действием фиксированной установки, которая груба, локальна и инертна».

Не менее интересны и работы этого плана другого грузинского психолога – В.Г. Норакидзе (1970). Он сообщает о клинически-экспериментальном методе изучения вопроса об изменении характера у конфликтных детей до 12–16 лет. Соответственно педагогической характеристике у таких детей проявляются следующие формы детских конфликтов: недостаточная способность регуляции поведения, вследствие чего ребенку не удается включиться в процесс урока, грубость, упрямство, негативизм, капризы, излишняя апатия, ложь,

цинизм, агрессивное отношение к педагогам, родителям и ровесникам, насилие над слабыми детьми, безответственность, частые аффекты и другое. Норакидзе пишет, что, поскольку у таких конфликтных детей нормальное отношение между средой и субъектом отсутствует, причину этого надо искать в установке субъекта, в особенностях последней (1970, 357). В результате специального изучения установки таких детей подтвердилось, что они становятся рабами зафиксированной установки, им трудно выработать другую установку, соответствующую новым условиям. Здесь же автор указывает, что высвободиться от фактора фиксации для ребенка невозможно даже тогда, когда он знает, что его поведение несовместимо с ситуацией; будучи зафиксированной, установка целиком охватывает личность; отсюда неучет ситуации и неуспех при попытке высвободиться из-под импульса установки.

В.Г. Норакидзе считает, что в случае конфликта мы имеем дело не с фатальной, биологической обусловленностью, а с изменением установки, сформированной в процессе развития под влиянием критического опыта, и что соответствующее воспитательное и педагогическое воздействие может модифицировать установку в нормальном направлении, благодаря чему исчезают острые конфликты как в субъекте, так и между субъектом и средой (Там же, 358–359).

По нашим наблюдениям, психопаты проявляют ригидность в различных пробах, например в «решении арифметических задач» и «описании сюжетных картинок», где они выдвигают определенную гипотезу и игнорируют все другие возможности, а также при выполнении задания на «унификацию изображений объектов с переключением». Аналогично ригидность выявляется и в тесте Роршаха – стереотипная реакция на предъявления, и в ассоциативных экспериментах.

Положительная связь была нами также обнаружена при коррелировании показателей ригидности («решение арифметических задач», «прохождение словесных лабиринтов» и «унификация изображений объектов с переключением») и шкалой вопросов (всего 20), характеризующих наличие повышенной нервозности и психопатических черт характера, из анамнестического опросника «жизненных показателей» некоторых характерологических и типологических черт (составители В.Л. Марищук, В.И. Савищев и Г.И. Хилова), соответственно: 0,33; 0,23 и 0,37 (испытуемыми были студенты). Результаты более обширного исследования проблемы ригидности и психопатии, проведенного нами, мы приводим ниже (с. 166). Здесь же приведем мнение А.Е. Личко, высказанное при обсуждении этого вопроса, об «интимной связи психопатии и психической ригидности».

Ригидность как элемент структуры личности и как ее типообразующий фактор

Несомненно, справедлива мысль о том, что каждая черта, обрисовывающая одну из сторон характера или личности человека, вне характера, как и вне личности в целом, не существует. Черты характера и личности не изолированы друг от друга, а находятся во взаимосвязи – в структурной, синергической, интерферирующей, модифицирующей, компенсирующей [Ананьев, 1968, 1977; Левитов, 1969; Залевский, Сафин, Бакеев, 1969]. Это созвучно мнению о том, что люди отличаются друг от друга не отдельными чертами характера – они налицо у каждого, а способом их сочетания. С этой мыслью Hoberlin был солидарен П.Б. Ганнушкин, а затем и О.В. Кербиков, приводя ее в своей актовой речи (1971, 197).

Нетрудно заметить, что в приведенных выше мнениях проводится фактически мысль о системном (структурно-уровневом) подходе к изучению черт характера и личности. Именно этот подход с особой отчетливостью реализуется при описании типологических характеристик психической ригидности. При этом он выражается в двух вариантах: первый основывается на количественной оценке степени выраженности (интенсивности) психической ригидности, крайним случаем чего является поиск и описание ригидного и флексибильного типа личности; второй, не отрицая количественной оценки психической ригидности в целом, делает акцент на пространственных характеристиках, на доминировании того или иного аспекта психической ригидности в структуре личности.

В литературе чаще встречается первый вариант. Наиболее подробная характеристика ригидного и флексибильного типов личности дается в работе Rehfish (1958), которую мы приводим ниже, на основании данных разработанной им шкалы, включающей 39 пунктов.

Ригидная личность	Флексибильная личность
А. Скованный, заторможенный, повышенный самоконтроль, социально интровертирован и замкнутый. Отчужденный, холодный, социально изолированный, ограниченная реакция, узость интересов, замкнутый, субъективно ориентирован, склонность быть скорее слушателем и зрителем, осторожный, экономный, внимательный к деталям, сдержанный, медлеиный в принятии решеиий и т.д.	Отсутствие скованности, экстравертированный и открытый социально. Внимание к людям, разговорчивый, быстрый личный темп, оригинальный, спонтанный, независимый и т.д.

Б. Консервативиый и рутинный, не терпящий изменений, беспорядка и неопределенности. Строго придерживается статуса-кво, морально ригиден, формальный, инвариаитен, социально умеренный, неадаптивный, воздерживается от изменений, предрасположен к мышлению ригидными категориями и т.п.	Нерутинный, адаптивный, терпим к изменениям, беспорядку и неопределенности
В. Покориый по отношению к авторитетам и агрессивный в отношениях со слабыми. Зависимый, авторитарный, этноцентрист, эгоцентричный, предвзятый, критикаи, своекорыстный, узкомыслящий и т.д.	Самоутверждающийся, с состраданием относящийся к несчастным и слабым. Требовательный, откровенный
Г. Навязчивые и персеверативные тенденции	Навязчивые и персеверативные тенденции отсутствуют
Д. Тревога и чувство вины. Беспокойный, навязчивые сомнения, крайие скованное и ригидное сознание, подавленный, жесткое суперэго, неосознанное чувство вины, чувство неполноценности, недоверчивый, ненадежный	Отсутствие тревожности и чувства вины. Надежный, компанейский, эмоционально развит, подвижный

E. Goins считает, что предлагаемое определение личностной ригидности – флексибильности приемлемо не только потому, что оно пока единственное в литературе по ригидности, но и потому, что большинство групп черт достаточно валидны для ситуаций, требующих изменения (1962, 52). Здесь он ссылается опять же на Дж. Реефиша, который проводил перекрестную проверку (cross-validation) своей шкалы ригидности и получил значимые корреляции с чертами, подобными измерениям такого поведения.

В целом ряде работ ригидный тип личности описывался через корреляцию ригидности преимущественно с ограниченным числом тех или иных характеристик личности: интроверсией – экстраверсией [Белоус, 1968, 1971; Корнева, 1978; Юнг, 1981; Майли, 1982; Muchar, 1974; Eysenck, 1953], интернальностью – экстернальностью [Никифоров, 1985; Rotter, 1966; Patni, 1975]; внушаемостью [Залевский, Сафин, Бакеев, 1969]; догматичностью и авторитарностью [Rokeach, 1948; Adorno, 1973]; нетерпимостью к неопределенности и двойственности [Frenkel-Brunswik, 1949, 1973], тревожностью [Chown, 1959; Rubenovitz, 1963; Рождественская, 1987]; интеллектом [Goldstein, 1943; Werner, 1946; Mandl, 1954; Scheerer, 1958; Luchins et al., 1959; Brengelman, 1960; Rubenovitz, 1963; Versey, 1973; Rogers et al., 1975; Hughes, 1978]; индивидуальным стилем познавательной деятельности [Соловьев, 1977, 1985; Рогов, 1985;

Колга, 1986; Макаренко, 2003; Cowen and Thomson, 1951; Leach, 1962]. Относительно стиля в настоящее время вообще считается, что одним из продуктивных путей его исследования является оценка по параметрам «ригидности – флексибильности» и выделение «ригидного» и «флексибильного» стилей познания. По мнению Leach (1962, 9), «несмотря на широкие различия в терминологии, используемой для установления этого стиля, ясно, что «высокое творчество» Getzels and Jackson (1962), «независимость от поля» Witkin (1962), «аллоцентризм» Schachtel (1959) или «самоактуализация» иидивидуумов Maslow (1956) – все сходятся к одной характеристике индивидов: они флексибильны в своем подходе к жизни, восприимчивы к окружающим стимулам; два этих отчетливо различных паттерна, или две стратегии, начинаются в детстве и распространяются на все аспекты жизни. Один из этих паттернов характеризуется свободой и стремлением к экспрессии, другой – осторожностью с оглядкой на мнения других.

В исследованиях конституционального плана, прежде всего Kretschmer (1977) и Sheldon (1942), выделенные ими типы располагаются также вдоль характеристики ригидности – флексибильности, но с разной степенью четкости и определенности.

Helwig (1965), рассматривая шизотимную структуру в сфере нормального характера, отмечает, что индивид с шизотимным складом личности стремится к определенности, контрастности, альтернативным решениям, к признанию абсолютности. В теоретической и эстетической областях он за четкие, ясные классификации, которые выделяются точностью, порядком, систематикой. Для шизотима характерно также все подразделять по максималистским принципам «все» или «ничего». В своей внутренней позиции, в этике и науке он формирует жесткие позиции – «хорошо» и «плохо», «правильно» и «ложно». Он создает в своей жизни и в своих делах определенный стиль. В этом стиле имеется постоянное стремление к созданию ясной формы (схемы). Форма, подчеркивает Kretschmer, – это главный признак шизотимного характера. В отличие от циклотимных типов он не стремится проявить себя в радости или страдании. На первом месте стоит форма, проявляющаяся в системе мышления и действия. Эта система раз и навсегда определена, ориентирована на перспективу; однако ей не хватает эластичности, свойственной циклотимным характерам. В психозе эта система – «окно», через которое могла бы проникать разнообразная действительность.

Если первый вариант реализации системного (структурно-уровневого) анализа психической ригидности, как мы могли убедиться, встречается в литературе достаточно часто, то специальные исследования по второму ва-

рианту фактически отсутствуют. На такой подход, делающий акцент на пространственных характеристиках психической ригидности, на доминировании того или иного ее аспекта, указывается в работах Coville (1963), White (1964), В.Б. Березина с соавт. (1976), А.Е. Личко (1977), К. Леонгарда (1981).

Мы считаем правильным рассмотрение обоих вариантов, скорее, как дополняющих, чем исключающих друг друга. Преимущество же второго варианта состоит, на наш взгляд, в том, что он, во-первых, позволяет осуществить более точную типологизацию проявлений психической ригидности, во-вторых, дает возможность оценить существующие типологии личности и характера (К. Леонгард, А.Е. Личко) через психическую ригидность и, в-третьих, учитывает то обстоятельство, что психическая ригидность рассматривается как в норме, так и в патологии, когда в прогностической и реабилитационной целях реальностью являются, скорее, варианты ригидного типа личности, чем «ригидный» и «флексибильный» типы личности.

Проведенные нами исследования с использованием многопрофильного личностного опросника [Березин с соавт., 1978], патохарактерологического диагностического опросника [Личко с соавт., 1977], Томского опросника ригидности (1987), а также ряда экспериментальных методов изучения ригидности, тревожности, уровня притязаний, общей активности, экстраверсии – интроверсии помогли выделить два варианта ригидного типа личности – «стенический» и «астенический».

Психическая ригидность и тревожность. Тревожность изучалась с помощью широко известного опросника Спилбергера – Ханина в той его части, которая измеряет «личностную тревожность» (1976). Результаты по этим двум методикам коррелировались со шкалами ригидности.

В первую очередь следует отметить, что группа больных нервно-психическими расстройствами обнаружила более высокие показатели тревожности по сравнению с таковыми в группе здорового контроля. Различия между группами оказались значимыми на высоком статистическом уровне достоверности ($t = 9,47$; $p < 0,001$). Эти данные позволили предположить, что тревожность и ригидность должны проявлять тенденцию к взаимодействию, чаще всего синергическому, находясь в одной и той же структуре личности, что должно выражаться в положительных корреляционных зависимостях. Такие зависимости были обнаружены нами между опросниками тревожности Спилбергера – Ханина и шкалами ТОРЗ в группе больных неврозами и неврозоподобными расстройствами экзогенно-органического происхождения, с которыми такие исследования были проведены.

Так, в пределах группы больных неврозами корреляции между показателями шкалы Спилбергера – Ханина и шкалами ТОРЗ оказались следующими: СКР ($t = 0,47$; $p < 0,01$), АР (0,36; $p < 0,05$); СР (0,55; $p < 0,01$), РСО (0,34; $p < 0,05$). По уровню корреляционных зависимостей с интраструктурным проявлением психической ригидности подструктуры расположились следующим образом: эмотивная ($t = 0,50$; $p < 0,01$), праксическая (0,45; $p < 0,01$), динамическая (0,37; $p < 0,01$), психосоциальная (0,27; $p < 0,05$) и когнитивная (0,18; $p =$ н.д.). Наши данные близки тем, о которых сообщают, например, Rehfish (1958) и Rubenovitz (1963).

В группе больных неврозоподобными расстройствами уровень корреляционных зависимостей оказался в большинстве случаев выражен несколько слабее – шкала Спилбергера – Ханина со шкалой СКР ($r = 0,29$; $p < 0,05$) и эмотивной подструктурой (0,30; $p < 0,05$).

В связи с приведенными данными следует обратить внимание на ряд моментов, в частности на то, что уровни корреляционных зависимостей оказались не столь высоки, как этого можно было бы ожидать в связи с исключительно высокозначимыми различиями между группами больных и здоровых, с одной стороны, по ригидности, а с другой – по тревожности. Скорее всего, положительная линейная зависимость между ними имеет место не при всяком уровне, а при определенном – достаточно выраженном.

Психическая ригидность и уровень притязаний. Несомненный интерес представлял вопрос о соотношении психической ригидности и особенностей самосознания личности больного в виде самооценки, реализующейся в уровне притязания (УП).

С целью измерения уровня притязания и определения его направленности использовался психомоторный тест – «теппинг-тест», который оказался доступным для больных всеми видами нервно-психического расстройства и в этом плане, насколько нам известно, использовался впервые.

Модифицированный вариант теста является частью разработанного нами аппаратурного психологического комплекса (СТЛАН-01). После завершения основного комплекса заданий по тесту испытуемому сообщали, какое количество ударов он сделал в серии «максимальный темп» (МАТ-1), и спрашивали, может ли он сделать больше ударов за тот же самый промежуток времени (10 с). Если сможет, то насколько больше (разумеется, как он предполагает). Количественным показателем УП было указанное испытуемым число – от 0 и больше. Качественным показателем уровня притязания была его адекватность или неадекватность, которые могли выступать и в виде нескольких вариантов: адекватно и неадекватно низкий или высокий, что определялось разни-

цей между реальным выполнением задания (уровнем достижения и уровнем притязания) [Залевский, 1986; Колосов, Залевский, 1986].

При анализе уровня притязаний группы здоровых лиц и общей группы больных (включая и больных алкоголизмом – 40 человек) он по абсолютному среднегрупповому показателю оказался значительно выше у здоровых – 8,7 ударов против 5 ударов у больных ($p < 0,05$). Внутри нозологических групп он колеблется следующим образом: в группе с органическими поражениями ЦНС – 3,9 удара, шизофренией – 4,2, алкоголизмом – 4,4, психопатиями – 6,5 и неврозами – 7,3 удара.

При качественной оценке УП в сравниваемых группах оказалось, что в обеих группах – здоровых лиц и больных основными нервно-психическими расстройствами, включая алкоголизм, – он преимущественно неадекватный – 91,7 и 80,8% случаев. В группе здоровых он встречается даже чаще, чем в группе больных. При этом «неадекватно-заниженный» – в 16,7% случаев в группе здоровых против 44,5% в группе больных и «неадекватно-завышенный» соответственно в 75% случаев против 36,3%. Иначе говоря, если больные почти в 3 раза чаще, чем здоровые лица, неадекватно занижают уровень притязаний, то здоровые в 2 раза чаще, чем больные, неадекватно завышают свой уровень притязаний. Это же касается отдельных форм нервно-психической патологии. По степени неадекватности уровня притязаний они расположились следующим образом: психопатии – 92,8%, неврозы – 89,1, алкоголизм – 85, неврозоподобные расстройства экзогенно-органического генеза – 74, шизофрения – 53,4% случаев. При этом если в группе неврозов, шизофрении и алкоголизма процент случаев «заниженных» и «завышенно-неадекватных» самооценок приблизительно одинаков, то в группе психопатий и органических поражений ЦНС значительно преобладают случаи с «неадекватно-заниженными» самооценками.

Психическая ригидность и общая активность. Активность определяется как общеличностная характеристика, выражающая природное стремление индивида к повышенной и разнообразной нагрузке в умственной и психомоторной сфере и обусловливающая стремление индивида к эффективному освоению окружающего мира [Бодунов, 1980, 58]. Считается, что активность включает, по крайней мере, 3 независимых фактора: скоростной (скорость протекания отдельных поведенческих актов), эргический (мера потребности в деятельности) и вариационный (стремление к разнообразию и новизне) [Русалов, 1979; Бодунов, 1980]. Эти факторы являются независимыми аспектами общей активности личности.

В нашем исследовании мы сопоставили показатели психической ригидности по данным ТОРЗ и некоторых экспериментальных методик с показателями общей активности, полученными с помощью используемого для этих целей теппинг-теста (психомоторная деятельность) и шкалы Ма (9-й шкалы) модифицированного варианта MMPI. Скоростной аспект определяется по величине «автотемпа» – предпочитаемой или оптимальной частоты теппинга (АТ) и скорости реакции на «звук» и «свет», эргический аспект – по величине максимальной частоты теппинга (МЧТ), а вариационный – по величине показателя «изменчивость автотемпа».

В результате исследования было обнаружено следующее: среднегрупповой показатель автотемпа – скоростной аспект общей активности в обеих группах – здоровых и больных (все нозологии, но без алкоголизма) практически одинаковой величины, хотя и с разной дисперсией (24,2±9,4 против 24±15,0). Межиндивидуальные различия значительно перекрывают, таким образом, межгрупповые. То же самое относится и к различиям между нозологическими группами.

Несколько иная картина по другому показателю скоростного аспекта активности – «времени реакции». Среднегрупповые показатели ВР на каждый из стимулов в патологии оказались значимо выше, чем в норме ($p < 0,05$). Внутри нозологических групп эти различия достигают уровня значимости между группой больных неврозами и неврозоподобными расстройствами экзогенно-органического происхождения. Что касается отношений между скоростным аспектом активности и психической ригидностью, то корреляционный анализ обнаруживает следующее: отрицательную, хотя и на уровне тенденции, связь между показателями параметра интенсивности ПР шкал СКР и АР и автотемпом в обеих сравниваемых группах; связь на уровне тенденции, но с противоположным знаком (отрицательным в норме и положительным в патологии) между теми же показателями психической ригидности и ВР. Эти данные говорят о независимости двух указанных показателей скоростного аспекта общей активности – ВР и автотемпа. Положительную же связь психической ригидности с большим ВР можно, видимо, объяснить так же, как объясняется кажущийся парадоксальным факт, отмечаемый многими исследователями эпилепсии [Болдырев, 1971; Тиганов, 1983].

Показатели эргического и вариативного аспектов общей активности личности в группе здоровых значительно выше, чем в общей группе больных. Показатель максимального темпа 69,0±29,9 против 39,0±11,7 ($p < 0,05$), а показатель изменчивости автотемпа соответственно 28,7±15,7 против 13,7±5,9 ($p < 0,05$). Что касается отношений между психической ригиднос-

тью (показателями шкал ТОРЗ) и эргическим и вариативным аспектами общей активности личности в психомоторной сфере, то здесь наблюдаются несколько разные тенденции. В группе здоровых лиц корреляционные связи между показателями шкал ТОРЗ и максимальной частотой теппинга на уровне тенденции преимущественно положительные, в то время как в группе больных – преимущественно отрицательные. Корреляционные же отношения между показателями изменчивости автотемпа и теми же показателями шкал ТОРЗ в обеих группах обнаруживают устойчивую отрицательную зависимость, значимость которой растет с углублением нервно-психической патологии, выше она и при наличии преморбидной ригидности.

Низкие коэффициенты корреляций можно, видимо, объяснить тем обстоятельством, что в исследовании были использованы показатели общей активности из ее психомоторной сферы, в то время как показатели психической ригидности захватывают и другие сферы личности. Колебания направленности корреляционных связей говорят, скорее всего, о неоднозначности отношений между психической ригидностью и общей активностью личности в целом и ее отдельными аспектами в норме и при нервно-психической патологии, а также внутри последней. Тем не менее можно сделать вывод о том, что рост психической ригидности сопровождается снижением общей активности, и наоборот. Это наиболее очевидно при нервно-психической патологии. Результаты исследования говорят также о том, что наиболее «чувствительным» к нервно-психической патологии среди аспектов общей активности личности является ее вариативный аспект – он «страдает» сильнее всего и, по всей видимости, первым.

Психическая ригидность и экстраверсия – интроверсия. В данном случае сопоставлялись показатель интенсивности психической ригидности шкал ТОРЗ с показателями шкалы «социальной интроверсии» или «социальных контактов» в модифицированном варианте MMPI [Березин с соавт., 1976]. Она также обозначается как «0-я шкала». Интересно, что, по данным этих авторов, ригидность в ее аффективном варианте (6-я шкала – «аффективная ригидность») находится в положительной связи с интенсивностью социальных контактов, или экстраверсией. По их мнению, для ригидных личностей характерна повышенная социабельность, общительность и т.п. (Там же, 156).

Наши данные оказались диаметрально противоположными. Прежде всего следует отметить, что положительно коррелировали показатели 6-й и 0-й шкал, хотя и на уровне тенденции ($r = 0,21$; $p < 0,1$). Что касается корреляций показателей «нулевой шкалы» и шкал ТОРЗ, то по всем шкалам в груп-

пе здорового контроля они оказались положительными и высокозначимыми (r = 0,40–0,52, при p < 0,01). В нозологических группах сохраняются те же тенденции, но картина все же более пестрая. Ближе всего к результатам группы здоровых данные корреляционного анализа в группе больных шизофренией, где связи со всеми шкалами ТОРЗ, за исключением шкалы УР, находятся на достаточно высоком статистическом уровне достоверности (r = 0,27; p < 0,05 – ПМР; а остальные: r = 0,47–0,59; p < 0,01). Тот же уровень достоверности различий при несколько меньшей значимости коэффициентов обнаружился в группе больных неврозоподобными расстройствами экзогенно-органического происхождения (r = 0,21; НЗ–ПМР; r = 0,23; p < 0,05 – СКР; а остальные: r = 0,31–0,47 при p < 0,02) и больных неврозами (r = 0,16; НЗ–УР; r = 0,26; p < 0,05 – ПМР; а остальные: r = 0,31–0,44 при p < 0,01). В группе больных алкоголизмом корреляции лишь в двух случаях достигли уровня достоверности p < 0,01 (шкалы АР и РСО – r = 0,48 и 0,47), в одном p < 0,05 (шкала СКР – r = 0,37), а остальные оказались ниже допустимого уровня достоверности (шкалы СР, ПМР и УР: r = 0,29, 0,22 и 0,01).

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что психическая ригидность и социальная интроверсия чаще всего встречаются в одной и той же структуре личности, что совпадает с данными Eysenck (1953), В.В. Белоуса (1971), Т.В. Корневой (1978) и Р. Майли (1981). Это, разумеется, не может отрицать выявленного в наблюдениях того бесспорного факта, что ригидность есть и в структуре экстраверта, но она представлена, возможно, больше на периферии, выражена слабее и вообще характерна для иных сфер. А выявленные корреляционные различия между нормой и патологией говорят, видимо, об ослаблении, как частном случае общих изменений при нервно-психической патологии, структурно-уровневых отношений в структуре патологически измененной личности.

Психическая ригидность в структуре профиля личности (MMPI) и типа акцентуации характера (ПДО). Продолжая следовать в русле той справедливой мысли, что люди отличаются друг от друга не отдельными чертами характера, а способом их сочетания [Кербиков, 1971, 197], мы сопоставили показатели психической ригидности не только с отдельными чертами, но и с профилями и типами личности и характера. При этом мы исходили из того мнения В.С. Мерлина (1971, 23), высказанного им в дискуссии со школой Теплова – Небилицына, что аналитическое исследование – изучение отдельных свойств нервной системы – должно не предшествовать синтетической характеристике типов, а совершаться параллельно с ней. Более того, пол-

ное и глубокое знание каждого отдельного свойства возможно только тогда, когда мы знаем, каков его контекст в общей структуре типа.

Для определения предпочтительного профиля личности в норме и при нервно-психической патологии в связи с особенностями психической ригидности был осуществлен корреляционный анализ показателей параметра интенсивности по данным ТОРЗ (субшкала АР) с показателями шкал MMPI [Березин с соавт., 1976]. Основание для профилей (рис. 2) составили коэффициенты корреляции между шкалой АР и каждой шкалой MMPI.

Из рис. 2 видно следующее. В группе здоровых самые высокие положительные корреляции АР с 0, 2 и 6-й шкалами на 1%-м уровне значимости,

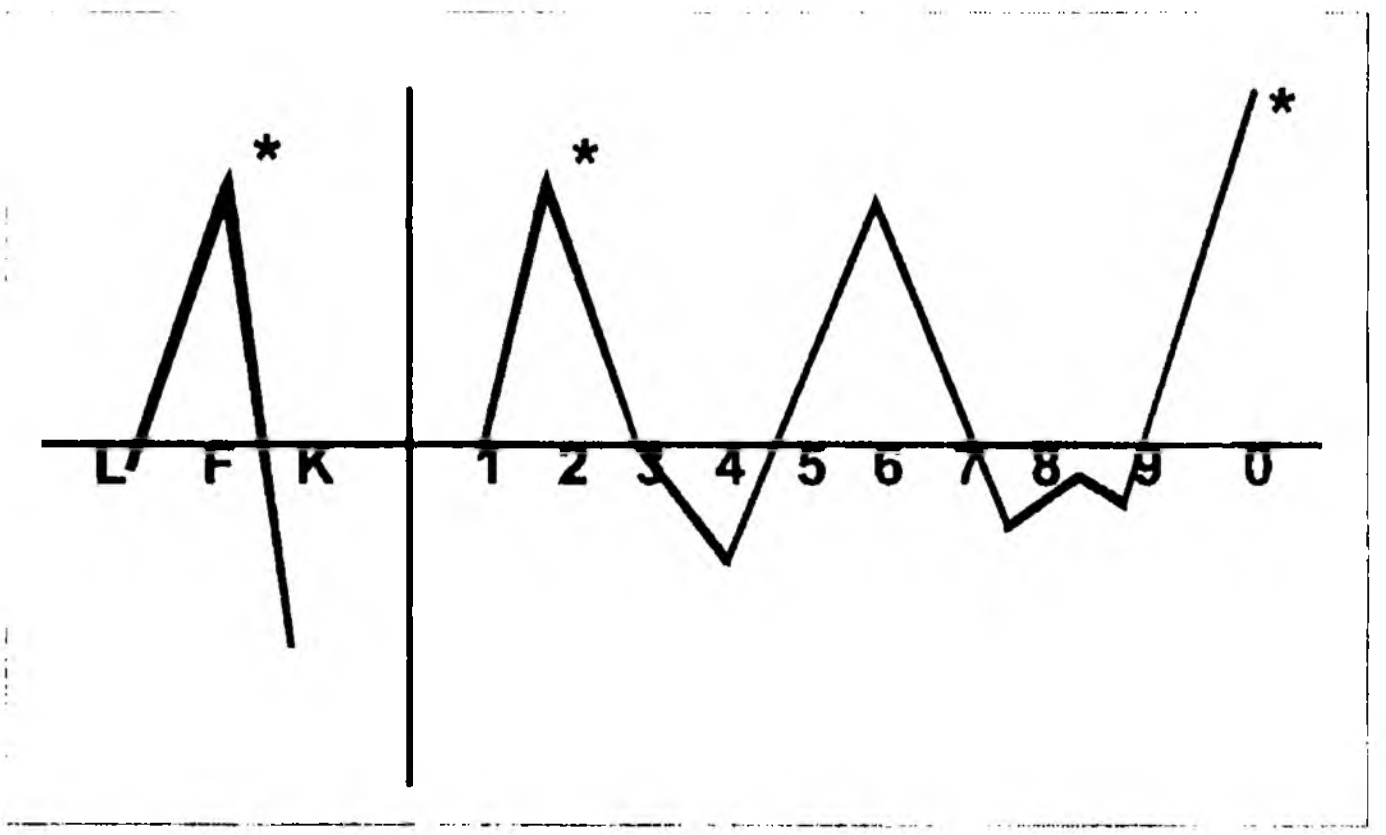


Рис. 2. Профиль корреляционных связей шкалы АР (ТОРЗ) со шкалами MMPI (здоровые)

слабые положительные – с 5-й и 3-й и слабые отрицательные, не достигающие уровня значимости, с 4, 7, 8 и 9-й шкалами. Что касается оценочных шкал, то АР значимо связана со шкалой F ($p < 0,01$) и отрицательно, хотя и не значимо, с двумя другими шкалами.

В группах нервно-психической патологии отмечается очень близкая к норме тенденция, хотя, конечно, имеются определенные отличия в каждой группе. Эти отличия относятся главным образом к корреляционным отношениям шкалы АР с теми шкалами MMPI, которые выражены слабо положительно или с разной степенью выраженности отрицательно. В группе

больных неврозами высокозначимые связи ($p < 0,01$) обнаружены между шкалой АР и шкалами 0-й и 2-й, несколько ниже – с 7-й шкалой ($p = 0,05$). В остальных случаях связи – положительные и отрицательные – выражены очень слабо. Отношения со шкалами оценочными практически такие же, как и в группе здоровых. В группе больных неврозоподобными расстройствами экзогенно-органического генеза положительные и высокозначимые связи отмечаются также с 0-й и 2-й шкалами ($p < 0,01$) при значительном отрыве от других шкал. С целым рядом шкал обнаружены положительные – практически одинаковые и не достигающие уровня значимости корреляции – с 4, 7, 1 и 8-й. Отрицательные отношения, достигающие 5%-го уровня значимости, оказались с 9-й шкалой (–0,23). Почти на уровне нуля корреляционные отношения с 5-й шкалой.

Сохраняется отмеченная выше тенденция относительно самых высоких корреляционных связей шкалы «актуальной личностной ригидности» со шкалами 0-й и 2-й при, пожалуй, их несколько большей выраженности и в группе больных шизофренией. Следует отметить, что в этой группе положительные связи с подавляющим большинством основных шкал более выражены, чем в остальных нозологических группах и в группе здорового контроля. Отрицательная связь отмечена только с одной из основных шкал – с 9-й, которая, правда, уровня значимости не достигает. Триаду же самых высококоррелируемых со шкалой АР шкал MMP1 замыкает в этой группе 8-я шкала («аутизация»). Корреляция шкалы АР с тремя оценочными шкалами сохраняет ту же тенденцию при более выраженных отрицательных отношениях со шкалами L и K. В группе больных алкоголизмом триаду наиболее высококоррелируемых со шкалой АР шкал составили 0, 2 и 6-я шкалы со значительным отрывом от остальных шкал. В случае 9-й и 5-й шкал имеют место отрицательные, но слабые связи. При сохранении в отношении оценочных шкал той же тенденции, что и во всех остальных группах, в данной группе положительная связь АР с F оказалась близка к нулю.

Итак, результаты данного исследования позволяют сделать ряд обобщений. Прежде всего, можно говорить о том, что профиль личности, у которой обнаружен высокий показатель «актуальной личностной ригидности», будет характеризоваться и в норме, и при нервно-психической патологии высокими показателями 0-й (интроверсия) и 2-й (депрессия) шкал, к которым в норме и при алкоголизме с некоторым отставанием в величине коэффициента корреляций присоединяется 6-я шкала, при неврозах – 5-я, при шизофрении – 8-я, а при неврозоподобных расстройствах экзогенно-органического происхождения со значительным отставанием сразу 5 шкал, из

которых ни одной нельзя отдать предпочтение. Менее четкая картина относительно шкал MMPI, с которыми шкала АР коррелирует в меньшей степени положительно и в разной степени отрицательно. Отметим те шкалы в каждой группе, которые проявили отрицательное отношение к шкале АР: в группе здорового контроля – 4, 7 и 9-я; неврозов – 9-я и 4-я; органических поражений ЦНС – 9-я; шизофрении – 9-я и алкоголизма – 9-я и 5-я. Отсюда видно, что во всех случаях повышение показателей по шкале АР влечет за собой снижение показателей по 9-й шкале, и наоборот. Принципиальную идентичность конфигурации при некоторых ее вариантах по триаде оценочных шкал мы уже отмечали выше.

Теперь попытаемся кратко дать качественный анализ-описание профиля личности с высоким уровнем психической ригидности, выявляемой одной из шкал Томского опросника ригидности, – «актуальной личностной ригидности». Но прежде отметим, что в структуре «корреляционного профиля личности» в группе здоровых имеет место и подъем по шкале «аффективной ригидности» (он несколько выше 0-й и равен 2-й). В этом он похож на усредненный профиль «ригидных акцентуированных личностей», который приводит Ф.Б. Березин с соавт. (1976, 147). Но на этом сходство заканчивается, и начинаются различия по 2-й и особенно 0-й шкалам. Общим для личностей с тем и другим профилем является их дисгармоничность, хотя природа ее различна.

Общими характеристиками ригидной личности с выделенным нами «корреляционным MMPI-профилем» являются постоянный субдепрессивный фон, повышенная социальная интроверсия, сниженная активность, напряженность в аффективной сфере (но ниже, чем у «аффективно ригидных личностей»). Это, скорее всего, гипотимные личности с пессимистическими установками, сенситивные в межличностных отношениях и т.д. Можно также предположить, что этот тип личности при определенных условиях оказывается в спектре сенситивно-паранойяльных и шизотимных типов, в то время как «аффективно-ригидный тип» ближе к экспансивно-параноиальному типу.

Среди нозологических форм с «корреляционным профилем личности» группе здоровых практически идентичен профиль группы больных алкоголизмом. Правда, последние оказались с более оптимистичными установками, судя по снижению различий между показателями К. («индекса F – К» [Березин с соавт., 1976, 45]).

Для больных неврозами с невысокими показателями психической ригидности по шкале АР при снижении аффективной напряженности остают-

ся характерными сенситивность и трудности в социальных контактах на фоне сниженной активности; практически та же картина наблюдается и в группе больных неврозоподобными расстройствами экзогенно-органического генеза. В группе больных шизофренией коррективы в отмечаемую выше характеристику личности с высокими показателями «актуальной личностной ригидности» внес значительный подъем 8-й шкалы («аутизация»), оттеснившей на следующую позицию 6-ю шкалу. Восьмая шкала отражает сложную поведенческую структуру, в основе которой лежат чрезмерная стойкость аффекта, эмоциональная одеревенелость, заторможенность контактов, высокая степень ухода от окружения, на что указывает одновременный подъем 6-й шкалы. В целом данный профиль напоминает профиль «угрюмых, недоверчивых шизоидов» [Березин с соавт., 1976].

Забегая несколько вперед, отметим, что описанные профили во многих своих чертах согласуются с описанием типов акцентуации характера (ПДО) для лиц с высокой «актуальной личностной ригидностью». Результаты изучения этого вопроса представлены ниже.

Группа из 168 человек – здоровые и больные – была обследована с помощью ТОРЗ и разделена на две подгруппы в зависимости от уровня психической ригидности: «низко- и умереннорригидные» и «высоко- и чрезмернорригидные». Определив с помощью ПДО тип акцентуации характера каждого обследованного, высчитали процент представителей того или иного типа в каждой из подгрупп.

Исследование обнаружило, что в обеих подгруппах представлены почти все типы акцентуаций характера, хотя и в разной степени. Исключение составляют астеноневротический и сенситивный типы, которые совершенно не представлены в подгруппе с низкой и умеренной ригидностью против соответственно 10,2 и 8,2% в группе с высокой и чрезмерно высокой ригидностью. К исключениям можно отнести также представителей гипертимно-циклоидного, гипертимно-истероидного и гипертимно-неустойчивого типов, которые оказались лишь в группе обследованных с низкой и умеренной ригидностью (7,3, 7,8 и 4,9%). Что касается некоторых других типов акцентуации характера, то они представлены в обеих подгруппах, но в разной мере: лабильный тип – 14,6% («низкая и умеренная ригидность») против 6,1% («высокая и чрезмерная ригидность»); психастенический соответственно 13,4% против 9,8; эпилептоидный – 6,1% против 11,2; истероидный – 2,4% против 6,1; лабильно-астенический – 6,1% против 2,4; лабильно-истероидный – 9,8% против 4,1; сенситивно-психастенический – 3,7% против 6,1 и эпинеустойчивый – 4,9% против 8,2%. Если же сравнить эти две подгруппы, объединив типы акцентуа-

ции – «чистые» и «смешанные» – по наличию в них тех или иных черт, то картина получается следующая. В подгруппе лиц «низко- и умереннорригидных» оказалось: 21,9% пробандов гипертимных и с гипертимными чертами (против 2,04% в противоположной группе); 35,3% лабильных и с лабильными чертами (против 22,4%); 7,3% астеноневротических и с астеноневротическими чертами (против 14,3%); 7,3% сенситивных и с сенситивными чертами (против 24,5%); 6,8% шизоидных и с шизоидными чертами (против 8,2%); 10,9% эпилептоидных и с эпичертами (против 17,4%); 26,5% истероидных и с истероидными чертами (против 15,3%); 12,02% циклоидных и с циклоидными чертами (против 2,04%). Иначе говоря, группу обследованных лиц с низкой и умеренной ригидностью представляют преимущественно гипертимы и с гипертимными чертами, лабильные и с лабильными чертами, истероидные и с истероидными чертами, циклоидные и с циклоидными чертами. В противоположной группе выявляются преимущественно сенситивные типы и с сенситивными чертами, астеноневротические и с астеноневротическими чертами, лабильные и с лабильными чертами, эпилептоидные и с эпилептоидными чертами, истероидные и с истероидными чертами. Корреляционный анализ отразил те же тенденции.

Итак, проведенное исследование позволяет сделать следующее заключение. Можно считать, что психическая ригидность входит в структуру почти всех типов акцентуации характера, хотя и в разной степени: от отдельных «вкраплений» в различные области психики (гипертимный и циклоидный типы) к факультативной черте (лабильный, истероидный, шизоидный) и, наконец, до облигатной черты (сенситивный, психастенический, эпилептоидный и астеноневротический типы).

Понятно, что в случае вызванной разными причинами патохарактерологической динамики эти внутриструктурные отношения могут изменяться. Общей тенденцией является усиление психической ригидности, расширение областей психики, в которые она проникает, трансформация ее в облигатную черту, симптомокомплекс и в типообразующий фактор. Это наблюдается в случае психопатических состояний и их динамики, при других нервно-психических расстройствах и особенно при развитиях личности, как это видно на примере литературных и собственных экспериментально-психологических данных.

В литературе есть указания на то, что психическая ригидность, акцентуируясь, может формировать соответствующий тип характера или личности. Это подтверждается и нашими данными. При этом результаты наших исследований позволяют выделить два варианта ригидного типа личности (пас-

сивное цепляние или активное отстаивание привычного, рациональное или эмоционально-неофобическое неприятие нового). Предлагаемая нами дифференциация обследованных лиц по особенностям проявления психической ригидности разделяет как бы на две противоположные группы не только существующие типологии [Личко, 1977; Леонгард, 1981], но проходит и через отдельные типы.

Для «стенического» варианта ригидного типа личности характерна выраженная ригидность аффекта, активное отстаивание привычного и сопротивление новому с рационализацией его неприятия, преимущественно ригидность целей, неадекватная повышенная самооценка, сниженная тревожность, повышенная экстравертированность. «Астенический» же вариант характеризуется слабой выраженностью аффекта при сохранении высокого уровня ригидности эмоциональной сферы, пассивной приверженностью привычному и сопротивлением новому, эмоциональным его неприятием, повышенной тревожностью, неофобией, преимущественно ригидностью средств, неадекватно сниженной самооценкой, повышенной интравертированностью.

При сохранении такого разделения в целом каждый из вариантов ригидного типа личности характеризуется дополнительно определенными нюансами в пределах того или иного нервно-психического расстройства.

Реальность существования предложенной нами типологии подтверждается наблюдениями и описаниями, которые мы встречаем в литературе. «Стенический» вариант ригидного типа близок по своему содержанию описанной Ф.Б. Березиным с соавт. (1976) «ригидной личности», отраженной в усредненном профиле «ригидных акцентированных личностей». Эти лица характеризуются тенденцией к повышенной устойчивости аффективно окрашенных переживаний. В поведении это проявляется в акцентируемом стремлении к повышению собственной значимости, честолюбии, повышенной чувствительности в отношении несправедливости, целеустремленности, малой подверженности воздействию различных «сбивающих» факторов в деятельности. Там, где личность с сочетанием таких черт находит благоприятные условия для реализации связанных с ними потребностей, адаптация ее полноценна и индивидуум может быть весьма полезным членом общества. При чрезмерной выраженности (аффективной) ригидности наблюдается болезненная обидчивость, подозрительность, постоянные предположения о возможности ущемления каких-то прав, склонность к преувеличению собственных способностей и объяснение неудач неблагожелательностью окружающих. Когда нарушение адаптации, обычно проявляющееся в серьезных межличностных конфликтах, достигает степени заметного на-

рушения психического здоровья, оно рассматривается психиатрами как паранойяльная психопатия.

Усредненный профиль определяется пиком на 6-й шкале, которая сочетается с умеренно выраженным пиком на 3-й шкале, резким снижением на 0-й и явным понижением на 4-й шкале. Дополняя характеристику личностей с таким профилем MMPI, Ф.Б. Березин и др. (Там же, 156) пишут об их склонности к построению трудно корригируемых концепций, возникновение и сохранение которых обусловлено ригидным аффектом. Они отличаются настойчивостью, принципиальностью, склонностью к рационализированным возражениям при попытках изменения сформировавшихся концепций.

У большинства лиц описанные черты сочетались с энтузиазмом, общительностью, нетерпимостью к ситуациям неопределенности и колебаний и стремлением доминировать. Многим из них была свойственна высокая способность к умственной активности. В процессе обучения в вузе число таких лиц увеличивалось. И авторы предполагают, что отмеченные у этих студентов особенности личности, возможно, способствуют успешной адаптации к обучению в вузе (Там же, 163–164). Похожие описания мы находим у Л.Н. Собчик с соавт. (1978), а также в социально-психологической литературе, посвященной, в частности, проблемам конфликта. Негибкость и прямолинейность ригидной личности, неспособность считаться с окружающими, понять точку зрения других людей нередко ведут, по наблюдению авторов, к конфликтам в межличностных отношениях. Более того, для таких личностей их качества выглядят в совершенно ином свете – негибкость и упрямство в их воображении превращаются в упорство и настойчивость, а неспособность правильно оценить ситуацию и прислушаться к мнению окружающих олицетворяет для них независимость и верность собственным принципам [Бородкин, Корняк, 1984, 108]. О том, что ригидные люди не признавали себя таковыми, писал Mackie (1966). Это, несомненно, соответствует преимущественно неадекватной их самооценке, выявленной и в нашем исследовании.

Важно подчеркнуть, что смешивают ригидность с принципиальностью не только ригидные личности, но нередко и сами исследователи [Березин и др., 1976], что нельзя считать правомерным [Мясищев, 1954; Белоус, 1971; Rubenovitz, 1963].

При более внимательном взгляде нетрудно заметить, что при некоторых общих чертах «ригидная личность» в описании Ф.Б. Березина и др. в целом существенно отличается от таковой в описаниях Coville (1963) и White (1964). Это наблюдение и послужило толчком для поиска и выделения «астенического варианта ригидного типа личности». В описании Coville (1963, 105–

106) ригидные люди – это щепетильные, сверхсистематичные, сверхзаторможенные и сверхдобросовестные в своей приверженности к социальным и моральным стандартам. Они большие труженики; многие из них вносят конструктивный вклад в свое окружение. Их безупречность и точность причиняют страдание окружающим и приводят к проблемам в межличностных отношениях, поскольку они стараются навязать и другим свои стандарты. Будучи обычно не в состоянии смягчиться (уступить и проявить гибкость), они раздражаются по поводу такой мягкости у других. Своим импульсивным поведением эти индивидуумы напоминают компульсивных невротиков; случается, что у них развивается такой невроз, но по динамике и симптоматике они не доходят до полного невроза.

Следует отметить, что Coville рассматривает ригидность в ряду симптомов расстройства воли как неспособность человека изменить поведение, усвоить новые средства приспособления к жизненным проблемам, как применение им ригидных паттернов в широкой вариации ситуаций при безуспешном реагировании одним и тем же неподходящим способом. Все это он считает, прежде всего, особенностью невротического поведения – «невротического оцепенения или тупости». Дополняя же характеристики ригидных личностей, он пишет об их склонности формировать зависимые отношения, старании угодить всем и в любое время, ориентации на силу в межличностных контактах, тревожном реагировании, не считаясь с реальной ситуацией (Там же, 105–106).

Очень похожи на «ригидных людей» Coville «ригидные или добросовестные студенты» в описании White (1964). Он описывает студенток, которых отличали ревностность, стремление делать все хорошо, надежность и самоконтроль, что в сочетании делало их «образцовыми» студентами. Но отмечается и несколько экцессивный характер их стремления угождать и получать одобрение окружающих. С другой стороны, для них было характерно недоверие к своим собственным импульсам, чувствам и суждениям. «Когда повнимательней присмотреться к их социальной жизни, – пишет White – то поражает отсутствие настоящих теплых человеческих чувств. Они часто находятся в состоянии напряжения, и это приводит нередко к мрачному настроению и упадку духа» (Там же, 264). Видимо, это обстоятельство дает основание некоторым авторам считать ригидность дистимической чертой (Drakeford, 1969). Интерпретируя эти характеристики, Munroe считает, что «вся беда этих девушек в том, что они боятся» (цит. по: [White, 1964, 265]). В учебе такие лица ориентируются на предписания и правила. Им нравится собирать информацию и аккуратно приводить ее в порядок.

Они предпочитают, чтобы за них думал учитель, а им оставалось лишь репродуцировать его мысли. Они учат то, что им предписывается, не предлагая чего-либо своего и не делая что-либо по-своему, в новых комбинациях. Когда их спрашивают об их собственном мнении или предлагают дать свою интерпретацию чего-либо, то они конфузятся, ищут, на кого бы сослаться. Занятия, которые они по-настоящему ненавидят, это те занятия, где их заставляют высказываться, писать оригинальные, творческие сочинения, занимать определенную позицию в спорах. Идеальным для них является курс того лектора, который любит, чтобы студенты повторяли его идеи и мысли. Они предпочитают экзаменационный билет с небольшой, четко определенной проблемой, дающий возможность прийти к определенным выводам.

Следует отметить, что для White такие люди если и не невротики, то носители невротических тенденций, это фактически «преневротические личности», а их «ригидность и блокировка научения новому вызваны тем, что они боятся опасностей детства» (1964, 257). Со всей очевидностью обнаруживается в этой оценке автора психоаналитическая ориентация.

Итак, рассмотренные выше работы и наши собственные исследования свидетельствуют о том, что психическая ригидность может вступать в значимые связи с множеством характеристик личности, относящихся к разным «этажам» ее структуры. Величина этих связей возрастает по мере приближения того или иного свойства к кругу свойств, валидных для ситуаций, требующих от личности каких-либо изменений, перестройки и т.д. Что же касается отношения психической ригидности к типам личности (характера), описанных, например, Eysenck, Kretschmer и др., то оно далеко, на наш взгляд, от определенности. Ригидные черты обнаруживаются в разных и даже в противоположных типах. Видимо, ригидность, оказываясь в различной личностной структуре, претерпевает определенную трансформацию, обусловливая, в свою очередь, предпочтительные способы поведения той или иной личности. Справедливо, видимо, и другое. Как пишет К. Леонгард (1981, 16), ананкастические, паранойяльные и истерические черты могут быть присущи в какой-то мере, собственно, любому человеку, но проявления их так ничтожны, что они ускользают от наблюдения.

Мы полагаем, что психическая ригидность может быть в разных типах личности или характера представлена в неодинаковой степени сильно и широко или, по выражению К. Леонгарда, разное число областей психики и с разной мерой выраженности могут быть «вовлечены в соответствующие проявления» (1981, 31). А поэтому разные типы могут быть, по всей видимости, в разной мере «отягощены» ригидностью. Но оценка этой «отяго-

щенности», в свою очередь, может нести на себе печать разного понимания сути психической ригидности, что отразилось и в приведенных выше описаниях «ригидных личностей». Все это дает основание не только говорить о разном подходе к психической ригидности и ее пониманию, но и предположить существование различных вариантов ригидного типа личности. Это предположение нашло свое подтверждение в выделении нами «стенического» и «астенического» вариантов ригидного типа личности.

Данная типология, по нашему мнению, позволяет в определенной степени снять односторонность описаний, предложенных в рассмотренных нами выше работах, что также имеет значение для индивидуализации терапевтических мероприятий и реабилитационного прогноза.

Глава 2

СТРЕССОГЕННАЯ МОДЕЛЬ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

(Ригидность как состояние. Временные характеристики ПР)

Введение в проблему. Связь проблемы ригидности и психических состояний с наибольшей отчетливостью выступает при анализе эмоциональных состояний напряженности, или стрессовых состояний.

Явление стресса (от англ. stress – напряжение) особенно интенсивно стало изучаться лишь в последнюю четверть XX в. в связи со все большим усложнением отношений в системе человек – машина. Но, как совершенно справедливо отмечал М.С. Роговин, знание психологических особенностей возникновения и течения эмоциональных состояний напряженности, или стрессовых состояний, очень важно не только для летчика, космонавта, офицера, оператора электростанции, диспетчера, машиниста, шофера, но и, например, для судьи, решение которого так много значит для обвиняемого, руководителя предприятия, педагога, экзаменующего учеников, и т.д. (1970, 352).

Изучение стресса получило физиологическое обоснование в учениях У. Кеннона о гомеостазисе и Г. Селье об «общем адаптационном синдроме», т.е. о своеобразной, защитной по своему характеру реакции организма, мобилизующего свои ресурсы (прежде всего эндокринные) в ответ на сильные и травмирующие (сверхсильные) внешние воздействия – будь то физические или нервно-психические, эмоциональные перегрузки.

В случае стрессовых состояний имеют место физиологические и психологические изменения. При не очень сильном и длительном стрессе физиологические изменения могут почти не проявиться внешне или просто не поддаться регистрации; тогда приходится прибегать к анализу более тонких и своеобразных изменений поведения. М.С. Роговин указывал, что к их числу относятся в первую очередь затруднения в осуществлении функций, требующих сознательного контроля и связанных с направленностью мышления

на решение той или иной задачи. При этом наблюдаются трудности в распределении и переключении внимания. В то же самое время навыки, заученные и автоматизированные формы поведения не только не тормозятся, но могут даже против воли человека заменять собой сознательно направленные действия. В связи с этим автор приводит очень интересный пример: мать, взволнованная внезапным заболеванием ребенка, никак не может дозвониться к врачу, так как многократно ошибочно набирает номер собственного телефона (1970, 353). Здесь же указывается, что, помимо торможения некоторых сторон сознательной деятельности, при стрессе возможны и ошибки восприятия, памяти, неадекватные реакции на неожиданные раздражители, сужение объема внимания и восприятия, ошибки в распределении длительности интервалов времени и т.п.

При исключительной многоплановости этой темы, отраженной в публикациях М.С. Роговина (1962, 1963), а также в более поздних работах Н.И. Наенко и О.В. Овчинниковой, (1967) и Э.Ю. Пунг (1969), Н.И. Наенко (1976), по существу, все исследователи сходятся на том, что «отличительной особенностью поведения в ситуации напряженности является его негибкость. Поведение утрачивает пластичность, свойственную ему в нейтральной обстановке. Как показывают опыты, при прочих равных условиях, в состоянии напряженности в первую очередь страдают сложные движения, что не только нарушает деятельность, но может привести к ее срыву» [Наенко, 1967, 60]. Это было показано еще J. Hamilton and I. Crechevsky (1933); при стрессе поведение в значительной степени утрачивает свойство пластичности и характеризуется преобладанием стереотипий. Известно также, что при очень высоких степенях этой напряженности отмеченное сужение диапазона действий (реализующееся в крайних формах как возбуждения, так и торможения) может достигать уровня патологии. Это можно наблюдать в случаях осуждения заключенных на смертную казнь. Осознание того, что жизнь кончена, отсутствие всякой надежды (а ведь человек живет именно ею), длительное ожидание приведения смертной казни в исполнение, сенсорная депривация и отсутствие нормального человеческого общения приводят к кардинальным перестройкам психики осужденного, и в первую очередь одной из основных составляющих ценностно-потребностной сферы личности. Одни потребности и ценности в таких условиях вообще теряют смысл, другие приобретают гипертрофированное значение [Морогин, Залевский, 1999].

Несомненно, что данные изучения стресса говорят о нечеткости и в то же время ограниченности применяемого в психологии и психиатрии поня-

тия «состояние». Под последним понимается и непосредственное проявление вовне физиологических параметров (главным образом, возбуждения и торможения) или состояния рассматриваются как синонимы синдромам – навязчивости, оглушения, маниакальному, депрессивному, истероидному, деперсонализации, комы и т.д.

Как считают нужным подчеркнуть A. Ey, P. Brisse и Ch. Brisse в своем известном руководстве по клинической психиатрии в отношении состояния депрессии, этот термин используется даже в трех смыслах: симптома, синдрома и нозологической единицы (1967, 239). О сложности вопроса состояний можно судить хотя бы по тому, что при приложении этого понятия к шизофрении «речь идет о разном выражении, разной структуре, различном темпе развития, своего рода изомерии свойственных шизофрении расстройств. На основе эпидемиологического исследования 1400 больных шизофренией было обнаружено около 100 различных состояний. Но все они представляли собой варианты девяти видов приведенных выше синдромов, из которых каждый выражает соответствующий ему предел расстройства психической деятельности («уровни» Джексона, «регистры» Крепелина) [Снежневский, 1969, 13].

В контексте данного анализа особенно важно отметить еще одно специфическое понимание состояний в их связи с психопатиями. Еще П.Б. Ганнушкин указывал на обычно недостаточную определенность в психопатологии понятия «состояние»; в своей известной статье «Постановка вопроса о границах душевного здоровья» он справедливо критикует Циэна за смешение понятий «состояние» и «психопатическая конституция» и указывает на возникающее в результате этого логическое противоречие (1964а, 104). Ганнушкин считал возможным говорить о психопатии как состояниях стационарных, а не прогредиентных только в том смысле, что ненормальные явления не представляют результата вмешательства инородного процесса, а оказываются врожденными, присущими самому существу личности и развивающимися в тех пределах, в которых это требует ее обычное жизненное развитие или условие ее соотношений с окружающей средой. Если при данном подходе несомненно различение этих понятий, а вопрос о психопатологической природе состояний остается открытым, то нередко более поздние авторы повторяли, по существу, ошибку Циэна. Так, Г. Биндер, автор раздела «Психопатии, неврозы, патологические реакции», в руководстве Груле и др., говорит о стойких психопатических состояниях как о проявлениях определенных сторон личности, «усилении или ослаблении обширных психических сфер, как, например, отклонения в окраске основного настроения, интенсивности импульсов и т.д.» (1967, 152). Таким образом,

между понятиями «психопатия» и «состояние» грани во многом оказываются стертыми, ибо первая есть не что иное, как в какой-то мере стабилизированное, а точнее, зафиксировавшееся состояние.

По-видимому, психопатологи, отказавшись от однозначного соответствия между нозологическими формами и состояниями, как это пытались установить еще в начале XX в. известные французские психологи A. Binet и T. Simon (1909), не сочли нужным уточнять это важное клиническое понятие – «состояние».

Несомненно, что именно на это в первую очередь наталкивает анализ ригидности и вообще фиксированных форм поведения.

Психологи разных направлений отмечали, что причиной ригидности поведения могут быть напряжения, связанные с тревогой, страхом, фрустрацией, шоком, катастрофическими ситуациями и т.п. Отсюда ряд исследователей начинают рассматривать ригидность не как свойство личности, а как состояние, т.е. смещают акцент исследования с ригидных реакций на ситуации, обусловливающие эти реакции, поскольку, по выражению E. Wolpert, «этот синдром может быть вызван у любого индивида» (1955, 594).

С этих же позиций ригидность рассматривается и Н.Д. Левитовым, который наряду с такими явлениями, как стресс, тревога, фрустрация и т.п., относит к категории состояний и ригидность, «имея в виду те случаи, когда под влиянием особых причин (правда, остается неясным, каких причин. – *Г.З.*), привычное, известное так бережно и упорно охраняется, что к новому, к изменениям проявляется недоброжелательность» (1969, 105).

Выявление этой стороны психической ригидности вызвано тем, что она действительно может выступать и в виде преходящей характеристики поведения разной степени длительности. Наблюдается эта динамичность поведения, по мнению исследователей, при психоэмоциональном напряжении или стрессе разной длительности, вызываемых тревогой, фрустрацией, страхом, шоком, характерных чаще всего для так называемых экстремальных ситуаций [Горбов, 1964; Наенко, Овчинникова, 1967; Наенко, 1976; Вилюнас, 1976; Немчин, 1966, 1983; Иовлев, 1974; Goldstein, 1943; Wolpert, 1955; Blum, 1984].

Очень иллюстративно в этом смысле описание Энгельсом (Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 11, 136–138) поведения Наполеона в экстремальных ситуациях войны до и после 1812 г. Если Наполеон в начале и на пике своей карьеры приходил к выводу, что начатое им предприятие нерационально, то он умел найти иной выход, неожиданно перебрасывал свои войска к новому объекту нападения. Только в дни своего заката, когда после 1812 г. он потерял веру в себя, сила воли превратилась у него в слепое упрямство,

заставляющее его удерживать позиции (как у Лейпцига), непригодность которых он как полководец ясно сознавал. Об опасности для полководца упрямства, косности воли и ума писал и Б.М. Теплов (1985).

Поскольку экстремальные ситуации и вызываемые ими психоэмоциональные напряжения могут быть разной длительности, то и ригидность, по всей видимости, может проявляться в виде реакции, состояния, а при определенных условиях формироваться как устойчивое свойство или черта личности. Разумеется, ригидность как свойство личности формируется и вне экстремальных ситуаций, но тем не менее в несвободных от них педагогических условиях жесткой регламентации поведения.

Что же касается экспериментальных данных по этому вопросу, то они, во-первых, довольно немногочисленны, а во-вторых, далеко не однозначны.

Так, D. Applezweig (1954), проведя группу испытуемых (поступающие в американскую школу подводников) через ряд экспериментов на ригидность – одна группа подверглась испытанию за день до экзамена, другая – на следующий день, а третья – спустя неделю после экзамена, нашла, что чувство тревоги или неуверенности заметно повлияло на поведение испытуемых в тестах на ригидность. К подобным выводам, на основании своих данных, приходят также E. Cowen (1952), Я. Рейковски (1968) и E. French (1955). Правда, последний, предъявив 50 военным летчикам ряд тестов («решение арифметических задач», тесты «на смыкание»), обнаружил значимую корреляцию только между тестами «на смыкание» в нормальных и стрессовых условиях. E. Wesly (1959) провел три группы испытуемых через тест «унификация предметов с переключением» и шкалу ригидности, скоррелировав данные по этим тестам с показателями шкалы тревожности Тейлора. Не обнаружив каких-либо связей, он делает вывод о том, что, видимо, есть люди тревожные, но не ригидные, и наоборот. Его результаты противоречат данным S. Malzman et al. (1953), которые установили положительную связь между данными экспериментов на ригидность («решение арифметических задач» и «анаграммы») и той же шкалой тревожности, и E. Gaier, обнаружившего прямую зависимость между ригидностью и тревожностью [Chown, 1959, 202]. С данными последних авторов согласуются результаты экспериментов А. Лачинз и И. Лачинз (1959). Эти исследователи создавали в своих экспериментах на ригидность «социальную атмосферу, провоцирующую тревогу», предъявляя учащимся начальных классов свой тест «решение арифметических задач» как тест на скорость. Учащимся при этом говорилось, что их работу будет проверять не только учитель, но и директор школы. Результаты эксперимента свидетельствовали

об увеличении ригидных реакций в экспериментальной группе по сравнению с контрольной (97 против 58%). Подобный же эксперимент был проведен и с учащимися старших классов колледжа. Им было сказано перед началом опыта, что предъявляемый тест является частью испытаний по определению их интеллекта и что скорость его выполнения будет оцениваться. Во время эксперимента демонстративно использовался секундомер, на стене висели большие часы, минуты записывались на доске. В то же время учащимся неоднократно говорилось, что они очень медленно работают и что младшеклассники решали эти задачи значительно быстрее. В результате 84% испытуемых не решило восьмой задачи (индикатор ригидности), в то время как в контрольной группе было только 56% таких «неудачников» (1959, 121). Кроме того, А. Лачинз провел еще ряд интересных опытов в этом плане. Например, студентам Бруклинского колледжа перед проведением эксперимента «решение арифметических задач» показывали, как дети вырабатывали установку на решение задач В–2С–А способом и как они не замечали прямого или простого способа решения. Экспериментатор говорил студентам, чтобы они «держали глаза открытыми» и попытались решать проблемы как можно проще, прямым способом, вместо механического повторения одного метода. Их предупреждали, чтобы они не попадали в ту же ловушку, что и дети. После такого предупреждения в контрольной группе оказалось лишь 7% ригидных реакций, а в экспериментальной, где тот же тест давался на скорость, не решило 8-й задачи 55% испытуемых. После эксперимента эти испытуемые говорили, что они осознавали необходимость поиска подвоха и нового (простого) способа решения, но не могли этого сделать в связи с нервным напряжением и спешкой (1959, 122). Эта же методика была предъявлена как эксперимент на скорость учащимся начальных классов после трехмесячного перерыва со времени первого ее предъявления. Если в контрольной группе ригидных оказалось всего 40%, то в экспериментальной 88%. Эти данные, – пишет А. Лачинз, – проливают свет на роль скоростных условий (временных ограничений) работы в детерминации проявления ригидности (1952, 456).

Состояние напряженности, указывает Ф.Д. Горбов (1963, 1964), вызывается не только дефицитом времени, но возникает и при болевых воздействиях, отрицательных эмоциях, экстремальных условиях, сильных переживаниях, связанных с опасностью, неуверенностью, новизной обстановки, знанием важности выполняемого задания и т.п. Состояние психической напряженности (стресс) отрицательно влияет на выполнение деятельности определенной категорией людей, дезорганизует их деятельность. Как изве-

стно, меньшая степень стресса может вызвать изменения в деятельности как в сторону улучшения, так и в сторону ухудшения.

Собственное исследование. Нами также было проведено исследование ригидности как состояния. Мы использовали, прежде всего, наши основные методы изучения этого явления, вводя перед или во время их выполнения «стрессоры» (Селье). Кроме того, испытуемым давалось такое экспериментальное задание, как «компликаторная методика».

Были получены следующие результаты:

1) степень ригидности в группе испытуемых студентов в эксперименте «решение арифметических задач» (контрольная группа – стандартные условия) была равна 54%, а при действии стрессора – поторапливание и критика работы (экспериментальная группа) – 72%;

2) степень ригидности в группе испытуемых учащихся (15–16 лет) при решении арифметических задач и унификации изображений предметов с переключением (контрольная группа) соответственно 46 и 30%, а в группе испытуемых кружковцев (экспериментальная группа) соответственно 68 и 60%;

3) степень ригидности в группе испытуемых школьников (12–13 лет) – «решение арифметических задач» и «прохождение словесных лабиринтов» – (контрольная группа): 57,1 и 41%, а в экспериментальных группах (при решении арифметических задач – предупреждение директора) – 63,1%; при прохождении словесных лабиринтов – соревновательный момент – 46,6%, а при действии «помех» – 62% (степень ригидности в процентах означает отношение числа ригидных в данной группе испытуемых ко всему числу испытуемых данной группы, умноженное на 100);

4) степень ригидности в группах испытуемых студентов при проведении их через «компликаторную методику»:

I группа – 1-я серия (только увеличение скорости вращения стрелки): первая скорость – 22,2%, вторая скорость – 66,6%;

II группа – 2-я серия (дополнительно вводится «внушающий момент»): первая скорость – 50%, вторая – скорость – 80%;

5) вероятность совпадения данных по методике «решение арифметических задач» и «унификация изображений объектов с переключением» в группе испытуемых учащихся (15–16 лет) – 45%, а в группе испытуемых кружковцев – 57%.

Как видно из сравнительных данных проявления ригидности испытуемыми учащимися (15–16 лет) и кружковцами того же возраста, значительно больший процент ригидных наблюдается во втором случае. Объяснить это можно, видимо, тем, что поскольку экспериментальные задания во вто-

ром случае давались как «проверка пригодности» к занятиям в кружке «Юные космонавты», то для желающих заниматься в нем эти задания приобретали высокую значимость [Добрынин, 1966; Горбов, 1963], они были сильно заинтересованы в успешном исходе проверки. Последнее обстоятельство и стало, видимо, причиной усиления психической напряженности, которая вызвала обратный желаемому эффект – снижение количества успешных решений и увеличение числа ригидных реакций.

В нашем эксперименте были получены данные о психической напряженности, обусловленной отношением испытуемых к экспериментам вообще и к содержанию того или иного эксперимента в частности. Значение отношения испытуемых для реакций напряженности подчеркивал Л. Говард, указывая на случаи получения противоположных результатов даже при одном и том же, по существу, материале эксперимента и при одной и той же методике его проведения, например в работах Дж. Диза и Р. Лацаруса [Роговин, 1962, 1735]. Так, при предъявлении испытуемым – студентам факультета иностранных языков эксперимента «решение арифметических задач», «прохождение словесных лабиринтов» и «унификация изображений объектов с переключением» мы получили (в среднем по трем методикам) 51,9% ригидных реакций, в то время как при предъявлении тех же экспериментальных заданий испытуемым студентам – будущим психологам – только 31% ригидных реакций. Еще большие различия обнаружены в эксперименте «решение арифметических задач» (64,9 против 33,9%). Нет сомнения, что на результаты экспериментов оказало влияние разное отношение наших испытуемых как вообще к экспериментальной процедуре, так и к конкретному содержанию заданий. При предъявлении студентам, изучающим иностранные языки, математического, по своей сути, задания они заявили, что «не смогут решить задачи, так как математику забыли и вообще никогда не любили ею заниматься и т.д.». Когда же им был дан эксперимент «прохождение словесных лабиринтов», по существу, с лингвистическим содержанием, то они проявили больший интерес, а потому и результаты были другие: 28,3 против 18,3%. Различие между двумя группами испытуемых сократилось в этом эксперименте до 10%.

Все сказанное подтверждает правомерность рассмотрения ригидности не только как свойства личности, но и как состояния.

Стрессогенная модель фиксированных форм поведения, т.е. возможность проявления ригидности как кратковременного состояния (реакции), изучалась нами экспериментально и во время второго этапа исследований. В целом наши результаты совпадают с данными других исследователей [Wolpert,

1955; French, 1955; Luchins and Luchins, 1959; Singh, 1978]. Особенно высокая ригидная реакция наблюдалась у тех, у кого ригидность отмечалась и в обычных условиях, т.е. как свойство личности. О таком «суммирующем» эффекте писали К. Леонгард (1981), а также В.С. Ротенберг и В.В. Аршавский (1984, 24), ссылаясь на эксперименты А.В. Вальдмана (1979). Животные (крысы), которые вне стрессовой ситуации проявляли низкую исследовательскую активность – не обследовали новых помещений, в стрессовой ситуации вели себя панически, в виде стереотипного поведения, завершающегося в конце концов пассивно-оборонительным отказом от поиска. Похожее поведение у людей было обнаружено нами при изучении особенностей проявления психической ригидности у группы горных туристов до похода и в условиях горного похода высокой категории сложности [Залевский с соавт., 1985].

Некоторые исследователи указывают на негибкость поведения людей, оказывающихся в условиях длительно действующего стресса. Так, по данным обследования [Казначеев, 1980] лиц к концу шестого месяца их проживания в условиях Крайнего Севера у них наблюдалось состояние ригидности в когнитивной сфере.

В нашем исследовании посредством шкалы РСО («ригидность как состояние»), включенной в ТОРЗ, удалось выявить особенности поведения людей – здоровых и больных, находящихся в состоянии психоэмоционального напряжения в ситуациях, требующих гибкости. В группе здоровых при квартильной градации шкалы РСО из 219 человек оказалось: «низкоригидных» – 40 (18,3%), «умереннориrидных» – 69 (31,5%), «высокоригидных» – 72 (32,9%) и «чрезмерноригидных» – 38 (17,3%). При сопоставлении с данными шкалы АР, оценивающей ригидность, скорее, как свойство личности, обнаружилось увеличение числа «высоко»- и «чрезмерноригидных» в ситуациях напряжения более чем в 2 раза (51,2 против 21,9%).

Что касается больных с нервно-психическими расстройствами, то среди них значительно большее число лиц, проявляющих ригидность в стрессовых ситуациях, и уровень ее интенсивности и глубины также значительно выше. Об этом свидетельствуют среднегрупповые показатели шкалы РСО: группы здоровых лиц (12,7) и общей группы больных (17,3) при $p < 0,001$. И это понятно, ведь больные люди более чувствительны к действию разного рода стрессов и при наложении преходящего психоэмоционального напряжения на фоновый, создаваемый самой болезнью, прибегают значительно чаще к привычным (фиксированным) формам поведения, хотя адаптивный эффект их ограничен или вообще может не наступить. Особенно это на-

блюдается у больных неврозами и шизофренией, а также в случаях невротических развитий личности. Именно в этих группах больных была обнаружена, как будет показано ниже, и самая высокая консистентность психической ригидности. Особо следует отметить значимую корреляционную связь в этих группах между шкалой РСО и шкалой УР при близкой к нулю в группе здоровых лиц. Это говорит об одновременной ригидизации всех сфер личности больных, тотальном проявлении ригидности. Но если в случае невротических расстройств эта тотальность имеет более поверхностный характер, а отсюда и большая податливость коррекции, то при шизофрении она более интенсивна и глубока, а потому и прогноз относительно ослабления психической ригидности менее благоприятный.

Поскольку наличие фиксированных форм поведения внутренне обусловлено, то одна из первых попыток найти объяснение, естественно, приводит исследователей к физиологии. Многие сходятся на том, что главную роль в данном случае играют тормозные реакции, инертность нервных процессов.

Глава 3

НЕЙРОДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

(Нейрофизиологические корреляты психической ригидности)

Еще в начале XX столетия французский психиатр Дромар пытался наметить патофизиологическую теорию того явления, которое мы сегодня обозначаем как фиксированные формы поведения, рассматривая их как симптом деменции, для которой характерно наличие обособленных друг от друга психических феноменов. Деменция же, по Дромару, в свою очередь, есть результат уменьшения связи между нейронами (цит. по: [Вейсфельд, 1940, 612]). Аналогичные концепции развивали Ястровиц и Фаузер (цит. по: [Блейлер, 1911, 370]).

В настоящее время нет необходимости опровергать такого рода примитивные механистические схемы. Современные же схемы, хотя и в меньшей степени страдают отмеченными недостатками, тоже не могут удовлетворить требования теории и практики в связи с тем, что они либо физиологические и, следовательно, не раскрывают собственно психологическую сущность этого явления, либо психопатологические или односторонне психологические. В лучшем случае эти теории являются предпосылками к созданию какой-то единой объяснительной схемы психологической природы фиксированных форм поведения. Отсюда и непрекращающиеся поиски такой схемы.

Первый этап. К экспериментальному обоснованию этих наблюдений (главным образом клинических и над животными) и выдвигаемых гипотез начали обращаться сравнительно недавно. Особенно это относится к ригидности как одной из фиксированных форм поведения и характеристики личности.

В пользу того предположения, что степень инертности нервных процессов играет существенную роль в ригидности, говорят, например, данные

экспериментов M. Wertheimer, E. Aronson (1958), B. Becker (1954), J. Brengelman (1957) и др. с анисейконическими (двупреломляющими) линзами, призматическими очками и мескалином. При пользовании линзами и очками у ригидных медленнее происходит восстановление нормального восприятия окружающих их предметов. При испытании мескалином у них дольше персеверируют искаженные образы восприятия и воображения. Экспериментально ригидность изучалась и с помощью таких методик, данные которых, по утверждению В.С. Мерлина (1964, 125), могут быть вполне однозначно истолкованы в физиологическом плане. Он имеет в виду опыты с применением КЧМ, которые показали, что у высокоригидных испытуемых ниже критическая частота мельканий. А низкий порог критической частоты мельканий, как известно, соответствует инертности нервных процессов. Подобные методы использовали E. Wirsma (1906), G. Heymans (1913), W. Lankes (1915) и B. Shewach (1936) для исследования персеверации, т.е. явления, которое намного ближе к физиологическим явлениям, чем собственно ригидность. Поэтому утверждение В.С. Мерлина о возможности однозначного истолкования этих опытов в физиологическом отношении мы считаем правомерным с определенной степенью допущения, лишь в связи с персеверацией, а не ригидностью. Последнее обстоятельство, разумеется, не исключает правомерности сопоставления этих, по существу, физиологических показателей с психологическими показателями ригидности.

Именно в этом плане большую работу проводили психофизиологи под руководством профессора В.С. Мерлина, которые рассматривают ригидность как свойство или симптомокомплекс темперамента (1964, 1968, 1970). Так, в исследовании В.В. Белоуса (1968), целью которого было дать психофизиологическую характеристику некоторых типов темперамента, ряд психологических показателей ригидности сопоставлялся с некоторыми показателями свойств общего типа нервной системы – силы нервных процессов относительно возбуждения; показателями уравновешенности нервных процессов по силе и показателями подвижности нервных процессов. Показателями подвижности нервных процессов были: 1) скорость переделки положительной условной КГР на звуковой раздражитель М240 в тормозную (В.С. Мерлин, И.М. Палей и др.); 2) степень перестройки стереотипа зрительно-двигательных связей на звуковой раздражитель (К.М. Гуревич, Е.А. Климов, А.И. Ильина и др.); мерилом служило отношение латентных периодов двух двигательных реакций перед переделкой и после переделки.

Результаты корреляционного и факторного анализа показали следующее: 1) ригидность зависит не только от мотивов, но и от свойств нервной

системы, притом не от какого-нибудь одного свойства нервной системы, а от всех известных, хотя и в разной степени; 2) более надежную степень связи ригидность выражает с инертностью нервных процессов, а также с силой нервной системы, и в меньшей степени она коррелирует с уравновешенностью нервной системы; 3) наряду с ригидностью вообще, присущей каждому индивиду, существуют индивидуальные ее формы: ригидность автоматизмов и ригидность мотивов; ригидность мотивов, видимо, неоднородна по своей структуре, так как в ней проявляются такие характеристики, которые, с одной стороны, связаны с переделкой («степень сопротивления уровня притязаний»), с другой – с лабильностью нервной системы («длительность выполнения того же задания на протяжении всего эксперимента до полного отказа от работы после повторяющихся неудач» (Белоус, 1968, 18–19).

Результаты исследования В.В. Белоуса свидетельствуют о том, что ригидность имеет под собой широкую физиологическую основу, которая не ограничивается лишь инертностью нервных процессов, несмотря на то, что связь между ригидностью и инертностью нервных процессов наиболее очевидна. Эти же данные, на наш взгляд, говорят против или, по крайней мере, затрудняют принятие тезиса автора о существовании некой «ригидности вообще». Нужно оговориться, что ригидность не стояла в центре исследования В.В. Белоуса, а потому, естественно, ряд вопросов остался открытым, и в первую очередь это вопросы: что такое а) ригидность, б) «ригидность вообще» и в) является ли ригидность действительно «активным средством приспособления к среде». Нам кажется, что в данном случае происходит сведение этого психологического феномена (ригидность вообще) к тому, что И.П. Павлов называл инертностью: «Если бы у нервных клеток не было бы инертности, то мы бы жили секундами, моментами, у нас не было бы никакой памяти, не было бы никакой выучки, не существовало бы никаких привычек. Поэтому инертность надо считать основным свойством нервной клетки» (1951–1952, 460).

Б.М. Теплов, продолжая эту мысль, говорил, что «еще более яркое выражение инертности -- системность, в смысле образования и сохранения стереотипа» (1961, 440). По-видимому, вполне правомерно предполагать, что в основе ригидности может лежать и такое свойство, как недостаточная лабильность (Б.М. Теплов). Однако определенные сомнения вызывает использование «длительности выполнения того же задания на протяжении всего эксперимента до полного отказа от работы после повторяющихся неудач» в качестве психологического показателя ригидности. Здесь, как нам кажется,

имеет место случай стирания различий между «флегматической инертностью и идейной принципиальностью», против чего выступает и сам автор (1968, 49), при этом он ссылается на совершенно правильную мысль В.М. Мясищева о том, что «...неспособность быстро приспособиться к новым требованиям и разрешать новые задачи характеризуют инертность (мы бы сказали ригидность.–*Г.З.*), противоположные качества характеризует подвижность. Люди, над которыми господствует привычка, инертные люди. Но поведение человека, который стойко отстаивает известную идею, служит ей всю жизнь и даже жертвует за нее своей жизнью, было бы грубой ошибкой рассматривать как инертное» (1954, 41). Дело в том, что обсуждаемый показатель является психологически многозначным (здесь, например, может иметь место и упрямство, и сила воли), чтобы быть показателем ригидности (и только ригидности).

Г.И. Акинщикова, И.М. Палей, Н.А. Розе в своей совместной статье (1968) также пишут о том, что ригидность (как и некоторые другие параметры личности или свойства темперамента) коррелирует с основными свойствами нервной системы. Ссылаясь на В.С. Мерлина, они говорят, что ригидность обычно связывается с подвижностью нервных процессов. В то же время они указывают в этой связи на работу В.Д. Небылицына (1966б), который высказал принципиальное сомнение относительно возможности прямого отождествления с основными свойствами нервной системы психологических характеристик, например экстраверсии. В числе сопоставлений свойств нейродинамики и темперамента в исследовании этих авторов было и сопоставление ригидности (тест Кэттела на психомоторную ригидность: отношение скорости выполнения задания–письма новым, непривычным способом к скорости его выполнения обычным способом) с некоторыми индикаторами силы возбуждения и, предположительно, динамичности торможения (отношение времени реакции на вторые 10 звуковых раздражителей к времени реакций на первые 10 раздражителей; то же самое в отношении свстовых стимулов). В результате исследования не было обнаружено «прямолинейного влияния нейродинамических свойств» на такую психологическую характеристику, как ригидность.

Таким образом, с каждым годом появляются все новые и новые исследования, в которых проводится сопоставление психологических характеристик (в том числе и ригидности) с основными свойствами нервной системы. Результаты же, как мы могли убедиться, далеко не однозначны. И это не удивительно, если учесть, что в разных исследованиях для сопоставления привлекаются различные как психологические, так и нейродинамические

показатели, а применяемые показатели зачастую являются многозначными. И.В. Равич-Щербо, рассматривая такой показатель, как подвижность, пишет, что «требуют дальнейшего уточнения и функциональные пробы, с помощью которых диагностируют уровень подвижности» (1966, 343).

В связи с открытием электроэнцефалографии, уже после первого сообщения Г. Бергера в 1921 г., большие надежды возлагались на то, что на основе ЭЭГ возможно получить данные для объективной оценки личности. Однако результаты многочисленных электроэнцефалографических исследований, объективирующих, по образному выражению некоторых авторов, «таинственное жужжание в черном ящике», пока не оправдывают оптимизма пионеров электроэнцефалографии. Но поиски продолжаются, и исследователи не отказываются от мысли, что ЭЭГ представляет собой источник физиологической информации, которую все же можно использовать для объяснения различных психических процессов, состояний, свойств [Манди-Кастл, 1958; Нетшин, 1959; Фресс, Пиаже, 1970; Крупнов, 1970].

В нашем исследовании сопоставлялись психологические показатели ригидности с некоторыми данными ЭЭГ. Мы сравнивали реакцию альфаритма (его десинхронизацию) на звуковую стимуляцию (ориентировочный рефлекс) и звуковую плюс световую стимуляцию (условный рефлекс). В том и другом случае учитывалась скорость угашения.

Согласно гипотезе В.Д. Небылицына, данные параметры ЭЭГ отражают такое свойство нервных процессов, как динамичность. «Мы предполагаем, – пишет он, – что угашение ориентировочного рефлекса, так же как и угашение условной реакции, есть функция, главным образом, того свойства нервной системы, которое мы обозначаем как динамичность тормозного процесса» (1966, с. 90). Основным содержанием динамичности В.Д. Небылицын считал легкость и быстроту генерации мозговыми структурами нервного процесса в ходе формирования возбудительных или тормозных реакций; система, склонная к быстрому образованию положительных связей, будет «динамичной» по отношению к возбуждению, а система, быстро образующая тормозные рефлексы, будет «динамичной» по отношению к торможению. В своей монографии В.Д. Небылицын сообщает о значительных индивидуальных различиях в динамичности тормозного процесса, требующегося для подавления, «размыкания» сформированной ранее условной связи. В его исследованиях наряду с испытуемыми, демонстрирующими угашение после 1–3-го предъявлений стимула без подкрепления, встречались и такие лица, у которых для угашения требовалось много десятков предъявлений (Там же, 77).

В своем исследовании мы применили следующую электроэнцефалографическую методику. Электроэнцефалограмма регистрировалась на 8-канальном электроэнцефалографе «Орион» (Венгрия) в лаборатории ЭЭГ Института усовершенствования врачей, действующей на базе Московской городской детской неврологической клиники, при содействии сотрудника лаборатории А.В. Благосклонова. Испытуемый во время регистрации ЭЭГ находился в экранированной звуконепроницаемой камере в положении лежа. Во время регистрации ЭЭГ предъявлялись звуковой раздражитель постоянного тока 250 Гц и прерывистый свет частотой 20–30 Гц. В процессе регистрации ЭЭГ у испытуемого 1) угашался ориентировочный рефлекс на звуковой раздражитель, после чего 2) вырабатывалась временная связь «звук + свет» и 3) затем она угашалась (до исчезновения реакции на звуковой раздражитель). Как ориентировочный рефлекс, так и временная связь считались угашенными при отсутствии реакции на три следующих друг за другом раздражителя в обоих полушариях («острое угашение»).

В этом исследовании участвовали представители только «крайних групп» по проявлению ригидности: 13 флексибильных и 9 ригидных (всего 22 человека – 9 студентов и 13 учащихся 6-го класса).

Результаты эксперимента представлены в виде средних показателей скорости угашения ориентировочного и условного рефлексов для ригидных и флексибильных как с учетом возраста, так и без учета этого показателя.

Средние показатели угашения как ориентировочного, так и условного рефлексов говорят в пользу того, что испытуемые, различающиеся по степени проявления ригидности (полярные группы – ригидные и флексибильные), различаются и по физиологическому свойству – динамичности торможения. Более выражены эти различия у студенческой группы. Это подтвердил и статистический анализ результатов с применением t-критерия Стьюдента [Сепетлиев, 1968, 142]. Различия между ригидными и флексибильными в группе учащихся оказались статистически незначимыми, в то время как в группе студентов при угашении условного рефлекса $t = 1{,}86$ при p немногим меньше 90%, а при угашении ориентировочного рефлекса $t = 2{,}90$ при $p < 0{,}05$.

Различия между ригидными и флексибильными в общей группе тоже оказались незначимыми, главным образом за счет группы учащихся. Незначимость различий в группе учащихся может, как нам кажется, иметь место потому, что у испытуемых студентов ригидность и флексибильность были более выражены (реагировали ригидно и флексибильно не меньше, чем в четырех экспериментах, в то время как учащиеся отбирались по результатам только

двух методик). Конечно, если бы подобные результаты в группе учащихся оставались и при проведении их через большее число методик на ригидность, то можно было бы предположить и другое, а именно – действие возрастного фактора. Но и при таких условиях он не может быть снят полностью. Выяснение этого вопроса – дело дальнейших исследований.

Интерес представляют и другие факты. Из данных об угашении ориентировочного и условного рефлексов видно, что у флексибильных угашение, как правило, в обоих случаях происходит быстро. Что же касается ригидных, то у них чаще имеет место несовпадение результатов этих двух методик. Если же и встречается совпадение (медленное угашение ориентировочного и условного рефлексов), то это происходит на фоне нерезко выраженной патологии биоэлектрической активности. На рис. 3 и 4 мы даем снимок электроэнцефалограмм испытуемого З. (ригидный), у которого на фоне эпилептической активности – пиков происходило очень медленное угашение как ориентировочного рефлекса – лишь на 62-м предъявлении стимула, так и условного – на 50-м предъявлении стимула (иллюстрируется скорость угашения лишь ориентировочного рефлекса).

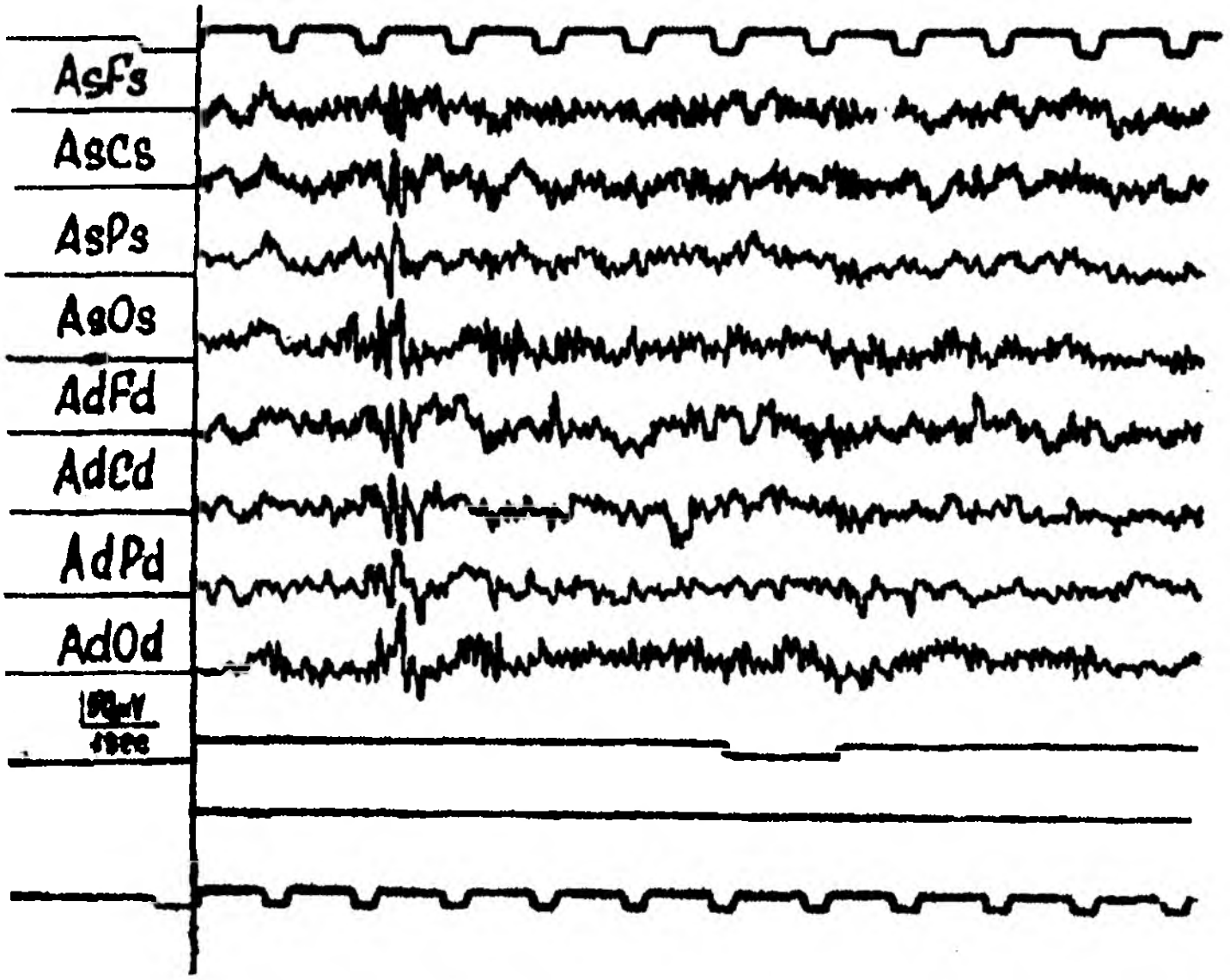


Рис. 3. Фоновая ЭЭГ испытуемого З. (эпилептические пики)

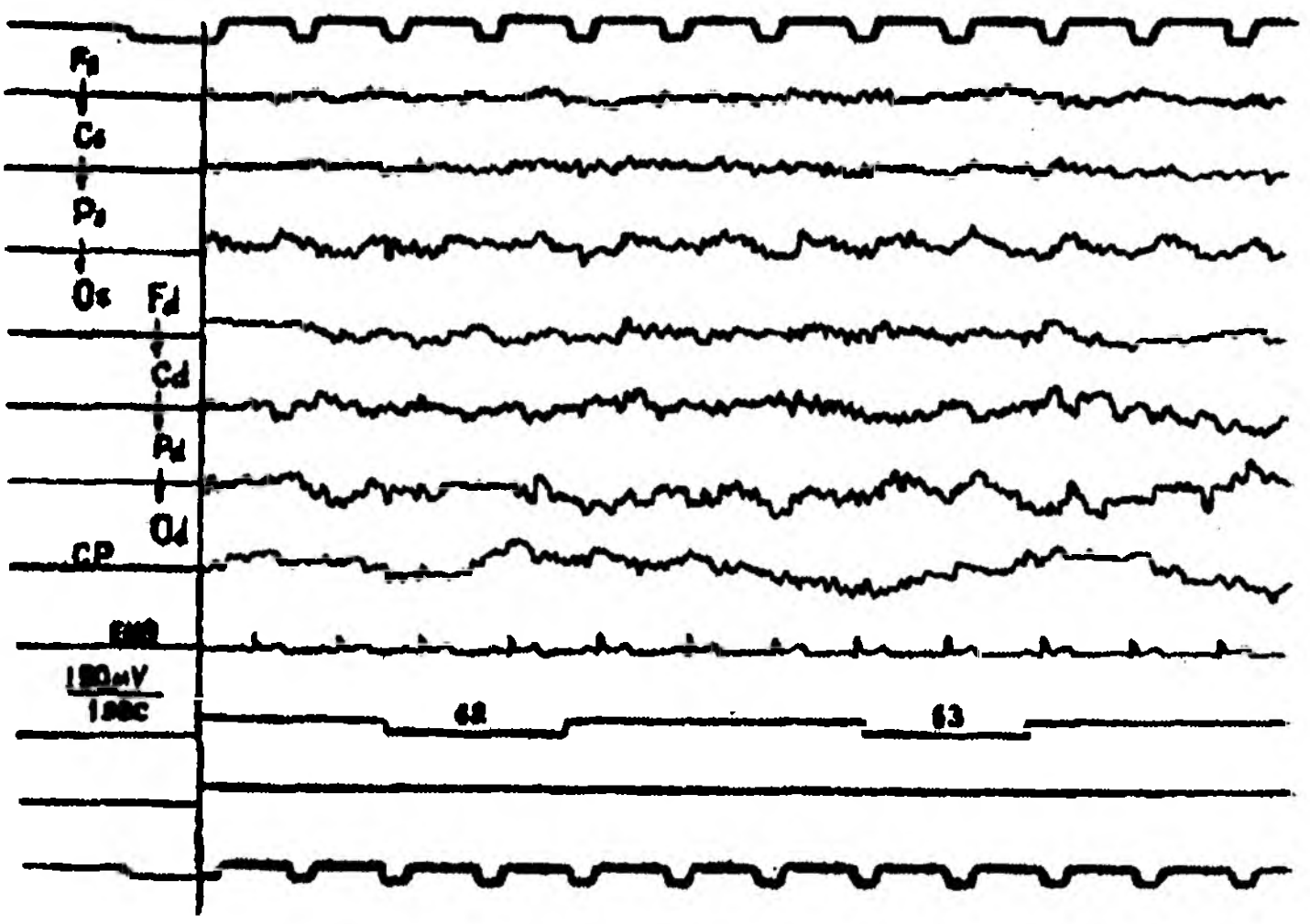


Рис. 4. Скорость угашения ориентировочного рефлекса у испытуемого З.

Для сравнения на рис. 5 и 6 даны изображения ЭЭГ испытуемого Д. (флексибильный), у которого фоновые показатели ЭЭГ без каких-либо отклонений от нормы. На этом фоне происходило очень быстрое угашение как ориентировочного рефлекса – уже на 17-м предъявлении стимула, так и условного – на 12-м предъявлении стимула.

Данные по нашим основным экспериментальным методикам сопоставлялись с так называемыми «жизненными показателями» силы нервной системы со стороны возбуждения, со стороны торможения и инертности нервных процессов, полученными с помощью анамнестического опросника, подготовленного и опробованного В.Л. Марищуком, В.И. Савищевым и Г.Н. Хиловой.

Более статистически достоверными оказались связи показателей ригидности с инертностью нервных процессов. Эти данные хорошо согласуются с результатами В.В. Белоуса, о которых говорилось выше.

Итак, анализ литературных источников и собственных опытов позволяет нам сделать следующие предварительные выводы:

1) ригидность и динамичность торможения проявляют склонность находиться в обратной зависимости (чем меньше динамичность торможения, тем больше ригидность, и наоборот);

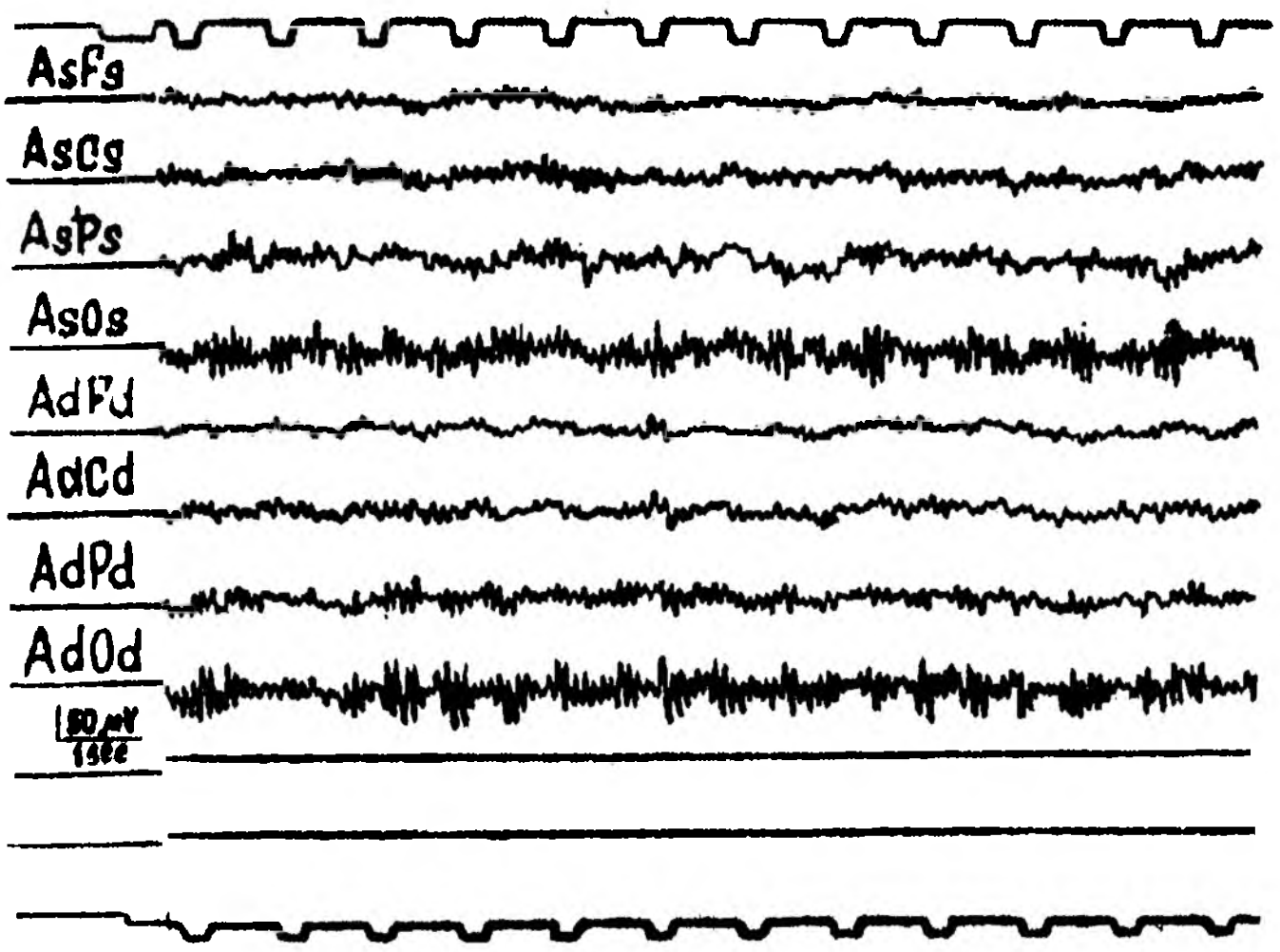


Рис. 5. Фоновая ЭЭГ испытуемого Д.

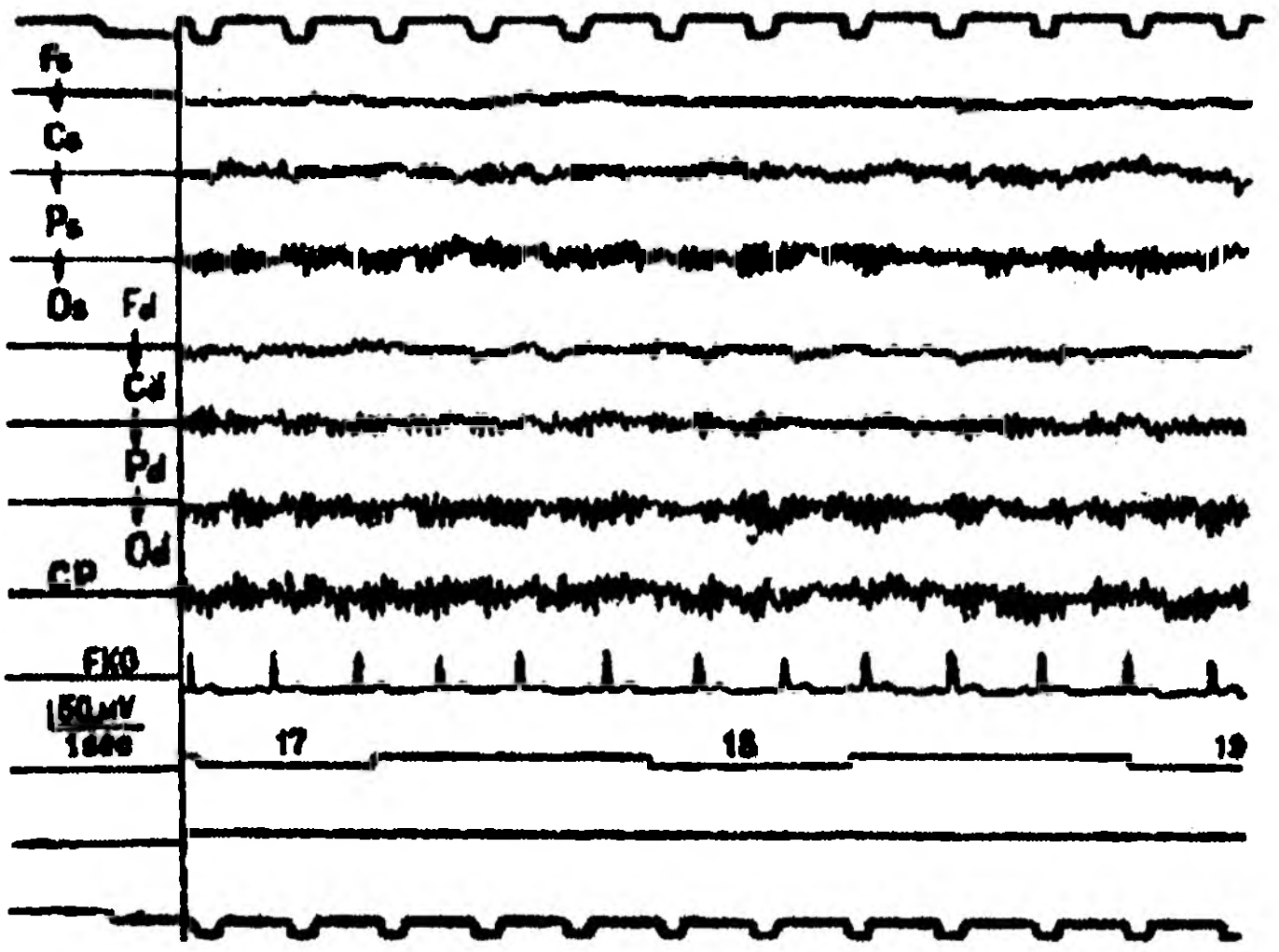


Рис. 6. Скорость угашения ориентировочного рефлекса у испытуемого Д.

2) в основе ригидности как психологического свойства лежит, по всей видимости, целый ряд определенным образом соотносящихся физиологических свойств при доминировании инертности и низкой динамичности нервных процессов;

3) в связи с фактами совпадения скорости угашения ориентировочного и условного рефлексов (медленная скорость в обоих случаях) у ригидных испытуемых на фоне некоторой патологии ЭЭГ можно предположить, что за ригидностью скрываются более глубокие закономерности функционирования кортико-ретикулярных связей.

Второй этап. Установление нейрофизиологических основ психической ригидности тесно связано с представлениями об общемозговых механизмах приспособления человека к постоянным и изменчивым условиям его существования. В последние десятилетия сформулирован ряд заслуживающих внимания концепций, раскрывающих сущность этих механизмов. Так, А.Б. Коган (1970, 39–40) пишет в этой связи, что, осуществляя функции чрезвычайно точного и вместе с тем исключительно гибкого приспособления организма к бесконечно меняющимся условиям жизни, мозг в своей деятельности одновременно проявляет свойства и жесткой стереотипии, и подвижной изменчивости. Совмещение таких прямо противоположных свойств отражает сложность организации его функциональных систем, которые включают в себя, наряду с механизмами строго фиксированного действия, также и механизмы, допускающие статистические решения. Строгая фиксированность сложных актов мозговой деятельности проявляется в единообразии врожденных форм поведения, определенности стереотипа приобретаемых условных рефлексов. Вместе с тем приспособительная изменчивость даже врожденных форм поведения, динамический характер условно-рефлекторного стереотипа, возможность осознания образа, несмотря на его вариации и при разных состояниях организма, демонстрируют пластичность деятельности мозга. Но если свойства жестких систем естественно вытекают из обычных морфологических представлений о цитоархитектонической специфичности путей и локализации центральных функций, то свойства пластичности мозговых функций получали весьма разные толкования и до сих пор остаются предметом дискуссий. В общем плане, считает А.Б. Коган (Там же, 39–40), решение этой проблемы на уровне исследования механизмов поведения и психики дает концепция И.П. Павлова о динамической локализации функций мозга в свете учения о постоянных безусловных и переменных условных рефлексах. Но в отношении пластичности мозговых функций вопрос остается фактически открытым.

Н.П. Бехтерева (1974, 118) приходит к выводу, что нейрофизиологическое обеспечение психических процессов имеет системное строение – корково-подкорковая структурно-функциональная система, включающая звенья разной степени жесткости. Одни из них – это жесткие звенья, работающие независимо от внешней среды (в пределах данного психического процесса); другие – гибкие, напротив, необходимые лишь в каких-то определенных условиях среды. В системе мозгового обеспечения психических процессов преобладают гибкие звенья. Благодаря сочетанию жестких и гибких звеньев достигается экономичность и исключительная пластичность системы мозговых процессов, которая обеспечивает психический процесс, адекватный конкретным условиям его протекания. Как подчеркивает Б.Ф. Ломов (1984, 355), эта идея важна для понимания диалектики устойчивого и изменчивого в психических явлениях. Можно лишь предположить, что в случае преобладающего проявления фиксированных форм поведения эта диалектика нарушается.

Фундаментальное исследование биологических основ индивидуально-психологических различий было проведено В.М. Русаловым (1979, 1980, 1986). Характеризуя человеческую индивидуальность как систему с подсистемами разной степени «жесткости – гибкости», В.М. Русалов пишет: «Жесткие» элементы (жесткая подсистема) обеспечивает индивидуальности как системе преимущественно самостоятельность и устойчивость; благодаря «гибким» элементам (гибкой подсистеме) обеспечивается ее взаимодействие с внешним миром, социальной средой. Гибкие элементы, по-видимому, могут быть соотнесены с понятием личности, а жесткая подсистема – с понятием организма» (1979, 14). Пластичность саморегуляции как психодинамической характеристики индивидуального поведения человека автор связывает со стохастичностью нейронных сетей мозга (Там же, 138). Лица с относительно высокой стохастичностью, при прочих равных условиях, будут, по-видимому, быстрее перестраивать свое поведение, чем индивидуумы с относительно жестко организованными нейронными сетями. Как указывает В.М. Русалов, «очевидно, только психодинамические особенности индивидуального поведения человека будут зависеть от биологической организации человека» (1979, 22). В связи с этим о характере зависимости психической ригидности от биологической организации человека можно, видимо, судить, лишь определив, к какой из частных конституций она относится. Анализ соответствующей отечественной и зарубежной литературы показывает, что ригидность относят фактически к трем разным частным конституциям: нейродинамической [Ураков, Куликов, 1977; Becker,

1954], психодинамической [Мерлин, 1968; Белоус, 1968; Шванцара и др., 1978; Кулагин, 1984] и психосодержательной [Калашников, 1979]. Основные усилия исследователи направляют на изучение природы ригидности в рамках отношений между «конституциями».

Так, В.В. Белоус (1968) установил, что ригидность – пластичность входит в один фактор с тремя основными свойствами нервной системы: силой, подвижностью и уравновешенностью. Отсюда следует, что ригидность – пластичность как психодинамическое свойство имеет под собой широкую нейрофизиологическую основу, которая не ограничивается лишь инертностью – подвижностью [Левитов, 1969; Шванцара и др., 1978], хотя связь между ними наиболее выражена. Но и это утверждение результаты некоторых исследований, хотя порой и косвенно, подвергают сомнению [Теплов, Небылицин, 1976; Мерлин, 1974; Калашников, 1979; Стреляу, 1982]. Так, Я. Стреляу (1982, 218–219) ссылается на одно из исследований связи типа нервной системы с неврастенией, в котором инертных неврастеников оказалось лишь 10%, почти столько же, как и подвижных, – 8%.

Показатели психической ригидности (по данным экспериментальных методик и Томского опросника ригидности) сопоставлялись нами с такими особенностями нервной системы, как сила – слабость (по длительности латентного периода времени реакции на звук и свет [Небылицин, 1966; Ильин, 1979]; лабильность (подвижность) – инертность (по величине максимальной и оптимальной частоты постукиваний в теппинг-тесте [Ильин, 1979]; по устойчивости оптимальной частоты движения руки в вейвинг-тесте как эффекта последействия [Фрумкин, Лившиц, 1979]. Прежде всего, следует отметить низкий уровень корреляционных связей показателей психической ригидности с таким индикатором лабильности нервной системы, как оптимальная частота теппинга. Коэффициенты корреляций в данном случае либо близки к нулю, либо не достигают уровня статистической достоверности. Это относится как к группе здорового контроля, так и к группам нервно-психической патологии. А обнаруженные связи в основном имеют отрицательную направленность. Более четко эта тенденция прослеживается в группе здоровых лиц. Это говорит о том, что психическая ригидность и лабильность нервных процессов находятся, скорее всего, в обратной зависимости, но выражена эта зависимость довольно слабо.

Несколько иная картина наблюдается в случае «максимальной частоты теппинга», хотя тенденция в основном сохраняется. Из 36 коэффициентов корреляций лишь 5 оказались достаточно значимыми и достигающими уровня статистической достоверности. При этом все эти 5 коэффициентов были

выявлены в группе больных неврозоподобными состояниями экзогенно-органического генеза. И все с отрицательным знаком, что указывает на отрицательную зависимость между психической ригидностью и лабильностью в этой группе больных. И это, несомненно, отвечает действительному положению вещей с органической основой заболевания.

Более «чувствительной» к влиянию и некоторых личностных факторов оказалась «максимальная частота теппинга», чем, видимо, можно объяснить факт положительных, хотя и недостоверных, связей между теми же самыми коррелируемыми признаками в группе здоровых лиц. Одним из этих факторов, на наш взгляд, является повышенный уровень притязаний, характерный, как показали наши исследования, для здоровых людей с повышенной психической ригидностью. Отсюда следует, что «максимальная частота теппинга» («максимальный темп»), скорее всего, не может служить индикатором лабильности (подвижности) нервной системы.

Более однозначные данные получены при корреляционном анализе показателей психической ригидности и индикатора лабильности (инертности) – «устойчивости оптимальной частоты вейвинга» («автотемпа»). Правда, в этой экспериментальной серии были обследованы только больные. Прежде всего, следует отметить преобладание положительных корреляционных отношений между показателями – в 21 из 24 случаев. При этом в 3 случаях они достигли уровня достоверности ($p < 0,05$), а в 4 были к этому близки.

Что касается корреляций между ВР и психической ригидностью, то они оказались либо близки к нулю в каждой из обследованных групп, либо в общем противоречивы. Это требует дальнейшего изучения. С большей определенностью можно говорить лишь об опосредующей роли нервно-психического расстройства в обусловливании величины и направления отношений между ними в связи с тем, что в целом при нервно-психической патологии усиливается ригидность и удлиняется в среднем время простой реакции.

Таким образом, и наши исследования подтверждают мнение о широкой нейрофизиологической основе психической ригидности и возможной ее мультидетерминированности. Так, В.В. Белоус уже в упоминавшейся выше работе (1968) приходит к выводу, что психическая ригидность зависит не только от свойств нервной системы, но и от мотивов. И.С. Кон (1981, 82), обсуждая вопрос о полоролевых установках, отмечает и характеризующую их ригидность. По его мнению, ригидность полоролевых установок и поведения может быть как индивидуально-типологическим свойством (в этом случае она будет коррелировать с общей ригидностью установок и поведения), так и функцией системы полоролевых предписаний, жесткость кото-

рых варьирует в зависимости от ситуации и вида деятельности. Именно в этой связи возникает вопрос о ригидности как свойстве личности мультидетерминированной природы. Rubenovitz (1963, 43), подходя именно так к природе флексибильности – ригидности, пишет, что уровень ригидности, характеризующий человека, следует рассматривать, скорее, как результат наследственно обусловленной структуры и тотального интегрированного действия на личность всего ее опыта, а не как нечто раз и навсегда данное.

Наиболее значительным исследованием, во многом проливающим свет на проблему отношения ригидности к формально-динамическим и содержательным характеристикам поведения личности, является диссертационная работа С.В. Калашникова (1979), выполненная под руководством В.М. Русалова в Институте психологии РАН. В ней был проведен анализ пластичности как черты темперамента, для чего результаты по 10 психологическим методикам сравнивались с данными ряда нейрофизиологических методик (параметры силы и лабильности нервных процессов, пространственно-временной организации ЭЭГ-процессов, стохастичности нейронных цепей мозга по данным вариабельности вызванных потенциалов).

Наибольший интерес для нас представляет вывод автора о разной сущности пластичности и ригидности, о том, что они не представляют собой полюсы континуума или антонимы. Они лежат просто-напросто в разных плоскостях, как бы на разных уровнях или этажах индивидуальности. Под ригидностью, пишет С.В. Калашников (1979), мы понимаем специфическую личностную характеристику, являющуюся проявлением структуры или типа личности, в которой отражено стремление личности к фиксации форм поведения. А под пластичностью – свойство психических процессов к изменению своей направленности. Предваряя такой вывод, автор следующим образом уточняет критерии (их два) выделения формально-динамических качеств психики в особый класс явлений. Первый – формально-динамический, в самом его названии подчеркивается относительное отсутствие содержательной стороны, независимость от системы отношений и мотивов (в противовес Мерлину и Белоусу, которые говорят, что ригидность может от них зависеть), умственного развития, процесса социализации личности. Второй критерий определяется непосредственной связью формально-динамических качеств с генетически обусловленной организацией физиологических процессов, в том числе и нейродинамических свойств мозга. Далее, исходя из своих данных, автор считает, что пластичность – ригидность поведения выступает как сложное общеличностное свойство, которое содержит в своей структуре и формально-динамические особенности, обус-

ловленные нейрофизиологическими характеристиками. Отсюда, по его мнению, возможность выделения двух планов пластичности, что позволяет, с одной стороны, объяснить социальную обусловленность данного явления, неоднозначность этого свойства в разных сферах деятельности, а с другой – дает понимание природы функционального единства пластичности на разных структурных уровнях организации психики и связи этого свойства с нейрофизиологическими особенностями.

Уточняя же содержание понятий пластичности и ригидности, С.В. Калашников (Там же, 25) пишет, что выделение в структуре пластичности – ригидности двух уровней, обусловленных принципиально различными закономерностями, еще раз наглядно демонстрирует всю сложность этого явления и трудности его исследования, которые усугубляются неоднозначностью объединенных ими характеристик. Отсюда становится ясной, по его мнению, причина терминологической путаницы при обозначении свойства пластичности. Данное свойство рассматривается большинством исследователей как биполярная характеристика, на одном полюсе которой находится ригидное поведение, а на другом – пластичное. Однако наиболее устоявшимся, с его точки зрения, термином, служащим для характеристики всех аспектов данного свойства, является «ригидность», причем в настоящее время в дефинициях этого понятия в большинстве случаев подчеркивается его личностная природа и социальная обусловленность. Он считает, что это связано, по-видимому, с тем, что ригидное поведение является более редким и более бросающимся в глаза, чем пластичное поведение, которое человек проявляет постоянно. Ригидность, кроме того, может быть не только проявлением недостаточной пластичности, но и обусловлена специфическими механизмами, никоим образом не связанными с пластичностью. Следовательно, делает вывод С.В. Калашников, понятие ригидности – это не антоним пластичности вообще, как самостоятельное понятие оно отражает лишь в какой-то степени содержательный план непластичного поведения. Если последнее утверждение верно, то верно, как нам кажется, и утверждение о том, что пластичность отражает в какой-то степени формально-динамический план неригидного поведения.

Итак, анализ исследований нейрофизиологических основ ригидности логически привел к выводу о том, что ее правомерно рассматривать как свойство личности, отражающее оба плана психики и поведения человека – формальный и содержательный – и акцентирующее один из них по мере «продвижения» вверх вдоль структуры личности (рис. 7).

Из рис. 7 видно, что если в нижней подструктуре личности («динамической») содержательный компонент минимален (например, при необходимости изменить психомоторный темп в теппинг-тесте), то в самой высшей подструктуре – «психосоциальной» – он максимален (например, при необходимости изменить отношение к кому-либо, поставить себя на место другого человека и т.п.).

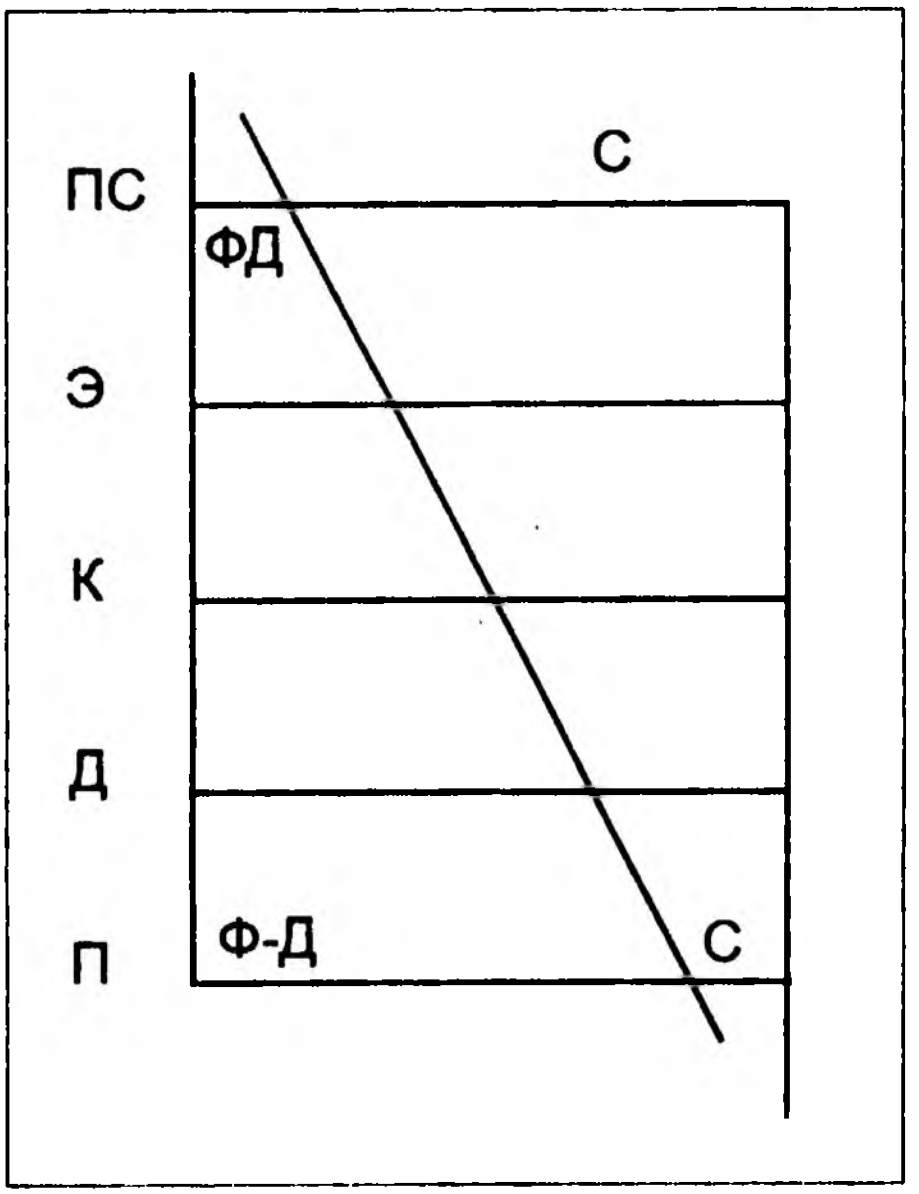


Рис. 7. Отношение между формально-динамической (Ф-Д) и содержательной (С) сторонами психической ригидности в структуре личности в зависимости от уровня ее подструктур

Такой подход, на наш взгляд, позволяет избежать редукции психической ригидности, как физиологической (до инертности нервных процессов), так и социологической (до «социально наследуемой косности» (цит. по: [Murphy, 1947]). Только в таком случае психическая ригидность сохраняет свой статус многомерного, со сложным содержанием, свойства личности.

Глава 4

ОНТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

(Возрастно-половые характеристики психической ригидности)

§ 1. Возрастные особенности проявления фиксированных форм поведения

Еще в 30-е гг. XX в. Л.С. Выготский, в связи с развиваемой им «широкой концепцией умственной отсталости» (1956) и попыткой объяснения общности двух форм деменции при болезни Пика «связанностью с действенным и смысловым полем» (1934), много внимания уделил тому, что сегодня понимается под фиксированными формами поведения и ригидностью, хотя он и не пользовался этими терминами. Вопрос о связи ригидности и возраста не был специальным предметом рассмотрения в указанных работах, но все же из их анализа вытекает, что ригидность и возраст находятся в обратной зависимости, т.е. с возрастом ригидность уменьшается. Этот вывод совпадает с позицией К. Левина в отношении «поведенческой» ригидности (последний, о чем мы подробней будем говорить ниже, выделял и «топологическую» ригидность, развивающуюся в совершенно противоположную сторону). Различие между этими двумя авторами в том, что Л.С. Выготский видел причину уменьшения поведенческой ригидности с возрастом не только в усилении «дифференциации и коммуникации между аффективными сферами личности» (К. Левин), но и в большей пропорции «понятийности» мышления вырастающей личности. Эта проблема нашла свое отражение и в ряде работ других авторов. Так, J. Kounin не дифференцирует ригидность, как это делал К. Левин. У него «ригидность» – это только «свойство барьеров между системами личности», т.е. топологическая ригидность. Отсюда он делает вывод о том, что «топологическая ригидность есть монотонная функция хронологического возраста» (1943, 270). Для Г. Вернера (1957)

«ригидность» – это феномен скорее функциональный, чем структурный. Рассматривая ее со сравнительно-генетических позиций – процесс развития характеризуется усилением дифференциации между организмом и средой, он считает, что маленький ребенок ригиднее взрослого. На это возражает Г. Боннер (1961), который пишет, что дети могут быть охарактеризованы и как ригидные, и как флексибильные. Их меньшая, по сравнению со взрослыми, дифференцированность и делает их более гибкими; но эта же слабая их дифференцированность может также способствовать фиксации их поведения. Каждый родитель знает, что дети часто проявляют и непостоянство, и упрямство. Раз усвоив определенный модус поведения, ребенок часто продолжает вести себя так, несмотря на угрозы и наказания. В этом он напоминает нам определенные типы невротиков, психически больных и умственно отсталых. Такая амбивалентность поведения детей объясняется Боннером тем, что «структура личности маленького ребенка является и более ригидной, и более флюидной по двум специфическим причинам: она ригидна, поскольку дифференцированность черт еще «примитивна» или невропсихологически некоординирована; она же и флюидна, поскольку связи между индивидуальными элементами структуры небольшие и обедненные; а также потому, что жизненный опыт еще не запечатлелся неизгладимо в психической организации ребенка, чтобы сформировать прочные системы. Эта гипотеза, по мнению Боннера, подтверждается также хорошо известным фактом, что ригидность и флексибильность у детей являются в большей степени функциями обстоятельств жизни; в некоторых ситуациях ребенок упрям и нефлексибилен, в других – он гибок и податлив. В то же время Боннер констатирует, что «имеющиеся экспериментальные данные недостаточны для того, чтобы удовлетворительно ответить на этот вопрос» (Там же, 441).

Дальнейшее экспериментальное изучение ригидности в ее связи с возрастом показало, что отношения между ними далеко не простые и не линейные. Так, Ш. Чоун (1961), предъявив 16 тестов на ригидность и 2 теста на определение уровня интеллекта 200 испытуемым в возрасте от 20 до 82 лет, выделила пять компонентов ригидности, которые, как оказалось, никак не ассоциировались ни с возрастом, ни с интеллектом. К противоположным выводам приходит З. Рубеновиц, испытуемые которого были разного образовательного уровня в возрасте от 25 до 50 лет и больше. Его данные, полученные, правда, не с помощью экспериментов, а посредстом шведского варианта Калифорнийского психологического вопросника ригидности подтвердили выдвинутую им гипотезу об усилении ригидности с возрастом (1963, 226–227). Экспери-

ментально выводы Рубеновица как будто подтверждаются результатами исследования K. Shaie (1958), в экспериментах которого приняли участие 500 человек в возрасте от 20 до 70 лет, разделенных на группы по 50 человек с возрастным интервалом в 5 лет. Он делает на основании своих данных следующие выводы: 1) с возрастом люди становятся более ригидны; 2) ригидность резко растет после 40–50 лет (Там же, 10–12). Авторы обширной монографии по ригидности американские психологи А. Лачинз и И. Лачинз (1959), проведя большое число испытуемых в возрасте от 9 до 70 лет через свой эксперимент – «решение арифметических задач», приходят к выводу, что между ригидностью и возрастом существует, скорее, криволинейная, а не прямолинейная зависимость. Ригидность оказалась меньше у детей более младшего возраста, меньше у людей среднего возраста (средний возраст 37,3), чем у пожилых (средний возраст 60,8), а также меньше у молодых людей (средний возраст 21), чем у детей и у взрослых (средний возраст 43).

Е.Д. Кежерадзе, представительница грузинской школы психологов, изучала возрастной аспект проявления ригидности, исследуя ригидность мышления дошкольников (от 4 до 7 лет) методом «классификации предметов с переключением» (дети должны были классифицировать предметы сначала по цвету, а затем по форме). Она установила, что дети более старшего возраста легче «освобождаются от влияния направленности, созданной в предварительных опытах», т.е. оказываются менее ригидными (1968, 27).

Можно указать еще на ряд работ, имеющих, скорее, характер наблюдений, в которых проводится мысль о более заметном проявлении ригидности, или, как пишет один из исследователей, нарушении «хрупкого равновесия «гибкость – ригидность» в пользу последней» у людей старческого возраста [Мьюрадже, 1954; Авербух, 1969] и особенно при патологическом старении [Штернберг, 1968].

Что касается исследований, направленных на изучение влияния половозрастных различий на проявление ригидности, то число их ничтожно мало. Теоретические концепции по этому вопросу вообще отсутствуют. Результаты проведенных исследований этой проблемы, как правило, противоречивы. Так, Г. Гецков (1951), предъявив 194 взрослым испытуемым вариант арифметического теста, обнаружил, что женщины оказались значительно ригиднее мужчин. В эксперименте «прохождение лабиринта» А. Лачинз (1959) установил лишь тенденцию к большему проявлению ригидности испытуемыми женщинами (40 человек) по сравнению с таким же числом испытуемых мужчин. Иначе говоря, различия между полами оказались незначимыми.

Значимые различия между полами в проявлении ригидности А. Лачинз обнаруживает при предъявлении теста «решение арифметических задач» учащимся младших классов (209 мальчикам и 247 девочкам), разделенным на 16 групп. В 11 из 16 групп мальчики оказались флексибильнее девочек.

Чем же пытается А. Лачинз объяснить обнаруженный в его исследованиях факт, что пол является дифференциальной детерминантой ригидности? Он считает, что причина здесь, скорее, социальная, чем биологическая. «Мы предполагаем, – пишет он, – что большая ригидность женщин, возможно, связана с тем, что они в большей степени, чем мужчины, обладают такими чертами, как «зависимость», «покорность» и т.п., т.е. чертами, которые усиливают различие между полами...» (Там же, 347). Здесь же он указывает на необходимость проведения подобных исследований в обществах с разными культурами, которые могли бы показать, являются ли постоянными и значимыми различия проявлений ригидности.

Наши исследования показали, что выводы Лачинза вряд ли корректны. На первом этапе наших исследований данные о связи ригидности с полом и возрастом были получены нами с помощью методов – «решение арифметических задач», «прохождение словесных лабиринтов» и «унификация изображений предметов с переключением». Результаты этих исследований свидетельствуют о том, что, в общем, ригидность и возраст находятся, скорее, в обратной зависимости. Данные (без половой дифференциации) были подвергнуты статистической проверке для установления степени значимости различий между возрастными группами с помощью критерия X^2; последний вычислялся по формуле

$$X^2 = (аг) – (вб)(а + б + в + г)(а + б)(в + г)(а + б)(б + г),$$

где а – количество флексибильных в одной группе (один возраст);

б – количество ригидных в этой же группе;

в – количество флексибильных во второй группе (другой возраст);

г -- количество ригидных во второй группе [Шевченко, Богатов, Хрипта, 1970, 58–59].

Для 6-х и 9-х классов $X^2 = 3,73$ при $p > 5\%$; для 6-х классов и студентов $X^2 = 5,5$ при $p < 2\%$; для 9-х классов и студентов $X^2 = 0,18$.

Что касается половых различий проявления ригидности, то они оказались в общем (без учета возраста) незначимыми.

Общие результаты исследования динамики проявления ригидности по возрастам говорят за то, что с возрастом ригидность понижается. Особенно

это видно при сравнении шестиклассников и студентов. И это не удивительно, если учесть большой возрастной интервал между этими группами испытуемых (6–7 лет против 2–3 лет между соседними группами).

Полученные данные по половым различиям проявления ригидности говорят о том, что если не учитывать половые различия по возрастам, ригидность не служит дифференциальной детерминантой между полами. Но если мы сравним группы испытуемых, разных по половому признаку, в их возрастной динамике, то увидим следующее: мальчики (12–13 лет) оказались ригиднее девочек того же возраста, правда, различия эти незначимы; на последующих возрастных ступенях картина резко меняется – более ригидными оказываются девочки (незначительно для возраста 15–16 лет и довольно-таки значимо для возраста 18–20 лет) От каких-либо окончательных выводов мы воздерживаемся ввиду, во-первых, небольшого количества испытуемых, во-вторых, преобладания в наших экспериментах числа женщин (особенно это относится именно к студенческой группе испытуемых).

Тем не менее на основании анализа теоретической и экспериментальной литературы, а также собственных экспериментальных данных, полученных на этом этапе исследований, можно сделать следующие предварительные выводы:

1) в возрастном диапазоне от 4 до 20 лет ригидность имеет тенденцию к снижению;

2) в общем различия по степени проявления ригидности, между полами не являются значимыми; все же, с учетом возрастной динамики, можно пока предположить меньшую интенсивность снижения ригидности у женщин;

3) вопрос о связи ригидности с возрастом и полом пока еще далек от разрешения; необходимы исследования в пределах более широкого возрастного диапазона при более высоком уровне стандартизации методов исследования, а также с учетом особенностей проявления ригидности на различных возрастных ступенях. Много, видимо, могло бы дать изучение этого явления не только методом «поперечных» срезов, но и «продольных» (лонгитюдинальный метод), т.е. методом изучения одних и тех же людей в разные периоды их жизни, а также при изучении патологии.

Второй этап. Итак, анализ литературных данных свидетельствует об отсутствии единства взглядов на связь психической ригидности и возраста. Можно выделить, по крайней мере, три точки зрения на данную проблему.

Л.С. Выготский (1956), Д.Е. Кежерадзе (1968), Lewin (1935), Werner (1957), Shapiro (1981) считают психическую ригидность монотонно убывающей функ-

цией возраста. Kounin (1948) придерживается противоположного мнения. Целый ряд авторов (Luchins and Luchins, 1959; Bonner, 1961; Doerken – цит. по О.Н. Гарнец (1979)) считают, что между ригидностью и возрастом имеют место более сложные – нелинейные отношения. К такому же выводу приходим и мы в результате полученных экспериментально-психологических данных. Именно эта точка зрения составила основное содержание нашего предположения об отношении ригидности и возраста в контексте сравнительного исследования нормы и нервно-психической патологии.

Психическая ригидность и возраст в норме и при нервно-психической патологии. Изучение возрастных особенностей проявления психической ригидности при нервно-психической патологии и в сравнительном плане с нормой проводится впервые в истории исследования проблемы психической ригидности, о чем свидетельствует анализ отечественной и зарубежной литературы по данной проблеме.

Основной группой обследования были здоровые и больные в возрасте 18–45 лет, разбитые на 3 подгруппы: 18–25, 26–35 и 36–45 лет. Кроме того, были дополнительно обследованы группа больных детей из 50 человек (пато-характерологические развития, шизофрения) в возрасте 11–17 лет, а также группа здоровых учащихся, образовавших отдельные подгруппы сравнения.

Результаты обследования и сопоставления отражены на рис. 8. Сравнение осуществлялось на основе данных шкалы СКР (Томского опросника ригидности) и экспериментальной методики «Унификация».

На всех возрастных этапах больные лица оказываются значительно ригиднее взрослых людей. Правда, уровень различий болес низкий в возрастном периоде 11–17 лет, затем он резко возрастает в следующий возрастной период – 18–25 лет, что понятно, поскольку в этом возрасте, как свидетельствуют литературные данные и показывают наблюдения, у здоровых людей отмечается взлет творческой активности вообще. У больных же такого взлета, скорее всего, нет, а поэтому и образуется больший разрыв, чем в остальные возрастные периоды. Это подтверждается при возрастных сравнениях внутри нормы и нервно-психической патологии.

Так, если в группе здоровых лиц среднегрупповые показатели ТОРЗ и «Унификации» несколько снижаются в период 18–25 лет по сравнению с предыдущим периодом, чтобы затем, очень медленно возрастать, то в группе больных такие «провалы» либо менее заметны, либо их вовсе нет. Наоборот, наблюдается монотонное нарастание показателей по одной из методик уже с 18–25 лет.

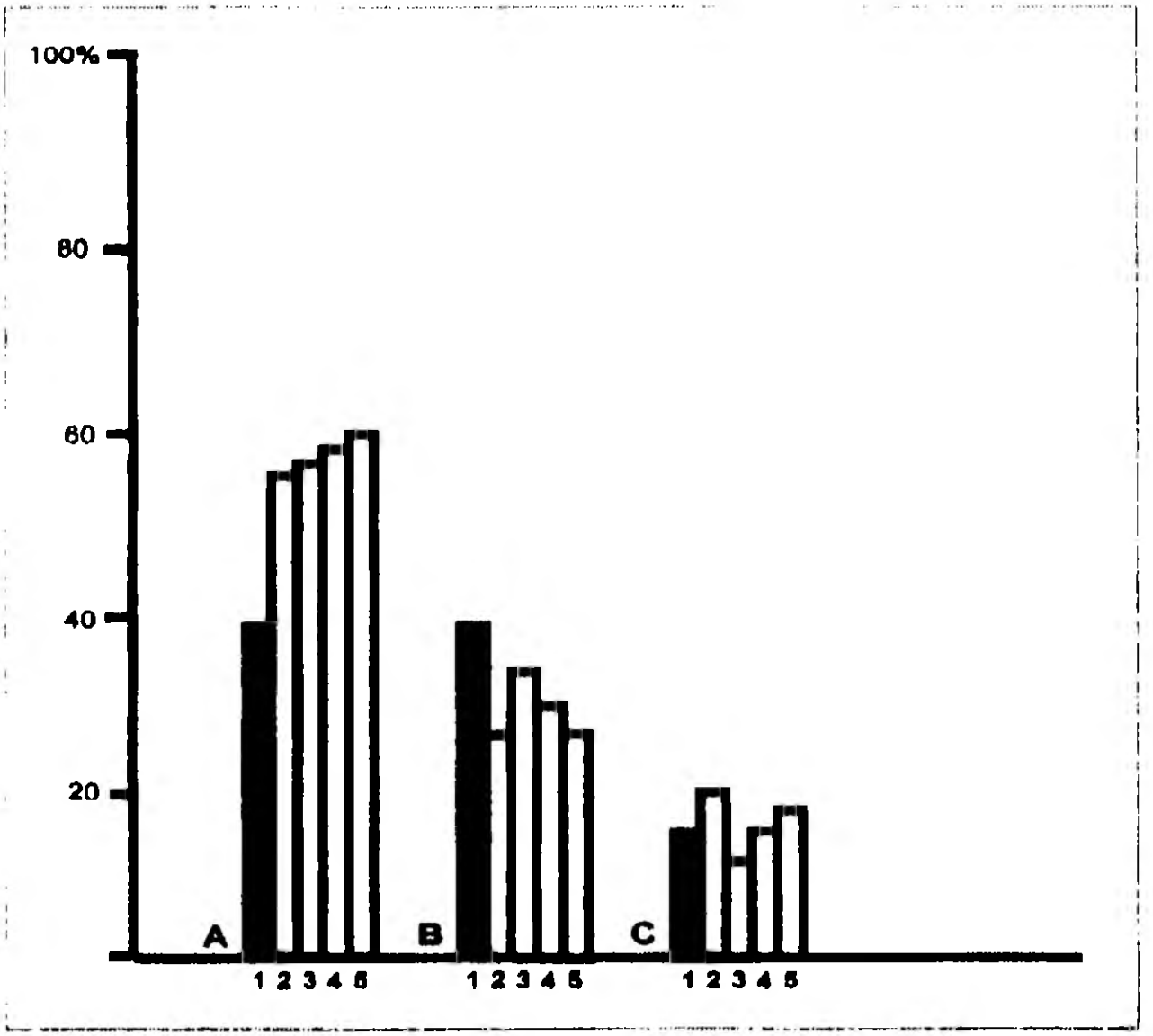


Рис. 8. Возрастная динамика ПР по данным шкал ПМР и АР: *1* – контроль; *2* – неврозы; *3* – психопатия; *4* – «органики»; *5* – шизофрения. *A* – ПР увеличилась; *B* – уменьшилась; *C* – без изменений

Правда, динамика психической ригидности внутри групп здоровых и больных от возрастного периода 18–25 до 35–45 лет сложна и имеет определенные особенности (см. рис. 8). Оказалось, что в группе здоровых лиц различия между возрастными периодами имеют место, но они не так очевидны, как бы «скрыты», поскольку обнаруживаются чаще всего при анализе показателей параметра экстенсивности психической ригидности (ЭПР-3 по широте зон с максимальной глубиной психической ригидности). Так, например, различия между периодом 18–25 лет (1-й период) и 26–35 лет (2-й период) по субшкале СКР оказались: $t = 2{,}42$ при $p < 0{,}02$; между 1-м и 3-м периодами (36–45 лет): $t = 2{,}03$ при $p < 0{,}05$; между 2-м и 3-м: $t = 2{,}01$ при $p < 0{,}05$.

По данным экспериментальных методик, различия между возрастными периодами в группе здоровых лиц почти не выявляются. Исключение составляют 1-й и 2-й периоды, которые, по данным «зеркального навыка», отличаются на достаточном уровне достоверности ($t = 2{,}27$, $p < 0{,}05$). Та-

ким образом, оказалось, что менее ригидными являются здоровые люди в возрасте 18–25 лет. На этот возраст приходится «пик флексибильности». Правда, вершина эта выделяется не очень сильно на фоне остальных возрастных периодов в пределах, исследованных нами.

В целом подтверждение этим данным мы обнаружили при корреляционном анализе отношения возраста и психической ригидности в указанном возрастном диапазоне, а также при сравнении показателей шкал АР и ПМР, т.е. уровней проявления психической ригидности в актуальном состоянии (на момент обследования) и в школьные годы (в ретроспективной оценке). Корреляционные связи оказались близки к нулю, хотя в основном с положительным знаком.

При сравнении шкал АР и ПМР было обнаружено следующее (см. рис. 8): из 212 обследованных здоровых лиц у 88 (41,5%) психическая ригидность увеличилась, у 97 (45,8%) – уменьшилась, а у 27 (12,7%) – осталась примерно на том же уровне. В сравнительных единицах – стэнах – это соотношение в целом равно 4,27 и 4,25. Похожие данные получил и Block (1981).

В группе больных нервно-психическими расстройствами получены несколько иные данные. Как мы уже отметили, показатели психической ригидности в случае нервно-психических расстройств с возрастом увеличиваются более резко от 1-го периода (18–25 лет) ко 2-му (26–35 лет), а затем более плавно растут к 3-му периоду (36–45 лет). При этом значимые на достаточном уровне достоверности по ряду шкал различия отмечаются не только по параметру экстенсивности, но и интенсивности, и глубины. Так, например, между 2-м и 1-м периодами в группе неврозов по шкалам: СР (ИПР – $t = 2,04$; $p < 0,05$), СКР (ГПР – $t = 2,62$; $p < 0,01$); между 3-м и 1-м периодами по шкалам СКР (ИПР – $t = 2,06$; $p < 0,05$), СР (ИПР – $t = 2,15$; $p < 0,05$) и РСО (ИПР – $t = 2,03$; $p < 0,05$); между 3-м и 2-м периодами различия оказались менее существенными: по шкалам РСО (ИПР – $t = 1,99$; $p < 0,05$), СКР (ИПР – $t = 1,90$; $p < 0,05$) и СР (ИПР – $t = 1,82$; $p < 0,05$).

В группе психопатий значимые и достоверные различия оказались лишь между далеко отстоящими друг от друга возрастными периодами – 3-м и 1-м по шкалам: УР (ИПР – $t = 2,02$; $p < 0,05$) и РСО (ИПР – $t = 2,06$; $p < 0,05$). В группах больных с органическими поражениями ЦНС, шизофренией и алкоголизмом отмеченные выше тенденции оказались значительно менее выраженными. Правда, в группе больных шизофренией 2-й период от первого отличался большей ригидностью по данным экспериментальных методик: «Унификации» ($t = 1,99$; $p < 0,05$) и «зеркального навыка» ($t = 2,67$; $p < 0,01$).

При сравнении уровня психической ригидности в актуальном состоянии больных (шкала АР) и в преморбиде (шкала ПМР) оказалось, что во всех нозологических группах она выше в актуальном состоянии – на момент обследования: по группе неврозов из 138 человек у 79 (57,3%), ниже у 33 (23,9%) и осталась без изменений у 26 (18,8%); в сопоставимых единицах – стэнах – среднегрупповые показатели шкал АР и ПМР – 5,30 против 4,65; по группе психопатий из 58 человек: увеличилась в актуальном состонии у 34 (58,6%), уменьшилась у 19 (32,8%) и осталась без изменений у 5(8,6%); по группе неврозоподобных состояний экзогенно-органического генеза соответственно из 156 человек: увеличилась у 92 (59,5%), уменьшилась у 43 (27,5%) и осталась без изменений у 21 (13,5%), в сопоставимых единицах – 5,33 против 4,71; по группе шизофрении из 118 человек соответственно: увеличилась у 70 (59,3%), уменьшилась у 30 (25,4%) и осталась без изменения у 18 (15,3%); в сопоставимых единицах – 5,33 против 4,60.

Как явствует из приведенных данных, у больных значительно чаще имеет место рост уровня психической ригидности в актуальном состоянии по сравнению с периодом детства и юности (школьный период), чем у здоровых лиц. Но можно предположить, что здесь свою роль сыграл фактор болезни. Для выяснения того, в какой мере на увеличение психической ригидности влияют факторы возраста и заболевания в отдельности и в их взаимодействии, был использован двухфакторный дисперсионный анализ [Готтсданкер, 1982, 370–377].

Полученные нами результаты дисперсионного анализа говорят о преимущественно большей роли диагноза – его наличия и вида, чем возраста, в динамике психической ригидности. Правда, здесь определенную роль играет то, идет ли речь о ригидности как о свойстве личности или как состоянии. Из анализа данных шкалы АР (актуальная личностная ригидность) видно, что возраст в данном случае играет несколько большую роль, чем в случае ригидности как состояния (данные шкалы РСО). Но и в том и в другом случае отсутствует взаимодействие факторов возраста и диагноза (наличие – отсутствие заболевания и сути болезни). В качестве примера можно привести данные по группам здорового контроля и психопатий: влияние диагноза $t = 12,16$; $p < 0,01$; влияние возраста – $t = 0,41$ и взаимодействие этих факторов – $t = 1,03$.

Таким образом, можно думать, что в усилении психической ригидности возраст в пределах исследованного нами возрастного диапазона – 18–45 лет – играет меньшую роль по сравнению с заболеванием и его формой.

Литературные данные об экспериментальном изучении ригидности в ее связи с возрастом также свидетельствуют о сложности отношений между ними, прежде всего в пределах здоровой популяции. Так, уже упоминавшаяся выше Chown (1959), обследовав свыше 200 здоровых лиц в возрасте от 20 до 80 лет, выделила пять компонентов ригидности, которые не ассоциировались с возрастом. Она же сообщает еще о ряде исследований других авторов, результаты которых были также далеко не однозначны. Например, в исследовании Berg учащиеся колледжа показали более успешные результаты в тесте «сортировка карт», чем испытуемые в возрасте 58–73 лет, в том случае, когда экспериментатор менял принцип классификации без предупреждения, и отличались мало в ситуации с «предупреждением».

В исследовании Heglin три возрастные группы испытуемых выполняли тесты «о трех сосудах» и «словесный лабиринт» без предварительной тренировки и с ней. Более ригидными оказались испытуемые старших по возрасту групп, выполняя задания без предварительной тренировки. При условии тренировки наилучшие результаты показала средняя по возрасту группа, затем молодая, и последней, с худшими показателями была группа самых старших по возрасту. Таким образом, последняя группа выполняла задания хуже при обоих условиях.

Clay сравнил две группы испытуемых – до 25 лет и после 55 – в условиях выполнения простых и более сложных задач. Если при первом условии различий между группами не наблюдалось, то они проявлялись при выполнении более сложных заданий. Fattu et al. обнаружили отрицательное и сложное отношение между возрастом и ригидностью в проблемных заданиях. Подытоживая результаты своего и реферированных ею исследований (Berg, Heglin, Clay, Fattu), Chown (Там же, 215–216) пишет, что, по-видимому, скорость и точность выполнения заданий на мышление ухудшаются с возрастом; различия тем более выражены, чем сложнее задание. Причина в том, по ее мнению, что испытуемые проявляют неспособность изменить «set» и найти новые способы выполнения задания. Что же касается тренировки, то она как бы снижает действие «set», но не во всех возрастных группах. Заключая, она напоминает об известном факте: труднее идет процесс научения у людей среднего и старшего возраста; но для возрастных сравнений необходимо, по ее мнению, решение более общих задач.

Одной из гипотез исследования шведского психолога Rubenovitz (1963), о котором мы тоже уже упоминали, была гипотеза о том, что люди более старшего возраста ригиднее более молодых взрослых людей. Результаты исследования, в котором приняли участие испытуемые в возрасте от 25 до

50 и более лет, подтвердили его предположение. Определенные совпадения этих данных обнаружились и с результатами исследования Schaie (1958), в котором приняло участие свыше 500 человек в возрасте от 20 до 70 лет. Автор приходит к выводу о том, что, во-первых, с возрастом люди становятся более ригидными, во-вторых, ригидность резко увеличивается, начиная с 40–50 лет. В русле подтверждения этих данных идут результаты исследований Kirby (1979) и Kosa (1982). В работе последнего пожилые люди в возрасте 60–79 лет оказались когнитивно ригиднее учащихся 15–18 лет в тесте на изменение принципа классификации.

Различия в проявлении ригидности – гибкости прежде всего в мышлении даже в пределах детского и юношеского возраста были прослежены в исследованиях О.Н. Гарнец (1979). О том, что «юношеское мышление более гибко и одновременно более реалистично», писал И.С. Кон (1978, 283). Существование нелинейных отношений между возрастом и ригидностью показал Doerken (см. [Гарнец, 1979]). Он выявил в своем исследовании, что ригидность от детского к юношескому возрасту постепенно снижается; затем этот процесс продолжается некоторое время, а примерно с 30–40 лет ригидность начинает расти. Еще более сложную зависимость обнаружили Luchins et al. (1959), которые с помощью эксперимента «о трех сосудах» обследовали большое количество лиц в возрасте от 9 до 70 лет. Они приходят к выводу, что между ригидностью и возрастом существует скорее криволинейная, чем прямолинейная зависимость: у молодых людей ригидность оказалась меньшей (средний возраст 21), чем у детей, взрослых (средний возраст 43) и пожилых (средний возраст 61); ригидность также была меньше у детей, у людей среднего возраста (средний возраст 37), чем у пожилых людей (средний возраст 71). Причем, как и по Rubenovitz (1963), заметнее рост ее с 40–50 лет.

Поскольку нелинейность отношений между ригидностью и возрастом связывается в основном с периодом после 40–50 лет, на нем следует остановиться специально. По мнению Г. Марка (1969, 48–49), возраст оказывает глубочайшее влияние на мозг, и прежде всего в плане «гибкости – ригидности». И он иллюстрирует это положение примерами из области обучения – обучаемости: 3-летний ребенок средних способностей, попавший в Китай, выучится китайскому языку скорее, чем Эйнштейн средних лет. В связи с этим он даже приводит известный афоризм, что «старого пса не обучить новым фокусам». То, что в 30 лет именуется «невосприимчивостью к обучению», к 65 годам рассматривается как нормальное умственное состояние, замечает он далее. Хотя экспериментальных данных, по его

словам, пока мало, все же есть основание утверждать, что у «среднего человека» хрупкое равновесие «гибкость – ригидность» нарушается в пользу последней.

Следует отметить, что Г. Марк фактически рассматривает гибкость – ригидность как свойства биологические, во многом пересекающиеся с подвижностью – инертностью нервных процессов, что вряд ли правильно, как об этом уже говорилось выше. Старение мозга, снижение подвижности нервных процессов являются совершенно закономерными [Павлов, 1951; Ананьев, 1968], но не из этого напрямую вырастает и увеличивается ригидность мышления человека и всей его личности. Да и сам Марк приводит тому доказательства, когда говорит о том, что «многие мужчины не принимают решительно никаких мер для сохранения умственной гибкости – и, тем не менее, сохраняют ее» (Там же, 49). А ведь, как известно, физиологическое старение мозга исключений не знает. Он же пишет и о другом факте, когда многие совершенно сознательно стремятся сохранить равновесие между гибкостью – ригидностью путем систематического повышения своих знаний; ученые берутся за новые задачи в новых областях науки; бизнесмены энергично ищут новые пути деловой деятельности и т.д. А это, несомненно, свидетельствует о проявлении личностной флексибильности (гибкости) вопреки «стареющему мозгу».

Примеров высокой творческой продуктивности, творческого взлета в разных видах человеческой деятельности можно привести множество. Другое дело, что в связи со снижением физиологических возможностей человека в качестве реакции на это стереотипизируются определенные сферы его жизнедеятельности, чаще всего вспомогательные. Иначе говоря, спектр проявления гибкости как бы сужается за счет наступления ригидности – проявляется парциальная ригидность в виде, например, педантизма привычек, сужения круга общения и интересов. И нам кажется справедливым мнение, что «с возрастом, особенно к старости, люди (разные по характеру, но здоровые) начинают все бережливее относиться к деньгам, вещам, стремятся к более аккуратному расположению предметов в доме; не являются ли эти черты характера компенсаторными, возникающими как реакция личности на возникающую забывчивость, на опасение снижения трудоспособности и возможное в связи с этим уменьшение заработка?» [Рубинштейн, 1979, 52]. Можно назвать имена великих людей, для которых была характерна педантичность в определенных деталях. Так, например, Ч. Дарвин о себе говорил в автобиографии: «...у меня привычки педанта, и это очень помогает в работе» (цит. по: [Стоун, 1983, 457]).

Ригидности в старости посвящены исследования целого ряда авторов [Бжалава, 1968; Штернберг, 1968; Angleitner, 1972]. Не останавливаясь на них подробно, согласимся лишь с Г. Томэ (1978, 189–190), который предупреждал против односторонней ориентации на патологическую деформацию личности при старении, характерной для психиатрии.

§ 2. Психическая ригидность и половой диморфизм

Прежде чем обобщать литературные и собственные данные о связи психической ригидности с возрастом, рассмотрим вопрос об отношении ригидности к полу. Как мы сможем убедиться ниже, определенные коррективы в отношения между ригидностью и возрастом может вносить пол. Кстати, указания на это имеются не только в литературе, но и получены нами на первом этапе собственных исследований ригидности в норме и при нервно-психической патологии. Существенные различия между полами в проявлении психической ригидности, по данным шкалы СКР (ТОРЗ), в возрасте 18–45 лет имеют место только в группе больных невротическими расстройствами. В остальных случаях – в группе здоровых и в других группах нервно-психической патологии – различия оказались незначительными. Более дифференцированную картину, скрывающуюся за несколько огрубленным общим показателем ИПР шкалы СКР, дало сопоставление мужчин и женщин по интраструктурным проявлениям психической ригидности. Прежде всего, ни в одной из групп обследованных не обнаружены различия между мужчинами и женщинами по уровню проявления психической ригидности в динамической подструктуре личности. Это можно объяснить самой большой близостью этой сферы личности к нейрофизиологическим особенностям нервной системы: подвижностью (инертностью), лабильностью, динамичностью. Как писал Б.Г. Ананьев (1968, 213), половой диморфизм ни в коей мере не является фактором, определяющим подвижность нервных процессов. А поэтому и в нашем исследовании – чем выше по структуре личности, тем заметнее различия между полами по психической ригидности.

Так, по праксической подструктуре достигли уровня достоверности различия между противоположными полами в группе здоровых ($p < 0,02$), больных шизофренией ($p < 0,01$) и неврозами ($p < 0,001$). По когнитивной подструктуре – в группе больных психопатиями ($p < 0,05$) и неврозами ($p < 0,02$), по психосоциальной – в группе здоровых, больных шизофренией и невро-

зоподобными нарушениями экзогенно-органического генеза ($p < 0,05$). В праксической и когнитивной сферах более ригидны женщины, но зато они более флексибильны в сфере психосоциальной. А вот по эмотивной подструктуре различий между мужчинами и женщинами не обнаружено, за исключением группы больных шизофренией. Причем более эмотивно ригидными в данном случае оказались мужчины. Правда, в сферах жизнедеятельности, связанных со стрессом, экстремальными условиями, женщины в большинстве групп оказываются более ригидными – у них выше, чем у мужчин, показатели по шкале РСО – индикатор ригидности как состояния. Женщины почти всех групп больше, чем мужчины, опасаются нового, каких-либо перемен и т.п., т.е. больше в среднем проявляют «неофобических черт», о чем говорят значимые различия по данным шкалы СР ($p < 0,05$).

Что касается данных экспериментальных исследований, то наибольший эффект полового диморфизма обнаружился в группе неврозоподобных расстройств экзогенно-органического происхождения и здорового контроля.

Многофакторный дисперсионный анализ выявил следующее: наблюдается различное влияние возраста и пола в разных группах в зависимости от того, какая шкала ригидности анализируется – АР (ригидность как свойство личности) или РСО (ригидность как состояние). Так, в группе здорового контроля и больных шизофренией в обоих случаях большое влияние на динамику психической ригидности оказывает пол; в группе больных неврозами, по данным шкалы АР, большее влияние оказывает возраст ($F_1=3,91$; $p < 0,05$), а по данным шкалы РСО – пол ($F_2=3,79$; $p < 0,05$); в группе больных органическими поражениями мозга наоборот, но без достижения допустимого предела вероятности. За исключением группы больных неврозами (по данным шкалы РСО), не выявлено воздействия на динамику психической ригидности одновременно факторов пола и возраста. В группе больных неврозами фактор взаимодействия $F_3=4,1$ при $p < 0,05$.

Более информативным оказался дисперсионный 2-факторный анализ влияния пола и диагноза, а также их взаимодействия на динамику психической ригидности. Так, при анализе данных шкалы СКР во всех обследуемых группах, включая группу здорового контроля, было обнаружено, что самую большую роль играет диагноз – $F_1=6,50$ ($p < 0,01$), далее пол $F_2=11,50$ ($p < 0,01$), а уже затем их взаимодействие $F_3=3,44$ ($p < 0,01$). Еще значительнее влияние факторов диагноза (и заболевания) и пола в случае ригидности как состояния: соответственно $F_1=63,6$ и $F_2=16,1$ ($p < 0,01$). Но их взаимодействующее влияние на показатели психической ригидности как состояния оказалось довольно низким – $F_3=1,30$ ($p < 0,05$).

Более эффективное совместное действие этих двух факторов ощущается в случае «сенситивной» или «неофобической» ригидности – F_3=1,92 ($p > 0,05$) при таком же сильном раздельном влиянии, как и в случае шкал СКР и РСО. Пол не оказывает воздействия в случае «преморбидной ригидности», при несколько более сильном влиянии диагноза: F_2=2,91 ($p < 0,01$) и факта взаимодействия диагноза и пола: F_3=2,19 ($p < 0,05$).

Таким образом, результаты исследования говорят о существовании неоднозначной связи психической ригидности и пола. Более ригидными женщины оказались в сферах праксической, когнитивной; они проявляют также большую ригидность в ситуациях стрессовых (ригидность как состояние), но в то же время менее ригидны, чем мужчины, в психосоциальной подструктуре личности – в сфере межличностных отношений и т.д. Относительно большей ригидностью, по сообщениям зарубежных – американских, английских и индийских исследователей [Cuetzkow, 1951; Luchins and Luchins, 1959; Feinman and Rogers, 1974; Singh, 1981], обладали женщины. Ошибкой этих исследователей, на наш взгляд, был перенос оценки результатов исследований в одной сфере личности на всю личность.

В некоторых работах [Luchins and Luchins, 1959; Wirtler und Angleitner, 1980], да и в нашем исследовании, проведенном на первом его этапе (в возрастном диапазоне 12–20 лет), есть указание на колебание различий по психической ригидности между полами в зависимости от возраста. Чаще всего девушки менее ригидны, чем юноши, но женщины среднего возраста уже ригиднее мужчин. И опять же мужчины в 70–80 лет более ригидны, чем женщины.

В возрастном диапазоне 18–45 лет, который изучался на втором этапе исследований, как в норме, так и в патологии выявилась довольно четкая тенденция к сглаживанию различий между полами с нарастанием возраста. Причем это более ярко выражено для групп патологии, где различия между полами в возрастном периоде 18–25 лет более значительны, чем в группе здоровых лиц. Двухфакторный дисперсионный анализ показал, что возраст и пол в норме являются независимо действующими на динамику ригидности факторами. В большинстве случаев они взаимодействуют при нервно-психической патологии, особенно при неврозах. В норме фактор пола оказывается более сильным в отношении проявления психической ригидности, чем возраст. Оба фактора усиливают свое влияние в случае нервно-психической патологии.

Пытаясь ответить на вопрос о причинах различий в проявлении психической ригидности в связи с половым диморфизмом, большинство иссле-

дователей видят их, скорее, в социальном, чем в биологическом. И с этим следует согласиться. Но вряд ли правы Luchins and Luchins (1959, 337), когда предполагают, что большая ригидность женщин связана с тем, что они в большей степени, чем мужчины, обладают такими чертами, как «зависимость», «покорность» и т.п., т.е. чертами, которые усиливают различие между полами. Правда, они считают необходимым проведение подобных исследований в условиях разных культур. В этом отношении интерес представляют исследования, о которых пишут И.С. Кон (1981) и Zinik (1983). Так, И.С. Кон (1981, 81–82) приводит пример исследования канадских теннисисток и гандболисток, сочетающих целый ряд маскулинных качеств с высоким уровнем феминности. Они рассматриваются уже не как альтернатива, а как независимые автономные измерения. Высчитывалась степень психологической андрогинии; андрогинными считаются индивиды, обладающие одновременно феминными и маскулинными чертами, что позволяет им менее жестко придерживаться полоролевых норм, свободнее переходить от традиционных женских занятий к мужским, и наоборот. Zinik (1983) обследовал по параметрам «адаптивной» и «когнитивной» флексибильности (по Guilford) 419 человек – гетеро-, гомо- и бисексуальных мужчин и женщин. Самую высокую когнитивную флексибильность проявили бисексуальные женщины.

Оценивая ригидность полоролевых установок и поведения, И.С. Кон (1981) считает, что она может быть как индивидуально-типологическим свойством, так и функцией системы полоролевых предписаний, жесткость которых варьирует в зависимости от ситуации и вида деятельности.

Таким образом, данные литературы и результаты собственных исследований позволяют сделать следующее заключение. В норме психическая ригидность не является монотонной функцией возраста. До 18–25 лет, т.е. до возраста ранней зрелости, наблюдается ее плавное снижение с заметным «провалом» в этом отрезке времени, после которого начинается плавный ее рост. В этой динамике отражаются как особенности каждой стадии онтогенетического развития, так и сложная биосоциальная природа самой психической ригидности. Если более высокое ее проявление в 11–17 лет можно объяснить несформированностью и недостаточной функциональной и личностной интеграцией, то ее нарастание в пожилом возрасте объясняется не просто старением организма, а скорее реакцией личности на ограничение ее возможностей, например скоростных. При этом ригидность усиливается не тотально, а лишь в некоторых сферах личности при сохранении, а иногда и повышении флексибильности. Аналогии этого

процесса обнаруживаются, в частности, в данных о гетерохронности функциональной эволюции и инволюции [Ананьев, 1980]. О возможности отойти от односторонней ориентации предупреждает против односторонней ориентации на патологическую деформацию личности при старении, характерной для психиатрии говорят работы Osterreich (1975) и Rudinger (1976) (см.[Томэ, 1978, 190]), в которых результаты исследования пожилых, приблизительно в 99% случаев психически здоровых, людей показали несостоятельность тезиса как об общем сокращении духовной продуктивности, так и о деградации личности в сторону дезинтеграции и снижающейся адаптабельности. Именно в этом смысле можно согласиться с мнением Р.М. Грановской (1988, 452) о том, что никогда не поздно совершенствоваться – нет возрастных ограничений в постижении нового. Тем более что ригидность означает и неспособность отказаться от неадекватного старого.

«Провал» – заметное снижение психической ригидности в возрастном диапазоне 18–25 лет – отражает, конечно, отмечаемые многими исследователями [Ананьев, 1969, и др.] максимальное повышение в этом возрасте большинства видов чувствительности, интеллектуальной зрелости, обострение чувства нового, рост исследовательской активности, переоценка ценностей и т.д.

При наложении на возрастную динамику нервно-психической патологии ригидность приобретает характер монотонной функции возраста, не снижаясь даже в возрастном диапазоне 18–25 лет. На рост ригидности при патологическом старении указывают И.Т. Бжалава (1963), Э.Я. Штернберг (1968), Г. Томэ (1978). В этих случаях старые люди проявляют не только «консервативную ригидность мышления», но она «выражается также и на высшем уровне личностных отношений в консерватизме взглядов и идей, неприятии нового и неприязненном к нему отношении» [Штернберг, 1968, 1246].

Результаты изучения влияния полового диморфизма на проявление психической ригидности позволяют считать неправомерным утверждение о большей в целом ригидности мужчин или женщин. В связи с полом можно говорить о преобладании ригидности в разных сферах личности: у женщин – в праксической, когнитивной и в некоторой степени в эмотивной (в стрессовых ситуациях как состояние), а у мужчин – в психосоциальной. Это согласуется с данными о большей социабельности женщин – готовности к сотрудничеству, компромиссам, податливости, перевоплощению, переключению полоролевых установок и т.д.

Возрастная же динамика психической ригидности в связи с полом характеризуется сглаживанием различий, что особенно характерно для людей пожилого и старческого возраста.

Счастье для старика, если в нем осталась любовь к науке, к музыке, к театру, вообще известная восприимчивость к внешнему миру, что у некоторых сохраняется до самых преклонных лет. То, что человек имеет в себе, никогда ему так не пригодится, как в старости. Правда, большинство, тупое, как всегда, превращается к старости постепенно в автоматы; они думают, говорят и делают постоянно одно и то же, и никакое внешнее впечатление не в силах сбить их с этого направления или пробудить в них новую мысль. (А. Шопенгауэр).

Глава 5

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

(Фиксированные формы поведения при нервно-психических расстройствах)

Введение в проблему. Несмотря на большое и общепризнанное значение для теории и практики проблемы фиксированных форм поведения, сама их природа и их взаимоотношения изучены далеко не достаточно, а их трактовки в различных психологических и психопатологических направлениях оказываются резко отличными друг от друга. Достаточно указать, например, что Е. Блейлер во многом сводил их к психогенным комплексам (1911, 1930). Представители психоанализа связывали их с невротизмом [Freud, 1933; Yung, 1920, 1928, 1939; Adler, 1927; Horney, 1937, 1939, 1945; Fromm, 1941, 1947; Alexander, 1951; Sullivan, 1953], K. Goldstein – с травмами мозга и шизофренией (1939, 1940, 1941, 1949), H. Werner – с олигофренией и травмами мозга (1946, 1957, 1942), а K. Lewin (1935, 1936) и впоследствии J. Kounin (1941, 1948) – с олигофренией.

Интерес к проблеме фиксированных форм поведения всегда оставался актуальным, поскольку клиническая практика стимулировала необходимость изучения личности больного. На современном этапе развития психиатрии, который характеризуется, с одной стороны, стремлением к более раннему выявлению и предупреждению нервно-психических заболеваний, а с другой – к более полному интегрированию больных в общество, понимание психологии личности больных приобретает особую практическую значимость, поскольку без апелляции к личности нет ни подлинной профилактики болезней, ни подлинной реабилитации больных [Мелехов, 1963; Кабанов, 1969–1986; Семичов, 1987].

В психиатрическом аспекте проблема личности, по мнению многих авторов [Мясищев, 1960; Малкин, 1967, 1970; Рохлин, 1970; 1982; Зейгарник, 1976; Воловик, 1977; Меграбян, 1978; Карвасарский, 1982, 1985; Benedetti, 1981],

подразумевает выяснение следующих вопросов: а) что привносят те или иные виды психической патологии в личность, как последняя на них реагирует, как изменяется; б) что привносит личность в те или иные виды психической патологии, как влияют особенности преморбидной личности больного на клиническое проявление психического заболевания, его течение и исход, каковы возможности компенсации, психокоррекции и реабилитации.

При попытке ответить на данные вопросы нельзя считать продуктивным противопоставление «личности в целом» «отдельным ее составляющим», поскольку сложное системное целое, каковым является личность, нельзя описать, не прибегая к характеристике отдельных черт и их соотношений, как типичных, так и индивидуальных, которые должны быть оценены на отдельных этапах анализа. Личность, как неповторимая констеляция отдельных черт и особенностей, всегда уникальна, но именно в клинике чаще всего приходится сталкиваться с необычными отклонениями в степени выраженности этих отдельных свойств и черт, что весьма важно для описания конкретного больного [Кабанов, Гильяшева, 1985].

Несомненно, что актуальность проблемы фиксированных форм поведения вообще и психической ригидности в частности следует рассматривать именно в рамках роли личностного регистра психики в сопротивлении болезни, в борьбе с наступившей болезнью за выздоровление, компенсацию и реабилитацию. Исключительно актуальной данная проблема становится в особых и экстремальных условиях, каковыми по многим признакам считаются условия жизнедеятельности человека в регионе Сибири. К ним, прежде всего, относятся специфические климатогеографические факторы, высокая миграция населения. Ломка сложившегося жизненного стереотипа для мигрировавших в восточные районы страны требует перестройки всей личности, динамика которой в различных ее подструктурах может быть различной, поскольку необходима адаптация как к изменившимся климатогеографическим, так и к социально-производственным и социально-психологическим условиям. Во многом это справедливо и для коренного населения, которому тоже приходится изменять привычный образ жизни [Казначеев, 1974, 1980; Богомолов с соавт., 1974; Василевский с соавт., 1978; Медведев, 1982; Залевский, Красик, 1986; Семке, Судаков, Залевский и др., 1988]. Исключительному испытанию оказался подверженным привычный образ жизни практически каждого жителя нашей страны в последние годы в условиях кардинальных социально-экономических преобразований.

Актуальность проблемы психической ригидности вытекает из все чаще встречающихся в современной психиатрической литературе указаний на то,

что психическая ригидность оказывается преимущественно неблагоприятным фактором, лежащим в основе этиологии и патогенеза нервно-психических расстройств [Кербиков, 1971; Личко, 1977; White, 1964; Breed, 1973; Shapiro, 1981], в патопластике клинической картины [Морозов, 1963; Шмакова, 1963; Бжалава, 1963; Леонгард, 1981; Семке, 1983; Petrilowitsch, 1967; McGlashen, 1976; Richtberg, 1976], в прогнозе [Лакосина, 1970; Пантелеева, Беляев, 1984; Орлова, 1984; Судаков, 1987], в терапии и реабилитации (Зейгарник, Кабатченко, 1974; Карвасарский с соавт., 1986; Cervin, 1957; Böttcher and Kessner-Raytler, 1972; Krampen, 1978; Kufner, 1984).

Однако эти указания, как и мнение ряда авторов [Колосов, 1979; Parker, 1975; Ancona et al., 1975; Hughes et al., 1978; Kaczmarek et al., 1980] о возможности снижения (decreasing) психической ригидности, чаще всего опираются на резко отличные друг от друга концепции: психоанализа – ортодоксального и ревизованного [Alexander, 1951; Sullivan, 1953; Fromm, 1971; Horney, 1972; Freud, 1974; Yung, 1975; Adler, 1975; Reich, 1975], топологической [Lewin, 1936, 1980] и сравнительно-генетической психологии [Werner, 1946, 1957], «конкретного – абстрактного» в мышлении [Goldstein, 1943, 1959], «нарушения автономии» [Shapiro, 1981], конституциональные [Kretschmer, 1921, 1977; Sheldon, 1942, 1982], типологические [Мерлин, 1968, 1973; Белоус, 1971; Стреляу, 1982; Eysenck, 1953], психологии установки, set, attitude [Узнадзе, 1958; Прангишвили, 1967; Luchins and Luchins, 1959], психологии отношений [Мясищев, 1960], факторно-аналитические [Cattel, 1950, 1966; Guilford, 1959, 1971].

Наличие значительных терминологических и содержательных расхождений в существующих подходах к проблеме психической ригидности, а также экспериментально-психологическая неразработанность целого ряда вопросов – о критериях дифференциальной оценки психической ригидности, ее месте в структуре здоровой и патологически измененной личности, а также о ее роли в патогенезе нервно-психических расстройств, прогнозе их течения, лечения и реабилитации больных – и стимулировали данное исследование.

Его цель состояла в изучении природы (структуры, детерминирующих факторов и механизмов) психической ригидности, особенностей ее проявления в норме и при нервно-психической патологии, а также в определении ее дифференциально-диагностического, прогностического и реабилитационного значения.

Клиническая практика и научные исследования подтверждают справедливость мысли о том, что одним из условий психической цельности инди-

вида и его психического здоровья является гибкость в оценке самого себя, а также в умении под напором опыта переоценивать ранее сложившуюся систему ценностей [Rogers, 1951], учиться на «горьком опыте своих неудач» [Sullivan, 1953], учитывать «критерии практики» [Кербиков, 1971]. Еще радикальнее в этом отношении Künkel (1976), понимающий психическое расстройство как неспособность проявлять новое отношение к изменяющейся среде.

Если даже не принимать полностью такого понимания сущности психических расстройств, то тем не менее приходится согласиться с мнением большого числа авторов о том, что индивидам с психопатологическими нарушениями меньше, чем здоровым, свойственны гибкость и пластичность, позволяющие перестраиваться, приспосабливаться к изменяющимся условиям, и что сочетание ригидности с инертностью относится к наиболее типичным свойствам психики большинства больных [Goldstein, 1943; Werner, 1946; Зейгарник, Кабатченко, 1974]. Это касается и отдельных нозологических форм, они-то как раз и являются предметом нашего дальнейшего более подробного анализа.

§ 1. Психическая ригидность при нервно-психических расстройствах

Неврозы. Целый ряд преимущественно зарубежных концепций неврозов включает понятие психической ригидности и шире – фиксированных форм поведения в парадигму объяснения их природы. Это позволяет во многом понять и природу самой психической ригидности, механизмы и особенности ее проявления при невротических расстройствах.

Одним из первых П. Жане (1903, 1911) описал «фиксированные идеи» при истерических и обсессивных неврозах, указав на их неадаптивную роль. Он определил их как «известные остающиеся неизменными состояния личности, которые, сложившись раз, упорно существуют неопределенное время и не изменяются в достаточной мере, чтобы сделать возможным приспособление к изменяющимся условиям окружающей среды» (1911, 6).

К мысли о неадаптивной роли психической ригидности склонялись большинство исследователей неврозов [Кербиков, 1971; Sullivan, 1953; White, 1964; Yung, 1975; Shapiro, 1981]. Правда, конкретизируется эта роль психической ригидности при неврозах чаще всего в качестве «защитного механизма», который в конечном счете не реализует своей функции. «Невротик

защищается, – писал Freud, – формируя фиксированные привычки, ведущие к предпочтению определенных способов решения личных проблем» (1948, 376). Согласно Adler (1974), невротик, защищаясь, формирует ригидный стиль жизни с ложной ее схемой. В этой связи Murphy and Jensen писали, что «там, где сознание зажато в ригидной схеме, там мы имеем дело с невротиком; любая схематизация, любая стереотипизация есть невротическое средство защиты» (1932, 240).

От чего защищается больной неврозом? Freud (1974) считал, что от интрапсихического конфликта, в основе которого лежит сложная схема: диспозиция в результате фиксации либидо (сексуальная конституция), доисторический опыт, опыт детства плюс акцидентальный опыт (психическая травма). Reich – «от ударов, идущих как из внешнего мира, так и изнутри самой личности» (1945, 310). По мнению большинства исследователей, невротик «защищается» от тревоги, вызванной в детские годы чувством слабости и беспомощности перед действительностью, которая переживается как потенциально враждебная и опасная [Horney, 1937, 19–20], «чувством бессилия, одиночества и изоляции» [Fromm, 1945, 186], «нарушением интерперсональных отношений» [Sullivan, 1953, 190].

Для White (1964, 97–98) невроз есть дисбаланс гибкости и устойчивости, прежде всего в сторону гипертрофирования устойчивости, в основе чего лежат стресс и страх. Избегание всего, что может поколебать «Я-образ», защита привычного мнения о себе являются основной формой поведения больного истерическим неврозом [Берток, 1985]. Фрустрация потребности в положительной оценке (самооценке) вызывает, по мнению Rogers (1961), Б.Д. Карвасарского (1985), у больного тревожность, ведущую к искаженному, а затем и к ригидному восприятию действительности. Kessner-Raytler (1972, 137) считает, что «ригидность больных неврозами – трудность коррекции их «ошибочных установок» можно объяснить и защитой против «расконсервации» ошибочных установок в связи с нежеланием переживать неприятные чувства».

Несформированностью «индивидуальной автономии – активной саморегуляции и истинно объективных отношений индивида к среде» объясняет «ригидный характер», лежащий в основе неврозов, Shapiro (1981, 16–18).

При всем разнообразии отмеченных выше подходов их авторы сблизились в отношении к психической ригидности в следующих пунктах: 1) психическая ригидность является механизмом (чаще всего защитным) невротических расстройств; 2) формирование этого механизма вызывается страхом и стрессом; 3) психическая ригидность в качестве защитного механиз-

ма не выполняет своей функции при неврозах – он оказывается неэффективным, способствует возрастанию чувства тревоги, что приводит к «психологическому порочному кругу» [Ногпеу, 1937]. Невротическая личность, в отличие от здорового человека, не может отказаться от этой защиты даже в тех случаях, когда становится очевидной ее избыточность и вообще неадекватность. Mowrer (1950) называет такое поведение «невротическим парадоксом», так как невротик, упорствуя в своем поведении, несмотря на его разрушающее действие, становится жертвой собственной ригидности; 4) задача врача и психолога видится в ослаблении ригидности.

Вместе с тем следует отметить несовпадающее – порой резко отличное – понимание авторами самих причин возникновения невротических расстройств. Что же касается психической ригидности, то остался без ответа целый ряд вопросов о ее природе и механизмах, качественных и количественных особенностях ее проявления при основных формах неврозов, а также в сравнении с другими видами нервно-психических расстройств.

Некоторые исследователи пытались экспериментально проверить положение психоанализа о том, что невротики ригиднее здоровых людей. В своем исследовании L. Pervin (1960) руководствовался именно этой гипотезой. Ригидность измерялась им в различных сферах психологического функционирования: решении задач, двигательной, перцептуального научения и формирования понятий. Результаты экспериментов подтвердили гипотезу на 0,05 уровне значимости. Автором были также обнаружены некоторые «интерневротические различия» – невротики оказались не одинаково ригидны во всех заданиях. На высоком уровне значимости были обнаружены различия между здоровыми и невротиками в исследованиях J. Brengelman (1960а, 1960б) и некоторых других авторов. Вместе с тем известны и такие исследования, в которых связь между ригидностью и невротическим поведением либо не была обнаружена [Иетс, 1961], либо оказалась отрицательной [Филлипсон, 1955].

Психопатии. В большей мере именно к психопатиям относится уже упоминавшееся выше мнение Rogers (1951) о том, что одним из условий психической цельности и здоровья личности является гибкость в оценке самой себя, умение под напором опыта переоценивать ранее сформировавшуюся систему ценностей, что является непременным условием безболезненного приспособления человека к непрерывно меняющимся условиям жизни. На «неспособность психопата извлечь уроки из собственного жизненного опыта» указывал П.Б. Ганнушкин (1964б), на «игнорирование им принципа

реальности» – Thorne (1959), на «потерю критерия практики» – О.В. Кербиков (1971). Таким образом, понятие психической ригидности во многом пересекается с понятием психопатии. Это означает, что психическая ригидность, скорее всего, входит в структуру личности всех без исключения типов психопатий как компонент «трудности социальной адаптации». Но представленность ее внутри типов психопатии должна модифицироваться структурой того или иного типа.

При всем разнообразии систематик психопатий и в связи с этим мы проанализируем литературные данные о психической ригидности в рамках самой общепринятой – деления психопатий на тормозимые, возбудимые и истерические.

Тормозимые психопаты, которые объединяют астенический, психастенический и шизоидный варианты, характеризуются сходством психотравмирующего фактора – ломкой жизненного стереотипа. Формы поведения, стереотипы реагирования, выработанные в одних условиях, переносятся этими лицами в новую обстановку, где они оказываются неадекватными. Разумеется, что для каждого типа тормозимых психопатий характерны свои нюансы. Так, для психастеников – это «паническая боязнь нового», для шизоидов – «нарушение неприкосновенности внутреннего мира, существующего в виде определенной системы или формы», для астенических психопатов – необходимость изменений, вызванных реально и объективно действующими причинами [Ганнушкин, 1964б; Кербиков, 1971; Coville, 1964; Kretschmer, 1977].

Группа возбудимых психопатий включает параноидный и эпилептоидный типы, объединяет которые большая эмоциональная напряженность значимых для них переживаний. Согласно П.Б. Ганнушкину (1964а) параноидные психопаты крайне узки и односторонни, склонны к «застреванию», фиксации на определенных представлениях и идеях – образование сверхценных идей, во власти которых они потом и находятся. Психическая ригидность характеризует и эпилептоидных психопатов в виде застреваемости в сознании той или иной мысли, вязкости аффекта, педантизма [Ганнушкин, 1964б; Кербиков, 1971; Личко, 1977; Petrilowitsch, Bear, 1966].

Противоречивость истерических психопатов относительно характеристик ригидности показал Kretschmer (1977), когда писал, что истерические характеры представляют собой длящуюся всю жизнь попытку при помощи гибких, играючи переключаемых аппаратов скрыть дефекты. Основной «дефект» у психопата – это ригидность его эгоцентрических установок, «Я-образа», которые он всеми силами старается сохранить [Жане, 1911; Берток, 1985].

Итак, при отмечаемой клиницистами ригидности установок и поведения при психопатиях остаются вопросы как относительно качественных, так и особенно количественных характеристик ее проявления у различных типов психопатий. Неясно по этим критериям положение психопатий в ряду других форм нервно-психических расстройств.

Психические расстройства сосудистого, травматического и инфекционно-токсического генеза. В ряде зарубежных исследований психическая ригидность рассматривается чуть ли не как специфическое («основное») расстройство при церебральных сосудистых заболеваниях [Kehrer, 1939; Alsen, 1960; Huber. 1972; Regard et al., 1983]. Не являясь сторонниками такой точки зрения, многие отечественные авторы тем не менее отмечали наличие психической ригидности у больных сосудистыми поражениями мозга [Жислин, 1965; Семичев, Соловьева, 1976; Авербух, 1979; Акимова, 1983; Штернберг, 1983; Бачериков и др., 1984]. Она проявляется в «застойности аффекта», консерватизме, эгоцентризме, трудностях приспособления к новым условиям, изменении привычек и стереотипов.

О психической ригидности при черепно-мозговых травмах писал еще Goldstein (1943, 1959), определяя ее как неспособность больного изменить установку. В клинических описаниях больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы нередко отмечается и психическая ригидность, хотя чаще речь идет о персеверациях, трудностях переключения внимания, усилении аффективных переживаний (Шумский, 1983; Семке, 1985; Судаков, 1985).

В клинических описаниях психических расстройств при токсико-инфекционных органических заболеваниях мозга психическая ригидность не выделялась, как видно из обобщающей работы Э.Я. Штернберга (1983), но отмечались тревожность, ипохондричность, замедленность аффективных реакций.

Малочисленны и экспериментально-психологические исследования психической ригидности при экзогенно-органических поражениях головного мозга сосудистого, посттравматического и инфекционно-токсического генеза [Mackie, 1966; Regard et al., 1983].

Таким образом, из сказанного выше видны слабости в изучении психической ригидности в ее отношении к данным формам нервно-психических расстройств, в определении ее дифференциально-диагностического и прогностического значения.

Шизофрения. Теоретические концепции психической ригидности в рамках исследования шизофрении практически отсутствуют. Но зато довольно

многочисленны клинические описания личностных расстройств при шизофрении, в которых отмечается и ригидность.

Еще П.Б. Ганнушкин (1964а) любил характеризовать шизофренический дефект тем, что при нем отсутствуют «сталь» и «резина», т.е. у больных с шизофреническим дефектом нет настойчивости (стали) и гибкости приспособления к реальной жизни (резины) – стоит им выбиться из колеи, из раз и навсегда установленного типа жизни, и они становятся беспомощными.

Анализ литературы свидетельствует, что наличие ригидности отмечается фактически при всех шизофренических расстройствах вне зависимости от формы течения, степени прогредиентности и синдромальной характеристики. Правда, значительно чаще при непрерывнотекущей шизофрении во всех ее вариантах [Морозов, 1963; Бжалава, 1963; Снежневский, 1972; Измайлова, 1976; Пантелеева, Беляев, 1984; Воробьев, Нефедьев, 1986], реже – при приступообразно-прогредиентной (шубообразной) [Кудрявцев, Пулькин, 1981; Абрамова с соавт., 1987] и значительно реже – при рекуррентной [Наджаров, Смулевич, 1983].

Причем психическая ригидность обнаруживала себя на разных стадиях процесса и, по мнению многих авторов, в связи с изменениями личности. Так, А.В. Снежневский (1972, 39) указывает, что при бредовом типе непрерывнотекущей прогредиентной шизофрении у больных, преморбидно малоактивных, застенчивых, склонных к недооценке своих возможностей, появлялись не свойственные им ранее стеничность, гиперсоциальность, ригидность, мелочное упрямство. Р.А. Наджаров и А.Б. Смулевич (1983, 319) отмечают, что уже начальный период прогредиентной параноидной шизофрении характеризуется изменением личности в виде замкнутости, ригидности, утраты аффективной гибкости. Появляются новые черты характера при течении прогредиентной шубообразной шизофрении – ригидность, недоверчивость. Отмечается ригидность и при рекуррентной шизофрении. Больные стремятся к созданию особого режима труда, отдыха, лечения, обнаруживая черты педантизма, психической ригидности (Там же, 326).

Другие авторы [Морозов, 1963; Бжалава, 1963; Пантелеева и Беляев, 1984] пишут не о появлении ригидности как новой черты, а о ее «нарастании», «развитии», «усилении», «расширении и углублении» уже на инициальном этапе бредовой шизофрении. Отсюда следует, что психическая ригидность должна быть присуща уже преморбидной личности больных шизофренией. По образному выражению Yanzarik (1955), психоз лишь вскрывает существующую уже давно динамическую недостаточность, проявлявшуюся не только в инициальном периоде, но заложенную в самом преморб-

биде, подобно тому, как обвал здания лишь показывает, что фундамент был неполноценным. Основываясь на анамнестических данных, отмечали психическую ригидность в структуре преморбидной личности Л.Д. Гиссен (1965), И.В. Колос (1976). Е.Ф. Бажин (1978), А.Н. Корнетов, В.П. Самохвалов, Н.А. Корнетов (1984). При этом она оказывается представленной в структуре различных типов личности, входящих в широкий круг как стеничных, так и астеничных личностей, что характерно и для морбида.

Важно отметить, что большинство авторов указывают на характерное сочетание в структуре личности ригидности и снижения уровня активности (пассивность либо односторонняя активность и «односторонняя гипербулия» [Морозов, 1963]), что уже в преморбиде и в инициальном периоде расстройства выражается в снижении и даже потере «творческой инициативы» [Бжалава, 1963; Пантелеева и Беляев, 1984], «творческого элемента» [Снежневский, 1972], «творческого инстинкта» [Смулевич, 1983]. Если на этом этапе наблюдается еще «довольно хорошая приспособляемость к жизни» [Шмакова, 1963], то на последующих стадиях возможности адаптации все более и более ограничиваются привычной обстановкой, выполнением лишь традиционных обязанностей, «передвижением в пределах только накатанного маршрута» [Шахматов, 1987].

Итак, анализ литературных данных позволяет сделать следующее заключение. Совершенно ясно, что при шизофренических расстройствах личность и поведение больных шизофренией характеризуются и психической ригидностью. Как правило, она выступает в сочетании, прежде всего, со сниженным уровнем активности – односторонней, монотонной активностью и все углубляющейся пассивностью, в начале которых была потеря творческой инициативы. Скорее всего, психическая ригидность свойственна личности и до манифестации болезни, обостряясь уже в инициальном периоде. В то же время осталось неясным, какое содержание вкладывалось в понятие ригидности. Остается еще выяснить, каковы особенности – качественные и количественные – проявления психической ригидности при разных формах шизофрении в связи с половозрастными факторами и в сравнении с другими нервно-психическими расстройствами.

Алкоголизм. История изучения вопроса о соотношении алкоголизма и личности показала, что «преалкогольной», да и «алкогольной» личности нет. Сегодня большинство исследователей приходят к мысли, что в этом соотношении большее значение, чем тип личности, имеют отдельные ее черты, компоненты, которые вписываются в содержание понятия «низких и сни-

женных адаптационных способностей» [Бехтель, 1986; Rothenbacher, Fritz, 1972]. В ряде работ [Ураков и Куликов, 1977; Шумский, 1983; Братусь, 1984; Пятницкая, 1986; Krampen, 1978; Küfner, 1984] отмечается и роль психической ригидности, хотя понимается она по-разному, в качестве компонента этих способностей.

Нередко больной алкоголизмом, отмечает И.Н. Пятницкая (1986, 382), очень быстро утрачивает адаптационную пластичность психики. Б.С. Братусь (1984) пишет о косности «алкогольного мировоззрения», которое, на наш взгляд, включает не только «неспособность осваивать новое и шаблонность в профессиональной деятельности, но и рутинность мышления, косность в привычках, снижение интеллектуальной инициативы, творческого потенциала» [Иванец, Игонин, 1983, 122], но и «нравственную неподвижность», о которой писал еще Л.Н. Толстой в статье «Для чего люди одурманиваются» (1873). И это «алкогольное мировоззрение» проявляется, прежде всего, «в полной неспособности сделать выводы из практики» [Копыт, Сидоров, 1936, 34] и оказывается поэтому настолько ригидным, что исключительно трудно поддается психокоррекционному и психотерапевтическому воздействию [Братусь, 1984; Розовский, 1986; Krampen, 1978].

Проблема изучения психической ригидности при алкоголизме наиболее актуальна, пожалуй, именно в связи с тем, «что лечение алкоголизма, его психотерапия представляют собой сложную задачу переориентации человека, зависимого от алкоголя, на новый жизненный стиль, другие пути развития личности, перестройки системы отношений, системы жизненных ценностей, мотивов деятельности и т.д.» [Короленко, Завьялов, 1987, 132].

Не меньшее значение имеет эта проблема и на стадиях формирования алкоголизма, а значит, и его профилактики, что видно из тех работ, где указывается на наличие черт ригидности в структуре личности и поведении будущего больного алкоголизмом [Ураков, Куликов, 1977; Братусь, Сидоров, 1984].

Очень правильно в этой связи отмечают Ц.П. Короленко и В.Ю. Завьялов, что «личность будущего алкоголика «уязвима» не вообще, а в определенные периоды ее развития – кризисные периоды, как, впрочем, любого человека. В отличие от других, «будущие алкоголики» в эти периоды, требующие перестройки мотивов деятельности, поведения, отношений, оценок и т.д., предпочитают «трансформироваться» с помощью алкоголя и «алкогольного общения» в компаниях собутыльников, а не ищут других путей преодоления кризиса» (1987, 65–66). Неблагоприятна, скорее всего, в этом смысле роль ригидности и на стадии ремиссии [Бокий, Ерышев, Рыбаков, 1987].

Таким образом, в исследованиях, посвященных клинико-психологическим проблемам алкоголизма, среди неадаптивных черт личности называется и ригидность, хотя авторы на ней специально и не останавливаются. Важным моментом представляется указание на отрицательную ее роль на всех стадиях формирования и терапии алкоголизма.

Вместе с тем в рассмотренных работах давалось разное толкование психической ригидности, и она относилась к разным сферам личности больных алкоголизмом: к свойствам нервных процессов [Ураков, Куликов, 1977] либо к качествам характера – «как стремление к старому» [Короленко, Завьялов, 1987]. Остаются невыясненными вопросы о связи особенностей проявления ригидности в преморбиде и при заболевании, о роли возрастного фактора, а также об особенностях ее проявления при разных нервно-психических расстройствах.

Итак, анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о заметно растущем в последние годы интересе к проблеме психической ригидности и в контексте психопатологии. Этот интерес более заметен и глубже в исследованиях неврозов, где психическая ригидность привлекается в качестве одного из механизмов, а также шизофрении как одной из характеристик личности и поведения больных. В значительно меньшей степени она встречается при описании и объяснении других нервно-психических расстройств. Фактически нет клинических работ, посвященных собственно психической ригидности. Исключительно мало и экспериментально-психологических исследований, направленных на изучение ее природы, механизмов, на выявление в сравнительном плане особенностей ее проявления в норме и нервно-психической патологии, при отдельных нозологических формах.

Все сказанное выше отражается, прежде всего, на существующей сегодня терминологической многозначности понятия психической ригидности, неясности ее положения в системе родственных и близких понятий и ее отношений с ними. Невыясненным остается и вопрос о том, является ли психическая ригидность общим или сквозным, а значит и многомерным, свойством личности. Нам представляется возможным решение этого вопроса при соблюдении, по крайней мере, трех условий: во-первых, это отказ от сведения психической ригидности к инертности психических, а тем более нервных процессов; во-вторых, учет при выделении ригидности как черты личности возможности вовлечения не всех областей психики в соответствующие проявления и, в-третьих, коррелирование при факторном анализе тестовых показателей не любых испытуемых, а «похожих» (например, больных тем или иным нервно-психическим расстройством), у которых и

обнаруживается, как покажут наши исследования, психическая ригидность как общее свойство личности.

Разумеется, терминологические сложности в проблеме психической ригидности отражают более глубокие трудности содержательного плана. При этом содержательный анализ понятия психической ригидности должен быть многосторонним, отражающим сложность и многосторонность самого анализируемого явления. Рассмотрение психической ригидности с общебиологических позиций (например, принципа «экономии энергии» в рамках «рефлексологии человека» В.М. Бехтерева, учения о доминанте А.А. Ухтомского, учения об установке Д.Н. Узнадзе) приводит нас к выводу не только о неэкономичности ригидного (фиксированного) поведения, но и вообще о малой его адаптивности. В этом убеждает и его эволюционный – филогенетический – анализ, опирающийся на наблюдения и исследования этологов, психологов и клиницистов. Поэтому некоторые авторы справедливо квалифицируют такое поведение как «форму адаптации, но более низкого уровня» [Жане, 1911; Фресс, 1975].

Сложность анализируемого явления становится очевидной и при онтогенетическом его рассмотрении, а также при поиске нейрофизиологических коррелятов психической ригидности.

Итак, всесторонний критический анализ соответствующей литературы позволяет сделать вывод о явно слабой изученности психической ригидности с позиции экспериментальной психологии. Он же позволяет считать обоснованным отнесение ригидности к тому классу психических свойств, которые могут быть элементами нескольких подструктур личности [Платонов, 1986] или частных конституций [Русалов, 1979, 1980], могут характеризовать не только динамику поведения, но совершенно очевидно включают в себя и содержание действия [Майли, 1982]. На существование многомерных, полисистемных свойств указывает и Б.Ф. Ломов (1984). Все это и послужило основанием для выбора в данном исследовании именно системного (структурно-уровневого) подхода к проблеме психической ригидности в контексте нормы и нервно-психической патологии.

§ 2. Интенсивностные и пространственные характеристики психической ригидности в сравнительном анализе нормы и патологии; внутринозологические сопоставления

Методология настоящего исследования предполагает целостное системное описание феноменологии и механизмов психической ригидности по

следующим ее характеристикам: интенсивностным (степень выраженности, глубина), пространственным (структурным и уровневым с опорой на параметры экстенсивности и консистентности), временным (функциональным и динамическим), типологическим (групповым и типообразующим), возрастно-половым, генетическим (происхождение, развитие, регресс). Анализ и обсуждение результатов исследования идут в сравнительном плане – сопоставляются норма и патология, отдельные нозологии между собой и формы нервно-психических расстройств внутри каждой нозологии. В акциональном анализе вскрываются психологические механизмы психической ригидности.

Психическая ригидность в норме и при нервно-психической патологии (общая группа – без алкоголизма)

Результаты исследования особенностей проявления психической ригидности общей группой больных нервно-психическими расстройствами, в которую входят больные неврозами, психопатиями, неврозоподобными расстройствами экзогенно-органического происхождения и шизофренией, в сопоставлении с группой здоровых лиц представлены в табл. 4, 5.

Из табл. 4 видно, что среднегрупповые показатели всех параметров психической ригидности по всем шкалам ТОРЗ группы больных нервно-психическими расстройствами выше таковых группы здорового контроля. С целью определения статистической значимости и уровня достоверности различий показателей сравниваемых групп был использован t-критерий Стьюдента, но только в тех случаях, в которых при предварительной проверке с помощью F-критерия Фишера последний не оказывался выше табличного [Артемьева, Мартынов, 1975]. С учетом этой коррекции тем не менее можно утверждать, что по подавляющему большинству показателей параметров ИПР, ЭПР, ГПР (глубины ПР) группа больных нервно-психическими расстройствами отличается от группы здоровых лиц на высоком статистически достоверном уровне ($p < 0,02–0,001$).

Таким образом, структура патологически измененной личности вообще значительно шире охвачена психической ригидностью, чем структура здоровой личности (показатели параметра ЭПР-1). Но различия между группами растут (см. t-критерий) по показателям ЭПР-2 и ЭПР-3, свидетельствующим о том, что в случае нервно-психического расстройства в структуре личности все большее место занимают зоны или сферы с высокой и

Таблица 4

Психическая ригидность в норме и при нервно-психической патологии (без алкоголизма)

Методика	Показатель ПР	Норма (n = 219)	Патология (n = 521)	T	p
		M ± y			
ТОРЗ					
СКР	Интенсианость	121,1±24,8	145,6±28,2	11,8	< 0,001
	Экстенсивность*	38,0±8,0	45,0±9,2	10,2	< 0,001
	Глубина	2,2±0,4	2,5±0,5	7,4	< 0,001
АР	Интенсивность	30,2±8,5	38,5±10,6	11,2	< 0,001
	Экстенсивность	12,0±3-0	13,1±3,3	5,8	< 0,001
	Глубина	2,6±0,6	2,9±0,7	6,3	< 0,001
УР	Интенсивность	24,1±8,4	29,3±8,5	7,7	< 0,001
	Экстенсивность	9,5±3,1	10,5±3,2	4,0	< 0,001
	Глубина	2,6±0,8	2,9±0,7	4,2	< 0,001
СР	Интенсивность	33,1±10,1	43,8±12,7	12,1	< 0,001
	Экстенсивность	12,1±3,1	14,2±3,4	8,1	< 0,001
	Глубина	2,8±0,6	3,1±0,6	3,4	< 0,001
РСО	Интенсивность	12,7±5,9	17,3±5,7	9,9	< 0,001
	Экстенсивность	4,5±1,5	5,1±1,5	5,2	< 0,001
	Глубина	–	–		
ПМР	Интенсивность	33,9±9,8	37,6±10,4	4,6	< 0,001
	Экстенсивность	12,8±3,3	13,4±3,5	2,3	< 0,02
	Глубина	–	–		
Теппинг-тест	–	22,4±5,7	13,7±5,9	5,9	< 0,001
Зеркальный навык	–	120,0± 89	261,1±153,2	8,4	< 0,001
Таблица Шульте–Горбова	–	2,9±1,9	4,2±2,6	2,3	< 0,05
Унификацня	–	5,0±2,6	3,7±3,0	5,7	< 0,001

* ЭПР-2.

максимальной выраженностью ригидности. Скорее всего, и суммарный показатель психической ригидности по параметру интенсивности растет в случае патологии не за счет общего, диффузного распространения, а благодаря ее углублению в структуру личности. Об этом, на наш взгляд, свидетельствуют и данные собственно экспериментального исследования -- «теппинг-теста», «таблицы Шульте – Горбова», «зеркального навыка», «унификации». Больные демонстрируют в среднем более низкую «изменчивость психомоторного темпа», «скорость перестройки навыков» и «способность к изменению признаков унификации». В том жс смысле, видимо, следует понимать

и результаты сравнительного анализа классификации больных и здоровых лиц на основе квартильной градации данных шкал ТОРЗ.

Исходя из этой градации, были выделены четыре группы обследованных с разной степенью присущей им психической ригидности: «низкоригидные», «умеренноригидные», «высокоригидные» и «чрезмерноригидные». Так, по данным шкалы СКР, больные и здоровые распределились следующим образом соответственно вышеуказанным группам: здоровые (219 человек) – 5 (2,3%), 17 (53,4%), 97 (44,3%) и 0 (0%) и больные (521 человек) – 2 (0,4%), 98 (18,8%), 394 (75,6%) и 27 (5,2%). Различия между группами статистически достоверны на высоком уровне (X^2=109; $p < 0,001$).

По результатам анализа интраструктуры психической ригидности в норме и патологии выявились (табл. 5) статистически достоверные различия по всем подструктурам личности, что отвечает ожиданиям. Важным является тот факт, что эти различия в разной степени выражены, судя по t-критерию. Самые большие различия обнаружились по «эмотивной» подструктуре. Это

Таблица 5

Интраструктура психической ригидности в норме и в общей группе нервно-психической патологии (без алкоголизма)

Подструктура личности	Норма (n = 219)	Патология (n = 521)	t	p
	M ± y			
Динамическая				
интенсивность	41,6 ± 11,4	49,3 ± 12,5	8,14	< 0,001
экстенсивность	20,0 ± 4,0	21,0 ± 4,5	2,94–6,15	< 0,001
глубина	2,1 ± 0,5	2,3 ± 0,5	6,03	< 0,001
Праксическая				
интенсивность	16,5 ± 5,0	19,8 ± 5,2	8,1	< 0,001
экстенсивность	6,7 ± 1,5	7,2 ± 1,7	3,64–6,15	< 0,001
глубина	2,5 ± 0,6	2,8 ± 0,6	5,76	< 0,001
Когнитивная				
интенсивность	24,6 ± 6,9	28,7 ± 8,7	6,99	< 0,001
экстенсивность	8,1 ± 2,6	9,3 ± 2,9	5,46–5,47	< 0,001
глубина	2,0 ± 0,5	2,3 ± 0,5	5,96	< 0,001
Эмотивная				
интенсивность	23,8 ± 7,9	30,7 ± 8,9	10,48	< 0,001
экстенсивность	8,8 ± 2,2	9,9 ± 2,5	5,93–9,3	< 0,001
глубина	2,7 ± 0,7	3,1 ± 0,6	6,92	< 0,001
Психосоциальная				
интенсивность	15,4 ± 5,4	18,9 ± 6,7	7,32	< 0,001
экстенсивность	5,9 ± 1,7	6,5 ± 2,0	3,8–6,34	< 0,001
глубиия	2,6 ± 0,7	2,9 ± 0,7	4,31	< 0,001

означает, что при нервно-психической патологии прежде всего «ригидизируется» эмоционально-аффективная сфера личности: у больных остается надолго чувство обиды, досады, у них труднее происходит переключение от одного эмоционального состояния к другому (имеется в виду произвольность переключения, а не эмоциональная лабильность); они значительно дольше, чем здоровые люди, переживают происшедшие с ними события, более фиксированы на каких-либо тревожащих их мыслях, подолгу не могут освободиться от чувства беспокойства и тревоги и т.д.

Второе место по уровню различий занимают подструктуры динамическая и праксическая. Это означает, что больным труднее, чем здоровым людям, в случае объективной необходимости изменять темп и ритм жизнедеятельности, переключаться от одной деятельности к другой, переходить от покоя к активности (и наоборот), отказываться от привычных способов действия, навыков, уже не выполняющих своей функции средства в достижении каких-либо целей, привычных условий выполнения тех или иных действий и т.д.

Значительно ригиднее больные и в сферах, которые относятся к подструктуре «психосоциальной» – трудности в межличностных отношениях: изменении отношений, установлении новых контактов, расширении круга знакомств, при необходимости изменения ролевого поведения, а также в подструктуре «когнитивной» – трудности в переключении и распределении внимания, в изменении способов восприятия, в отказе от неоправдывающих себя гипотез, предположений, уже «не работающих» способов решения тех или иных проблем, в поиске новых способов решения.

Здесь следует отметить, что есть проявления психической ригидности, которые относятся к нескольким подструктурам личности и реализуются в таких, например, ситуациях, как трудности в изменении места работы, жительства, вообще привычных условий жизнедеятельности (стереотипов – образа и стиля жизни), в изменении целей, планов, а также самооценки и т.д. Исследование выявило, что больным нервно-психическими расстройствами значительно труднее справляться с указанными выше задачами.

Разумеется, в случае конкретного нервно-психического расстройства имеет место преобладание психической ригидности той или иной модальности, в той или иной подструктуре личности, о чем более подробно будет идти речь ниже и прежде всего при анализе внутринозологических особенностей проявления психической ригидности.

Больные нервно-психическими расстройствами, как показывают данные по шкале СКР, оказываются более, чем здоровые, склонными к широкому

спектру фиксированных форм поведения – навязчивостям, персеверациям, педантизму и т.д., о чем говорит статистический анализ ($t = 4{,}94–8{,}10$ при $p < 0{,}01$).

Интеркорреляционный анализ данных шкал ТОРЗ сравниваемых групп показал (рис. 9), что в 10 из 15 случаев интеркорреляционные коэффициенты группы больных выше таковых группы здоровых. Это позволяет предположить, что в структуре патологически измененной личности психическая ригидность представлена более «сгущенно», «консистентно», являясь тем самым как бы «генерализованным свойством личности» [Harris and Bereiter, 1959].

Качественные различия проявления психической ригидности больными нервно-психическими расстройствами и здоровыми людьми обнаружились в особенностях интраструктурного профиля психической ригидности, который определяется «вкладом» каждой подструктуры личности в суммарную оценку ригидности. Если расположить подструктуры личности группы здоровых лиц по мере убывания «вклада», то это выглядит следующим образом: 1 – «праксическая», 2 – «динамическая», 3 – «когнитивная», 4 – «эмотивная» и 5 – «психосоциальная». Для общей группы больных нервно-

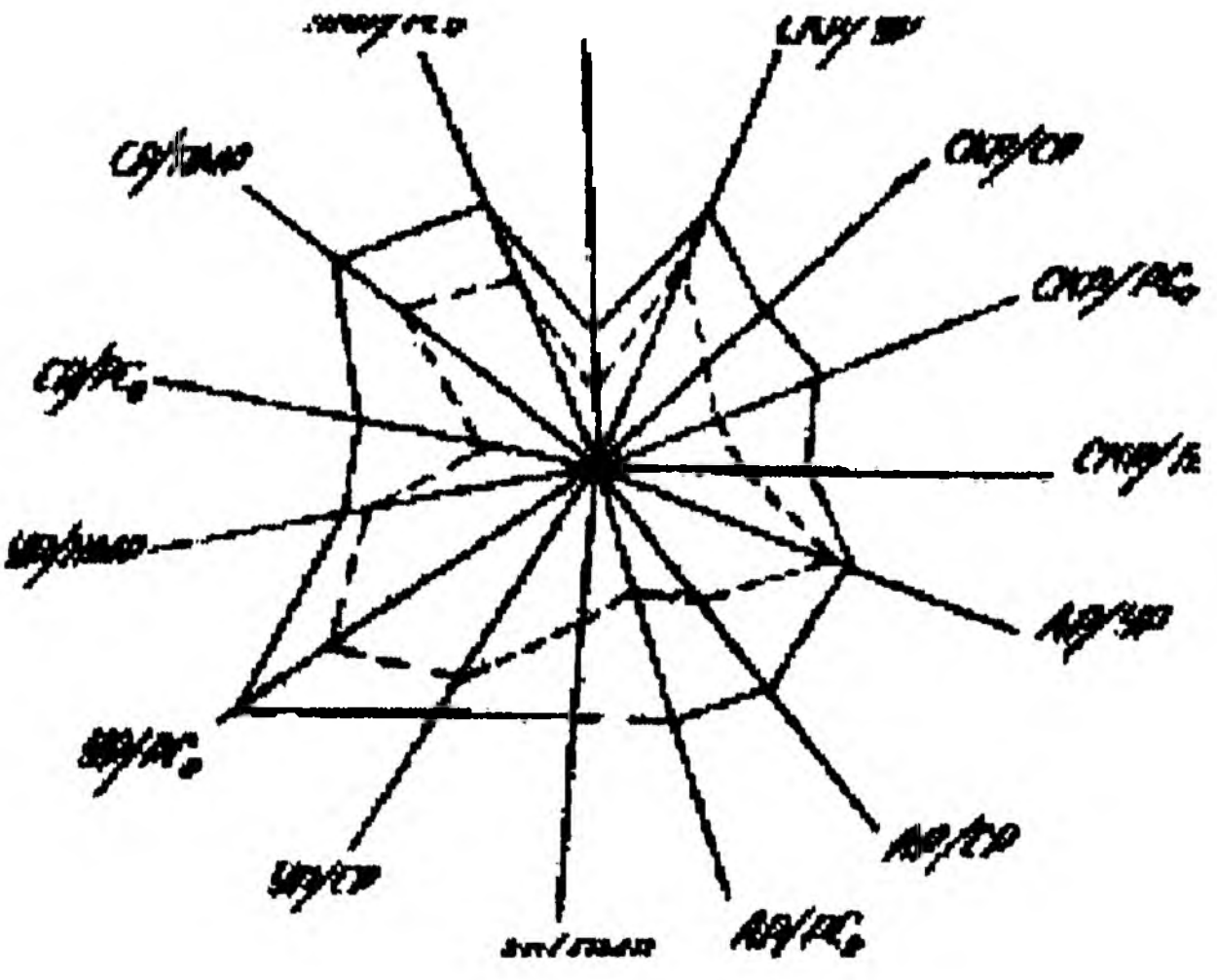


Рис. 9. Консистентность психической ригидности при нервно-психической патологии и в норме

психическими расстройствами этот профиль выглядит несколько иначе, а именно: 1 – «праксическая», 2 – «эмотивная», 3 – «динамическая», 4 – «когнитивная» и 5 – «психосоциальная». Таким образом, лишь в двух из пяти подструктур имеет место определенная изоморфность «вклада» в общий профиль. Конечно, встает вопрос о том, почему наибольший «вклад» за «праксической» подструктурой и в норме, и в патологии. Нам представляется, что это объясняется, с одной стороны, большим значением для человека его профессиональной сферы, сферы привычек и навыков, в которой для него слито эмоциональное с психосоциальным, с другой – меньшей «чувствительностью» этой сферы, которой более, чем какой-либо другой, свойственна стереотипизация, рутинизация, к требованиям каких-либо изменений.

Также было установлено, что показатели шкалы ПМР группы больных значительно выше, чем в группе здоровых ($t = 4,6$; $p < 0,01$). Это означает, что больные нервно-психическими расстройствами в среднем оказались более ригидными, чем здоровые лица, уже в преморбиде (в детском и юношеском возрасте). Конечно, всегда остаются вопросы, подвергающие сомнению эти данные. Наиболее трудно, на наш взгляд, снять вопрос о мере достоверности ретроспективной оценки больными, да и здоровыми, своего поведения в детстве и в юношеские (школьные) годы. За счет тщательного анализа можно тем не менее ответить на вопрос о том, в какой мере детские и юношеские (школьные) годы больного были действительно периодом преморбида, а не латентного периода болезни или «предболезни» (Семичов, 1987). Это, разумеется, в большей степени касается больных шизофренией, но может относиться и к другим формам нервно-психического расстройства.

По сравнению с уровнем различий между группами больных и здоровых по шкале ПМР различия фактически по всем остальным шкалам в актуальном состоянии значительно возросли. Об этом же говорят сравнительные данные групп по уровню проявления психической ригидности на основании содержательно аналогичных шкал – ПМР и АР, обращенных в одном случае к прошлому, в другом – к настоящему. Оказалось, что из общего числа лиц здорового контроля – 212 человек у 88 (41,5%) ригидность увеличилась, у 97 (45,8%) – уменьшилась и у 27 (12,7%) – осталась на прежнем уровне. В группе больных из 470 человек: у 275 (58,5%) ригидность увеличилась, у 125 (26,6%) – уменьшилась и у 70 (14,9%) – не изменилась. Дополнительным доказательством, что на показатели больных лиц оказал влияние, главным образом, фактор болезни, а не, например, возраст и его сочетание с заболеванием, послужили результаты двухфакторного

дисперсионного анализа. Об этом, собственно, говорят данные группы здорового контроля – фактически равное число увеличивших и уменьшивших ригидность.

Рассматривая результаты данного исследования, следует отметить что здоровые люди проявляют психическую ригидность в широком спектре ее индивидуальных особенностей. Об этом говорят данные квартильной градации шкалы СКР, на основании которой чуть меньше половины здоровых лиц были отнесены к группе «высокоригидных» (44,3%). Правда, ни один здоровый испытуемый не попал в группу «чрезмерноригидных», в то время как среди больных таких оказалось 5,2%. Эти данные в основном согласуются с результатами, полученными другими методами. В целом наши результаты по изучению психической ригидности у здоровых людей не являются неожиданными, так как они оказались близки тем, которые были получены рядом других исследований [Luchins and Luchins, 1959; Brengelman, 1960; Singh, 1981]. Это является доказательством того, что психическая ригидность может быть представлена с разной степенью выраженности в структуре здорового человека в качестве индивидуально-психологической особенности. Низкая и умеренная выраженность психической ригидности, наиболее типичная для здорового человека, по всей видимости, не влияет на фоне сохранной психики и в структуре преимущественно гармонической личности на ее адаптацию. Высокая же выраженность психической ригидности, создающая уже определенные трудности адаптации для здорового человека, чаще всего характеризует, как об этом свидетельствуют исследования А.Е. Личко (1977, 1983), К. Леонгарда (1981), людей, относящихся к «верхней границе нормы» – акцентуациям.

В связи с тем что больные нервно-психическими расстройствами, как показало наше исследование, проявляют более высокую ригидность уже в преморбиде, ее можно, в случае «высокой выраженности», отнести к «факторам риска». Она чаще всего является тем «слабым звеном» в том или ином типе акцентуации характера, оказывающимся наиболее чувствительным, например, к психогениям, связанным с «необходимостью перелома, изменения жизненного стереотипа, переключения, отказа от привычного» и т.п. (Личко, 1977).

Более высокие показатели интенсивностных характеристик психической ригидности при нервно-психической патологии, обнаруженные в нашем исследовании, подтверждают отмечаемую в литературе тенденцию [Зейгарник, 1974; Goldstein, 1943; Künkel, 1976 и др.]. Тем самым иллюстрируется, перефразировав высказывание П.К. Анохина (1965) об эмоциях, пере-

ход от нормальной поведенческой ригидности к патологической. В то же время наше исследование обнаружило не только рост, в случае наступления нервно-психического расстройства, показателей интенсивностных характеристик психической ригидности, но и новые данные о её пространственных характеристиках.

Разумеется, в этом случае были выявлены лишь общие тенденции особенностей проявления психической ригидности в норме и при нервно-психической патологии, когда еще не ставится вопрос о внутринозологической дифференциальной диагностике. Ответ на этот вопрос могут дать только сравнительные исследования нормы и конкретного заболевания, а также сопоставление отдельных нервно-психических расстройств между собой. Такие исследования, как мы сможем убедиться ниже, способствуют раскрытию и самой сущности изучаемого явления.

2.1. Психическая ригидность в структуре личности больных неврозами

Психическая ригидность в общей группе больных неврозами. Результаты исследования ПР в ее интенсивных и пространственных характеристиках при неврозах (общая группа) представлены на рис. 10.

Среднегрупповые показатели параметров интенсивности и глубины ПР значительно выше в группе больных по сравнению с группой здоровых согласно t-критерию Стьюдента при очень высоком уровне достоверности ($p < 0{,}001$) по всем шкалам ТОР, за исключением шкалы УР по параметру «глубина» ($p < 0{,}05$). В то же время значимость различий по шкалам разная и по параметру ИПР в порядке убывания оказалась следующей: $t = 10{,}3$ (СКР), $t = 9{,}9$ (СР), $t = 8{,}8$ (АР), $t = 8{,}2$ (РСО), $t = 5{,}6$ (УР) и $t = 3{,}5$ (ПМР). По параметру ГПР на первом месте в этом ряду оказалась шкала РСО, хотя и не намного превышающая шкалу СКР.

Показатели параметра ЭПР значимо выше у больных неврозами по всем трем уровням шкал ТОРЗ ($t = 3{,}40$–$9{,}62$ при $p < 0{,}001$). Исключение составляет шкала ПМР, по которой различия по параметру экстенсивности 1-го уровня (ЭПР-1) достоверны при $p < 0{,}01$, а 3-го уровня (ЭПР-3) – не достоверны ($t = 1{,}33$). Самые большие различия при одном и том же уровне достоверности имеют место по параметру экстенсивности 2-го уровня (ЭПР-2). Это означает, что для больных неврозами более характерно наличие в структуре личности «зон» с «умеренной» и «выраженной» ПР, при доминировании вторых из них. Важен и тот факт, что, за исключением шкалы РСО, показатель

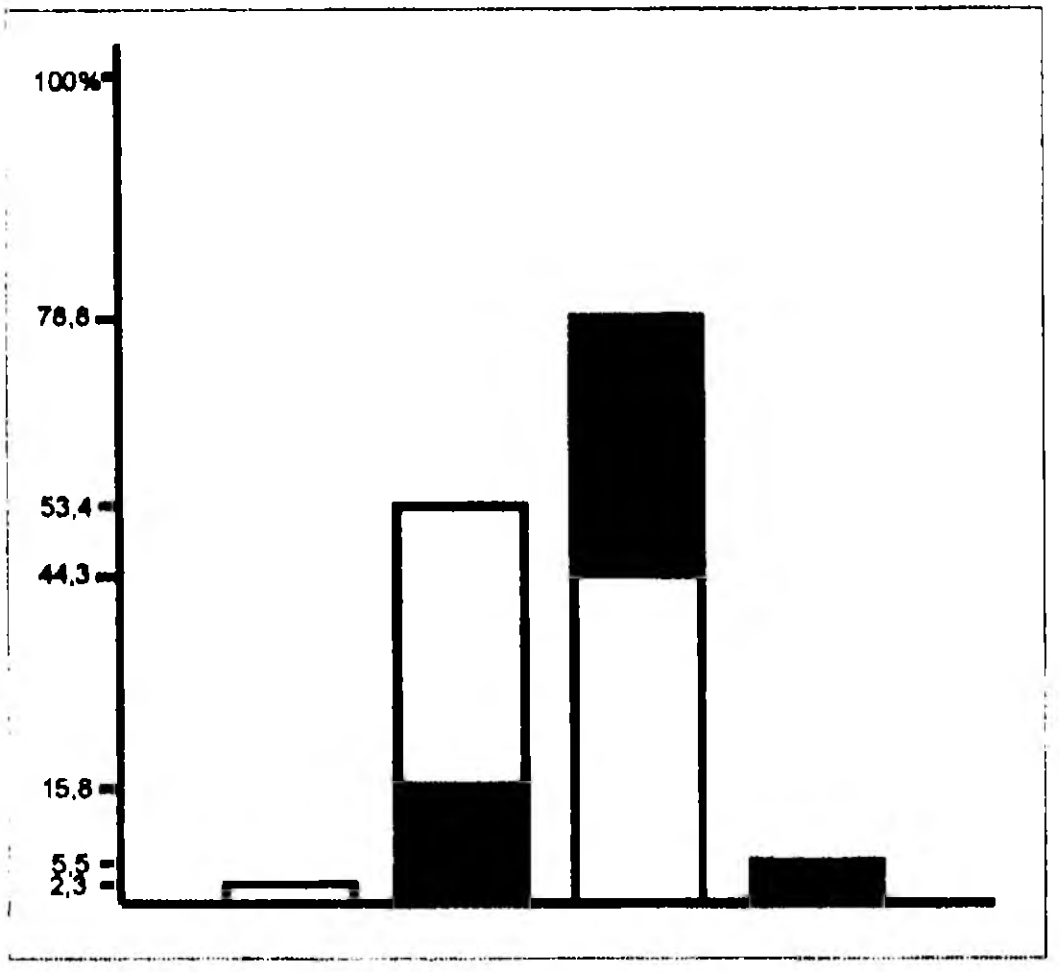


Рис. 10. Уровень ригидности по данным квартильной градации шкалы СКР (норма – ☐ и неврозы – ■):
1 – низкоригидные, 2 – умереннориги дные,
3 – высокоригидные и 4 – чрезмерноригидные

t-критерия Стьюдента выше по параметру ЭПР-1 в сравнении с параметром ЭПР-3. Эти данные свидетельствуют о том, что ПР при невротических расстройствах хотя и более глубоко «поражает» структуру личности, чем это имеет место в норме, но растет за счет «зон» с менее глубоким – «умеренно» и «выраженно» – проникновением в структуру личности.

Убедительным доказательством нарастания психической ригидности при невротических расстройствах являются и данные о ее консистентности, выявляемые через интеркорреляцию показателей параметра ИПР между шкалами ТОР. Из 15 коэффициентов интеркорреляций 11 оказались выше в группе больных неврозами, чем в группе здоровых. Иначе говоря, группа больных представляется более однородной («похожей», по [Hermann, 1956]), для которой ПР выступает более очевидно как общее свойство. О том же свидетельствуют и более высокие в группе больных неврозами корреляционные зависимости между показателями шкал ТОРЗ и результатами экспериментальных методик, а также между последними на достаточно высоком уровне значимости (при $p < 0,05–0,01$).

Это подтверждают и данные сравнения этих групп с помощью метода квартильных градаций и результаты экспериментальных методик. Посредством квартильной градации данных ТОРЗ (параметр интенсивности по шкале СКР) были выделены 4 группы испытуемых с разным уровнем ИПР: «низкоригидные», «умеренноригидные», «высокоригидные» и «чрезмерноригидные». Распределение по группам среди больных неврозами и здоровых представлено на рис. 10. В группе «низкоригидных» не оказалось ни одного больного неврозом против 2,3% здоровых. К группе «умеренноригидных» было отнесено здоровых в 3,5 раза больше, чем больных (53,4 против 15,7%). Зато больше больных оказалось в группе «высокоригидных» (78,8 против 44,3%) и в группе «чрезмерноригидных» (5,5 против 0%). Различия оказались статистически достаточно значимы и достоверны ($X^2 = 65,7$ при $p < 0,001$).

Результаты собственно экспериментального исследования ПР в сравниваемых группах больных и здоровых (табл. 6) также однозначно подтверждают обнаруженный посредством ТОРЗ факт большего ее проявления больными неврозами. Правда, уровень значимости и достоверности различий колеблется в зависимости от методики. Так, по результатам «теппинг-теста», «лабиринта» и «унификации» различия достоверны на 99%-м уровне и несколько ниже по данным «зеркального навыка» и «таблицы Шульте – Горбова» ($p < 0,02$).

Интерес представляет и сопоставительная характеристика интраструктуры ПР. Оказалось, что различия между больными и здоровыми значительны по всем без исключения подструктурам ($p < 0,001$). В то же время значимость различий колеблется в зависимости от подструктуры – от $t = 10,1$

Таблица 6

Данные экспериментальных методик (неврозы)

Методика	Показатель, ед. измерения	Контроль	Неврозы	t	p
		M ± y			
Теппинг-тест	Психомоторный темп, число постукиваний	29,4 ± 5,7	14,6 ± 6,4	4,76	< 0,001
Зеркальный навык	Изменение навыка, время	0,20 ± 0,13	0,13 ± 0,14	2,53	< 0,02
Лабиринт	Изменение старого и нахождение нового пути, число попыток	7,8 ± 4,1	14,4 ± 8,6	3,76	< 0,001
Унификация	Изменение признака Унификации, число переключений	5,0 ± 2,6	3,5 ± 2,7	3,56	< 0,001

по «эмотивной» до 5,70 по «когнитивной» подструктуре. Между ними расположились в порядке убывания величины t-критерия «праксическая», «динамическая» и «психосоциальная» подструктуры. Оказалось также, что если в группе здоровых и больных неврозами наибольший «вклад» вносит «праксическая» подструктура, а наименьший – «психосоциальная», то «вклады» остальных подструктур не совпадают. Представляется совершенно естественным, что в группе неврозов на втором месте «эмотивная» подструктура. Это еще раз подчеркивает значимость и уязвимость психоэмоциональной сферы личности больных неврозами.

Таким образом, результаты сравнительного исследования, прежде всего, интенсивностных характеристик психической ригидности в норме и при невротических расстройствах в основном согласуются с литературными данными, полученными экспериментально [Luchins, 1959; Pervin, 1960] и с помощью вопросников [Brengelman, 1963; Rubenovitz, 1983], – больные ригиднее здоровых. Так, например, Luchins and Luchins (1959) обнаружили, что больные неврозами справлялись с заданиями в тестах на ригидность – «арифметическом», «скрытые фигуры» и «вербальном» – в два раза хуже, чем здоровые.

Что же касается пространственных характеристик психической ригидности, то нам удалось определить ее интраструктуру, измерив «вклад» каждой из подструктур личности больных неврозом в ранее не дифференцируемую ее суммарную оценку.

В целом экспериментально-психологические исследования (как литературные, так и собственные) подтверждают мнение о существовании интимной связи между ригидностью и неврозами [Кербиков, 1971; Карвасарский, 1980; Семке, 1988; Freud, 1974; Homey, 1937; Fromm, 1945; White, 1964; Shapiro, 1981 и др.].

В то же время в некоторых исследованиях были обнаружены и «интерневротические» различия – больные неврозами оказались не в одинаковой мере ригидными в предъявленных заданиях [Pervin, 1960].

Особенности проявления психической ригидности больными основными формами неврозов. Результаты сравнительного исследования свидетельствуют о том, что в целом самые высокие показатели параметра интенсивности ПР, по данным ТОРЗ, обнаружились в группе больных истерическим неврозом, а самые низкие – неврастенией. Но по некоторым шкалам отношения внутри невротических форм более сложные. Так, по шкале ПМР выше показатели в группе больных неврастенией. Но все различия не достигают

уровня достаточной статистической достоверности, отражая лишь определенную тенденцию, за исключением шкалы УР, которая различает группы больных истерией и навязчивыми состояниями на 95%-м уровне (то же самое по параметру ЭПР-1). Достигли 95%-го уровня достоверности различия по параметру ЭПР-1 и между группой истерических неврозов и неврастении по шкалам СКР и АР. Во всех остальных случаях различия между больными трех основных форм неврозов по параметру ЭПР остаются аналогичными различиям по параметру ИПР. По параметру «глубина ПР» различий между группами обнаружено не было.

Сравнение данных квартильной градации результатов, полученных тремя группами больных неврозами по параметру интенсивности ПР (шкала СКР), обнаружило некоторые различия распределения больных по уровню ИПР. К группе «низкоригидных» не отнесен ни один из представителей всех трех форм неврозов; к группе «умереннориригидных» – соответственно 10,0% истериков, 17,2% неврастеников и 16,7% обсессивных больных; к «высокоригидным» – соответственно 83,3; 79,3 и 76,2% и к «чрезмернориригидным» – 6,7; 3,5 и 7,1%.

В преморбиде (по данным шкалы ПМР) это распределение выглядело следующим образом. К «низкоригидной» группе отнесены 6,78% истериков, 1,7% неврастеников и ни одного обсессивного больного; к «умереннориригидной» группе – соответственно 53,3; 56,9 и 78%; к «высокоригидной» – 46,7; 36,2 и 21,4% и к «чрезмернориригидной» – 3,3; 5,2 и 0,0%.

По экспериментальным данным («теппинг-тест» и «унификация»), наиболее высокие показатели ПР обнаружились у больных неврастенией, а наименьшие – у больных навязчивыми состояниями. При этом между указанными группами больных различия оказались на достаточно высоком уровне статистической достоверности ($p < 0,01$ и $0,05$). В остальных случаях различия отмечены лишь на уровне тенденции.

При сопоставлении трех групп больных неврозами по особенностям интраструктуры ПР также обнаружилось определенное своеобразие количественно-качественных различий между ними. Так, по «динамической» подструктуре различия оказались статистически незначимыми по параметру ИПР, достигая значимости по параметру ЭПР ($t = 2,55$; $p < 0,02$). По «праксической» подструктуре достоверные различия обнаружены между группами истериков и неврастеников по параметру ИПР ($t = 2,20$ при $p < 0,05$), хотя показатели этого параметра у истериков выше, чем у обсессивных больных, но лишь на уровне тенденции. То же самое относится и к показателям «когнитивной» подструктуры. Обратная картина по показателям подструк-

тур «эмотивной» и «психосоциальной». У больных истерией они ниже, чем у двух других групп. Статистически значимы различия между «истерией» и «неврастенией» по подструктуре «эмотивной» по параметру ИПР ($t = 1,96$; $p = 0,05$) и по подструктуре «психосоциальной» по параметру ЭПР-1 ($t = 2,39$; $p < 0,05$), а также по параметру ИПР между «обсессией» и «неврастенией» по «эмотивной» подструктуре ($t = 2,14$; $p < 0,05$).

Интраструктурные профили ПР совпадают у групп больных истерией и неврастенией, отличаясь от профиля группы больных неврозами навязчивых состояний. У больных истерией и неврастенией наибольший «вклад» в общий показатель ИПР вносит праксическая подструктура личности, а при неврозе навязчивых состояний – эмотивная.

Таким образом, результаты исследования позволяют сделать заключение о том, что отдельные формы неврозов отличаются друг от друга, скорее, пространственными характеристиками – экстенсивностью и интраструктурой психической ригидности. Видимо, в связи с этим правильнее ставить вопрос о большей – меньшей выраженности психической ригидности при той или иной форме невроза, конкретизируя при этом сферу психики, подструктуру личности. На это указывают, в частности, данные о большей ригидности больных неврастенией по данным «теппинг-теста» (динамическая подструктура) и «унификации» (когнитивная подструктура). Это согласуется с нашими данными и с клиническими наблюдениями об акценте при истерии и неврозе навязчивых состояний на эмоциональной сфере.

Что касается невроза навязчивых состояний, то наши данные в определенной степени согласуются с мнением о «позиционности заболевания» [Petrilowitsch, 1966], «локальности» проявления фиксированных форм поведения [Асатиани, 1967] при этой форме невроза.

Проявление же больными ННС большей ригидности на осознаваемом уровне (по данным шкалы УР), чем больными истерическим неврозом ($p < 0,05$), находит свое объяснение, на наш взгляд, в различном содержании «фиксированной идеи» при этих расстройствах, описанном в свое время еще П. Жане (1911). Характерные черты фиксированной идеи у больных истерией он видит в ее эмансипации, образовании в общем сознании пробела, амнезии или бессознательности по отношению и к этой идее. В то время как «у страдающего навязчивыми идеями эти последние живут не только сами собой, но благодаря доброй воле самого больного, он страдает от своей обсессивности, но держится за нее, веря, что если не будет думать, например, о преступлении, то может сделаться на самом деле злодеем; для этих больных характерно активное, а не автоматическое поведение, тут име-

ется сотрудничество всей личности» (Там же, 25–27). Об «истерическом привыкании», типично неосознаваемом избегании всего, что может поколебать привычное представление о себе и других, а потому и сопротивление реальности, что делает психокоррекционную работу особенно трудной при истерических неврозах, писали Kretschmer (1974), А. Якубик (1982), Н.М. Берток (1985), В.Я. Семке (1988) и др.

Психическая ригидность при «невротических развитиях личности» (НРЛ). В общей группе больных неврозами была выделена часть больных (44 человека) с синдромом «невротическое развитие личности» [Лакосина, 1970]. Сравнительные данные проявления психической ригидности больными с невротическими развитиями и группой больных неврозами без такого сиидрома говорят о том, что показатели ПР по всем шкалам ТОРЗ, а также данные «унификаций» выше в группе больных с НРЛ, хотя в основном лишь на уровне тенденции. На фоне всех шкал выделяется шкала УР, значимые различия по которой достигаются по группам женщин ($t = 2,27$ при $p < 0,05$).

Несомненно, об усилении психической ригидности – ее «консистентности» при НРЛ – свидетельствует тот факт, что в группе НРЛ из 15 случаев коэффициенты интеркорреляций, между шкалами ТОРЗ в 10 случаях выше, чем в остальной группе больных неврозами. Об этой же тенденции свидетельствуют и данные сравнения этих групп по результатам квартильной градации показателей «унификации» (полного варианта). Большее число больных с НРЛ было отнесено к группам «высоко»- и «чрезмерноригидные», чем больных без НРЛ ($X^2=8,84$ при $p < 0,05$). На то, что больные с невротическим развитием личности имеют такие характерологические особенности, которые можно отнести к «симптомокомплексу ригидности» – прямолинейность, косность, бескопромиссность, категоричность в суждениях, утрированное и формальное понимание чувства долга, следование «принятым догмам», указывает Н.Д. Лакосина (1970, 1983). По ее наблюдениям, такие больные не обладают достаточной «жизненной эластичностью», они не умеют находить правильное и компромиссное решение, учитывая сложившуюся ситуацию в целом, а также правильно предвидеть будущее.

К критериям диагностики затяжных форм неврозов Б.Д. Карвасарский, В.А. Ташлыков и А.П. Федоров (1986, 119) относят и усиление ригидных стереотипов поведения, особенно в системах значимых отношений личности. Невротическое развитие личности и трудности его терапии Böttcher und Kessner-Raytler (1972) связывают с наличием у больных неврозом «ошибочных установок» (Fehleinstellungen) и особенно с трудностями их коррекции и измене-

ния. Недостаточная связь «ошибочно установленных людей» – невротиков с миром, с реальностью приводит к усилению их ошибочных установок, их фиксации в мышлении, чувствах и действиях. И если еще учесть неосознаваемость формирования этих установок с сильнейшим эмоционально-аффективным включением «Я» субъекта (Ichbeteiligung), то становятся понятными причины трудностей их изменения: а) защита против «расконсервации» ошибочных установок в связи с нежеланием переживать неприятные чувства; б) автоматизированность в переживаниях и поведении и сниженная готовность принять новое, найти новые способы поведения (Там же, 137). Изучение фиксированной установки в динамике неврозов [Читава, 1987] показало, что если при свежих формах невроза она динамична и пластична, то параллельно с их затяжным течением установка начинает характеризоваться статичностью и косностью. Это указывает на то, что при затяжном течении невроза личность находится в «плену» стойкой грубо статичной установки, вследствие чего затрудняется выработка новых жизненных доминант, т.е. нарушается адаптация к окружающей среде. Больные не могут корригировать свое поведение, не находят рационального выхода из сложившейся травмирующей ситуации. Стойкость и постоянство этих нарушений на стадии невротического развития позволяют говорить именно об изменениях характера, а не о временных изменениях поведения, которые часто встречаются при неврозах [Королев, 1967].

Таким образом, исследования и клинические наблюдения свидетельствуют о том, что среди личностных особенностей, предрасполагающих к возникновению затяжных, многолетних или периодически возникающих невротических состояний, трактуемых нередко в рамках невротических развитий личности, значительную роль играет и психическая ригидность. Более того, как показало наше исследование, больные неврозами с НРЛ обнаруживают, хотя и на уровне тенденции, большую ригидность уже в преморбиде. Эти факты представляются очень важными в прогностическом, да и в реабилитационном плане.

Давность заболевания в проявлении психической ригидности при неврозах. При статистическом анализе данных групп больных неврозами с давностью заболевания до 5, 10 и 15 лет выявилось, что величина параметра ИПР остается фактически без изменений по всем шкалам ТОРЗ, а также по данным экспериментальных методик. Более «чувствительными» оказались параметры ЭПР и ГПР. Достоверные различия по этим параметрам были обнаружены между группами больных с давностью заболевания до 5 и до 10 лет по шкале СКР (ЭПР-3: $t = 2,19$; $p < 0,05$, ГПР: $t = 2,33$; $p < 0,02$, СР: $t = 2,25$; $p < 0,05$), ПМР ($t = 1,91$; $p < 0,05$) и АР (ГПР: $t = 2,17$; $p < 0,05$),

а также между вторым и третьим сроками – до 10 и 15 лет по шкале РСО ($t = 2,08$; $p < 0,05$).

При попытке выявить влияние давности заболевания на интраструктуру ПР оказалось, что наиболее «чувствительна» психосоциальная подструктура – в период от 5 до 10 лет она значимо выше характеризуется психической ригидностью по параметрам интенсивности ($t = 10$; $p < 0,05$) и экстенсивности-3 ($t = 2,44$; $p < 0,02$).

Анализ литературных данных показал, что психическая ригидность чаще всего включалась исследователями неврозов, прежде всего психоаналитического толка (Freud, Horney, Fromm, Reich, Adler, Sullivan), в объяснительную схему этих расстройств в качестве защитного механизма. Но этот механизм оказывается не только безуспешным, но и разрушительным для самого больного неврозом – упорствуя в своем поведении, несмотря на разрушающее действие, он становится жертвой собственной ригидности. Механизм же самой ригидности теми же авторами видится в тревоге, страхе человека перед действительностью в детском или даже во взрослом возрасте и в попытке от них избавиться, которая для больного неврозом чаще всего оказывается неудачной.

В ряде проанализированных нами исследований были обнаружены предпосылки и структурно-уровневого объяснения механизмов психической ригидности, которая, как показало наше сравнительное экспериментально-психологическое исследование, в большей степени, чем здоровых людей, характеризует больных неврозами. Одни авторы указывают на то, что невротик – ригидный человек, выбирает ошибочные, не соответствующие цели средства [Fromm, 1945; Freud, 1948; Horney, 1968; Ротенберг и Аршавский, 1984], другие – на ложную природу самих целей индивида [Murphy and Jensen, 1932; Adler, 1974; Shapiro, 1981].

Непосредственно на механизмах психической ригидности, как они рассматриваются нами, мы в данном месте не останавливаемся, так как предметом анализа они являются ниже. Здесь же мы более подробно остановимся на результатах исследования, полученных с помощью предложенных нами критериев оценки интенсивностных и пространственных характеристик психической ригидности в сопоставлении больных неврозами и здоровых людей.

В исследовании получена важная и во многих отношениях новая информация. Прежде всего, можно утверждать, что при неврозах интенсивностные характеристики психической ригидности – ее степень выраженности и глубина проникновения во все сферы личности – значительно возрастают. Но наряду с количественным ростом психическая ригидность при неврозах

приобретает и отличающие их от нормы своеобразные пространственные характеристики. В структуре личности больных неврозами следует отметить значительно больше «зон» с выраженной психической ригидностью. Наибольшие различия – по эмотивной подструктуре личности, а наименьшие – по когнитивной, что подтверждает существующее в литературе мнение о преобладающей роли в структуре личности больного-невротика эмоциональной сферы. Правда, при интерневротических сопоставлениях в этом плане выделялись больные неврозом навязчивых состояний и истерией. В меньшей степени это было характерно для больных неврастенией. Но зато для последних была характерна большая выраженность психической ригидности в динамической и когнитивной подструктурах, что удалось выявить благодаря сенсибилизирующим возможностям «теппинг-теста» и «унификации». В целом более «чувствительным» дифференцирующим отдельные формы неврозов параметром оказались пространственные характеристики. Нельзя, видимо, говорить о большей или меньшей ригидности больных той или иной формой невроза вообще. Правильнее будет говорить лишь о преобладании ригидности в какой-либо сфере личности или уровне осознанности поведения, как это выявилось по данным шкалы УР в группах больных истерией и неврозом навязчивых состояний.

В случае невротических развитий личности, затяжного течения, хронизации болезни отмечается усиление показателей всех характеристик психической ригидности, особенно ее консистентности. Это означает, что ригидность становится в значительной мере сквозным, общим свойством личности больных неврозами с НРЛ. Этот факт, а также обнаруженные в исследовании более высокие показатели психической ригидности у этой группы больных уже в преморбиде указывают, во-первых, на ее предрасполагающую к заболеванию и, во-вторых, на ее прогностически неблагоприятную роль.

В целом полученные в нашем исследовании данные не только подтверждают предположение об интимной связи ригидности и невроза, но и указывают направление, объем и меру усилий по «ослаблению» [Sullivan, 1953] или «освобождению индивида от ригидности, поскольку он может изменяться всю свою жизнь» [Horney, 1937, 19].

2.2. Психическая ригидность в структуре личности больных психопатией

Психическая ригидность в общей группе психопатий. Результаты исследования психической ригидности при психопатиях проявления ПР по параметрам ИПР и ГПР показывают, что по данным параметрам показатели ПР

в группе психопатий значительно выше по всем шкалам ТОРЗ. Различия по показателям параметра ИПР статистически достоверны на высоком уровне по всем шкалам, за исключением шкалы ПМР, где этот уровень несколько ниже ($p < 0,01$). Интересно, что величина t-критерия очень близка по всем шкалам, за исключением шкалы ПМР. Более дифференцированные различия выявились по параметру ГПР.

Группа больных психопатией демонстрирует и значительно большую выраженность параметра ЭПР. Но высокая статистическая значимость и достоверность различий приходятся на ЭПР-2, где по всем шкалам ТОРЗ $p < 0,001$. По параметру ЭПР-3 при меньших величинах t-критерия различия оказываются на том же уровне достоверности ($p < 0,001$), за исключением шкалы УР ($p < 0,01$). Что касается параметра ЭПР-1, то по нему выявлены достоверные различия между нормой и психопатией на более низком уровне по шкалам СР и РСО ($p < 0,01$), АР и ПМР ($p < 0,05$) и недостоверные по шкалам СКР и УР. Это говорит о том, что психическая ригидность при психопатиях усиливается, прежде всего, не за счет расширения зон «поражения» ею сфер личности, а благодаря углублению «поражения» и расширению по сравнению с нормой именно таких зон (ЭПР-2 и ЭПР-3).

При сравнении групп больных и здоровых, в основу которого положен метод квартильной градации данных шкалы СКР по параметру ИПР, выявились статистически достоверные различия ($t = 12,1$ при $p < 0,01$). Из этого следует, что значительно больше больных психопатией должны быть отнесены к группам «высоко-» и «чрезмерноригидных» (63,8 и 4,4% против 44,3 и 0%). О большей ригидности больных психопатиями свидетельствует и ее большая консистентность, выявляемая через интеркорреляцию шкал ТОРЗ. В 10 случаях из 15 коэффициенты интеркорреляций в группе психопатий выше таковых в группе здорового контроля.

В психологических экспериментах («теппинг-тест», «зеркальный навык» и «унификация») больные показали себя также более ригидными, чем здоровые испытуемые. Различия оказались на высоком уровне достоверности (соответственно $t = 4,58$; $p < 0,001$; $t = 3,51$; $p < 0,001$ и $t = 3,14$; $p < 0,01$).

Анализ интраструктурного проявления психической ригидности позволил увидеть, за счет каких подструктур личности обеспечиваются наблюдаемые различия между группой больных психопатией и группой здоровых. Наиболее значимые различия при высокой статистической достоверности обнаружились по эмотивной и праксической подструктурам ($p < 0,001$), а также, хотя и с более низким уровнем достоверности, по динамической подструктуре ($p < 0,05$). В остальных случаях – остаются лишь на уровне тенденции.

При психопатиях наибольший «вклад» за праксической подструктурой, а наименьший – за психосоциальной, что совпадает с данными группы здорового контроля. По остальным подструктурам эти группы отличаются друг от друга. В отличие от здоровых лиц при психопатиях по мере «вклада» после праксической следуют динамическая и когнитивная подструктуры.

Полученные нами данные, прежде всего о значительном росте интенсивностных характеристик – выраженности и глубины психической ригидности при психопатиях в сравнении с нормой, в основном согласуются с данными литературы. Правда, в доступной нам отечественной и зарубежной литературе мы не встретили практически ни одного прямого сравнительного экспериментально-психологического исследования психической ригидности в норме и при психопатиях. А поэтому мы опираемся на косвенные данные – о связи психопатических тенденций с персеверацией [Pinard, 1932; Weisgerber, 1954], о положительной корреляции между ригидностью, измеряемой посредством «арифметического теста с тремя сосудами», теста «скрытые слова» и Корнельским индексом приспособляемости, включающим в себя «симптомы психопатии» [Luchins and Luchins, 1959]. Интересный материал в этом отношении представлен также в экспериментально-психологических исследованиях: механизмов нарушения критичности у психопатических личностей [Симоненкова, 1986], личностной регуляции восприятия в норме и при психопатиях истеровозбудимого круга [Сафуанов, 1986], выполненных в лаборатории психологии НИИ общей и судебной психиатрии под научным руководством И.А. Кудрявцева. В данном контексте значительный интерес представляет и диссертационное исследование аффектогенных мотивов противоправных действий психопатических личностей, осуществленное В.В. Гульданом (1985).

Таким образом, экспериментально-психологические исследования в целом совпадают с клиническими наблюдениями, свидетельствующими о высокой ригидности психопатической личности. О том, что психопаты обычно отличаются недостаточной способностью приспособления к среде, к изменяющимся условиям жизни, что они не способны переоценить ранее сформулированной системы ценностей, извлечь урок из собственного опыта, потеряв критерий практики и игнорируя принцип реальности, писали П.Б. Ганнушкин (1933), K. Schneider (1933), Hunt (1946), Thorne (1959), Anderson (1962), White (1964), Petrilowitsch and Baer (1967), О.В. Кербиков (1971).

Итак, понятие ригидности как качества личности во многом пересекается с понятием психопатии. Отсюда вытекает, что психическая ригидность, скорее всего, характеризует не один какой-то тип психопатий или некоторые из

них – чаще всего указывают на эпилептоидную, психастеническую, шизоидную, а входит в структуру личности всех без исключения типов психопатий как компонент более сложной составляющей психопатической личности – «трудности социальной адаптации». Но представленность психической ригидности внутри форм или типов психопатий, как покажет дальнейший анализ литературных клинических и экспериментальных данных, а также наши собственные экспериментально-психологические исследования, имеет определенное количественно-качественное (структурное) своеобразие.

Особенности проявления психической ригидности больными основными формами психопатий. По всем параметрам шкал ТОРЗ и экспериментальным данным обнаружились исключительно сложные отношения. Ни одна из обследованных групп психопатий не доминирует ни по одному параметру шкал ТОРЗ. Так, если группа тормозимых психопатов демонстрирует более высокие показатели параметра ИПР шкал СКР, АР, РСО, то по шкале СР они ниже, чем в двух остальных группах (то же относится и к показателям экспериментальных методик), а по шкале УР – выше, чем в группе истерических психопатий, и одинаковы – с группой возбудимых психопатов. По данным же шкалы ПМР, группа тормозимых психопатов расположилась в середине – выше «истерических» и ниже «возбудимых». Что касается отношений между группами истерических и возбудимых психопатов, то по параметру ИПР шкал СР и РСО выше показатели у первых, а по остальным шкалам – у вторых. Данные экспериментальных методик у этих групп близки, хотя по «зеркальному навыку» показатель группы возбудимых психопатов несколько выше. Все различия по параметру ИПР не достигли уровня статистической достоверности. То же самое относится и к различиям по параметру ЭПР, за исключением шкалы ПМР, по которой группы возбудимых психопатов достоверно на 95%-м уровне отличаются от данных групп истерических и тормозимых психопатов (ЭПР-3). Группа возбудимых психопатов существенно отличается по параметру ГПР шкалы СКР от группы истерических психопатов ($p < 0,05$). На более высоком уровне достоверности отличается группа тормозимых психопатов в эксперименте «зеркальный навык» от возбудимых ($p < 0,02$) и истерических психопатов ($p < 0,01$). Различия же между «возбудимыми» и «истерическими» психопатами в этом эксперименте оказались малосущественными. Таковыми они оказались для всех трех групп психопатии по «теппинг-тесту».

Что касается высоких различий между тормозимыми и другими группами психопатий по данным «зеркального навыка», то можно предположить его

высокую стрессогенность для истерических и особенно возбудимых психопатов. Они вели себя в эксперименте возбужденно, много раз начинали выполнение задания сначала, а то и отказывались от выполнения. Все это дает основание полагать, что в данном задании эти группы испытуемых демонстрировали ригидность как состояние, возможно, суммирующееся со свойственной им в определенной мере (данные ТОРЗ) личностной ригидностью.

Интраструктура психической ригидности больных разными формами психопатий также характеризуется количественно-качественными особенностями. Так, по динамической подструктуре самые высокие показатели у истерических, а самые низкие у возбудимых личностей. Показатели праксической подструктуры одинаковы в группах тормозимых и возбудимых и несколько ниже в труппе истерических психопатий. По когнитивной подструктуре одинаковые показатели у истерических и возбудимых психопатов, что выше показателя тормозимых личностей. Соотношение показателей по двум остальным подструктурам личности – эмотивной и психосоциальной – в направлении от меньшего к большему: истерики, возбудимые и тормозимые (по эмотивной); истерики, тормозимые и возбудимые (по психосоциальной). При всем качественном своеобразии различий интраструктуры психической ригидности количественные различия не достигают уровня статистической значимости и достоверности. Качественные различия выражены и в коде интраструктивных профилей ПР, определяющихся мерой «вклада» той или иной подструктуры в общий показатель психической ригидности.

Итак, сравнение трех групп психопатий по особенностям проявления психической ригидности выявило сложные отношения между ними. Этого, на наш взгляд, следовало ожидать, если хотя бы вспомнить афоризм Е.К. Краснушкина (1960) о том, что психопата нельзя исчерпать одной типологической формой. Примером тому может служить отмечаемая многими авторами противоречивость истерической психопатии [Ганнушкин, 1933; Гиляровский, 1973; Kretschmer, 1974]. Так, по мнению Kretschmer (1977), истерические психопаты прилагают максимум усилий, чтобы при помощи гибких, легко переключаемых аппаратов скрыть дефекты своей личности. В то же время у этих больных преобладает «аффективная логика» – суждения их определяются не столько реальностью жизни, действительными фактами, сколько эмоциями и установками.

Из анализа литературных данных видно, что диапазон мнений об отношениях между психической ригидностью и психопатией исключительно широк – от признания психопатической личности как ригидной до выделения лишь отдельных типов как ригидных. Чаще всего называются типы,

относимые к тормозимой группе психопатий (психастеники, щизоиды), либо к возбудимой (преимущественно эпилептоиды). То, что в нашем исследовании ни одиа из групп психопатий не доминирует ни по одному параметру интенсивностных характеристик психической ригидности по данным всех шкал ТОРЗ и экспериментальных методик при их значительно более высоких показателях по сравнению с нормой, свидетельствует о самой тесной интимной связи этих двух понятий. Видимо, неправомерно ставить вопрос о ригидных и неригидных или меньше–больше ригидных типах психопатий, а лишь об особенностях представленности психической ригидности в структуре личности того или иного типа или группы психопатий. Эта мысль исходит из клинических наблюдений [Личко, 1977, 1983; Леонгард, 1981; White, 1964; Shapiro, 1981], а также нашла свое подтверждение и в нашем исследовании при сравнении трех групп психопатий по пространственным характеристикам психической ригидности. Особенно иллюстративны в этом плане данные о «вкладе» той или иной подструктуры личности в общий показатель психической ригидности.

Итак, полученные в нашем исследовании результаты, согласуясь с литературными экспериментальными данными и клиническими наблюдениями, позволяют утверждать, что для больных психопатиями характерны более высокие показатели интенсивностных характеристик психической ригидности. Она в большей степени выражена и более глубоко проникает практически во все сферы психологии психопатической личности. Это подтверждают и данные о более высокой ее консистентности – психическая ригидность, несомненно, является «сквозным» (по [Hermann, 1956]) свойством психопатической личности. Она входит в структуру личности всех типов психопатий как необходимый их компонент – «трудность социальной адаптации». Но степень выраженности этого компонента может быть разной, хотя и преимущественно высокой. Об этом свидетельствует тот факт, что почти 70% больных психопатией отнесены к группам «высоко-» и «чрезмерноригидным». При этом связь с типом психопатий не отмечена.

Сравнительные данные об особенностях проявления психической ригидности больными истерической, возбудимой и тормозимой психопатией говорят скорее о различиях их не по интенсивностным, а по пространственным характеристикам. Это, во-первых, подтверждает справедливость мысли О.В. Кербикова о том, что «физиологический субстрат, лежащий в основе психопатии, не определяет всю сложность психопатии: это только канва, на которой сложный узор вышивается социальными факторами» (1971, 203). Того же мнения придерживаются и В.Я. Гиндикин (1967), В.В. Ковалев

(1979), В.Я. Семке (1983). Во-первых, эти данные свидетельствуют о примате содержательного в характеристике психопатической личности, что в определенной степени отражает именно пространственные характеристики психической ригидности – ее экстенсивность и интраструктура.

Но и здесь исследователя встречают значительные трудности в связи с «неисчерпаемостью психопата одной типологической формой» [Краснушкин, 1960], противоречивостью того или иного типа психопатии – истерического [Ганнушкин, 1933; Kretschmer, 1977] или возбудимого [Шостакович, 1987], а также с возможностью сочетания у некоторых лиц возбудимых, истерических и тормозимых проявлений [Боброва, Шубина, 1980]. С этим, очевидно, связаны и продолжающиеся поиски в области систематики психопатий [Личко, 1977; Леонгард, 1981; Шостакович, 1987].

Тем не менее именно к психопатиям относится уже упоминавшаяся выше мысль Rogers (1951) о том, что одним из условий психической цельности и здоровья личности является гибкость в оценке ею самой себя, умение под напором опыта переоценивать ранее сформулированную систему ценностей.

2.3. Психическая ригидность в структуре личности больных неврозоподобными состояниями экзогенно-органического (травматического, сосудистого и инфекционно-токсического) происхождения

Психическая ригидность в общей группе больных. Результаты исследования этой группы больных демонстрируют со всей очевидностью, что по параметрам ИПР и ГПР показатели группы больных по всем шкалам ТОРЗ значительно выше, чем группы здорового контроля. Статистическая достоверность различий достигает достаточно высокого уровня – от $p < 0,01$ до $p < 0,001$. Следует отметить значительное колебание величины t-критерия в зависимости от шкалы тестового опросника ТОРЗ – от 10,37 по шкале СКР до 3,38 по шкале ПМР. Это говорит о том, что, хотя больные более ригидными были уже в преморбиде – в детские и юношеские годы, в актуальном состоянии эти различия значительно возрастают. Есть основание предполагать, что повышенная психическая ригидность, характеризующая преморбидную личность, выступает в качестве одного из личностных факторов, обусловливающих неврозо- или психопатоподобную симптоматику в случае того или иного органического поражения ЦНС. А далее, заостряясь в результате болезни и/или реакции на болезнь, выступает уже в качестве не-

благоприятного патопластического фактора и даже как один из возможных механизмов затяжного течения болезни и развития личности, о чем подробнее речь будет идти несколько ниже.

Чрезвычайно высокий показатель различий по шкале СКР указывает на то, что поведение больных характеризуется исключительно широким спектром фиксированных форм поведения. При психопатиях этот показатель различий был более чем в два раза ниже.

О широком охвате структуры личности больных на статистически высокодостоверном уровне, отличающимся от такового у здоровых ($p < 0,001$), свидетельствуют и показатели параметра экстенсивности психической ригидности. Следует подчеркнуть, что в данном случае значимые различия имеют место по всем шкалам ТОРЗ, и не только по параметру ЭПР-2, как в случае неврозов или психопатий, но и по параметру ЭПР-3. Это говорит о том, что по сравнению со здоровыми в структуре личности больных органическими поражениями мозга с нарушениями психической деятельности невротического уровня значительно больше «зон» с максимально выраженной ригидностью. В то же время значимые различия между группами здоровых и больных по параметру ЭПР-1 при отсутствии таковых по шкале ПМР свидетельствуют и об общем расширении в случае болезни психической ригидности на максимальное число сфер личности.

О большей ригидности больных рассматриваемой нозологии говорят и другие полученные в исследовании факты. Значительно больше больных было отнесено в результате квартильной градации шкалы СКР к группам «высоко-» и «чрезмерноригидные» (78,6 и 6,9% против 44,3 и 0% здоровых). Различия оказались высокодостоверными ($X^2=37,6$; $p < 0,001$).

Более высокие показатели ригидности в группе больных по сравнению с группой здоровых выявились и в экспериментальных исследованиях: «теппинг-тесте», «зеркальном навыке» и «унификации», представляющих собой как бы модели действий, относящихся к разным уровням психической деятельности личности. Различия между группами по экспериментальным данным оказались на очень высоком уровне достоверности ($p < 0,001$). О значительно большей ригидности больных и о том, что психическая ригидность становится общим свойством их личности, говорят и результаты интеркорреляционного анализа шкал ТОРЗ.

Так, в группе больных 12 из 15 коэффициентов интеркорреляций между шкалами ТОРЗ выше таковых в группе здоровых. О том же свидетельствуют данные о корреляционных зависимостях между показателями ТОРЗ и экспериментальных методик, а также между экспериментальными методи-

ками: «теппинг» – «навык» ($p < 0,05$), «теппинг» – «унификация» ($p < 0,01$), «навык» – «унификация» ($p < 0,05$). Количественно-качественными особенностями характеризуется и интраструктура психической ригидности больных органическими поражениями ЦНС в сравнении со здоровыми. Показатели параметра ИПР всех подструктур у больных достоверно выше, чем у здоровых ($p < 0,001$). Хотя различия между подструктурами довольно близки, но если их расположить по уровню, то первое место занимает эмотивная подструктура, за которой следуют динамическая, праксическая, психосоциальная и когнитивная. По «вкладу» в интраструктурный профиль психической ригидности и кода профилей различия обнаружились по эмотивной и когнитивной подструктурам. Особый интерес представляют результаты исследования ПР в группе больных органическими поражениями ЦНС с синдромом «патологическое развитие личности» (ПРЛ), выделенной из общей группы больных и сопоставленной с частью больных этой группы без такого синдрома. В группе больных с ПРЛ абсолютные показатели отличались от таковых в группе больных без ПРЛ лишь на уровне тенденции. Но зато все 15 коэффициентов интеркорреляции между шкалами ТОРЗ были выше в группе больных с ПРЛ. Это говорит о росте «консистентности» ПР, т.е. о все более полном охвате патологически изменяющейся личности психической ригидностью.

Таким образом, результаты исследования говорят о том, что в целом лицам с экзогенно-органическими поражениями ЦНС свойственна значительно более высокая выраженность интенсивностных характеристик психической ригидности, чем здоровым людям. Достаточно убедительным в этом отношении является хотя бы тот факт, что 85,5% больных оказались в группах «высоко-» и «чрезмерноригидные», что почти в 2 раза больше, чем здоровых (44,3%). Среднегрупповые показатели степени выраженности и глубины психической ригидности по данным вопросниковых и экспериментальных методик также значительно выше у больных ($p < 0,01–0,001$).

Тем самым данные нашего исследования согласуются с экспериментальными данными других авторов [Mackie, 1963; Beck, 1966; Regard et al., 1982], клиническими наблюдениями [Жислин, 1965; Авербух, 1979; Штернберг, 1983; Goldstein, 1959; Huber, 1972], в которых также отмечается высокая ригидность личности и поведения больных с теми или иными органическими поражениями ЦНС. Более того, некоторые исследователи считали психическую ригидность чуть ли не специфическим («основным») расстройством, например при церебральных сосудистых заболеваниях [Kehrer, 1939; Alsen, 1960; Huber, 1972]. Goldstein (1959), придерживаясь фактически той

же точки зрения, писал о «первичной» и «вторичной» ригидности больных с поражениями головного мозга. Как нам представляется, обе они входят в «симптомокомплекс ригидности», отражающий широкий спектр фиксированных форм поведения – от персеверации («первичная ригидность») до собственно ригидности («вторичная ригидность»). Характерно, что именно по шкале СКР наиболее значимые различия проявились между больными и здоровыми лицами. Более того, интраструктурный анализ психической ригидности показал, что в ее общий показатель большой «вклад» вносит динамическая подструктура личности. Это в определенной мере согласуется с часто отмечаемым в литературе [Лурия, 1966; Прибрам, 1966; Хомская, 1987] фактом значительной персеверативности поведения при органических поражениях ЦНС, прежде всего травматических, и предположением, что в его основе лежит патологическая инертность нервных процессов [Павлов, 1951]. Если патологическую инертность нервных процессов и можно рассматривать в качестве патогенетического механизма психической ригидности в случаях органического поражения ЦНС, то все же не единственного. Об этом говорит, например, большой «вклад» в общую суммарную оценку психической ригидности эмотивной подструктуры личности, а также выявленный в нашем исследовании факт преобладающей «чувствительности» к давности заболевания эмотивной и психосоциальной подструктур. Связь ригидности с тревожностью в структуре больных неврозоподобными состояниями экзогенно-органического генеза установила Е.А. Рождественская (1987).

Выявленная в нашем исследовании большая степень выраженности психической ригидности у больных уже в преморбиде говорит не только о ней как о предрасполагающем к болезни факторе, но и как о факторе, способствующем возникновению неврозоподобной симптоматики, а затем и патологического развития личности.

Психическая ригидность при различных формах экзогенно-органического поражения ЦНС. Среди трех сравниваемых в нашем исследовании групп больных выше показатели всех параметров ПР по данным большинства шкал ТОРЗ, а также по результатам экспериментальных методик («теппинг-тест» и «унификация») в группе больных сосудистыми расстройствами ЦНС. В большинстве случаев различия между отдельными группами на уровне тенденции. Статистической значимости они достигают между группами больных сосудистыми и токсико-инфекционными расстройствами по шкале СКР: по параметру ИПР ($p < 0,02$), ЭПР-3 ($p < 0,01$) и ГПР ($p < 0,02$).

Практически тот же уровень различий достигнут и по шкале АР. На 95%-м уровне достоверности обнаружились различия также по шкале СР по параметру ГПР ($p < 0,05$). В некоторых случаях имеются статистически значимые различия показателей группы «сосудистых больных» с группой больных-травматиков: по шкалам СКР, АР и ПМР по параметру ЭПР-3 ($p < 0,05$), по шкале СР по параметрам ИПР ($p < 0,02$) и ЭПР-2 ($p < 0,01$). Между группами больных травматическими и токсико-инфекционными расстройствами различия во всех случаях незначительны при некотором превышении показателей группы больных с токсико-инфекционными расстройствами.

Группа больных сосудистыми расстройствами ЦНС и по интраструктуре ПР превышает на уровне выраженной тенденции показатели двух других групп. Исключение составляет праксическая подструктура, по которой показатели группы «сосудистых» практически не отличаются от показателей группы больных токсико-инфекционными расстройствами ЦНС. Различия между группами с посттравматическими и токсико-инфекционными расстройствами колеблются в зависимости от подструктуры, но в основном минимальны по всем трем параметрам психической ригидности. Что же касается «вклада» подструктур в общий показатель психической ригидности и характеристики интраструктурного профиля ПР трех обследованных групп, то наибольший «вклад» во всех группах вносит праксическая, а наименьший – психосоциальная. По «вкладу» всех остальных подструктур и по общему профилю полная идентичность обнаружилась между группами больных с травматическими и сосудистыми нарушениями. Группа «токсико-инфекционная» имеет отличный от них профиль, в котором второе место занимает эмотивная, а не динамическая подструктура, на третьем – когнитивная и на четвертом – динамическая.

Итак, среди исследованных нами трех групп больных с органическими поражениями ЦНС различия по интенсивностным характеристикам психической ригидности оказались в большинстве случаев на уровне тенденции. Более высокие показатели психической ригидности выявлены в группе больных сосудистыми расстройствами ЦНС. Это совпадает с оценкой психической ригидности как «основного» расстройства именно для этого вида органических расстройств ЦНС (Kehrer, 1939; Alsen, 1960; Huber, 1972). Так, по данным ряда отечественных авторов, для больных с церебральными сосудистыми заболеваниями характерны жизненная стратегия, проявляющаяся в консерватизме, эгоизме, сужении круга интересов [Авербух, 1979; Акимов, 1983], трудности в приспособлении к новым условиям, в изменении привычек и стереотипов [Бачериков с соавт., 1984].

Несколько ниже, как выяснилось, показатели психической ригидности в группе больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы. Это, видимо, можно объяснить тем, что речь идет о легких травмах. В то же время клинические наблюдения и экспериментальные исследования отмечают значительную ригидность больных этими расстройствами. Она оказывалась значительно выше, чем у здоровых. Так, Werner (1946) выделил даже «аномальную» ригидность при исследовании больных-травматиков. Более ригидными оказались больные с травматическими поражениями головного мозга и в исследованиях Mackie (1963) и Beck (1966), хотя они и не считали себя ригидными, а в исследовании Regard et al. (1982) ригидное поведение распространялось на более широкий круг тестовых заданий, чем у здоровых. В нашем исследовании это подтвердилось большей консистентностью психической ригидности в структуре личности как больных-травматиков, так и больных с сосудистыми и инфекционно-токсическими расстройствами ЦНС.

Показатели интенсивностных характеристик психической ригидности группы больных неврозоподобными состояниями инфекционно-токсического и травматического генеза оказались близкими по данным всех шкал ТОРЗ и экспериментальных методик. В то же время первые значимо отличаются от группы больных с сосудистыми расстройствами ЦНС, но главным образом по шкале СКР ($p < 0,02$), отражающей, как мы знаем, широкий спектр фиксированных форм поведения. Можно было бы думать, что объясняется это более высоким средневозрастным показателем группы больных сосудистыми расстройствами ЦНС (разница 6 лет). Но двухфакторный дисперсионный анализ свидетельствует о решающей роли в этом случае совместного действия фактора болезни и фактора возраста.

Что касается группы больных с инфекционно-токсическими расстройствами, то в литературе мы практически не обнаружили каких-либо экспериментальных, да и клинических данных об особенностях проявления ими психической ригидности.

Влияние давности заболевания на особенности проявления психической ригидности. Для выяснения вопроса о влиянии давности заболевания на особенности проявления психическоой ригидности при экзогенно-органических расстройствах ЦНС мы сравнили, использовав t-критерий Стьюдента, три группы больных с давностью заболевания до 5, 10 и 15 лет. Различия обнаружились по шкале СКР между группами больных с давностью до 15 лет и группами больных с другими (меньшими) сроками давности заболевания ($t = 2,08$ и $2,27$ при $p < 0,05$). Что касается различий между группа-

ми больных с давностью заболевания до 5 и 10 лет, то они оказались близкими к значимым только при сопоставлении интраструктур психической ригидности, и прежде всего по эмотивной ($t = 1,95$) и психосоциальной ($t = 1,91$) подструктурам. При сравнении этих групп «чувствительными» к фактору давности заболевания оказались и некоторые аспекты когнитивной сферы, а именно переключение и распределение внимания, измеряемые с помощью таблицы Шульте–Горбова ($t = 2,84$ при $p < 0,02$).

Таким образом, при всей неоднозначности полученных нами данных можно все же сделать вывод о влиянии давности заболевания на усиление ригидности, но, во-первых, при значительном его стаже и, во-вторых, прежде всего в сфере эмоциональной жизни и межличностных отношений больных с экзогенно-органическими поражениями ЦНС.

Итак, результаты собственного наблюдения и данные других исследователей позволяют нам сделать определенное заключение о ряде закономерностей проявления психической ригидности при неврозоподобных состояниях экзогенно-органического (травматического, сосудистого и токсико-инфекционного) происхождения, о некоторых механизмах ее формирования и развития, а также о роли психической ригидности в формировании и развитии самих этих расстройств.

Следует отметить значительно большую выраженность психической ригидности при экзогенно-органических поражениях ЦНС, чем в норме. Психическая ригидность не только более широко распространяется по всем сферам личности больного, но и более глубоко проникает в эти сферы. Несомненным следствием этого является значительно более выраженная консистентность психической ригидности, что говорит о формировании ригидности как «сквозного» и общего свойства личности, обусловливающего широкий спектр фиксированных форм поведения больных с экзогенно-органическими поражениями головного мозга. Распространение ригидного поведения на более широкий круг тестовых заданий больными обнаружил и Regard (1983). В связи с этим становится ясным, почему некоторые исследователи рассматривали психическую ригидность чуть ли не как основной признак, например, церебральных сосудистых заболеваний [Kehrer, 1959; Alsen, 1960; Huber, 1972].

Следует подчеркнуть, что указанные выше закономерности, как показали исследования, в разной мере присущи каждой из трех обследованных нами групп экзогенно-органических расстройств ЦНС. По нашим данным, самые низкие показатели психической ригидности были обнаружены в группе больных с токсико-инфекционными поражениями головного мозга, особенно в сравнении с группой больных с сосудистыми расстройствами. Мы связываем выявленные нами различия, основываясь на данных многофакторного дис-

персионного анализа, прежде всего с самым высоким средневозрастным показателем последней группы больных в сочетании с большей патологичностью инертности нервных процессов. Основанием для такого предположения служит также выявленный в интраструктурном анализе психической ригидности факт большего «вклада» в ее суммарную общую оценку динамической подструктуры личности в группе больных с сосудистыми церебральными расстройствами. Важно отметить, что интраструктурные профили психической ригидности полностью совпадают в группах больных сосудистыми и травматическими поражениями ЦНС. Что же касается ее большего проявления у больных сосудистыми расстройствами, то этот факт, на наш взгляд, можно объяснить, во-первых, большим ее проявлением уже в их преморбиде (показатель ЭПР-3: 6,4±3,0 против 4,7±3,2 при $p < 0,05$) и, во-вторых, более выраженной тревожностью (как состояния) у этих больных, что отметила в своем исследовании и Е.А. Рождественская (1988). В нашем исследовании это выразилось, в частности, в достоверно более высоких показателях шкалы «сенситивной ригидности» ($p < 0,02$).

Установленные при неврозоподобных состояниях экзогенно-органического генеза большая, чем в норме, выраженность психической ригидности уже в преморбиде, резкое ее возрастание в актуальном состоянии (от $t = 2,23$ при $p < 0,01$ по шкале ПМР до $t = 8,24$ при $p < 0,001$ по шкале АР), высокая реактивная тревожность на «органическом фоне» (повышенная инертность нервных процессов) позволяют сделать следующее заключение.

Повышенный уровень психической ригидности в структуре преморбидной личности следует рассматривать как фактор, предрасполагающий к формированию неврозо- и психопатоподобных состояний при экзогенно-органических заболеваниях ЦНС. Сочетание в случае органических поражений головного мозга повышенной инертности нервных процессов (нейрофизиологический механизм) и повышенной тревожности (психологический механизм) приводит к заострению психической ригидности, которая, в свою очередь, становится одним из механизмов (психологическим) затяжного течения заболевания, его хронизации, а в некоторых случаях – и патологического развития личности.

2.4. Психическая ригидность в структуре личности больных шизофренией

Психическая ригидность в общей группе больных шизофренией. Результаты исследования психической ригидности при шизофрении свидетель-

ствуют об имеющихся при этом заболевании особенностях ее интенсивностных и пространственных характеристик, значительно отличающих больных шизофренией от здоровых. Следует отметить существенно более высокие в группе больных шизофренией показатели ИПР и ГПР по данным всех шкал ТОРЗ ($p < 0,001$) и экспериментальных методик ($p < 0,02–0,001$). Общий показатель степени выраженности психической ригидности при шизофрении растет не за счет расширения охвата при поверхностном проникновении в нее структуры личности (ЭПР-1), а в связи с ее углублением во многие сферы личности и расширением «зон» выраженного и максимального «поражения» (ЭПР-2 и ЭПР-3): до 50% охваченных ригидностью «зон» характеризуются максимальной глубиной ее выраженности (ЭПР-3). Это, несомненно, обусловило и высокую значимость различий по данным всех экспериментальных методик. Больным шизофренией значительно труднее, чем здоровым лицам, давалось изменение психомоторного темпа, сенсомоторного навыка, переключение внимания, нахождение нового пути выхода из лабиринта и нового признака классификации предметов.

О большей ригидности больных шизофренией свидетельствуют и результаты классификации их по уровню выраженности психической ригидности на основании квартильной градации данных шкалы СКР, в результате которой значительно больше больных попали в группы «высоко-» и «чрезмерноригидные» (77,7 против 44,3% здоровых при $X^2 = 19,8$ и $p < 0,001$).

Особый интерес представляет сравнительный анализ пространственных (уровневых и структурных) характеристик психической ригидности, отражающих как бы качественную сторону особенностей ее проявления больными шизофренией и здоровыми. Так, например, в результате корреляционного анализа была обнаружена четко выраженная тенденция усиления консистентности психической ригидности в структуре личности больных шизофренией, превращения ее в тотальную характеристику их личности. Все 15 коэффициентов интеркорреляций между шкалами ТОРЗ в группе больных шизофренией выше таковых в группе здоровых лиц. О том же свидетельствуют корреляционные зависимости между показателями шкал ТОРЗ и данными «унификации» ($p < 0,05–0,01$).

Обращает на себя внимание и тот выявленный в нашем исследовании факт, что при относительной равномерности уровня различий между сравниваемыми группами по шкалам ТОРЗ несколько превышает все остальные показатели t-критерия шкалы РСО. Довольно высок уровень различий и по шкале СР. С этими данными согласуются и результаты сопоставления интраструктур психической ригидности при шизофрении и в норме. Самый

высокий уровень различий зафиксирован по эмотивной подструктуре личности. Это свидетельство значительного ослабления эмоциональной гибкости, которая фактически синхронна снижению гибкости во всех подструктурах личности больного шизофренией.

Таким образом, полученные нами данные подтверждают результаты тех немногих экспериментально-психологических сравнительных исследований [Бжалава, 1963; Mandl, 1954; Adams, 1960; Brengelman, 1960; Richtberg, 1973; Simmonds, 1973], которые свидетельствуют о большей ригидности больных шизофренией, чем здоровых людей. В целом же экспериментальные данные согласуются с многочисленными клиническими описаниями личностных расстройств при шизофрении, в структуре которых отмечается и психическая ригидность. Согласно клиническим наблюдениям, психическая ригидность проявляет себя фактически на всех стадиях болезни [Морозов, 1963; Бжалава, 1963; Измайлова, 1977; Орлова, 1984; Абрамова с соавт., 1987; McGlashen et al., 1976], при всех формах шизофрении [Морозов, 1963; Снежневский, 1972; Корнетов с соавт., 1984; Пантелеева и Беляев, 1984; Свердлов, 1986; Шахламов, 1987] и типах ее течения [Шмакова, 1963; Кудрявцев, Пулькин, 1981; Наджаров и Смулевич, 1983; Воробьев и Нефедьев, 1986; Бильжо, 1986].

Системная (структурно-уровневая) оценка психической ригидности позволила существенно дополнить сведения об ее интимной связи со структурой личности больных шизофренией, поскольку имеющиеся клинические наблюдения и экспериментально-психологические исследования отмечали, как правило, лишь какой-либо один из ее аспектов. Исходя из литературных и собственных данных, можно сделать заключение о психической ригидности как «сквозной» характеристике личности больных шизофренией, проявляющейся с высокой степенью интенсивности на обоих уровнях сознания (высокие показатели шкал «актуальной» и «установочной ригидности») и во всех подструктурах личности. Относительно более высокие показатели ригидности в эмотивной подструктуре, а также шкалы РСО становятся понятны в контексте эмоциональных нарушений при шизофрении – утраты аффективной гибкости, сужения диапазона эмоциональных реакций [Наджаров и Смулевич, 1983], преобладания эмоциональной ограниченности [Пантелеева и Беляев, 1984]. В этом же контексте следует рассматривать и высокую «сенситивную ригидность» (данные по шкале СР), что отмечал и Шекоу (1973), говоря о боязни нового, антипатии к новому как о «неофобии». Правда, это явление отмечали не у всех больных шизофренией, а чаще всего у тех, кого мы отнесли к «астеническому варианту ригидного типа личности».

Исключительно важный вопрос о том, является психическая ригидность преморбидной особенностью личности больных шизофренией или благоприобретенной в результате заболевания, решался, как показал анализ литературных данных, неоднозначно. Так, А.В. Снежневский (1972, 39), описывая бредовый тип непрерывно текущей прогредиентной шизофрении, говорит о том, что бредовая система складывается постепенно; изменения личности проявляются *вначале заострением преморбидных черт, в последующем – появлением ригидности*. Здесь же, продолжая свою мысль, он пишет, что начало болезни характеризовалось либо резким заострением преморбидных черт характера, либо глубокими изменениями склада личности. У одних больных, преморбидно мало активных, застенчивых, склонных к недооценке своих возможностей, появлялись не свойственные им ранее стеничность, гиперсоциальность, ригидность, мелочное упрямство. У больных, прежде отличавшихся известной стеничностью, появлялись выраженная эгоцентричность, сверхценное отношение к своему здоровью, ослабление эмоциональной гибкости. Трудности адаптации были связаны в это время с ригидностью, отсутствием гибкости, повышенной раздражительностью и нетерпимостью, что приводило к конфликтам.

Нетрудно заметить, что в данном случае имеет место узкое понимание психической ригидности лишь как «аффективной ригидности», а потому и вписывающейся лишь в стеническую структуру личности. Кроме того, психическая ригидность, в контексте данных выше описаний, понимается, видимо, лишь как «психопатологическое состояние» (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1984, 53). На той же позиции стоят Л.Д. Гиссен (1965) и В.М. Блейхер (1983).

По результатам нашего исследования, показатели шкалы ПМР в общей группе больных шизофренией статистически достоверно выше таковых в группе здоровых лиц ($p < 0{,}001$). Причем этот показатель достоверности различий самый высокий среди идентичных показателей в других сравниваемых группах. Наши данные здесь согласуются с мнением целого ряда исследователей-клиницистов о наличии психической ригидности в структуре преморбидной личности больных шизофренией [Шендерова, 1974; Колос, 1976; Бажин, Гоштаутас, 1978; Корнетов с соавт., 1984]. Правда, между упомянутыми авторами нет единодушия относительно типа или типов личности, в структуру которых входит и психическая ригидность.

Анализ литературных данных и собственные исследования позволяют нам считать, что психическая ригидность все же является одним из преморбидных свойств личности больных шизофренией, которое модифицирует-

ся в своих интенсивностных и пространственных характеристиках в зависимости от форм и типов течения заболевания, а также типов характера и личности. Видимо, психическая ригидность может становиться при определенных условиях и типообразующим фактором. Так, болгарский психиатр М. Александрова (1981) на основании изучения (объективного анамнеза и медицинской документации) доманифестного периода болезни у 527 больных шизофренией с разными типами течения выделила 14 типов преморбидных личностных особенностей, среди которых наряду, например, с психастеническими, параноическими выделяются и ригидные. Все сказанное выше следует отнести и к манифестным периодам заболевания, что можно отчасти проиллюстрировать на примере больных шизофренией с разным типом течения.

Психическая ригидность при разных типах течения шизофрении. Рассмотрим результаты анализа внутринозологических различий проявления психической ригидности по данным ТОР и некоторых экспериментальных методик трех групп больных шизофренией: непрерывнотекущей (89 чел.), приступообразно-прогредиентной (63 чел.) и рекуррентной (шизоаффективной) (28 чел.). Из 17 показателей у группы больных рекуррентной шизофренией в 17 случаях они ниже, чем у группы больных непрерывнотекущей шизофренией. Что касается различий между группами больных непрерывнотекущей и приступообразной шизофренией, то у группы приступообразно-прогредиентной шизофренией выше показатели в 15 случаях из 17. Таким образом, самые высокие показатели ПР в большинстве случаев у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией, а самые низкие – у больных рекуррентной шизофренией. Но надо заметить, что в подавляющем числе случаев различия минимальны или остаются на уровне тенденции. Уровня значимости и статистической достоверности достигли различия между группами больных непрерывнотекущей и приступообразно-прогредиентной шизофренией по параметрам экстенсивности и глубине шкал АР, УР и ПМР ($p < 0,05–0,02$), а также между группами больных приступообразно-прогредиентной и рекуррентной шизофренией по тем же параметрам шкал СКР, АР и ПМР ($p < 0,05–0,01$) и по данным «унификации» ($p < 0,02$).

Интересно, что эксперимент «унификация» посредством своих сенсибилизирующих возможностей выявил различия по психической ригидности на высоком статистическом уровне достоверности ($p < 0,02$) и между группами больных непрерывнотекущей и рекуррентной шизофренией.

А между группами больных непрерывнотекущей и приступообразной шизофренией таких различий не обнаружено. Это, видимо, можно объяснить большей близостью особенностей их когнитивной сферы.

Важным представляется и факт достоверных различий между группами больных приступообразно-прогредиентной и рекуррентной шизофренией по ЭПР-3 шкалы ПМР ($p < 0,01$). На менее высоком уровне достоверности обнаружены различия по этой же шкале между группами больных непрерывнотекущей и приступообразно-прогредиентной шизофренией. Это говорит о том, что еще в преморбиде больные рекуррентной и непрерывнотекущей шизофренией были менее ригидными, чем больные приступообразно-прогредиентной шизофренией. Что касается последних фактов, то они согласуются с приведенными выше данными целого ряда авторов о значительной психической ригидности больных шизофренией, в том числе и с разным типом течения еще в преморбиде. Не согласуются они с мнением Р.А. Наджарова и А.С. Смулевича (1983) о том, что ригидность появляется как новая черта характера лишь с манифестацией и уже в начальный период шизофренического заболевания с любым типом его течения. Так, они, например, отмечают, что уже начальный период прогредиентной параноидной шизофрении характеризуется изменениями личности в виде замкнутости, ригидности, утраты аффективной гибкости, сужения диапазона эмоциональных реакций, круга интересов, знакомств. Появляются новые черты характера при течении прогредиентной шубообразной шизофрении – ригидность, недоверчивость.

Изменяется личность и при рекуррентной шизофрении. Больные стремятся к созданию особого режима труда, отдыха, лечения, обнаруживая черты педантизма, психической ригидности. Среди расстройств латентной шизофрении (в латентном периоде малопрогредиентной шизофрении) обычно преобладают проявления шизоидного круга, нередко сочетающиеся с психопатическими чертами иной структуры, в том числе и с психастеническими: тревожностью, склонностью к сомнениям, педантизмом и ригидностью психической деятельности. При малопрогредиентной шизофрении с явлениями навязчивости наряду с аутистической отгороженностью и эмоциональным обеднением у больных появляются не свойственные им ранее психопатоподобные изменения психастенического круга – ригидность, консерватизм, утрированная прямолинейность суждений. Вместе с тем нарастает беспомощность, зависимость от участия и поддержки близких. Возможности адаптации ограничиваются привычной обстановкой (Там же, 319, 326, 341–342).

В наших же исследованиях были выявлены различия в проявлении психической ригидности между группами больных с разным типом течения шизофрении как в преморбиде, так и в актуальном состоянии. Но эти различия преимущественно на уровне экстенсивности психической ригидности. В целом же, на наш взгляд, результаты исследования отражают, скорее, качественные, чем количественные различия, что в основном соответствует клинической реальности. Так, например, сравнивая интегральный уровень социальной адаптации при малопрогредиентной, приступообразно-прогредиентной и рекуррентной шизофрении, Л.М. Шмаонова, Ю.И. Либерман и В.Г. Ротштейн нашли, что «три последние формы в этом смысле не отличаются одна от другой» (1986, 137).

Давность заболевания и психическая ригидность при шизофрении. Результаты исследования показывают, что существует определенная зависимость между параметрами психической ригидности и давностью заболевания шизофренией. Правда, эта зависимость проявляется не по всем шкалам ТОРЗ и экспериментальным методикам, в разной степени статистически достоверна ($p < 0,05–0,01$) и не является монотонной: до 5 и 10, до 10 и 15 лет ($p < 0,01$), до 10 и 20, до 15 и 20 лет ($p < 0,05$).

Особый интерес представляют данные о влиянии давности заболевания на интраструктуру ПР личности больных шизофренией. С ростом давности заболевания психическая ригидность усиливается в сферах психосоциальной и динамической, а затем уже в остальных подструктурах.

Полученные нами данные позволяют сделать следующее заключение о взаимовлиянии давности заболевания при шизофренических расстройствах и психической ригидности. Прежде всего, можно говорить о прямой положительной, хотя и не монотонной, зависимости между этими двумя факторами. При этом наиболее существенные сдвиги в проявлении психической ригидности больными шизофренией происходят в промежутке между вторым (до 10 лет) и третьим (до 15 лет) сроками давности заболевания, о чем говорят обнаруженные в исследовании статистически достоверные различия ($p < 0,05–0,001$) по всем подструктурам личности.

В то же время выявились и различия подструктур личности в «чувствительности» к фактору давности заболевания. Наиболее «чувствительной» следует считать психосоциальную подструктуру, ригидность которой значительно усиливается уже в промежутке от первого (до 5 лет) до второго (до 10 лет) срока давности заболевания, а затем, постоянно увеличиваясь, достигает апогея в период от 10 до 20 лет ($p < 0,001$). За психосоциальной

следует праксическая подструктура – область навыков, привычек и стереотипов образа жизни. Именно эти аспекты, на наш взгляд, составляют содержание «ригидности» – неспособности и нежелания изменить образ жизни, одни и те же обязанности на новые, отмечаемой как одно из проявлений собственно шизофренического дефекта, и может наблюдаться не только в условиях госпитализации, но и во внебольничных условиях [Красик с соавт., 1983, 134]. Говоря о роли длительной госпитализации в возникновении «эффекта госпитализма», о чем писали еще «старые» авторы (см. [Кабанов, 1985, 26–27]), Г.В. Логвинович и Н.А. Корнетов совершенно справедливо полагают, что «этот тип изоляции связан не с самим фактом длительного интернирования, а со сложной структурой социальной, эмоциональной, интеллектуальной депривации, сопровождающейся «бегством» от социального стимулирования и влекущей ухудшение состояния здоровья» (1984, 63). Внебольничную изоляцию они обозначают как парагоспитализм. И в то же время прав М.М. Кабанов (1986), который отмечает, что клинические наблюдения, психологические исследования и экспериментальные данные определенно говорят об отрицательных сторонах длительной госпитализации, включающей в себя в той или иной степени элементы депривации. Из этого надо исходить, по его мнению, при разработке реабилитационных мероприятий.

Итак, результаты собственных и представленных в литературе экспериментально-психологических исследований свидетельствуют о том, что больные шизофренией значительно более ригидны, чем здоровые люди. В нашем исследовании это выразилось прежде всего в статистически достоверных различиях между сравниваемыми группами по интенсивностным характеристикам психической ригидности – степени ее выраженности и глубины по данным всех методик ($p < 0,02–0,001$). Это, как правило, согласуется с клиническими описаниями личности и поведения больных шизофренией, среди характеристик которых авторы отмечают и психическую ригидность. Более того, в нашем исследовании получены данные (широкий охват структуры личности – до 50% – «зонами» с максимальной выраженностью психической ригидности; более высокими коэффициентами интеркорреляции между всеми шкалами ТОРЗ, между показателями экспериментальных методик и шкалами ТОРЗ), которые свидетельствуют о высокой консистентности психической ригидности в структуре личности больных шизофренией. Иными словами, психическая ригидность проявляет себя в данном случае как сквозная характеристика личности больного шизофренией, являясь, по существу, общим свойством или фактором личности, по-

скольку больные шизофренией представляют собой, по выражению Hermann (1956), «похожих» по проявлению ригидности лиц.

При имеющихся в литературе разных точках зрения на то, является психическая ригидность преморбидной характеристикой больных шизофренией или нет, наши данные позволяют ответить положительно. В пользу этого говорят и значительно более высокий показатель шкалы «преморбидная ригидность» в группе больных шизофренией ($p < 0{,}001$), и более высокие корреляционные связи между этой шкалой и другими шкалами ТОРЗ, и, наконец, менее резкий, чем в других группах патологии, рост психической ригидности в актуальном состоянии (шкала АР) в сравнении с преморбидом (шкала ПМР), хотя следует отметить и явное ее заострение. Что же касается изменений личности при шизофреническом процессе, то, заостряясь и вступая в соотношения с другими чертами, в том числе и новыми, психическая ригидность, несомненно, способствует этому. Это относится, как показали наши данные, к группам больных шизофренией с разным типом течения, различия между которыми оказались преимущественно качественными – по пространственным характеристикам психической ригидности.

В пользу того мнения, что психическая ригидность является в подавляющем большинстве случаев преморбидной особенностью больных шизофренией, говорят приводимые в литературе описания их характерологического склада или типа. Чаще всего это «образцовые личности» (по Крепелину) в их разновидностях – «образцово-стеничные», «образцово-дефицитарные», «образцово-шизоидные», для которых, по мнению многих авторов [Морозов, 1963; Бжалава, 1963 и др.], характерно отсутствие творческой инициативы при достаточной адаптации к окружающему с педантичным выполнением всех правил. Это могут быть и другие типологии – «стеничные шизоиды» с их односторонней активностью, некоторой трудностью переключения и «сенситивные шизоиды» (по Кречмеру) с их боязливостью, бурной реакцией на появление незнакомых людей, трудностью привыкания к новым лицам, долгим переживаниям обиды [Цуцульковская с соавт., 1977; Александров, 1981]. Важно отметить, что психическая ригидность просматривалась при описании разных, даже, казалось бы, противоположных типов характера. Действительно, психическая ригидность может быть представлена, как об этом свидетельствуют клинические описания и наши исследования, в разных личностных структурах, модифицируясь в каждом случае в своих интенсивностных и пространственных характеристиках.

О роли конституционально-личностного наряду с процессуально-биологическим в формировании (и в формообразовании) шизофрении свиде-

тельствуют и данные о влиянии давности заболевания на усиление психической ригидности. При этом наиболее существенные сдвиги в проявлении психической ригидности наблюдаются в промежутке между вторым (до 10 лет) и третьим (до 15 лет) сроками давности заболевания. Важно отметить в рассматриваемом контексте влияние давности заболевания на усиление психической ригидности в динамической подструктуре личности. Причем чем длительнее стаж заболевания, тем выше уровень ригидности. Это явление, на наш взгляд, отражает известное при шизофреническом заболевании снижение энергетического потенциала или психической активности. И в ряде других экспериментально-психологических исследований обнаруживается эта связь при шизофрении. Так, например, Н.С. Курек (1983) пишет о связи ригидности уровня притязаний с его «адинамией» у больных шизофренией, в основе которых лежит снижение психической активности. Синхронно с динамической ригидируется и психосоциальная подструктура. Причем она оказалась наиболее «чувствительной» к росту давности заболевания, так как ее ригидность усиливается значительно уже в промежутке от первого (до 5 лет) до второго (до 10 лет) срока давности заболевания ($p < 0,01$).

В заключение отметим сближение большинства исследователей в оценке психической ригидности как предиспонирующего фактора, имеющего неблагоприятное значение для прогноза течения шизофренического процесса, обусловливающего особенности или даже «стиль» ремиссии [McGlashen et al., 1976], а также реабилитационные мероприятия.

2.5. Психическая ригидность в структуре личности больных алкоголизмом

Данное исследование было проведено на базе отделения клинической и социальной наркологии НИИ психического здоровья ТНЦ РАМН (руководитель – профессор Н.А. Бохан). Было обследовано 109 больных со 2-й стадией алкоголизма. Результаты изучения особенностей проявления психической ригидности больных алкоголизмом по сравнению со здоровыми лицами отражены в табл. 7 и на рис. 11.

Как видно из табл. 7, интенсивностные характеристики психической ригидности – ее выраженность и глубина – у больных алкоголизмом значительно выше, чем у здоровых по данным всех шкал ТОРЗ ($p < 0,001$). Исключение составляет шкала ПМР, различия по которой между группами больных и здоровых хотя и статистически достоверны, но значительно ниже ($p < 0,05$).

Таблица 7

Психическая ригидность при алкоголизме по данным ТОРЗ

Шкала ТОРЗ	Показатель ПР	Норма (n = 115)	Алкоголизм (n = 109)	t	p
		M ± y			
СКР	Интенсивиость	119,0 ± 28,5	139,8 ± 26,0	5,58	< 0,001
	Глубина	2,23 ± 0,5	2,54 ± 0,4	4,68	< 0,001
	Экстенсивность				
	ЭПР-1	53,2 ± 11,6	56,0 ± 9,5	1,19	Нет данных
	ЭПР-2	37,0 ± 9,01	43,5 ± 7,9	5,58	< 0,001
	ЭПР-3	21,7 ± 10,2	28,6 ± 11,6	4,53	< 0,001
АР	Интенсивность	29,1 ± 9,7	35,6 ± 10,3	4,6	< 0,001
	Глубина	2,6 ± 2,6	3,0 ± 0,6	4,63	< 0,001
	Экстенсивность				
	ЭПР-1	11,2 ± 3,4	12,0 ± 3,2	1,35	Нет данных
	ЭПР-2	7,1 ± 2,8	9,0 ± 2,95	4,71	< 0,001
	ЭПР-3	3,6 ± 2,6	5,6 ± 3,01	5,08	< 0,001
УР	Интенсивность	24,9 ± 9,1	31,3 ± 7,0	5,76	< 0,001
	Глубина	2,6 ± 0,8	3,05 ± 0,7	3,65	< 0,001
	Экстенсивность				
	ЭПР-1	9,5 ± 3,07	10,7 ± 2,9	2,79	< 0,01
	ЭПР-2	5,7 ± 2,3	7,6 ± 2,01	5,84	< 0,001
	ЭПР-3	3,0 ± 2,4	5,1 ± 2,6	4,2	< 0,001
СР	Интенсивность	31,3 ± 10,7	40,6 ± 11,8	6,02	< 0,001
	Глубина	2,7 ± 0,8	3,09 ± 0,6	3,87	< 0,001
	Экстенсивность				
	ЭПР-1	11,6 ± 3,4	13,2 ± 3,1	3,46	< 0,001
	ЭПР-2	7,8 ± 3,1	10,4 + 3,4	5,82	< 0,001
	ЭПР-3	4,1 ± 3,0	6,6 ± 3,9	5,13	< 0,001
РСО	Интенсивность	10,7 ± 5,9	13,7 ± 5,9	3,49	< 0,001
	Глубина	2,5 ± 1,7	2,94 ± 0,9	3,18	< 0,01
	Экстенсивность				
	ЭПР-1	4,1 ± 1,6	4,5 ± 1,5	1,65	Нет данных
	ЭПР-2	2,7 ± 1,8	3,6 ± 1,9	3,55	< 0,001
	ЭПР-3	1,2 ± 1,5	2,0 ± 1,8	3,37	< 0,001
ПМР	Интенсивность	33,8 ± 9,3	37,2 ± 10,5	2,15	< 0,05
	Экстенсивность				
	ЭПР-1	12,5 ± 3,7	13,0 + 3,5	0,46	Нет данных
	ЭПР-2	8,2 ± 2,9	9,3 ± 2,9	2,55	< 0,02
	ЭПР-3	4,7 ± 3,1	5,5 ± 4,4	1,68	Нет данных

Из приведенных выше данных следует, что больные со 2-й стадией алкоголизма характеризуются большей ригидностью, чем здоровые люди, проявляющейся в широком спектре фиксированных форм поведения. Это подтверждается и результатами экспериментальных методик, различия по которым по обследуемым группам также достигают статистически высокого уровня достоверности ($p < 0,001$): больные алкоголизмом демонстриру-

ют меньшую, чем здоровые, изменчивость психомоторного темпа; в среднем более длительное время им требуется для перестройки навыка; труднее им дается решение заданий, требующих переключения и распределения внимания, а также когнитивной перестройки, например переключение на новый признак унификации. Несомненным доказательством нарастания ригидности при алкоголизме являются данные деления обследованных лиц на четыре группы по уровню выраженности ригидности (см. рис. 11).

И хотя этот профиль больных алкоголизмом фактически совпадает с таковым группы здоровых, уровень различий в ригидности подструктур личности в обоих случаях разный. Это отмечается по итогам квартильной градации данных шкалы СКР. Значительно большее число больных алкоголизмом, чем здоровых лиц, отнесено к группам «высоко-» и «чрезмерноригидные» – 67,9 и 2,8% против 44,2 и 0% (X^2=18,6; $p < 0,001$).

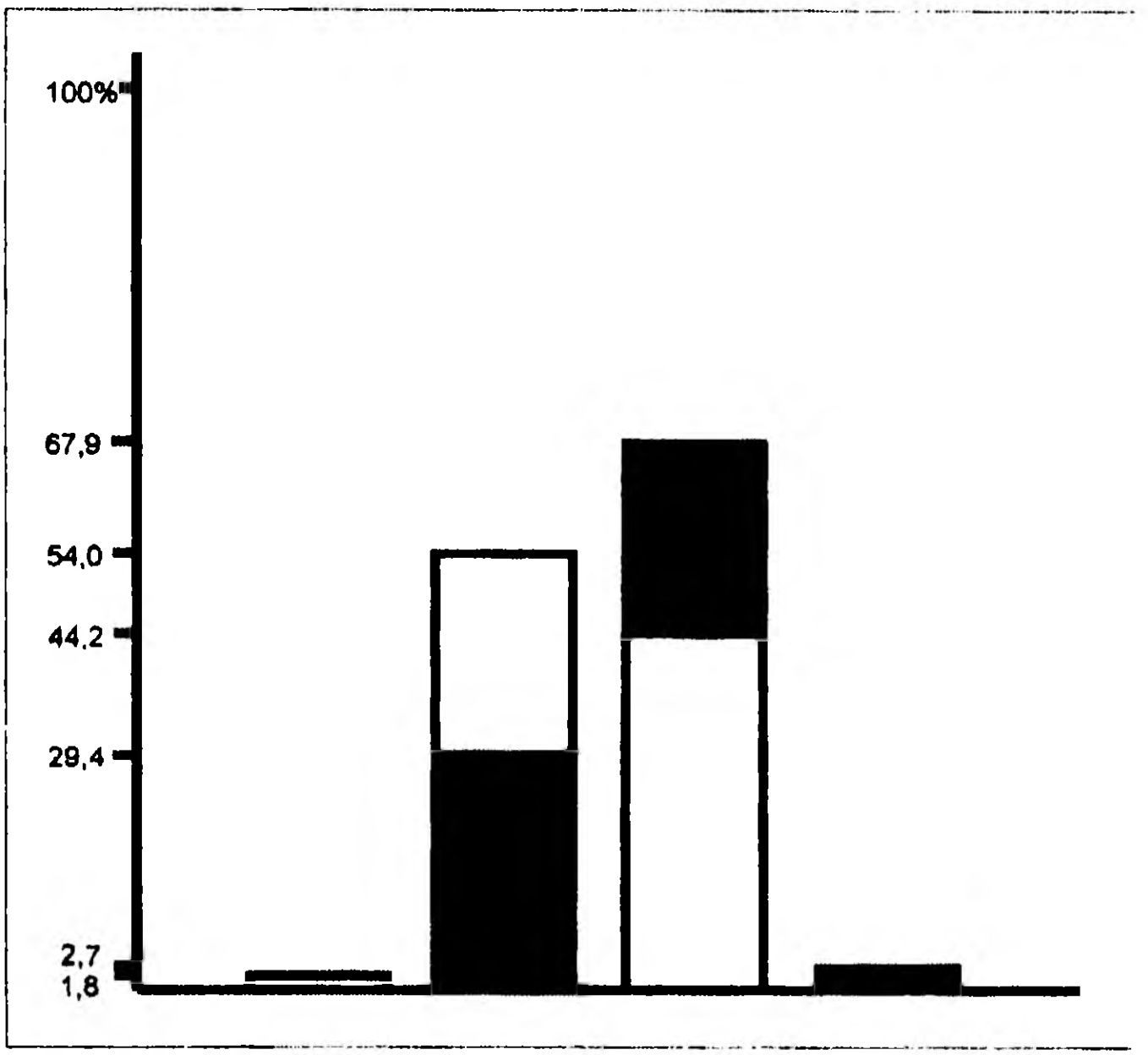


Рис. 11. Уровень ригидности по данным квартильной градации шкалы СКР (норма – ▭ , алкоголизм – ▬ столбцы). *1* – низко, *2* – умеренно, *3* – высоко, *4* – чрезмерно высоко

Полученные нами данные в основном согласуются с клиническими описаниями личности больных алкоголизмом [Меньшикова, 1980; Шумский, 1983; Иванец, Игонин, 1986; Пятницкая, 1986; Krampen, 1978] и с психологическими исследованиями [Братусь, Сидоров, 1984; Розовский, 1986]. Так, например, И.Н. Пятницкая пишет «о быстрой утрате больным алкоголизмом адаптационной пластичности психики» (1986, 382), Н.И. Иванец и А.Л. Игонин – «о неспособности больного алкоголизмом усваивать новое» (1983, 122), а Б.С. Братусь – «о косности и неподатливости психокоррекционному воздействию «алкогольного мировоззрения» (1984, 115–116).

Сравнительный анализ интраструктурных профилей психической ригидности свидетельствует об усилении ригидизации всех сфер и уровней личности больного алкоголизмом, достигающего 2-й стадии. По всем подструктурам личности больные оказались значительно ригиднее здоровых ($p < 0,01$–$0,001$), что проявляется и в более широком, чем в норме, спектре фиксированных форм поведения (по данным шкалы СКР). Психическая ригидность из парциальной характеристики личности по мере алкоголизации перерастает в ее тотальное качество, становится «сквозной», что доказывается и значительно большим параметром консистентности – в 9 случаях из 15 интеркорреляции между шкалами ТОРЗ в группе больных выше, чем в группе здоровых.

В то же время «вклад» подструктур личности в суммарную оценку психической ригидности различный и при клинико-психологических исследованиях. В качестве наиболее ранних признаков интеллектуально-мнестического снижения при алкоголизме отмечается [Иванец, Игонин, 1983, 122] неспособность осваивать новое и шаблонность в профессиональной деятельности, появление косности в привычках. И по нашим данным, первое место по уровню различий заняла праксическая подструктура, а на втором месте, совсем близко к ней, – динамическая. Дальше располагаются эмотивная, психосоциальная и когнитивная подструктуры. Эти данные хорошо согласуются с известными фактами энергетического снижения [Пятницкая, 1986], снижения общей активности больных [Короленко, Завьялов, 1987], их творческой инициативы и, прежде всего в профессиональной деятельности, – преобладания шаблонности, рутинности, что в конце концов приводит к снижению профессионального уровня, переходу на неквалифицированные виды труда. Все это, конечно, сопровождается и ростом косности, уменьшением гибкости в эмоциональной жизни, межличностных отношениях – сужаются межперсональные связи, наступает, по выражению Л.Н. Толстого, «нравственная неподвижность» и формируется вообще «алкогольное мировоззрение, косное и неподатливое психокоррекционному воз-

действию [Братусь, 1984]. В то же время исследователи расходятся в оценке того, относится ли ригидность к тем преморбидным качествам, которые усиливаются и заостряются при наступлении болезни, или она появляется как новая черта в структуре патологически развивающейся личности. Мы склонны считать психическую ригидность преморбидной характеристикой личности, которая с наступлением болезни усиливается количественно, претерпевая и качественные изменения, способствуя затем патологическому развитию личности больного алкоголизмом. Наше мнение опирается в первую очередь на собственные данные. Как выше было уже показано, данные шкалы ПМР в группе больных алкоголизмом достоверно выше таковых в группе здоровых лиц ($p < 0,05$). Об усилении психической ригидности говорят также, во-первых, резкое увеличение различий показателей психической ригидности ($p < 0,001$) в актуальном состоянии (например, по шкале АР) и, во-вторых, рост более чем в 2 раза числа «высоко-» и «чрезмерно-ригидных» в группе больных алкоголизмом по сравнению с преморбидом (70,6 против 33,8%). Убедительными в этом отношении, на наш взгляд, являются и литературные данные: клинические описания [Жислин, 1965; Портнов, Пятницкая, 1971; Морозов, 1983], психологические исследования мотивации пьянства и алкоголизма [Братусь, 1984, 1987; Завьялов, 1986], типологические [Ураков, Куликов, 1977] и конституционально-личностные исследования [Личко, 1977, 1983; Корнетов, Губерник, 1983].

Выяснение вопроса об отношении психической ригидности к преморбиду тесно связано с проблемой ее механизмов и ролью в формировании алкогольной зависимости, терапии и реабилитации больного. В исследовании И.Г. Уракова и В.В. Куликова (1977) показана роль типа ВНД в проявлении больными алкоголизмом ригидности. Так, если среди 287 сангвиников оказалось лишь 66 человек с чертами ригидности, то среди 299 флегматиков уже 257 с такими чертами, или, по терминологии авторов, плохими адаптационными способностями. Что касается холериков и меланхоликов, то среди них с чертами ригидности из 256 оказалось соответственно 14 человек и из 158 – 30 человек. Эти результаты, как нетрудно увидеть, обусловлены самим пониманием сущности изучаемого явления. Авторы фактически отождествляют ее с инертностью нервных процессов, иногда употребляя и термин «ригидность нервных процессов» (Там же, 24–25). Несомненно, психическая ригидность имеет под собой нейродинамическую основу. Об этом говорят и наши данные – большой вклад в общую оценку психической ригидности динамической подструктуры, ригидность которой при алкоголизме значительно больше, чем в норме ($p < 0,001$ по данным шкалы

СКР и «теппинг-теста»). Но эта основа значительно шире, что иллюстрируется в анализируемом исследовании выявлением больных алкоголизмом с чертами ригидности среди холериков и меланхоликов. На норме это демонстрируется в исследованиях В.В. Белоуса (1971), С.В. Калашникова (1979). Эти же авторы справедливо считают, что, во-первых, психическая ригидность может зависеть от мотивов [Белоус, 1971] и, во-вторых, являясь содержательной характеристикой поведения личности, может и не быть связанной с пластичностью как его формальной характеристикой [Калашников, 1979].

Поскольку подробнее на этом вопросе мы останавливаемся несколько ниже, то отметим лишь следующее. Несмотря на разные точки зрения относительно механизмов психической ригидности, большинство исследователей справедливо считают ее, наряду с целым рядом других свойств личности, «неадаптивной способностью». Как преморбидная особенность личности она выступает предрасполагающим к пьянству и алкоголизму фактором. Заостряясь по мере алкоголизации, ригидность становится одним из механизмов психической зависимости и фактором, затрудняющим реабилитацию больных алкоголизмом, поскольку последняя требует решения «сложной задачи переориентации человека на новый жизненный стиль, другие пути развития личности, перестройки системы отношений, системы жизненных ценностей, мотивов деятельности и т.д.» [Короленко, Завьялов, 1987, 132]. Так, И.Я. Розовский (1986, 76) сообщает о том, что среди его испытуемых – больных алкоголизмом – оказался высокий процент лиц, отличающихся повышенной ригидностью психических процессов и обнаруживших в значительной мере нечувствительность к различным психотерапевтическим воздействиям. Надо подчеркнуть, что подобное мнение высказывалось многими как отечественными, так и зарубежными авторами [Рожнов, 1979; Кудрявцев, 1986; Гузиков, Зобнев, Мейроян, 1985; Krampen, 1978; Küfner, 1981]. С этим следует согласиться, если иметь в виду, что больные алкоголизмом не просто более ригидны, чем здоровые люди, но, согласно данным шкал «сенситивной ригидности» и «установочной ригидности», они проявляют значительно большую ригидность при разной степени участия сознания. Это означает, что для них характерна не только боязнь каких-либо изменений, перемен и всего нового, но и осознанная позиция неприятия всего этого.

Итак, результаты собственного сравнительного экспериментально-психологического изучения психической ригидности при алкоголизме и в норме, а также литературные данные после их подробного описания и обсуждения позволяют сделать следующее краткое заключение.

Больные второй стадией алкоголизма значительно более ригидны, чем здоровые люди. За этим лежат как биологические (широкая основа нейродинамических особенностей, сниженный энергетический потенциал), так и психологические (пассивность, нарушенная структура мотивов и синергия за счет других «неадаптивных способностей») факторы. При этом наше исследование позволило не только подтвердить клинические наблюдения, но количественно – в интенсивностных характеристиках и качественно – в пространственных характеристиках оценить степень и особенности ее проявления при алкоголизме. Следует отметить, что давность заболевания не оказывает существенного влияния на уровень проявления психической ригидности. Этот факт можно объяснить, видимо, определенной ее стабильностью в пределах одной (в данном случае второй) стадии заболевания. В исследовании также было установлено, что психическая ригидность характеризует больных алкоголизмом уже в преморбиде. «Преморбидная ригидность», по всей видимости, может считаться предыспонирующим к алкоголизации фактором. По мере алкоголизации и при достижении второй стадии алкоголизма психическая ригидность, как показало исследование и подтверждают клинические наблюдения, усиливается, заостряется, занимая все большее место в структуре личности больного алкоголизмом, становится «сквозным» ее свойством (высокий показатель консистентности). В то же время, как показал интраструктурный анализ, наибольший «вклад» в общую оценку психической ригидности при алкоголизме вносят праксическая и динамическая подструктуры, что хорошо согласуется с данными клиники и социально-психологических исследований о снижении общей активности больных, их творческой инициативы, прежде всего в профессиональной деятельности.

В исследовании был обнаружен и тот важный факт, что больные алкоголизмом отличаются в высокой степени от здоровых лиц по данным шкал «сенситивной» и «установочной» ригидности. Из этого следует, что для них в большой степени характерны боязнь всего нового и осознанное неприятие его – «цепляние» за привычное, отказ от поиска новых решений, тех или иных проблем, подходов, целей и т.п. Отсюда и отмечаемая многими исследователями терапевтически и вообще реабилитационно неблагоприятная роль психической ригидности при алкоголизме.

2.6. Внутринозологические особенности проявления психической ригидности

Попытки теоретического и экспериментального изучения проблемы психической ригидности в сравнительном аспекте (норма – конкретная не-

рвно-психическая патология) известны в основном из зарубежной литературы. Внутринозологические сравнительные исследования вообще единичны. К ним следует отнести исследования Goldstein (1943, 1959), в которых он, сравнивая группы больных шизофренией, травмами мозга и умственно отсталых (feeble-minded), пытался установить качественные особенности проявления ими психической ригидности. Он выделял «первичную» и «вторичную ригидность», связывая их с особенностями интеллекта – конкретным и абстрактным мышлением. Werner (1946), сравнивая особенности психической ригидности двух групп больных – brain demaged and feeble-minded, говорит о ее качественном своеобразии при этих расстройствах. Он выделял «аномальную ригидность», характерную для травматиков, и «субнормальную ригидность», характеризующую слабоумных.

Количественные различия в проявлении психической ригидности между больными с психотическими и невротическими расстройствами попытались обнаружить Luchins and Luchins (1959, 248–249). В одном из своих исследований, в котором 30 больных-невротиков и столько же больных-«психотиков» (psychotics) выполняли задание «о трех сосудах», они обнаружили большую ригидность группы больных невротиков (74 против 47% при $p = 0,05$). Но эта тенденция, как пишут авторы, не всегда имеет место, поскольку в других своих исследованиях между этими группами больных различий обнаружено ими не было либо они были в пользу больных-«психотиков», хотя и не всегда на достаточном статистическом уровне достоверности.

Таким образом, вопрос о внутринозологических различиях проявления психической ригидности остается открытым как в отношении ее количественных, так и качественных особенностей. Более того, в сравнительные исследования широкий круг основных нервно-психических расстройств вообще не вовлекался.

Сравнительные данные об особенностях проявления психической ригидности больными неврозами, психопатией, органическими поражениями ЦНС и шизофренией. По показателям ИПР результаты обследованных нами нозологических групп колеблются в зависимости от шкал ТОРЗ (табл. 8). В то же время более высокие показатели чаще отмечаются в группе больных шизофренией – в 3 из 6 шкал (АР, РСО и ПМР), органическими поражениями ЦНС – в 3 из 6 шкал (СКР, АР, СР), неврозами – в 1 из 6 шкал (АР) и еще в 4 шкалах (СКР, СР, РСО и ПМР) – на втором месте. Что касается группы больных шизофренией, то по двум остальным шкалам (СКР и СР) она занимает 3-е место. Группа «органиков» по шкале УР занимает второе, а по шкалам РСО и ПМР –

Таблица 8

Психическая ригидность при основных нервно-психических расстройствах по данным ТОРЗ (без алкоголизма)

Группа	Шкалы ТОРЗ						
	ПФ	СКР	АР	УР	СР	РСО	ПМР
Неврозы	ИПР	148,0 ± 24,2	38,8 ± 9,7	29,0 ± 8,0	44,4 ± 10,9	17,5 ± 5,2	37,7 ± 10,1
	ГПР	2,46 ± 0,4	2,88 ± 0,6	2,8 ± 0,6	3,04 ± 0,5	3,22 ± 1,0	Нет данных
	ЭПР-1	61,0 ± 8,6	14,0 ± 2,8	11,0 ± 2,9	14,6 ± 2,8	5,3 ± 1,1	13,7 ± 3,1
	ЭПР-2	46,0 ± 7,9	10,0 ± 2,9	7,0 ± 2,2	11,5 ± 3,2	4,7 ± 1,4	9,4 ± 3,0
	ЭПР-3	28,0 ± 11,5	5,4 ± 3,0	4,0 ± 2,6	6,7 ± 3,6	2,8 ± 2,0	5,0 ± 3,3
Психопатия	ИПР	137,4 ± 29,8	32,6 ± 9,9	27,8 ± 6,6	40,9 ± 12,6	16,9 ± 6,1	36,2 ± 9,9
	ГПР	2,45 ± 0,5	2,92 ± 0,6	2,9 ± 0,7	3,02 ± 0,6	3,19 ± 1,0	Нет данных
	ЭПР-1	56,5 ± 10,9	12,6 ± 3,1	9,9 ± 2,5	13,4 ± 3,7	5,1 ± 1,5	13,5 ± 3,1
	ЭПР-2	42,5 ± 9,1	9,2 ± 2,9	6,9 ± 2,9	10,3 ± 3,6	4,4 ± 1,7	9,3 ± 2,7
	ЭПР-3	26,7 ± 11,5	5,3 ± 3,0	4,1 ± 2,4	6,2 ± 3,6	3,0 ± 2,0	5,0 ± 3,0
Органические поражения ЦНС	ИПР	148,5 ± 26,5	38,8 ± 11,0	29,9 ± 8,9	44,7 ± 12,9	17,0 ± 6,0	37,4 ± 11,3
	ГПР	2,53 ± 0,5	2,96 ± 0,7	2,85 ± 0,8	3,09 ± 0,6	3,25 ± 0,9	Нет данных
	ЭПР-1	58,5 ± 11,9	13,1 ± 3,6	10,7 ± 3,7	14,3 ± 3,6	5,0 ± 1,8	13,2 ± 3,0
	ЭПР-2	45,5 ± 9,3	9,7 ± 3,2	7,3 ± 2,8	11,5 ± 3,7	4,5 ± 1,9	9,4 ± 3,5
	ЭПР-3	28,8 ± 11,0	5,6 ± 3,1	4,4 ± 2,9	7,2 ± 4,3	2,9 ± 2,2	5,2 ± 3,4
Шизофрения	ИПР	143,6 ± 32,7	38,8 ± 11,0	30,0 ± 9,4	43,7 ± 14,2	17,9 ± 5,5	38,1 ± 10,5
	ГПР	2,49 ± 0,5	3,01 ± 0,7	2,96 ± 0,8	3,07 ± 0,8	3,37 ± 0,7	Нет данных
	ЭПР-1	57,0 ± 11,8	13,0 ± 3,3	10,2 ± 3,1	14,1 ± 3,6	5,2 ± 4,2	13,2 ± 3,6
	ЭПР-2	44,0 ± 10,3	19,0 ± 3,1	7,3 ± 2,6	11,1 ± 3,9	4,7 ± 1,4	9,5 ± 2,9
	ЭПР-3	29,0 ± 12,6	6,3 ± 3,4	4,9 ± 3,0	7,2 ± 4,6	3,3 ± 2,0	5,8 ± 3,4

3-е место. Самые низкие показатели ИПР по всем шкалам обнаружились в группе страдающих психопатиями. Следует отметить, что три сравниваемые группы (кроме психопатий) показали одинаковый результат по шкале АР (правда, при различных дисперсиях среднего показателя).

Отмеченные различия между группами больных по параметру ИПР в большинстве случаев остаются на уровне тенденции либо незначительны. Из 36 показателей t-критерия Стьюдента лишь в 5 случаях он достигает статистического уровня достоверности ($p < 0,05$–$0,001$). По шкале СКР между группами больных неврозами и психопатиями ($p < 0,02$), органическими поражениями ЦНС и психопатиями ($p < 0,01$), по шкале УР – между группами больных органическими поражениями ЦНС и психопатиями ($p < 0,05$), по шкале СР – между группами больных неврозами и психопатиями ($p < 0,05$), органическими поражениями ЦНС и психопатиями ($p < 0,02$). По параметру ГПР различия достигли уровня статистической достоверности в 3 из 31 возможного случая: по шкале СКР – между группами больных-органиков и больных шизофренией ($p < 0,05$), по шкалам УР и РСО – между группами больных шизофренией и неврозами ($p < 0,05$).

Как и ожидалось, наиболее «чувствительным» дискриминирующим параметром психической ригидности явилась экстенсивность (и прежде все-

го ЭПР-3), по показателям которой различия достигли уровня статистической достоверности в 18 из 36 возможных случаев. Благодаря этому параметру на статистическом уровне достоверности ($p < 0,05$) различаются группы больных неврозами и шизофренией по 5 из 6 шкал (исключение составила шкала СР), группы больных неврозами и психопатией – по 4 из 6 шкал (кроме РСО и ПМР). Обнаружились группы больных, которые на статистически достоверном уровне различаются по тем или иным шкалам только по параметру ЭПР. Так, группы больных неврозами и органическими поражениями ЦНС различаются по ЭПР-1 шкалы СКР ($p < 0,05$) и РСО ($p < 0,02$), шизофренией и психопатией – по ЭПР-3 шкал АР и УР ($p < 0,05$), шизофренией и органическими поражениями ЦНС – по ЭПР-3 шкал АР, РСО и ПМР ($p > 0,05$).

Сравнительные данные по интраструктуре психической ригидности позволяют более дифференцированно оценить различия между обследованными нами нозологическими группами. Моделью выступает интраструктура ПР по данным шкалы СКР. Так, при высокой достоверности различий между группами больных неврозами и психопатией по данным шкалы СКР (об этом мы говорили выше) оказалось, что по подструктурам личности уровень этих различий далеко не одинаков – колеблется от 95% (праксическая), 99% (динамическая и когнитивная) до 99,9% (психосоциальная). Ниже статистического уровня достоверными оказались различия по эмотивной подструктуре. По параметру ЭПР-2 различия по этой подструктуре уже достоверны на 95%-м уровне, достигая $p < 0,001$ по психосоциальной и динамической подструктурам.

Между группами больных органическими поражениями ЦНС и неврозами статистически достоверные различия обнаружились лишь по ЭПР-1 и только по двум подструктурам – динамической и праксической. Так же, но только по параметру экстенсивности и по большинству подструктур (за исключением эмотивной), выявились различия между группами больных шизофренией и неврозом. Между группами больных органическими поражениями ЦНС и психопатией различия имеют место по всем трем параметрам, но в зависимости от подструктуры личности: динамическая – по ИПР и ЭПР-2 ($p < 0,01$), праксическая – ГПР ($p < 0,05$), когнитивная – ИПР и ЭПР-3 ($p < 0,01$), психосоциальная – по ИПР и ЭПР-2 ($p < 0,01$). Похожие данные обнаружены и при сравнительном анализе групп больных шизофренией и психопатией: по ИРП и ЭПР когнитивной и психосоциальной подструктур уровень достоверности различия достиг 99%-го, а динамической подструктуры – лишь 95%-го уровня достоверности. По праксической и

эмотивной подструктурам различия оказались несущественными. То же самое справедливо для всех подструктур и по всем параметрам в случае групп больных органическими поражениями ЦНС и шизофренией.

Сравнительные данные по градации обследованных групп, основанной на квартильной оценке данных шкал СКР, АР и ПМР, и статистический анализ данных с помощью t-критерия свидетельствуют о том, что достоверные различия при распределении по группам – «низкоригидные», «умереннориги-дные» «высокоригидные» и «чрезмерноригидные» – имеют место, по данным шкалы СКР, между группами больных неврозами и психопатией (X^2=0,59, $p < 0,05$), органическими поражениями ЦНС и психопатией (X^2=9,72, $p < 0,05$), а также, по данным АР, между мужчинами групп больных шизофренией и неврозами (X^2=8,41; $p < 0,05$), шизофренией и психопатией (X^2=9,52; $p < 0,05$) и органическими поражениями ЦНС и неврозами (X^2=7,04; $p < 0,05$). Что касается данных по шкале ПМР, то мы их рассмотрим ниже.

Сопоставляемые нозологические группы различаются, хотя и в разной степени, и по данным экспериментальных методик. По результатам «теппинг-теста» ниже показатель «изменчивости психомоторного темпа» на статистически достоверном уровне в группе больных органическими поражениями мозга, чем у больных неврозами ($p < 0,05$) и шизофренией ($p < 0,02$). А у группы больных шизофренией он значимо и достоверно ниже, чем у группы больных психопатией ($p < 0,01$). Данные по «зеркальному навыку» говорят о том, что больные психопатией значительно быстрее справлялись с заданием на перестройку навыка, чем больные других групп: неврозами ($p < 0,05$), органическими поражениями ЦНС и шизофренией ($p < 0,01$). В остальных случаях различий обнаружено не было. Из экспериментальных методик наиболее дифференцирующей оказалась таблица Шульте – Горбова. По ее данным, значительно труднее даются задания на переключение и распределение внимания больным неврозами, чем органическими поражениями ЦНС ($p < 0,05$), шизофренией ($p < 0,05$), а также труднее переключение давалось больным психопатией, чем органическими поражениями и шизофренией ($p < 0,05$), и больным шизофренией по сравнению с больными органическими поражениями ЦНС ($p < 0,01$). Направление различий по данной методике указывает, видимо, на большую ее стрессогенность, а поэтому выявляющую особенность психической ригидности скорее как состояние, которое легче «провоцируется» в подобных ситуациях у больных неврозами и психопатией.

Результаты экспериментального исследования психической ригидности посредством методики «унификация» (полного варианта – 50 экспозиций) дают основание говорить о значимых и достоверных различиях между груп-

пами больных неврозами и органическими поражениями головного мозга ($p < 0,02$), а также неврозами и шизофренией на том же уровне достоверности. В обоих случаях лучше справились с экспериментальными заданиями больные неврозами. Они в среднем быстрее переключались на новый признак унификации предъявленных им изображений предметов.

Несомненно, информативным в сравнительном плане является корреляционный анализ данных шкал ТОРЗ, указывающий на степень консистентности психической ригидности. Чаще всего более высокие коэффициенты интеркорреляций имеют место в группе больных шизофренией: в 14 случаях из 15 они выше, чем в группах больных органическим поражением ЦНС и алкоголизмом, в 11 случаях выше, чем в группах больных неврозами и психопатией, и в 6 случаях выше, чем у всех остальных (вместе взятых) групп больных. Но следует учесть и то обстоятельство, что показатели группы больных шизофренией еще по 3 раза с группой больных неврозами и психопатией и 1 раз с группой больных органическими поражениями ЦНС превышали показатели остальных групп больных.

В общей сложности получается, что группа больных шизофренией по величине коэффициентов интеркорреляций превышает другие группы в 13 из 15 случаев). Это свидетельствует о том, что психическая ригидность наиболее консистентно представлена в структуре личности больных шизофренией, характеризуя их поведение более широким спектром связанных между собой общей основой – свойством или фактором – фиксированных форм поведения. Или, иначе говоря, больные шизофренией представляют собой наиболее однородную, гомогенную группу лиц по проявлению психической ригидности в ее разновидностях (как свойства и как состояния) и на разных уровнях сознания (осознаваемом, «принципиальном» и неосознаваемом). Во многом это, видимо, обусловлено высокими показателями психической ригидности уже в детском и юношеском возрасте (в преморбидной личности). В группе больных шизофренией наблюдаются и самые высокие корреляционные связи преморбидной ригидности с показателями ригидности в актуальном состоянии. На втором месте по признаку «консистентности» психической ригидности в структуре личности находится группа больных психопатией, хотя по абсолютным показателям она находится ниже группы больных неврозами и органическими поражениями головного мозга. В структуре личности больных неврозами и органическими поражениями ЦНС психическая ригидность представлена как бы более мозаично. Смена этой «мозаичности» «консистентностью» наблюдается при патохарактерологических сдвигах, которые имеют место при невротическом и патологическом развитии личности. В пользу

высказанных соображений говорят и статистически достоверные интеркорреляции шкал ТОРЗ со шкалой ригидности Cervin (1957) – в четырех из шести случаев в группе больных шизофренией (СКР – 0,38; $p < 0,01$; АР – 0,26; $p < 0,05$; СР – 0,36; $p < 0,01$ и ПМР – 0,24; $p < 0,05$), в двух из шести случаев в группе страдающих психопатией (СКР – 0,45; $p < 0,01$ и СР – 0,48; $p < 0,01$). В группе неврозов – лишь в одном случае и ни одного в группе больных органическими поражениями ЦНС.

Психическая ригидность при алкоголизме в сравнении с пограничными состояниями и шизофренией. Группа больных алкоголизмом выделена для сравнительного анализа в связи с тем, что ее составили больные только мужского пола.

Наиболее существенны различия показателей психической ригидности группы больных алкоголизмом и группы больных органическими поражениями головного мозга и шизофренией и в меньшей степени – групп больных неврозами и психопатией. Так, с группой больных психопатией значимые, но не на очень высоком уровне достоверности ($p < 0,05$) различия обнаружились по параметру ИПР лишь шкалы УР и по параметру ЭПР-3 шкал СКР и СР. Несколько выше достоверность различий по параметру ЭПР-3 шкалы УР ($p < 0,02$) и ЭПР-1 шкалы РСО ($p < 0,05$), а также по параметру интенсивности шкалы УР ($p < 0,05$) и шкалы РСО ($p < 0,05$) с группой больных неврозами. Между показателями группы больных алкоголизмом и органическими поражениями ЦНС значимые и достоверные различия обнаружены по параметру ИПР уже по данным 4 шкал из 6, а по параметру экстенсивности уже 5 из 6 шкал ($p < 0,05–0,01$). Что касается различий между показателями групп больных алкоголизмом и шизофренией, то они оказались особенно большими по шкале АР – ИПР ($p < 0,02$) и ЭПР-1 ($p < 0,01$), а также по шкале РСО – по всем трем параметрам психической ригидности ($p < 0,001$).

Качественные особенности психической ригидности больных алкоголизмом выражаются и в ее интраструктуре. Так, по динамической подструктуре больные алкоголизмом отличаются от больных неврозами и органическими поражениями ЦНС по параметру ЭПР, а от страдающих психопатией – по параметрам ЭПР и ИПР на 95%-м уровне достоверности. По праксической подструктуре близкие к статистически достоверным различия выявились лишь в одном случае – с группой больных шизофренией по параметру ГПР ($p < 0,05$). Когнитивная подструктура дифференцирует больных алкоголизмом на статистически достоверном уровне от больных пси-

хопатией по параметрам ЭПР-3 ($p < 0,01$) и ИПР ($p < 0,05$), а также от больных шизофренией по параметру ЭПР-1 ($p < 0,05$). На более высоком уровне достоверности различает эмотивная подструктура по параметрам ЭПР и ИПР группу больных алкоголизмом от группы больных неврозами ($p < 0,001$ и 0,01), органическими поражениями ЦНС ($p < 0,01$) и шизофренией ($p < 0,001$). С последними двумя группами больных обнаружены различия на значительном уровне достоверности и по психосоциальной подструктуре, причем с группой больных шизофренией по всем трем параметрам: ЭПР-1 ($p < 0,001$), а ИПР и ГПР – на 95%-м уровне.

Таким образом, интраструктурные особенности ПР больных алкоголизмом состоят в том, что от больных неврозами они значительно отличаются эмотивной подструктурой и в некоторой степени динамической, от страдающих психопатиями – динамической и когнитивной подструкутурами, от больных органическими поражениями ЦНС – эмотивной, психосоциальной и в некоторой мере динамической, а от больных шизофренией – в высокой степени эмотивной и психосоциальной и в некоторой степени когнитивной и праксической.

По оценке «консистентности» психической ригидности в структуре личности больных алкоголизмом она, несомненно, значительно ниже таковой у больных шизофренией, несколько ниже, чем у страдающих психопатией, и находится приблизительно на одном уровне с «консистентностью» ПР, отмечаемой в структуре личности больных неврозами и органическими поражениями головного мозга, хотя и со своеобразной, «своей» внутренней структурой.

Следует также отметить в группе больных алкоголизмом более высокие, чем в других группах, положительные связи преморбидных и актуальных (морбидных) показателей психической ригидности. Особенностью проявления психической ригидности больными алкоголизмом является и то, что по величине интракорреляций одних шкал больные алкоголизмом ближе к больным неврозами (СКР и АР, СКР и РСО, АР и СР, АР и РСО, УР и ПМР, СР и РСО), а других – к больным органическими поражениями ЦНС (например, СКР и УР, СКР и СР, АР и УР, УР и СР, УР и РСО).

Экспериментальные данные, значимо и достоверно различающие группы больных алкоголизмом и некоторые другие группы больных, представили результаты «теппинг-теста» и таблицы Шульте – Горбова. Так, по данным «теппинг-теста» на статистически достоверном уровне различаются больные алкоголизмом и органическими поражениями ЦНС ($p < 0,01$); еще на более высоком уровне отличаются больные алкоголизмом от больных органическими поражениями ЦНС и шизофренией по результатам таблицы

Шульте – Горбова ($p < 0,001$). По остальным методикам и в сравнении с другими нозологическими группами различий не обнаружено.

Таким образом, сравнительное исследование психической ригидности при различных формах основных нервно-психических расстройств и алкоголизме дало возможность получить во многом новую информацию. Прежде всего, было установлено, что наиболее «чувствительным» параметром психической ригидности в плане дифференциации различных форм нервно-психических расстройств является «экстенсивность», т.е. оценка широты охвата структуры личности психической ригидностью. Чаще всего в этой роли выступала ЭПР-3, т.е. широта зон (сфер) личности с максимально выраженной ригидностью. По параметру ЭПР различия между нозологическими группами на статистическом уровне достоверности обнаружились в 50% случаев (в 18 из 36 случаев), в то время как по параметру ИПР лишь в 5 случаях (около 14%). Так, благодаря параметру ЭПР выявились различия на статистически достоверном уровне между группами больных, которые по другим параметрам не были обнаружены. В других случаях, тоже благодаря параметру «экстенсивности» в трех его уровнях, различия оказываются и более определенными, и более выраженными. Так, например, по параметру ЭПР-3 обнаружены статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между группой больных неврозами и шизофренией по 5 из 6 шкал ТОРЗ. При этом выше показатели ЭПР-3 были в группе больных шизофренией. В то же время показатели параметра ЭПР-1 были выше по всем шкалам у больных неврозами, хотя различия и не достигали статистически достоверного уровня. Это говорит о том, что в структуре личности больных шизофренией психическая ригидность хотя и представлена более узким общим спектром охвата подструктур и сфер, чем в структуре личности больных неврозами, но зато в ней шире распространение «зон» с максимальной выраженностью ригидности. Отсюда становится ясной противоречивость данных исследования, о которой мы говорили выше.

Большие возможности дифференциации нозологических групп, чем суммарная оценка по параметру ИПР, представляет оценка интраструктуры ПР – характеристика подструктур личности по параметрам ПР. Оказалось, что по эмотивной подструктуре показатели всех параметров ПР практически у всех групп больных очень близки, так как значимых и достоверных различий обнаружено не было. Это значит, что эмоциональная сфера личности «поражается» ригидностью приблизительно в равной степени, вне зависимости от вида нервно-психического расстройства. Не выявлено достоверных различий ни по одной подструктуре между группами больных шизофренией и органи-

ческими поражениями ЦНС. В остальных случаях и по большинству подструктур такие различия, как было показано выше, были обнаружены.

Собственно экспериментальные данные позволили также выявить внутринозологические особенности проявления психической ригидности в экспериментальных действиях разного уровня. Больным органическими поражениями ЦНС и шизофренией оказалась свойственна значительно более низкая «изменчивость психомоторного темпа», чем больным психопатиями и неврозами. Выше эффективность выполнения задания на перестройку навыка оказалась у больных психопатией по сравнению с больными неврозами и органическими поражениями головного мозга. Данные «унификации» дифференцируют на достаточном уровне группу больных неврозами, с одной стороны, и группу больных органическими поражениями ЦНС и шизофренией – с другой, что указывает на разную степень гибкости когнитивной сферы больных.

Корреляционный анализ способствовал выявлению не просто большей или меньшей интенсивности или экстенсивности ПР, проявляемой той или иной группой больных, но большую-меньшую консистентность психической ригидности в структуре личности больных разными нервно-психическими расстройствами. Оказалось, что наибольшая консистентность психической ригидности характерна для структуры личности больных шизофренией, затем психопатией и т.д.

Больные алкоголизмом по консистентности психической ригидности расположились ниже групп больных шизофренией и психопатией и ближе к группам больных неврозами и органическими поражениями ЦНС. По количественным же показателям интенсивности ПР больные алкоголизмом обнаружили различия на статистически достоверном уровне с показателями групп больных органическими поражениями ЦНС и шизофренией. В группе больных алкоголизмом выявлены, как и в группе больных шизофренией, хотя и несколько ниже, самые большие корреляционные связи актуальных показателей ригидности с преморбидной ригидностью, что имеет, несомненно, прогностическое значение.

Итак, результаты сравнительного исследования позволяют сделать заключение о том, что при основных нервно-психических расстройствах – неврозах, психопатиях, неврозоподобных состояниях экзогенно-органического генеза, шизофрении и алкоголизме – психическая ригидность в структуре личности больных представлена по-разному как количественно, так и «качественно». В то же время большей дифференциально-диагностической «чувствительностью» обладают пространственные характеристики психической ригидности: экстенсивность, интраструктурность и консистентность.

С учетом всех показателей наибольшей ригидностью характеризуются личность и поведение больных шизофренией, несколько меньше – личность и поведение больных органическими поражениями ЦНС, неврозами и психопатией. Больные алкоголизмом (2-я стадия) по уровню ригидности приближаются к показателям больных неврозами и психопатией. В этих данных, на наш взгляд, отразились уровень и особенности нарушения психической деятельности вообще при указанных выше формах нервно-психической патологии.

Более углубленный анализ отмеченных особенностей возможен при более полном комплексном описании характеристик психической ригидности.

Глава 6

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ («ПРИНЦИП ЭКОНОМИИ») В ОБЪЯСНЕНИИ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

В своей известной работе «Общие основы рефлексологии человека» В.М. Бехтерев (1926) попытался объяснить различные виды поведения, которые мы обозначили бы как фиксированные формы поведения, – персеверации, косность, неприятие нового – общим принципом экономии энергии через механизм инерции. На роли инерции в сочетательных рефлексах основаны, в своей сущности, наблюдаемые везде и всюду привычки и рутина в поведении человека. Имея установку в определенном направлении, человек не замечает или игнорирует многое из того, что не находится в согласии с его взглядами. Наконец, вырабатывается совершенно определенная рутина и в научных воззрениях, мешающая новым достижениям. «Принцип инерции, – говорит В.М. Бехтерев, – виден и в том, что всякое открытие при неподготовленных к нему умах остается долгое время непризнанным и лежит до поры до времени втуне, но когда оно будет признано, никогда не ранее, как одно или два поколения спустя, оно уже чрезмерно преувеличивается... в силу той же инерции, в данном случае установления определенного к нему отношения» (Там же, 331).

Ссылки на принцип экономии встречаем мы и в работах по установке школы Д.Н. Узнадзе. Так, Ш.Н. Чхартишвили пишет, что установка действует по принципу экономии. Она обычно не решает вновь те интеллектуальные и практические задачи, которые были решены личностью раньше, если схемы, по которым личность раньше осуществила решение задачи, не утеряны ею. Установка, получив соответствующую объективным обстоятельствам организацию, возможности, включает в себя эти готовые, приобретенные опытом схемы, и, соблюдая принцип экономии, обеспечивает удовлетворение потребности (1973, 355–356). Как указывает А.С. Прангишвили (1973, 18), в исследованиях гру-

зинских психологов природа установки, прежде всего, рассматривается в плане ее трактовки не как основы *стереотипного поведения*, а как предпосылки самой возможности целенаправленного приспособительного поведения, соответствующего реальным условиям деятельности. В свете этого понимания установки отрицается сведение ее к ригидности. Установка, по мнению Д.Ш. Квавилашвили (1967, 5), служит основанием целенаправленного приспособительного акта поведения, и ее нельзя рассматривать как просто психическую инерцию или ригидность, которая всегда считается источником ошибочных действий и различных иллюзий.

Согласно Н.Л. Элиава (1966, 293), установка не всегда означает ригидность и, если речь идет о психологической сущности установки, надо иметь в виду не индивидуальные особенности ее проявления, а тот факт, что она, являясь модусом самого субъекта и отражая объективную ситуацию его деятельности, представляет собой внутреннее условие эффекта внешнего воздействия. Так понимаемая установка сама меняется и перестраивается под воздействием объективного мира. Поэтому в связи с ригидностью речь может идти, по ее мнению, о типе установки, об интериндивидуальных различиях ее проявления.

Согласно А.С. Прангишвили, установка представляет собой «открытую систему», обеспечивающую стабильность системы своей вариабильностью. Установка есть диалектическое единство стабильности и вариабильности (1973, 72). На наш взгляд, здесь автор все же не дает объяснение факту ригидного поведения, во-первых, а во-вторых, не разграничивает понятия ригидности и стабильности. Поэтому прав Moscovici (цит. по [Прангишвили, 1967, 72]), что не следует смешивать механическую стабильность и константность. Последняя подразумевает то, что является существенным в установке: процесс взаимного обмена между организмом и средой и приспособительную ориентацию организма. Стереотипные установки вовсе не являются показателями стабильности (или устойчивости, о чем мы говорили выше). Это свидетельствует только о ригидности реакций, которые не принимают оптимального участия во взаимодействии со средой.

В некоторых исследованиях авторы как бы выводят ригидность (ригидность поведения или психики) из ряда характеристик – измерений установки – и видят причину проявления последней в определенных характеристиках – измерениях установки. Так, И.Т. Бжалава указывает, что «инертность и грубость установки – прямой пример того, что больные не в состоянии вовремя переключиться со старой на новую – более адекватную установку; в этом мы видим *причину ригидности психики* (курсив мой. – *Г.З.*) наших

больных» (1971, 26). Производным и вторичным от фиксированной установки симптомом, по его мнению, является не только ригидность, но и более широкий спектр фиксированных форм поведения – навязчивости и персеверации. Но И.Т. Бжалава проявляет, на наш взгляд, непоследовательность в определении отношения установки и ригидности, ригидности и других измерений фиксированной установки, а также других фиксированных форм поведения. Так, он пишет, что «персеверация, навязчивости, автоматическое возникновение и течение психических процессов не представляют собой замеченный в случае какого-либо заболевания и характерный только для него симптом, это вторичное, производное явление, возникающее на основе инертности фиксированной установки. В наших опытах мы, безусловно, имеем дело с явлением, аналогичным симптому персеверации и навязчивости, и вызов этого явления удается фиксацией установки, характеризирующейся ригидностью и инертностью» (1971, 33).

Одна из главных идей работы В.С. Агеева (1986) состоит в том, что и на социально-психологическом уровне – уровне социальных стереотипов – действует механизм стереотипизации, основанный на «принципе экономии». Подтверждением тому является ссылка автора на У. Липпмана, который в 1922 г. впервые ввел в обиход термин «социальный стереотип» – «упорядоченные, схематичные, детерминированные культурой «картинки» мира в голове человека, которые *экономят его усилия при восприятии сложных социальных объектов* (курсив мой. – *Г.З.*) и защищают его ценности, позиции и права» (1986, 95). В то же время автор не дифференцирует устойчивость, ригидность и консерватизм как характеристики социальных стереотипов, отвергая возможность и необходимость, на наш взгляд, оценочного подхода к ним, что ни в коем случае не привело бы к потере ими своего психологического содержания. Ведь «устойчивость» социального стереотипа – это не то же самое, что «ригидность» социального стереотипа. Становясь ригидным, т.е. «слишком устойчивым», социальный стереотип теряет свою «экономическую функцию».

С позиции учения о доминанте А.А. Ухтомский (1973) анализирует многозначность ее психологического проявления, в том числе и в виде ригидно-установочных характеристик поведения человека. «Я ведь, – замечает А.А. Ухтомский, – в основе занят изучением нормальных предрассудков мысли и поведения; и теория доминанты ставит на очередь именно этот вопрос, как физиолого-философскую основу» (1973, 432). Наиболее подготовленная к деятельности область нервных центров будет иметь доминирующее значение для того, в какие рефлекторные последствия отольются вли-

яния среды на организм. Для высших центральных аппаратов, по его мнению, последствие будет в том, что человек предубежденный, что его окружают обжоры, эгоисты и подлецы, успешно найдет подтверждение этому своему убеждению и тогда, когда ему повстречается сам Сократ или Спиноза. Обманщик подозревает во всем обман, вор везде усматривает воровство. Чтобы этого не было, нужна трудная самодисциплина – перевоспитание доминант в себе (Там же, 389).

А.А. Ухтомский очень ярко демонстрирует примерами из области науки, как принцип экономии и инерции, заложенный в самой сути доминанты, хорошо работающий в условиях стереотипных, привычных, обусловливает ригидность поведения в условиях новых, не «совпадающих» с доминантой. Это проявляется в стремлении, по возможности, не нарушать себя и своего привычного, что считаешь за правильное, и если уж неизбежен конфликт с несогласной действительностью и несогласными людьми, то скорее пожертвуют действительностью и людьми вне субъекта, чем своей излюбленной теорией. Вот это и есть, по А.А. Ухтомскому, установка на кабинетную теорию, на собственное «Я» теоретика, около которого как будто бы вращается весь мир. Индивидуализм и солипсизм тут логически неизбежны, как бы тщательно не скрывались и задрапировывались. «Пока что я считаю своим долгом, – указывает далее А.А. Ухтомский, – говорить о том, что многие доктрины и теории в своих выводах и исканиях заранее предопределены тем, что установлены на покой и на наименьшее действие с самого начала; действительность заранее усекается ради прекрасных глаз теории. Как писал Спенсер о мышлении Вейсмана: «Ему указывают на факты, не согласные с теорией, а он говорит: ну, тем хуже для фактов» (Там же, 390–391).

Итак, человек видит реальность такою, каковы его доминанты, т.е. главенствующие направления его деятельности». К такому выводу приходит А.А. Ухтомский. Но в то же время он делает и другой вывод – о необходимости и возможности преодоления такого действия доминант «на покой» и «наименьшие действия». Он призывал «быть чутким к реальности, как есть, независимо от своих интересов и доминант. Как будто бы тут что-то невозможное, носящее в себе даже внутреннее противоречие! Как можно перешагнуть через самого себя? Однако что-то подобное уже делалось в истории человечества[4].

[4] Конкретных примеров А.А. Ухтомский не приводит, хотя, на наш взгляд, он сам и его жизнь могут служить примером. Уместно привести и другой пример – психиатра Э. Крепелина, который, по выражению А.А. Меграбяна, в конце своей жизни совершил научный подвиг, достойный подражания: пришел к самокритическому выводу о неудовлетворительности основных положений своей теории и выдвинул новую идею о психотических регистрах (1981, 102).

Лишь бы было спасительное недовольство собою и затем искренность в своих стремлениях» (Там же, 385). Он подчеркивает роль активности человека в этом процессе, считая возможным и необходимым оценочный подход: «Хорош человек тогда, когда он в борении, и, прежде всего, в борении с самим собою, когда он в творчестве и готов принять реальность и новое вопреки своим излюбленным теориям и покою» (Там же, 407).

Мнение А.А. Ухтомского оказывается еще более весомым в свете новых данных о роли «поисковой активности» в адаптации и ограниченном значении и для отдельного индивида «гомеостатической активности» [Ротенберг, Аршавский, 1984; Асмолов, 1985]. Ставит под сомнение понимание ригидности как «экономичного эффекта» поведения при исследовании патологических форм поведения с системных позиций П.С. Граве (1977, 67): «...тенденция к использованию в нетривиальных ситуациях автоматизированных алгоритмов поведения при невозможности разработать принципиально новое решение, т.е. стандартизация поведения при игнорировании содержательно-смысловой сущности ситуации, уменьшение точности, надежности и адекватности реальности действия *при иллюзии экономичности* (курсив мой. – *Г.З.*)».

В заключение отметим справедливость оценки «принципа инерции», «доминанты», «установки», «социального стереотипа» как факторов, имеющих общеприспособительное значение, основывающихся при этом на принципе экономии. Но справедливо и то (В.М. Бехтерев, А.А. Ухтомский), что установка на экономию, на «покой» со стереотипизацией, стандартизацией поведения в изменяющихся, нетривиальных условиях делает его не только неэкономичным, но в конечном итоге и дезадаптивным.

Иллюстрацией к этому служат и данные филогенетического анализа фиксированных форм поведения, о котором речь пойдет ниже.

Глава 7

ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

Наблюдения за животными на всех филогенетических уровнях показывают, что почти все формы их поведения имеют приспособительное значение. В то же время отмечается, что действия животных «не безошибочны» [Меннинг, 1982], что иногда «таксисы могут противодействовать выживанию» [Вулдридж, 1965]. Действительно, факты «ошибочных» действий животных довольно многочисленны, о чем свидетельствуют, в частности, примеры, которые можно найти в любом руководстве по зоопсихологии или этологии. Так, например, одиночная оса-сфекс будет все начинать сначала, если обрезать усики парализованному ею сверчку, так как в норку она его втаскивает только за усики. Осьминог, с такой «сообразительностью» строящий каменную стену, за которой он может сидеть, оставаясь невидимым, будет столь же энергично возводить ее из прозрачных кусков стекла, если этот материал окажется «под рукой». По кругу вертится собака, чтобы, прежде чем лечь, «примять» траву, хотя никакой травы под ней может и не быть [Lorenz, 1965].

Все эти «ошибки», которые и есть, по существу, фиксированые формы поведения животных, объясняются врожденностью «программ поведения», лежащих в основе тропизмов, таксисов и сложных инстинктов, которые реализуются целесообразно лишь в адекватных средовых условиях и при воздействии соответствующих пусковых механизмов [Слонин, 1967; Меннинг, 1982, Tinbergen, 1951; Lorenz, 1965]. Таксисы, так же как рефлексы у высших животных, пишет Д. Вулдридж (1965, 120), по-видимому, непосредственно определяются врожденным способом соединения нервов и мышц. Обычно они способствуют здоровью и благополучию организма, что, разумеется, явилось неизбежным следствием отбора; животные, которым свойственны таксисы, уменьшающие шансы на выживание, очевидно,

не могли бы выйти победителями в борьбе за существование. Только тогда, когда животное попадает в необычные для данного вида условия, таксисы могут противодействовать выживанию. Все эти врожденные формы поведения, благодаря специфичности их пусковых механизмов, с нашей, человеческой точки зрения, до смешного стереотипны и негибки.

«Индивидуальное приспособление, – писал И.П. Павлов, – существует на всем протяжении животного мира» (1949, 415). В то же время бесспорным является тот факт, что возможности какого-либо изменения врожденного и приобретение нового индивидуального опыта на низших ступенях филогенеза исключительно ограничены. Так, К.Э. Фабри указывает, что поведение животных на низшей стадии развития психики – стадии сенсорной психики – «характеризуется еще низкой пластичностью, индивидуальный опыт, процессы научения играют в жизни животных еще небольшую роль, решающее значение имеют жесткие врожденные программы поведения» (1983, 37). Преобладают «жестко запрограммированные» компоненты, отмечает Фабри, и на низшей ступени следующей стадии эволюции психики – стадии перцептивной психики, которая характеризует, например, членистоногих. Процессы научения занимают в поведении животных на этом уровне хотя и заметное место, но подчиненное по отношению к инстинктивному поведению: научение служит здесь для совершенствования врожденных компонентов поведения, для придания им должной пластичности, но оно еще не приобрело самостоятельного значения, как это имеет место у представителей высшего уровня перцептивной психики. Таким образом, поднимаясь по лестнице биологического развития, все более совершенным делается приспособление животных к изменчивости среды, все динамичнее становится их активность, все легче осуществляется и процесс научения.

Из рассмотрения особенностей динамики возможностей животных в их приспособительной деятельности на разных стадиях эволюции психики и поведения с очевидностью вытекает, что дивергенция адаптивного и фиксированного поведения является монотонной функцией этой динамики. Правда, внутри этой монотонии отношения довольно сложные и не всегда прямолинейные; не упрощает, а скорее усложняет ситуацию и тот факт, что фиксироваться могут не только врожденные, но и приобретенные в индивидуальном опыте формы поведения. Lorenz (1965) описывает, например, как птицы куторы изучают географию окрестностей гнезда. Если в каком-то месте своего пути им приходится перепрыгивать через небольшой брусок, они заучивают это движение так, что продолжают совершать прыжок и при отсутствии препятствия. Подобные примеры, а их можно привести множе-

ство как из жизни животных, так и из жизни людей, на наш взгляд, в какой-то мере дают ответ, почему при определенных условиях происходит возрождение фиксированных форм поведения как филогенетически древних реакций. Но прежде всего обратимся к некоторым данным этологии.

Этологи особо выделяют врожденные «пусковые механизмы», «запечатление» и «замещающее действие». Как неоднократно признавал Lorenz (1965) – глава этологической школы, мы фактически не знаем, что представляют собой врожденные пусковые механизмы, но зато мы много знаем относительно их функций. Самое важное и удивительное свойство врожденных пусковых механизмов заключается в том, что они, в отличие от приобретенных форм поведения, есть ответ не на сложную конфигурацию, структуру стимулов, а лишь на очень простые «ключевые раздражители». Примером действия ключевых раздражителей может служить половое поведение рыбы колюшки, изученное Tinbergen (1951). Самцы, построившие гнезда, отгоняют других самцов и ухаживают за любой самкой, у которой увеличено брюшко. Яркой иллюстрацией проявления фиксированного поведения может служить реакция некоторых животных на усиленный один или несколько ключевых раздражителей. Так, опыты, проведенные с серебристой чайкой, серым гусем и куликом-сорокой, показали, что все три вида тем сильнее стимулируются к насиживанию, чем крупнее предлагаемые им яйца. Птица при виде такого стимула как будто зачаровывается его видом, покидает свои яйца и страстно старается высиживать гигантское яйцо, хотя это физически невозможно, поскольку на таком яйце она не в состоянии сидеть [Меннинг, 1982, 88]. Подобные реакции могут достигнуть патологического уровня в случаях дезинтеграции пусковых механизмов, проявляющихся в утрате «фильтрующих» свойств этих механизмов, которая наступает чаще всего на фоне болезни животного. Частными случаями срабатывания «пусковых» механизмов являются «запечатление» и «замещающие действия». Тем не менее именно на них следует обратить внимание, считает М.С. Роговин (1965), так как здесь начинается прямое приложение этологических понятий к области психопатологии.

Запечатление обычно происходит, как показывают наблюдения этологов, вскоре после рождения и часто проявляется в виде очень прочной трудноизменяемой привязанности, например к фигуре матери. Lorenz (1965) описывал его как особую форму обучения, которая, в отличие от других его видов, необратима. Оказалось, что это действие может вызываться очень широким диапазоном ключевых раздражителей. О. Меннинг (1982) ставит вопрос о последствиях запечатления, ссылаясь в связи с этим на опыты с

птицами Лоренца, Иммельмана, Берендта и собственные. Так, Lorenz (1965) и другие исследователи наблюдали, что молодые птицы, воспитанные приемной матерью другого вида, перестают следовать за ней, когда становятся самостоятельными. Однако позднее, при наступлении половой зрелости, они ухаживают за птицами того вида, к которому принадлежит их приемная мать. При принудительном соединении с самками своего вида (опыт с зебровыми амадинами) в конечном итоге могут спариваться с ними и воспитывать потомство, но если им предоставить выбор, то будут ухаживать за самкой (самцом), принадлежащей к виду его приемных родителей. Явления, сходные с запечатлением, несомненно, участвуют в развитии общественного поведения и млекопитающих [Lorenz, 1965]. Известно, что некоторые представители психоаналитической психологии пытались интерпретировать невротические особенности запечатлением в детстве определенных переживаний.

Формой поведения, на которую этологи обращают особое внимание и которая представляет особый интерес в связи с проблемой фиксированных форм поведения и их эволюции, являются действия, названные displacement activity («замещающими действиями» или «замещающей активностью») [Tinbergen, 1951].

Независимо друг от друга Kortland (цит. по [Eisert, 1973]) и Tinbergen (1951) наблюдали в определенных конфликтных ситуациях животных, которые выполняли совершенно неожиданно «иррелевантные» движения, т.е. движения, не относящиеся ни к одному из конкурирующих в данной ситуации инстинктов. Так, рыба колюшка, пребывая в состоянии ярости, но все же опасаясь своего противника, после некоторого периода колебаний между нападением и отступлением внезапно начинает рыть песок, выполняя в точности те же движения, что и при постройке гнезда. Или, например, два петуха, находясь в той же конфликтной ситуации, начинают клевать, как бы подбирая разбросанный по земле корм. При всех замещающих движениях обычно реализуется очень привычное, примитивное действие. Очень часто «замещающая активность» выступает в виде «успокаивающих действий» – чистка перьев, почесывание, сосание конечностей и т.п.

Как отмечает Ploog (см. [Роговин, 1965]), среди зарубежных психопатологов заметно стремление сблизить этологические и клинические представления прежде всего в области неврозов, так как этологические находки явились особенно ценным приобретением для фрейдизма, ведь понятия этологии представляют на первый взгляд удивительное совпадение с тем, что раньше утверждали З. Фрейд и его последователи. Действительно, не есть

ли, например, запечатление не что иное, как «сексуальные воспоминания раннего детства»? А замещающие действия – не лежат ли они в основе сублимации и симптоматических действий? Особенно легко сближение психопатологических и этологических понятий осуществляется в отношении замещающих действий, потому что в подобных случаях действие, как правило, не имеет характера завершенности и, по-видимому, не отличается принципиально от действий, порождаемых аффективно и ситуативно. Для того чтобы оценить, пишет М.С. Роговин (1965), насколько обоснованны (точнее, насколько не обоснованны) попытки психоаналитиков опереться на этологические понятия запечатления и замещающих действий, следует прежде всего ответить на вопрос: установлены ли экспериментальным путем эти формы поведения у человека?

Lorenz (1965) в этой связи предостерегает от излишнего оптимизма. Этологи уже испытали трудности при попытках установить – после птиц – наличие запечатления у млекопитающих; нет также никаких экспериментальных данных, доказывающих наличие запечатления у человека. Поэтому этологи, переходя к изучению человека, уделяют гораздо больше внимания замещающим действиям; в качестве таковых рассматривается, например, то, что при волнении женщины поправляют прическу, мужчины – галстук; те и другие закуривают. Lorenz, Tinbergen считают, что хотя такого рода действия есть всегда результат научения, а следовательно, являются не чем иным, как высокоавтоматизированными навыками, истинная их природа – в описанном выше механизме инстинктивного действия. Считая, что у человека действия, проявляющиеся в подобных состояниях, не врожденные, а представляют собой результат научения, Barnett (1963) склонен видеть в них аналог фиксированных форм реагирования в стрессовой ситуации, которые наблюдал Maier (1949), применяя метод неразрешимых задач, и которые представляют собой одно из проявлений перенапряжения нервных процессов. Вместе с тем благодаря фиксированным реакциям происходит разряд напряжения. Человеку легче вынести напряжение в неразрешимой ситуации, когда он выполняет привычные, повторяющиеся движения. Таким образом, в условиях перенапряжения приспособление организма к среде не прекращается, а приобретает иную форму. В фиксированных реакциях приспособление происходит на более низком уровне.

Еще одним типом реакции на фрустрацию является регрессия – возврат к шаблону, который сформировался значительно раньше и когда-то приносил удовлетворение. В эмоциональном порыве взрослые люди плачут, как дети, и кричат «мама». При сильном волнении нормальная речь сменяется лепетом

или неконтролируемым потоком речи. Иногда человек принимает позу еще не родившегося ребенка или даже лает, как собака (Шибутани, 1969). По мнению П. Фресса (1975), регрессия представляет собой деградацию действия, т.е. как ответы более низкого или предшествующего уровня.

В случае сильного стимулирования, пишет Morris (1979), можно редуцировать поведенческую реакцию, приглушая готовность реагирования на раздражители, если использовать принцип «абшальтенса» («отключения»). Действие этого механизма мы можем часто наблюдать в зоопарке. Для некоторых животных зоопарк представляется тюрьмой; они часто находятся в своих клетках в состоянии перевозбуждения. Коль скоро животные не могут убежать и спрятаться, то вынуждены каким-то образом отключаться от действующих на них раздражителей. Они забиваются в угол и закрывают глаза, тем самым как бы визуально отгородившись от раздражителей. Сверхдлительный сон (узус при болезнях и у человека) является уже дальнейшей формой отключения. Но поскольку вечно спать невозможно, животные смягчают напряжение, практикуя стереотипии: маленькие тики – почесывания, покачивания, прыгание, движения по кругу или маятниковые, которые благодаря длительному повторению становятся привычными, что успокаивает. Слоны ритмично покачиваются, белка крутится в бешеном темпе в колесе, как гонщик-смертник, тигр трет о прутья клетки свой нос до кровотечения. То же самое может происходить, по мнению Морриса, и с обитателем человеческого зоопарка. Ему часто не может помочь то, что он убежит, спрячется или заткнет уши, закроет глаза.

Каждый человек, по мнению Шибутани (1969), научается по-своему справляться с фрустрацией. Оборонительная стратегия, которая помогла однажды, может снова и снова использоваться в подобных и аналогичных сутиациях, все прочнее фиксируясь в личности. Некоторые люди продолжают защищать себя даже в такой обстановке, где это вовсе не требуется. Для других характерно то, что, встречая противодействие, они отступают в мир грез. Чаще всего, как показывает клиническая практика, это имеет место при нервно-психической патологии. Каждая личность характеризуется индивидуальной комбинацией приемов, позволяющих справляться с затруднениями, и эти приемы, считает Шибутани (1969), могут рассматриваться как формы адаптации.

Итак, несмотря на рост в процессе эволюции пластичности психики и растущую возможность обучения в модификации поведения, животные на всех ее ступенях и человек демонстрируют факты фиксированного поведения. Можно предположить, что это связано, во-первых, с частым отсутствием

или ограниченностью средств адекватного адаптивного реагирования в изменяющихся условиях существования и, во-вторых, с постоянно действующими эмоциогенными факторами, на которые живые существа, в том числе и человек, чаще всего реагируют врожденными или приобретенными реакциями – автоматизмом инстинктов, навыков и привычек. Но это адаптация не только на более низком уровне, но и имеющая временные пределы. Таким образом, эволюционное рассмотрение психической ригидности, проявляющейся в фиксированных формах поведения, позволяет сделать заключение о ее древних филогенетических корнях.

Глава 8

АКЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРНО-УРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

(Структурно-уровневый анализ ригидного действия)

К постановке проблемы. Мы предложили оригинальную модель фиксированных форм поведения, суть которой в том, что психологическая природа ФФП может быть раскрыта при анализе их структуры. В данном случае мы исходим из позитивных положений учений о «горизонтальном срезе» структуры действия, отражающем потребности личности, а также мотивы, цели, средства и условия ее деятельности [Рубинштейн, 1940; Леонтьев, 1963, 1965; Узнадзе, 1958; Гурьянов, 1945; Пиаже, 1969; Петровский, 1968, 1970; Ходжава, 1960], и учений о «вертикальном срезе», отражающем структуру уровней действия и, следовательно, уровней психического регулирования [Джексон, 1884; Жане, 1919, 1928, 1929; Бернштейн, 1966; Филимонов, 1940, 1964; Роговин, 1969].

Как известно, процесс проникновения в сущность того или иного явления характеризуется как аналитическими, так и синтетическими тенденциями. Развитие экспериментальных исследований и связанная с этим выработка новых понятий, пишет М.С. Роговин, ведет к «разложению» исходных понятий и к пересмотру их содержания на основе получаемых с помощью эксперимента «операциональных определений». В свою очередь, говорит он далее, развитие этой исключительно аналитической тенденции входит в противоречие с возможностью использования этих понятий и порождает противоположную тенденцию к синтетическому и интегративному их определению (1969*в*, 1421).

История изучения проблемы ригидности (как, впрочем, и всех фиксированных форм поведения) ярко это иллюстрирует. «Раздвоение» понятия ригидности и изучение его в двух планах – в плане теорий личности и в плане теорий состояния, хотя и было сильным толчком к дальнейшему раскрытию

его содержания, явилось тем не менее лишь подготовительным этапом для дальнейших исследований данной проблемы. Прослеживая историю развития проблемы ригидности, мы видим, как эта, по существу, аналитическая тенденция в изучении ригидности сменяется и дополняется синтетической. Сущность синтетической тенденции заключается в ее направленности на поиски общего для ригидности и как свойства личности, и как состояния, через которое, в конце концов, и обнаруживается их единая природа.

Некоторые исследователи уже предпринимали попытки в этом направлении. Так, E. Goins, выделяя «поведенческую» и «личностную» ригидность, объединяет их в некий «гипотетический конструкт» (1962, 53). К подобному выводу приходит также и S. Rubenovitz (1963). Такое объединение нам представляется внешним, формальным, не позволяющим проникнуть в собственно психологические механизмы явления. Здесь объяснение ригидности искусственно втискивается в рамки причинно-следственных отношений, за пределы которых не выходило, по существу, большинство из рассмотренных выше исследований ригидности. И это не удивительно, так как при попытке вскрыть сущность того или иного психологического явления пытаются прежде всего найти его причину (биологическую, физиологическую, социальную и т.д.). Но, как уже отмечалось, причинное объяснение нельзя считать единственно возможным; один и тот же объект исследования может получить несколько различных, но в равной степени истинных объяснений (причинное, функциональное, структурное и т.д.), ведущих к раскрытию сущности явления. Кроме того, например, ввиду невозможности причинного объяснения на определенном уровне развития науки, оно не приводит к успеху или не является исчерпывающим. В таких случаях это объяснение заменяется или дополняется объяснениями других типов. Тогда имеет место многоаспектный подход к изучаемому явлению – «одновременное исследование различных характеристик объясняемого объекта» [Никитин, 1970, 110].

Эта же мысль высказывается многими современными клиницистами, психологами и физиологами: «...невозможность понять природу нарушения на основании только физиологических или биологических данных делает настоятельно необходимым такое изменение методики исследования, чтобы она могла обеспечить анализ структуры самого действия» [Роговин, 1962, 1737].

Именно через анализ структуры ригидного действия осуществляется поиск того общего, что объединяет ригидность как свойство личности и как состояние. В этом общем должна раскрыться сама сущность ригидности. Этому и посвящена данная глава. Вначале мы останавливаемся на понятиях «структуры и уровней действия» и на тех концепциях, в которых в той или

иной мере заложены теоретические предпосылки структурно-уровневого подхода к проблеме ригидности (и всех фиксированных форм поведения). В заключительном параграфе главы приводятся некоторые клинические и экспериментальные данные, в том числе и собственные, которые рассматриваются в новом аспекте, а именно с точки зрения предлагаемой нами объяснительной схемы. Эта схема, как уже говорилось, основана на некоторых положениях учений о «горизонтальном срезе» структуры действия, отражающем потребности личности, а также мотивы, цели, средства и условия ее деятельности, и учений о «вертикальном срезе», который отражает структуру уровней действия и, соответственно, уровней психического регулирования.

Понятие «структуры и уровней действия»

Основные характеристики любой деятельности представлены целенаправленностью и структурностью. Это означает, что деятельность есть обусловленная потребностью и побуждаемая мотивом активность личности, направленная на предмет удовлетворения потребности, который выступает в качестве цели деятельности. Короче говоря, деятельность личности всегда направлена на достижение определенной цели [5]. Наряду с тем, что психологическая природа деятельности определяется со стороны цели, вторым определяющим ее понятием является понятие структуры как указание на единство составляющих ее элементов. Более того, понятие структуры является более общим по отношению к цели, ибо цель представляет собой лишь один (хотя и важнейший) элемент этой структуры. Деятельность, как правило, состоит из действий (одного или целой системы) и условий, в которых данная деятельность осуществляется. Структурность деятельности предполагает не только наличие вышеобозначенных элементов, но и их определенную иерархическую зависимость. Эта зависимость характерна как для деятельности в целом, так и для действий, этих, по выражению С.Л. Рубинштейна (1940, 146), «клеточек» или «ячеек», в которых «представлены зачатки всех элементов или сторон психики... в действии все стороны психи-

[5] «История -- не что иное, как деятельность преследующего свои цели человека» (К. Маркс, Ф. Энгельс. Соч. Т. 2. С. 102); И.П. Павлов, говоря о том, что человеческая жизнь состоит в преследовании всевозможных целей, выдвигал даже понятие «рефлекса цели» – стремление к обладанию определенным раздражающим предметом, понимая и обладание и предмет в широком смысле слова» (1951, 306).

ки выступают в тех взаимосвязях, в которых они реально существуют в объективно данной действительности».

По определению А.Н. Леонтьева, действия, из которых состоит та или иная деятельность, «есть самостоятельные процессы, подчиненные сознательной цели» (1963, 415). Об этом же говорит и Е.В. Гурьянов (1945) в очерке «Навык и действие» (на наш взгляд, это одна из лучших работ такого плана). Он различает внешнюю и внутреннюю сторону сознательного действия – процесса, всегда направленного на достижение определенной цели. С внешней стороны такое действие часто характеризуется определенной системой движений или операций, при помощи которых достигается поставленная цель, а с внутренней – представлением цели или конечного результата действия, осознанием условий, при которых совершается действие, применением определенного способа решения поставленной задачи тем или иным отношением человека к действию и его компонентам. Автор показывает, как в процессе формирования особой структуры такое сложное действие автоматизируется, т.е. превращается в навык, который, в свою очередь, становится средством достижения более общей цели. По отношению к более общим элементам деятельности он превращается в то, чем являются подчиненные ему частные действия, а именно «подчиненным частным действием... средством осуществления основной задачи» (1945, 148). В виде средства достижения цели могут выступать, по выражению А.Н. Леонтьева, и «невещественные компоненты труда» – навыки и умение человека, опыт той или иной деятельности. Динамике превращения навыка в средство уделено значительное внимание в работах Е.В. Гурьянова (1945), А.Н. Леонтьева (1963, 1965), З.И. Ходжавы (1960) и др. Е.В. Гурьянов рассматривает операцию, или навык, как «то, что было раньше самостоятельным действием, имевшим собственную цель (снять, например, стружку при движении рубанка вперед), стало средством достижения более широкой цели (выстрогать доску), превратившись в отдельную операцию, необходимую для выполнения действия» (1945, 440). Это же положение автор демонстрирует на примере навыка письма, двигательных навыков летчика. У А.Н. Леонтьева мы находим убедительные примеры тому в плане навыков стрельбы и др. (1965). В данном контексте интерес представляет монографическое исследование З.И. Ходжавы «Проблема навыка в психологии» (1960). Автор анализирует природу навыка и его место в деятельности (поведении) человека, а также отношение навыка к другим структурным элементам деятельности. На очень образном примере (спасение утопающего, см. с. 62 и далее) он показывает, что навык (плавания) в данном случае от-

носится к поведению как средство к цели (спасение утопающего) и потребности (помочь человеку в беде). Из всех этих рассуждений само собой вытекает, что навык, превращаясь в элемент структуры действия, теряет свой начальный статус самостоятельного действия. С.Л. Рубинштейн указывает в этой связи, что достижение цели определенного действия может в силу своей сложности потребовать целого ряда актов, связанных друг с другом определенным образом, которые он называет «частичными действиями или операциями», осознающимися лишь как средство, а потому не являющимися самостоятельными действиями (1940, 455).

Материалы этих исследований дают возможность вплотную подойти к вопросу об иерархической зависимости элементов структуры действия, или уровневому строению, где доминирующим является уровень цели. Основным психологическим моментом, пишет Гурьянов, характеризующим процесс целостного выполнения сложного действия, является «сохранение доминирующего значения цели сложного действия в течение всего процесса его выполнения» (1945, 147). Несколько далее это же он говорит и в отношении целостности и сохранения навыка, которое обеспечивается лишь «сохранением доминирующего значения его основной цели». В своем рассмотрении навыка как сложного действия, принимающего определенную и специфическую структуру в результате тренировки и упражнений, Е.В. Гурьянов исходит из разработанного Н.А. Бернштейном учения об уровнях построения движений. Н.А. Бернштейн указывает, что двигательный акт есть «многоуровневая постройка, возглавляемая ведущим уровнем, адекватным смысловой структуре двигательного акта» (1966, 100).

Использование понятия «уровней» в концепциях Бернштейна и др. представляется, несомненно, плодотворным. Идея уровней психического функционирования [6] возникает еще в древности – у Платона и у Аристотеля (душа и тело, выступающие как два уровня: высший и низший). Два уровня образовывали протяженная и непротяженная субстанция у Декарта. Кант выделяет уже три уровня: тело, душа и дух. Идея уровней только в XIX в. из умозрительной превращается в идею, основывающуюся на естественно-научных положениях. В конце этого же столетия возникает неврологическая теория уровней, автором которой был Х. Джексон (1884). Мысль Джексона заключалась в том, что регуляция поведения организма осуществляется на различных уровнях нервной системы. Эта идея нашла более

[6] Наш краткий экскурс в историю возникновения и развития идеи уровней основан на материале лекций на эту тему, прочитанных проф. М.С. Роговиным в Тартуском государственном университете в феврале 1971 г.

подробную разработку у Хэдда, а затем была подхвачена Рибо и Жане. Джексоном, а затем Хэддом разрабатывалась собственно идея неврологических уровней, которую еще нельзя непосредственно приложить к объяснению психологических фактов. На грани между биологией и психологией стоит теория П. Жане (1919, 1928, 1932), которую можно назвать «теорией функциональных уровней». Уровни, по Жане, – это поведенческие акты разной сложности (от низшего к высшему). Первый уровень – рефлекторный, определяющийся степенью интенсивности внешней стимуляции. Второй уровень – уровень перцептивных действий, т.е. актов поведения, обусловленных сложными, целостными внешними объектами. Третий уровень Жане называет социально-психологическим (точнее говоря, коллективно-психологический уровень), так как здесь поведение индивида начинает регулироваться отношением к другим индивидам. Четвертый – интеллектуальный уровень, на котором уже совершаются элементарные действия по созданию и использованию продуктов труда. Этот уровень характеризуется свойством обратимости операций (идея, разработанная учеником Жане Ж. Пиаже, 1969). Далее следуют уровни действия – пятый и шестой, обусловленные непосредственной верой и размышлением (Жане имеет в виду логические операции). Седьмой уровень, по определению Жане, – уровень экспериментальных действий и сознательного использования прошлого опыта. Восьмой – уровень действий, связанных с осознанием случайности, свободы и прогресса. По Жане, взаимоотношение действий, принадлежащих к каждому уровню, составляет в конечном итоге личность, индивидуальность человека. Через уровни преломляется интерпретация Жане психической патологии.

Теория уровней П. Жане сыграла большую роль в свое время. Но дело в том, что Жане придавал мало значения лабораторному психологическому эксперименту, а его работы основывались на тщательном психопатологическом анализе и на изящных, но все же лишь клинических приемах. Поэтому его концепция уровней (хотя она, несомненно, обладает всеми признаками теоретической системы) не вполне подходит для истолкования психологического и патопсихологического эксперимента.

Сохраняя самую идею уровней, говорит М.С. Роговин, следует попытаться разработать другую систему уровней, с помощью которой можно было бы объяснить как адекватное действие, так и неадекватное, каким, например, является ригидное действие (или вообще фиксированное действие). Он предлагает назвать эти уровни, в отличие от функциональных, акциональными (от слова action – действие) уровнями. Понятие акционального

уровня вытекает из понятий деятельности и действия. Всякое действие, являясь составным элементом сознательной, целенаправленной деятельности, в свою очередь слагается из отдельных элементов, образующих определенную иерархию. Высшим уровнем этой иерархии является цель действия, задача. Далее располагаются уровни, определяющие достижение этой цели, задачи (уровень средств, включающий, как об этом уже говорилось, вещественные и невещественные компоненты – навыки, умения и т.д.). В случае адекватного действия (в норме) ведущим, или «руководящим» (Крепелин), является уровень цели, которая по выражению К. Маркса, «как закон определяет способ и характер его (человека. – *Г.З.*) действий и которой он должен подчинять свою волю» (Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 23. С. 189).

И в психологии и в физиологии известны случаи, когда такая структура может нарушаться, что приводит к извращению зависимостей между уровнями действий: высшие уровни могут замещаться низшими. В обычной жизни это встречается редко, чаще – в патологии. Именно в этом заключается сущность нашей объяснительной схемы фиксированных форм поведения: стереотипии, персеверации и ригидность возникают нередко тогда, когда происходит подмена или замещение высшего уровня низшим. Более низкий уровень фиксируется и становится как бы целью деятельности, а высший уровень либо жестко сращивается с низшим, либо ослабевает (ослабление руководящей роли представления о цели, по Крепелину (1910), или целепредставления, по Лингарту (1970), либо совершенно исчезает.

Прежде чем мы перейдем к анализу некоторых клинических и экспериментальных данных с нашей точки зрения, рассмотрим те теории и концепции, в которых были заложены теоретические предпосылки понимания фиксированных форм поведения как нарушения структуры действия и снижения его уровня.

Предпосылки теоретического понимания ригидности как нарушения структуры и снижения уровня действия. Предпосылки теоретического понимания ригидности как нарушения структуры и снижения уровня действия обнаруживаются уже в теории психоанализа З. Фрейда и неофрейдистов, а также в концепциях К. Гольдштейна, К. Левина, Г. Вернера.

В этом параграфе мы и остановимся, главным образом, на вопросе о том, какое место занимает понятие ригидности (и вообще фиксированных форм поведения) в данных теориях и концепциях.

Авторы этих концепций и теорий исходят, разумеется, из других, отличных от наших, методологических и методических посылок при объяснении

природы данного явления. Тем не менее именно в этих теориях, хотели того или не хотели их создатели, зарождались предпосылки теоретического понимания ригидности (ФФП вообще) как нарушения структуры и снижения уровня действия. Особенно отчетливо это проступало при интерпретации того или иного клинического случая, или экспериментальных данных (например, «повторяющиеся движения, действия, оговорки и описки»; «снижение абстрактного мышления на более низкий уровень»; «связанность с полем», «замещающие действия»).

Психоаналитические теории ригидности. Во введении в психоанализ З. Фрейдом была сделана первая попытка систематически рассмотреть проблему ригидности (фиксации). Ригидность, по Фрейду, есть результат навязчивого повторения прошлого опыта человечества, которое выражается в разного рода повторяющихся движениях, действиях, оговорках и образах фантазии. Он считал, что каждый человек, проходя в онтогенезе оральную, анальную и генитальную ступени развития, повторяет собственно филогенетическое развитие человечества. Этим определялся и взгляд Фрейда на понятие ригидности и его отношение к характеру и типам характера людей. Тип характера, согласно ему, зависит от того, на какой ступени онтогенеза фиксируется все либидо или его часть. Особенно ярко и полно, по мнению Фрейда, все это выражено у невротика. Обусловленность этим невроза он изображает в следующей схеме: причина невроза – диспозиция в результате фиксации либидо (сексуальная конституция – доисторический опыт, опыт детства) + акцидентальный опыт (травма) (1948, 376). Невротик, как пишет Фрейд, полностью отдастся навязчивому повторению. Больной настолько сосредоточен на защите своего «эго», что эта защита становится у него ригидной. Невротическая личность, в отличие от личности нормального человека, не может отказаться от этой защиты даже в тех ситуациях, где она становится явно излишней и неадекватной. О. Мауэр (1948) назвал этот момент «невротическим парадоксом»; невротик, упорствуя в своем поведении, несмотря на его разрушающее действие, становится жертвой собственной ригидности. В объяснении этого дальше всех, как известно, зашел сам З. Фрейд. Он ввел в свою теорию «инстинкт смерти», который якобы лежит в основе навязчивого повторения: все живые существа стремятся повторить или возвратиться в свое неорганическое состояние. Таким образом, ригидность считалась Фрейдом, во-первых, следствием навязчивого повторения прошлого опыта и, во-вторых, поведением деструктивным, «невротик разрушается своей ригидностью».

Традиционные и нетрадиционные представители психоанализа, такие как В. Райх, Ф. Александер, К. Юнг, К. Хорни, Э. Фромм, Г. Саливен и др., хотя не всегда и не во всем разделяют точку зрения отца психоанализа относительно ригидности, все же остаются принципиально на одних с ним позициях. Так, В. Райх (1945), отрицая «инстинкт смерти», принимает тезис Фрейда о либидиальной энергии. Характер рассматривается Райхом как защита или «защитный панцирь» Эго как от внешнего мира, так и от внутренних сил либидо. «Под непрерывным влиянием конфликта между либидо и угрозами внешнего мира, – пишет В. Райх, – Эго личности достигает определенной ригидности – хронически и автоматически функционирующего способа реагирования, называемого «характером»; больная личность как бы надевает защитный панцирь, ригидную оболочку, от которой отскакивают удары, идущие как из внешнего мира, так и изнутри самой личности» (1945, 310).

Ф. Александер считает «инстинкт смерти» неудачным термином, поскольку организм «стремится не к смерти», а к жизни и притом с минимальной затратой усилий» (1951, 168). При этом принцип экономии (инерция, сохранение энергии) лежит, согласно Александеру, в основе: 1) формирования навыков и привычек, в чем выражается тенденция заменять флексибильные формы поведения автоматизмами; 2) сопротивления изменению: нежелание организма формировать новые приспособительные реакции; 3) регрессивных тенденций: попыток возвращаться к прежним формам поведения и эмоциональным установкам в случаях трудности приспособления (Там же, 124).

Другой представитель «ревизованного» психоанализа – К. Юнг (1928, 1939) – рассматривает ригидность как одну из характеристик регресса или остановки либидо на одной из предшествующих зрелости ступеней развития («досексуальной», или «допубертатной»). Ригидность, согласно Юнгу, есть одна из важнейших характеристик того, что он в своей теории «коллективного бессознательного» обозначает понятием «persona» (маска, лицо). Погружаясь в коллективную психику, – пишет он, – человек создает маску, которая скрывает его сущность, это и есть «persona», «часть коллективной психики», та роль, которую играет человек, его взгляды на окружающий мир и т.д. По мнению Юнга, у хорошо приспособленного или приспосабляющегося человека persona эластична, что позволяет легко устанавливать контакты с окружающей средой, но последняя может становиться жесткой, неэластичной, может закоснеть в автоматических, привычных способах приспособления; иными словами, она может становиться ригидной, что приводит к расстройствам личности и даже к неврозам и психозам. Далее

автор говорит о том, что если здоровая persona служит как бы «медиатором» между внутренним и внешним миром, то ригидная persona, потеряв свою эластичность и проницаемость, превращается в сильное препятствие и даже фатальную преграду на пути к настоящей индивидуальности, к ее развитию и к актуализации ее возможностей.

Широко известно, что «чувство собственной неполноценности», порождающее, в свою очередь, стремление перебороть его, является главным тезисом психоаналитической концепции А. Адлера (1927). Эти стремления выражаются, согласно Адлеру, в определенных целях, которые могут и не осознаваться человеком, но тем не менее уже с раннего детства направляют его поведение; каждый аспект существа человека – его привычки, мечты, мышление, память и т.п. – отражают цели и стиль жизни данного человека. Адлер пишет, что «мы мыслим не объективно, но в соответствии с целью и стилем жизни, которые сформировались у нас ранее» (1927, 5). Как подчеркивает автор, в жизни бывают ситуации, которые «работают» против флексибильности и адаптабельности, вызывают ригидное цепляние индивида за «направляющие фикции» (guiding fiction), несмотря на их неадекватность действительности. Тревожность, по Адлеру, также вызывает сильное некомпенсированное чувство собственной неполноценности. Даже вполне здоровый человек, – пишет он, – может манифестировать ригидное поведение. Некоторые же индивиды постоянно живут в таких вызывающих тревогу условиях, а потому у них в конце концов акцентируется и формируется ригидный стиль жизни или «нервный» характер вместе с «асоциальными целями». Адлер считает, что ответ на вопрос о причинах такого сочетания надо прежде всего искать в ложной природе самих целей индивида и его отграничении себя от окружающих. Невротик прикован к своей схеме, не видя ее ложности. Г. Мэрфи и Ф. Дженсен пишут в этой связи: «Индивидуальная психология говорит, что там, где сознание зажато в ригидной схеме, там мы имеем дело с невротиком. Любая схематизация, любая стереотипизация... есть невротическое средство защиты» (1932, 240).

К. Хорни, реформируя психоанализ, приходит к выводу, что поведение индивида – это не выражение «инстинкта смерти» и не только «повторение прошлого опыта», как то утверждал З. Фрейд, оно определяется настоящим, которое порождает «определенную ригидность реагирования» (1937, 22). Она считает, что ригидность невротика порождается «основной тревогой» (basic anxiety) в детские годы – чувством слабости и беспомощности перед действительностью, которая переживается как потенциально враждебная и опасная и является, главным образом, результатом неудовлетворительных

межличностных отношений. Выбранный ребенком путь для избавления от этого чувства, например привязанность к кому-нибудь из родственников или учителю, имеет тенденцию становиться ригидным и формировать основу для структуры невротического характера. Эта нефлексибильность наступает потому, указывает Хорни, что индивид чувствует себя в безопасности перед потенциальной угрозой окружающего мира только при условии ригидного использования усвоенных способов защиты. Хотя невротические тенденции и формируются вначале как средство избежать тревоги и основа межличностных отношений, но, в силу своей неэффективности и ригидного цепляния за них индивида, они способствуют возрастанию чувства тревоги, а последняя, в свою очередь, усиливает эти невротические тенденции. Таким образом возникает, по выражению Хорни, «психологический порочный круг». Задачу терапии она видит в том, чтобы вырвать индивида из этого порочного круга, освободить его от ригидности, так как «человек может изменяться и изменяется всю свою жизнь» (1945, 19).

Другой представитель неофрейдизма – Э. Фромм – также отступает от ортодоксального психоанализа в том смысле, что он фрейдовские инстинкты, филогенетические воспоминания и врожденные психологические факторы заменяет социальными. Основное, что, согласно Фромму, характеризует человека современного общества, – это чувство бессилия, ничтожества и изоляции. Психологическая изоляция, чувство одиночества, достигая определенного уровня, вызывает у индивида состояние тревоги. Поэтому индивиду приходится вырабатывать определенные механизмы защиты, чтобы освободиться от этих переживаний. Фромм считает, что наиболее частым таким «спасительным» механизмом является «автоматический конформизм», или «конформизм автомата». Это механизм бегства от свободы, чувства одиночества и бессилия перед подавляющей личность силой действительности; человек растворяется в массе других членов общества, становится тем, что ожидают от него остальные, – отказывается от своего «Я», становится стандартной личностью (1941, 186). Такая структура характера по типу «псевдо-Я» становится нефлексибильной, ригидной, трудноизменяемой, поскольку индивиду представляется, что она поможет освободиться от присущих ему негативных переживаний чувства одиночества и тревоги. Но это оказывается самообманом, иллюзией, поскольку отказ от своего «Я» влечет за собой еще более мучительные состояния, еще более усиливает чувства изолированности, бессилия и ничтожества. Получается опять тот же «порочный круг», о котором говорит Хорни, причем индивид не осознает насильственного характера этих бессознатель-

ных механизмов и полагает, что действует целесообразно и сознательно. Отсюда и особенности его характера и личности коренятся, по Фромму, в бессознательных механизмах.

Г. Салливен (1958), рассматривающий психиатрию как науку об «интерперсональных отношениях», считает главной преградой на пути нормального осуществления этих отношений чувство тревоги (anxiety). Согласно его точке зрения, индивид, чтобы освободиться от этого чувства или хотя бы приглушить его, формирует «инфраструктуру личности» (self-system) с ее «охраняющими действиями» (security operations) (селиктивное невнимание, сублимация и ложная персонификация как себя самого, так и других людей). Салливен подчеркивает, что отличительной характеристикой инфраструктуры личности является ее крайняя ригидность; она характеризуется исключительной сопротивляемостью любому опыту (1953, 190). Именно ригидность этой инфраструктуры личности является, по выражению Г. Салливена, «камнем преткновения в полезном для самой личности изменении» (Там же, 169). Он замечает, что подобное явление характерно как для нормальных, здоровых людей, так и – еще в большей степени – для невротиков и психических больных. Задачу психотерапевта он видит в ослаблении ригидности.

В рамках психоаналитического понимания ригидности остаются В. Ительсон и С. Кьюташ (1961, 1965). Они пытаются найти объяснение неадекватному поведению невротика с позиции выдвигаемой ими «перцептуальной» теории. По мнению этих авторов, их концепция логически продолжает психоанализ и некоторые теории научения в попытках дать объяснение невротическому поведению, а также хорошо гармонирует с гештальтпсихологией. Кьюташ и Ительсон полагают, что должен существовать «оптимальный ранг перцептуальной флексибильности» и что психоневрозы свидетельствуют о нарушении этого оптимума в сторону увеличения «перцептуальной ригидности». Иллюстрируют они свои положения серией экспериментов. Остановимся на наиболее представительном – с нашей точки зрения. Испытуемому демонстрируется с помощью определенной аппаратуры комната с искаженной перспективой – эффект, достигаемый благодаря тому, что стены, потолок и пол ее не являются параллельными. При такой искаженной перспективе изменяются видимые размеры находящихся в комнате предметов. Соответственно представлениям, сформировавшимся в прошлом опыте испытуемого, он воспринимает комнату как правильный прямоугольник, а совершенно одинакового размера кукол, окрашенных в разный цвет и помещенных в противоположных углах этой комнаты, – как

фигуры разного размера. Тогда меняют кукол местами, т.е. показывают испытуемым, что они одного размера, что дело, видимо, в самой комнате. И тот зафиксированный отрезок времени, за который испытуемый научается воспринимать предъявляемые ему предметы, объекты такими, какие они есть на самом деле, пишут Кьюташ и Ительсон, является показателем перцептуальной ригидности испытуемого. Этот метод, по утверждению С. Кьюташа, может служить теоретической моделью того, что происходит при психоневрозах (1965, 959). В результате конфликтной ситуации или ситуаций детства индивидуум формирует перцептуальный опыт или предположение относительно ситуации и лиц, являющихся частью ее; образы матери и отца становятся как бы эталоном, мерой степени перцептуального искажения. Развивая это положение, авторы считают, что впоследствии любое восприятие, включающее какие-либо элементы, общие с первоначальным патогенным конфликтом и, как его следствием, перцептуальным искажением, искажается вторично (как искажаются размеры кукол), чтобы сделать его адекватным прошлому опыту. Так и формируется, по мнению авторов, невротическое по своей природе поведение, обусловленное перцептуальной ригидностью, которая соответствует тому, что Фрейд обозначил как «насильственное повторение» или «перенос» (transference), Адлер называл «стилем жизни», а Салливен – «паратаксическим искажением» (parataxic distortion).

Подводя итоги теоретических построений представителей классического психоанализа и неофрейдистов в плане их толкования ригидности как фиксированной формы поведения, мы приходим к выводу, что, несмотря на некоторые разногласия с З. Фрейдом (например, подвергаются сомнению понимание ригидности как навязчивого повторения филогенетического опыта, атрибута смерти и т.д.), все они единодушны, во-первых, относительно распространенности и частоты проявления ригидного поведения и, во-вторых, относительно того, что ригидность необходимейшим образом входит в структуру невротической личности. Но главное, что их объединяет, это утверждение, что в основе ригидности лежат психологические конфликты, понимаемые биологически, – столкновение мотивов, обусловленное преимущественно половым влечением, влечением к власти, к наслаждению, чувством собственной неполноценности, бессилия и ничтожества и т.п., которые дают о себе знать через механизм вытеснения. В обсуждаемой проблеме как в капле воды отразилась вообще вся эволюция психоанализа: с одной стороны, как отмечает М.С. Роговин (1969), происходит выхолащивание научного содержания из используемой психоанализом системы поня-

тий, с другой – он «служит яркой иллюстрацией того, как неадекватность основных понятий позволяет легко отделить «механизм» от «движущих сил» и превратить хотя и имеющую немало точек соприкосновения с биологией, но все же по своему существу интрапсихологическую концепцию, какой был ортодоксальный психоанализ, в концепцию социологизаторскую – неофрейдизм» (1969а, 322–323).

Теории ригидности К. Гольдштейна, К. Левина, Г. Вернера. К. Гольдштейн рассматривал ригидность не только с позиции невролога, но и пытался ее анализировать с точки зрения своей теории «конкретного» и «абстрактного» мышления. Он трактует «конкретность» как «неспособность к переключению», как ригидность (1941, 1209–1226). Развивая свою концепцию ригидности, К. Гольдштейн различает «первичную» и «вторичную» ригидность. Первичная ригидность определяется им как неспособность изменить установку (set или Einstellung) и характерна для больных с субкортикальным поражением. Вторичная ригидность связывается Гольдштейном с нарушением высших психических процессов и является, по его мнению, дефектом, наблюдаемым при мозговых травмах, мозговом недоразвитии, сопровождающемся слабоумием, при шизофрении, выступая как ухудшение абстрактного мышления и снижение уровня поведения на более низкий, конкретный уровень. В то время как первичная ригидность, по утверждению Гольдштейна, обусловливает поведение, включающее «механизм установки», вторичная ригидность проявляется в тех случаях, когда субъект сталкивается с «катастрофической ситуацией», требующей от него абстрактного поведения, на которое он не способен. Даже здоровые люди, пишет Гольдштейн, проявляют вторичную ригидность, оказываясь в таких ситуациях; и их ригидность отличается не качеством, а частотой проявления, поскольку здоровый человек значительно реже, чем шизофреник или больной с дефектом мозга, встречается с подобными ситуациями (1959, 792).

Это в значительной мере подтверждается результатами ряда экспериментальных исследований. Так, Б. Мандл (1954), предъявив трем группам испытуемых – больным параноидной формой шизофрении, больным гебефренической формой шизофрении и здоровым – несколько перцептуальных заданий (например, серии рисунков на «постепенное превращение» кошки в собаку и мужчины в женщину и т.п.), установил, что параноики значительно ригиднее здоровых, но не так ригидны, как гебефреники. Две подгруппы внутри шизофрении обнаружили и Н. Камерон (1939), и Л. Чэпмен (1958) с помощью так называемой пробы на «исключение понятий» – «ги-

перисключающих» и «гипервключающих». А. Пикас замечает в этой связи, что, видимо, при дальнейшем изучении этих явлений удастся показать связь между «гиперисключаемостью» (конкретностью, по Гольдшейну) и такими качествами личности шизофреника, как ригидность и жесткая привязанность к заведенному порядку (1965). О том факте, что ригидность больше характеризует больных шизофренией, чем здоровых, свидетельствуют и данные, полученные Х. Адамсом (1960). В его экспериментах четыре группы испытуемых обоих полов (две группы больных и две здоровых) должны были реагировать на определенные зрительные и слуховые стимулы. Больные оказались значительно ригиднее здоровых. При этом ригидность, измеряемая реакциями на стимулы одной модальности, положительно коррелировала с ригидностью в другой модальности. Статистически значимые положительные корреляции обнаружились и в исследованиях Дж. Бренгельмана (1960а, 1960б). Ряд авторов, в частности Дж. Мэкки (1963) и Дж. Мэкки и Э. Бекк (1966), также следуя за Гольдштейном, сравнивали поведение в тестах на ригидность уже не здоровых и больных шизофренией, а здоровых и травматиков. В результате предъявления группе больных с травмой мозга и группе здоровых испытуемых ряда тестов на ригидность (тесты К. Шайе, 1958) были получены следующие интересные данные: 1) у травматиков ригидность выше, чем у здоровых; 2) у больных с поражением мозга ригидность увеличивается, если требуется решить проблему, изменяя установившийся способ решения; 3) в отличие от здоровых испытуемых, больные не обнаруживают корреляцию между ригидностью и интеллектом, а поэтому авторы делают вывод, что большая ригидность больных не может рассматриваться как результат снижения уровня интеллекта (что не совпадает со взглядами Гольдштейна); 4) перцептуальные способности как у больных, так и у здоровых не коррелировали с ригидностью, а поэтому, по мнению авторов, последняя не может считаться продуктом плохой (недостаточной) персеверации. Интересно и то, что, несмотря на проявление травматиками большей ригидности, сами они не считали себя ригидными.

Таким образом, экспериментальные данные, полученные как самим К. Гольдштейном, так и другими исследователями проблемы ригидности, подтверждают его положение о том, что больные шизофренией и больные-травматики манифестируют значительно большую ригидность, чем здоровые люди. Что же касается самой концепции ригидности К. Гольдштейна, то она остается уязвимой со многих сторон. Правы, на наш взгляд, А. Лачинз и И. Лачинз (1959), которые считают, исходя из своих данных, что иногда ригидность проявляется в одних ситуациях и не проявляется в других и,

следовательно, не может интерпретироваться как первичная, а вместе с тем она может проявляться при решении проблем, находящихся в пределах способностей субъектов к абстракции, а поэтому не может быть оценена как вторичная. Некоторые авторы, в частности В.В. Белоус, возражают и по другим пунктам теории Гольдштейна. Так, Белоус считает, что объяснение Гольдштейном ригидности прежде всего анатомическим дефектом «малоправдоподобно, благодаря: 1) ее всеобщей распространенности в норме; 2) зависимости от ситуации. Слишком узкое объяснение и вторичной ригидности. Она возникает не только при затруднениях и в абстрактном мышлении, но и при любом затруднении как теоретического, так и практического характера» (1968, 52). Аналогично и критическое замечание Е.А. Герсамиа (1967). Другие авторы, как, например, П. Лич, полагают, что «различение между первичной и вторичной ригидностью есть, собственно, дифференциация персеверативного поведения, которое наблюдал еще Ч. Спирмен и его последователи, и защитная реакция, которая так смутила К. Левина в его испытуемых олигофренах» (1967, 14).

Нам кажется, что вышеуказанные возражения против концепции К. Гольдштейна вызваны неправомерным расширением ее автором понятия ригидности. Он пытается объединить одним понятием явления, хотя и родственные и пересекающиеся, но с разными психологическими механизмами, лежащими в их основе. Ригидность, которую Гольдштейн называет «первичной», выявляется в том, что субъект не изменяет ставшей неадекватной установки, хотя принципиально ему это изменение доступно. Это изменение или, вернее, необходимость изменения, может требоваться в ситуациях как из сферы практических действий, так и мыслительных, во-первых, и, во-вторых, в ситуациях, где требуется переход от менее общего к более общему или наоборот (например, в экспериментах на классификацию со сменой принципа классификации и т.д.). И в том и в другом случае требуется, в общем-то, тоже высокая способность к абстракции. В случае же «вторичной ригидности» субъекту просто нечего менять или изменять, и вообще он принципиально на это не способен (если согласиться с Гольдштейном, что ему нужно изменить конкретное поведение на абстрактное). На наш взгляд, расширительное толкование К. Гольдштейном понятия ригидности приводит к тому, что часть содержания последнего как бы растворяется в содержании понятия мышления, анализируемого по шкале «конкретного – абстрактного», в результате чего понятие недостаточной способности к обобщению или снижения уровня обобщения подменяется понятием «вторичной ригидности». Фактически же отношения между ригидностью и мыш-

лением и вообще интеллектом намного сложнее, чем они выступают в теории Гольдштейна. Об этом свидетельствуют примеры проявления ригидности людьми с высокой способностью к абстрактному мышлению, факт «парадоксальной флексибильности», отмечаемый у олигофренов, и, наконец, случаи проявления ригидного поведения при нарушении «оптимума» мыслительной способности как в сторону патологической конкретности, так и в сторону патологической абстрактности мышления («связанность с полем», проявляемая двумя больными, описанными Л.С. Выготским и его коллегами, 1934).

Здесь мы переходим уже к рассмотрению другой концепции ригидности, принадлежащей К. Левину (1935, 1936). Концепция ригидности, как и другие частные концепции Левина, является ярким примером противоречивого характера творчества этого ученого: сила и богатство высказанных им психологических идей, добытых экспериментальных положений и фактов, установленных психологических понятий, попытка изучения личности как некоторого целого, с одной стороны, и надуманность, искусственность и малоперспективность общей психологической концепции личности (плод американского периода жизни – «бихевиоризация его гештальтпсихологической ориентации») – с другой. Левин рассматривал ригидность внутри своей концепции «топологической психологии» и соответственно в «той, по выражению Л.И. Божович, гипотетической действительности, которая была выдвинута им в понятии локомоции субъекта в «жизненном пространстве» и которая представляет собой смешение субъекта и объекта, личности и окружения в некий искусственный конгломерат достаточно абстрактных силовых измерений» (1968, 103).

П. Лич считает, что К. Левин стремился развить идею о возникновении ригидности из некоторых врожденных характеристик психической природы человека (продолжение взглядов Ч. Спирмена, который объяснял персеверацию «психической инерцией», и Р. Кэттела, говорившего о «диспозиционной ригидности» – сопротивлении проторенных нервных путей всякому изменению, которое не может быть изменено поощрением и наказанием) (1967, 12). По К. Левину, человек есть совокупность различных «психических сфер или систем». Он писал в одной из своих работ, что «эластичность или ригидность систем, по всей вероятности, являются наиболее важными и основными характеристиками всего человека» (1935, 187). Если здесь, как мы видим, он относит ригидность к системам, то в другой его работе ригидность – это характеристика границ между этими системами личности: «Ригидность – границы (барьеры, стенки); и человек тем ригид-

нее, чем больше требуется сил для их преодоления» (1936, 218). Для обозначения ригидности систем или границ между ними Левин использует, кроме термина «ригидность», еще множество терминов («психическая ригидность», «динамическая ригидность», «неподвижность топологических систем», «структурная ригидность», «материальная ригидность», «первичная ригидность» и т.п.), но, к сожалению, без достаточных обоснований и объяснений. Мы, вслед за А. Лачинз и И. Лачинз, будем использовать в данном смысле термин «топологическая» или «внутренняя» ригидность. Топологическая ригидность рассматривается Левиным как основа различных форм поведения, в том числе «внешней», «феноменологической или поведенческой ригидности». Он не дает четкого определения поведенческой ригидности, заявляя только, что она включает в себя стереотипию, педантичность, негибкость воли и потребностей, интеллектуальную тугоподвижность.

Свои положения К. Левин иллюстрировал рядом разнообразных экспериментов, в частности серией экспериментов с нормальными и умственно отсталыми детьми на «дополнительный эффект насыщения» (co-satiation). В этом эксперименте дети должны были рисовать стандартное изображение луны до тех пор, пока не достигнут «точки насыщения», проще говоря, пока им это занятие не надоест. После этого они могли рисовать, что им захочется, их даже побуждали к «свободному рисованию». Использовав такое структурное задание, Левин нашел, что у олигофренов насыщение наступает позже, чем у здоровых детей, а также, что олигофрены не были склонны переходить к новому заданию. Обратное явление было подмечено у здоровых детей. Хотя у них пресыщение рисованием луны наступало быстрее, они тем не менее охотнее, чем олигофрены, переходили к «свободному рисованию», иначе говоря, у них значительно меньше наблюдался «вторичный эффект насыщения» – влияние выполнения первого задания на выполнение второго. Автор объясняет это явление большей предрасположенностью нормальных детей к переключению от одной деятельности к другой, большей их флексибильностью, позволяющей им полностью дифференцировать задания.

Дж. Кунин (1941, 1943), сторонник топологической психологии К. Левина, также подверг экспериментальной проверке топологическую ригидность, но получил противоположные Левину результаты. Его испытуемые олигофрены были намного меньше подвержены «дополнительному эффекту насыщения», чем здоровые испытуемые. Объясняет Кунин это тем, что олигофрены и нормальные различаются скорее по степени «сегрегации», или «изоляции», своих сфер, чем по степени их дифференциации, как полагал Левин. «Сферы», или «субчасти», личности олигофренов были, по Кунину, настолько изоли-

рованы, что те из них, которые были вовлечены в выполнение первого задания, не имели совершенно связи с субчастями, вовлеченными во второе задание, что и обусловило невозможность проявления «дополнительного эффекта насыщения». Таким образом, уровень ригидности устанавливается Куниным через степень взаимопроникаемости сферы (их «коммуникации»). Вывод о том, что «степень коммуникации обратно пропорциональна степени ригидности» (1941, 271), логически следовал из понимания Куниным ригидности как «сущности функциональной границы, препятствующей коммуникации между соседними сферами», вопреки предупреждению Левина о том, что «относительная неподвижность (ригидность) систем не обязательно означает отсутствие коммуникации между этими системами» (1935, 232).

Дискуссия между К. Левиным и Дж. Куниным, как отмечает П. Лич, ввергла исследования ригидности в терминологический хаос, ибо прежде всего осталась неясной разница между «дифференциацией» и «сегрегацией» сфер личности (1967, 12); но, разумеется, имеющиеся сложности выходят далеко за рамки терминологических. Поэтому закономерна попытка Г. Вернера (1946, 1957) внести ясность в этот вопрос. Вернер давал компромиссное объяснение противоположным результатам, полученным Левиным и Куниным. Он считал, что «критерий дополнительного насыщения» не был адекватным потому, что второе задание Левина («свободное рисование») имело по сравнению с первым совершенно иную психологическую структуру, в то время как у второго задания Кунина она была общей с его первым заданием. Вернер видит причину разногласий в том, что «оба автора, видимо, игнорируют динамическое отношение определенного задания к специфической природе субъекта. В свете этого отношения кажущееся противоречие между результатами обоих экспериментов исчезает» (1946, 44). Любая монотонная работа, будь то рисование луны или кошки, обычно мало импонирует здоровому ребенку, говорит Вернер, потому что это интерферирует со стремлением ребенка к свободной и спонтанной активности; он рад возможности переключения к «свободному рисованию». Слабоумные же дети положительно относятся к такого рода работе, она им даже нравится. В результате вышеприведенных рассуждений автор приходит к следующему выводу: «В связи с различным отношением здоровых и больных детей к монотонному заданию нельзя на основании экспериментов на насыщение делать какие-либо выводы относительно структурной ригидности; результаты обоих экспериментов могут быть объяснены в терминах не структурной, а функциональной ригидности» (Там же, 44–45). Для самого Г. Вернера ригидность – феномен скорее функциональный, чем структурный.

Понимая ригидность как «недостаточную вариабельность реакций», он подходит к ее изучению со сравнительно-генетической позиции. Поскольку процесс развития характеризуется усилением дифференциации между организмом и средой, заявляет Вернер, уменьшается и ригидность организмов; недостаточная же вариабельность и адаптабельность является «нормальным состоянием мало развитых организмов» (1946б, 15). Согласно этой, по существу, биологически линейной концепции, низшие виды ригиднее стоящих на более высоких ступенях эволюции – примитивный человек, дикарь – ригиднее цивилизованного человека, маленький ребенок ригиднее взрослого. Отсюда, согласно Вернеру, и больший эгоцентризм ребенка. В заключение краткого анализа концепции и исследований Г. Вернера следует напомнить о выделении им, на основании собственных экспериментальных данных, «субнормальной ригидности», характеризующей преимущественно слабоумных (ситуации не дифференцируются, что приводит к стереотипии реакций), и «аномальной ригидности», характерной преимущественно для травматиков (результат функциональной изоляции – сенсомоторная активность становится до такой степени независимой, что может повторяться несмотря на свою неадекватность) (1946а, 49–50).

Проблема ригидности встает и в ряде работ Л.С. Выготского, прежде всего в связи с выдвигаемой им широкой концепцией умственной отсталости (1956). В центре этой концепции находятся положения о единстве интеллекта и аффекта и об изменении их отношения как основной черты умственной отсталости[7]. Выготский, подвергая критическому анализу динамическую теорию детского слабоумия, предложенную К. Левиным, «коренную, методологическую ошибку» которой он видит в отрыве проблемы динамики от проблемы интеллекта (1956, 474), утверждает, что умственно отсталый ребенок отличается от ребенка с нормальным развитием не просто особенностью сферы потребностей и побуждений, как то полагал Левин, а особенностью отношений между потребностями, побуждениями и мышлением. Как известно, теория Левина была реакцией на крайний интеллектуализм в объяснении природы слабоумия, но последний впал в другую крайность – в постулирование односторонней зависимости мышления

[7] Л.С. Выготский использует не термин «ригидность», а Starrheit (поскольку он анализирует работы Левина немецкого периода) или русские эквиваленты: твердость, малоподвижность, косность, застывание, тугоподвижность, жесткость, скованность, связанность. Здесь же необходимо указать на работы ряда других отечественных авторов, в которых приводятся данные с фиксированием поведения олигофренов (см.: Л.В. Занков, 1939; В.И. Лубовский, 1956; М.С. Певзнер, 1959; М.М. Нудельман, 1965; Е.А. Герсамиа, 1967; Н.Г. Колбая, 1969).

от аффекта, произвольности первого от второго. «Косность и тугоподвижность динамических систем, – указывает в этой связи Выготский, – столь же необходимо приводит к полной связанности ситуацией, столь же необходимо обусловливает конкретность и наглядность мышления, в какой мере конкретность мышления, отсутствие абстракции и понятий обусловливает косность и тугоподвижность динамических систем» (Там же, 475).

Из вышеизложенного теоретического понимания мышления и аффекта исходят Выготский и его сотрудники при объяснении особенностей интеллектуального распада и его связи с аффективно-динамическими системами в случае той или иной психической болезни. Так, Н.В. Самухин, Г.В. Биренбаум и Л.С. Выготский (1934) на примере двух клинических случаев развивают понятие «связанности с полем» (К. Левин), которое объединяет двух больных, казалось бы, с совершенно различным психическим статусом (больной К. – оглушенный, вязкий, аспонтанный и рабски связанный с ситуацией; больная З. – не ориентирована в окружающем, живет в прошлом, вся заполнена семейными отношениями еще времени ее детства). «Психологическое поле» – это та актуальная ситуация, в которой в данный момент находится личность. Психологическое поле не обязательно совпадает с физикальным, поскольку оно определяется не внешней ситуацией, а тем психологическим значением, которое данная ситуация приобретает для личности: например, люди ждут трамвая, однако для того, кто из-за отсутствия трамвая может опоздать к поезду, это поле получит другой психологический смысл, чем для человека, который никуда не торопится (1934, 115). Как и Левин, авторы рассматриваемой работы считают, что динамической причиной «поведенческой ригидности» или «связанности с полем» может быть наряду с недифференцированностью и напряженностью систем не только их ригидность, но и слишком большая «текучесть», или «флюидность», какую можно наблюдать у очень старых людей: отсутствие какого-либо напряжения и расплывчатость, диффузность потребностей, легкая отвлекаемость (Там же, 117). Вместе с тем из постулируемой ими «связанности с полем» следует, что чем разумнее (понятийнее) отношение к ситуации, тем большая свобода будет выявлена в отношении к окружающему и тем большая вероятность того, что личность будет в состоянии «стать над ситуацией» (über Situation stehen).

В результате клинического наблюдения и экспериментально-психологического исследования Самухин, Биренбаум и Выготский приходят к выводу, что именно два вышеназванных момента являются причиной одного явления – «связанности с полем»; они выделяют также некоторые формы

связанности с «действенным и смысловым полем». На последних мы подробнее остановимся в следующем параграфе.

Реинтерпретация клинических и экспериментальных данных с точки зрения структуры и уровней действия. Применяя термин «реинтерпретация» в отношении некоторых клинических и экспериментальных данных, мы имеем в виду попытку рассмотреть данные о ригидности и других фиксированных формах поведения в несколько ином аспекте, чем это имело место ранее. При этом наша интерпретация призвана не столько отменить ранее разработанные объяснительные схемы, сколько рассмотреть эти явления под новым углом зрения.

В целом ряде работ, посвященных ригидности, объяснение этого явления идет прежде всего в плане мотивации. Мотив и установка выступают как надстраивающиеся над самой задачей объяснительные принципы. Здесь, по-видимому, следует различать два значения термина «мотивация». Если бы выполнение задания или решение задачи подкреплялось, то можно было бы согласиться с пониманием «мотивации» как чего-то внешнего по отношению к самой задаче. Но в экспериментах, на которых мы остановимся ниже, под мотивацией фактически имеется в виду нечто психологически совершенно иное, поскольку оно входит в самую структуру действия. А раз это «нечто» является компонентом самой деятельности, не изолировано от нее, то оно не может рассматриваться вне структуры действия и, как показывают наши эксперименты, изменяется вместе с ее изменением.

Следует отметить и то, что из работ грузинских психологов (Д.Н. Узнадзе, 1966; Н.Л. Элиава, 1966; А.С. Прангишвили, 1967; Н.В. Чрелашвили, 1969) можно сделать вывод об установке как о далее неразложимом с точки зрения структуры действия явлении. Мы же считаем, что установка представляет собой единство цели действия и средства его достижения. Что касается фиксированной установки, то она является тем частным случаем установки, когда цель и средство жестко «сращиваются» или фиксируются, что затрудняет субъекту их дифференциацию и поиск адекватного средства достижения цели действия; доминирующим в этом случае становится уровень средств, или «план бессознательного, установки», подменяющий уровень цели, или «план объективации» (Д.Н. Узнадзе).

Суть нашего подхода к проблеме ригидности заключается в том, что последняя рассматривается через структуру действия, т.е. с точки зрения того, как изменяются отношения элементов в этой структуре, какой уровень

структуры является доминирующим в случае ригидного действия[8]. Этот подход позволяет нам также увидеть то общее, что объединяет ригидность в двух ее проявлениях: как свойство личности и как состояние.

Именно под этим углом зрения мы рассмотрим прежде всего некоторые эксперименты, проведенные другими авторами и интерпретированные с других позиций, остановимся также на некоторых клинических данных, а затем проанализируем результаты наших основных экспериментов («решение арифметических задач», «прохождение словесных лабиринтов» и «унификация изображений объектов с переключением»).

В этой связи интерес представляет работа Ю.Н. Кулюткина (1970), в которой изучались эвристические методы в структуре решения задач. С целью выяснения такой стороны эвристического поиска, как гибкость возникающих гипотез и способов действия, автор применил набор задач типа тестов, способы решения которых менялись от одной задачи к другой. С помощью этих методик исследователь пытался определить, насколько быстро человек может отказаться от уже принятого способа действия, переделать его в связи с изменившимися условиями. Ю.Н. Кулюткин анализирует общую структуру, или «макроструктуру», решений ряда экспериментальных задач, устанавливает индивидуальные тактики. В общей структуре решения задач он выделяет узловые этапы решения, процесс сличения, уровни координации (насколько сложные отношения устанавливаются при анализе задачи), аффекторную[9] оценку и мотивацию. Проиллюстрируем вышеуказанные моменты на одной из задач, использованных автором в дополнительной серии экспериментов.

В задании требуется найти аналогию между разными системами знаков («строчками») и вычеркнуть ту строчку (единственную), которая не сходна с остальными. В последовательном порядке испытуемому предъявляются три субтеста.

Решая первую задачу, испытуемые вычеркивают вторую строку – цифровую, так как остальные состоят из буквенных символов. При решении

---

[8] Еще в начале XX столетия Т. Липпс предпринял попытку анализа действия человека в единстве структурных и мотивационных его компонентов – цели, средства и хотения, посвятив этому вопросу целую главу своего «Руководства к психологии» (1907). Не принимая его методологических позиций в целом, тем не менее нельзя не согласиться с некоторыми соображениями по данной проблеме, хотя последние выводились им, главным образом, чисто умозрительно. Теоретические основы нашего объяснения ригидности составляют исследования Н.А. Бернштейна (1966) и М.С. Роговина (1969).

[9] Эмоционально обусловленная оценка способа или критерия действия (например, «радость открытия» ведет к закреплению открытого способа).

второго субтеста некоторые испытуемые пытаются применить и к нему первый принцип вычеркивания (гипотезу о качественном различии между символами). То же самое было и по отношению к третьей задаче. Некоторые же испытуемые находили правильный критерий – «несходной» строкой была четвертая строка, имеющая отличное от остальных трех расположение знаков. Эту аналогию найти несколько труднее, чем в первом случае. Но именно трудность задачи, считает Кулюткин, как раз и повлияла на повышение значимости найденного способа решения; теперь некоторые испытуемые пытались использовать его и при решении третьей задачи, отыскивая и там порядок в расположении. Они продолжали руководствоваться «критерием порядка», даже видя бесплодность своих попыток и, невзирая на указание экспериментатора, на необходимость изменить этот критерий. Объяснение этого феномена идет по линии мотивации. Успешное применение того или иного способа («радость открытия»), пишет Ю.Н. Кулюткин (1970, 92–93), связано с его закреплением. Даже при изменении условий деятельности проявляется стремление использовать этот способ, приобретший в глазах субъекта внутреннюю ценность и значимость. Субъективная значимость успешного способа решения растет в соответствии с увеличением трудности задачи. Если мы воспользуемся терминами, предложенными И.М. Розетом (1969), то можно говорить, что здесь действует механизм «гипераксиоматизации» – переоценки испытуемым найденного способа, критерия.

Не вызывает сомнения, что вполне правомерно такое объяснение склонности некоторых испытуемых упорно придерживаться ранее успешно применявшегося способа решения («субъективная значимость», «гипераксиоматизация», «мыслительная установка»). Но в этом объяснении, на наш взгляд, не хватает существенного звена, а именно – анализа самой структуры фиксированного действия (повторение одного и того же способа в неадекватной ситуации).

Помимо мотивационного объяснения ригидности, в ряде работ последняя объясняется через понятие «установки». Так, американские психологи А. Лачинз и И. Лачинз в своей монографии, посвященной ригидности, пишут, что они, «проанализировав различные подходы к ригидности и убедившись в их противоречивости, решили перейти к иному подходу: выбрали специфический случай поведения – «решение арифметических задач» (Water-jar problems) и подвергли ее интенсивному экспериментальному изучению» (1959, 108). В результате такого интенсивного изучения они приходят к следующему выводу: «...опыт решения первых немногих задач формирует у субъекта Einstellung – определенный вид установки, которая не-

посредственно предрасполагает индивидуума к одному типу умственного или моторного реагирования» (Там же, 110).

Многие авторы не согласны с пониманием установки как механизма только лишь ригидного поведения, с отождествлением ригидности и установки. «В противоположность такому пониманию, – пишет Е.Д. Герсамиа, – установка в концепции Узнадзе служит объяснению, в первую очередь, именно адаптированного, целесообразного поведения субъекта; психологическим содержанием ее является отражение действительности в неразрывном единстве с потребностями субъекта» (1967, 11). По ее мнению, условием возникновения ригидного поведения является неспособность к «переключению установки», которая может обусловливаться, например, в случае ригидного поведения олигофренов, такими свойствами их установки, как статичность, стабильность, «грубость», а также константность. Кроме того, такие ее свойства, как генерализованность, иррадиированность, легкая возбудимость, создают благоприятные условия для возникновения этой труднопереключаемой установки даже и при несоответствующих ей объективных условиях.

Остановимся кратко на эксперименте, который был использован Герсамиа для изучения природы известного факта «парадоксальной флексибильности», или «легкой переключаемости установки», олигофренов. Испытуемым детям – олигофренам и здоровым – тахистоскопически показывался ряд картинок с изображением разных животных (установочные опыты). После этого им экспонировалась критическая картина – ремень, напоминающий своим изгибом змею. Предполагалось, что если в установочных опытах, в результате многократного предъявления картинок с изображением животных, фиксировалась установка на восприятие изображения животного, то, возможно, что критическая картинка будет ассимилирована этой установкой и возникнет иллюзорное восприятие: ремень будет восприниматься как змея. Так как фиксация такой установки требовала объединения предъявляемых картинок в один класс (класс животных), то предполагалось, что олигофрен, восприятие которого носит менее обобщенный характер, менее «категориально», окажется менее способным к объединению материала и поэтому даст меньше иллюзорных ответов, чем нормальный субъект. Эксперименты подтвердили это предположение: 31% иллюзорных ответов против 82% у здоровых детей. Но у олигофренов, по сравнению со здоровыми детьми, больше иллюзорных ответов, возникших не на основе обобщения предметов по внутреннему содержанию, а на основе характерных для олигофрена наглядных ситуационных обобщений. Иначе говоря, у олигофрена

не возникает установка, фиксирующая «логически общее», и, следовательно, ему нечего переключать. Если же у него фиксируется установка на какой-либо ситуационный момент, то он проявляет в данном случае ригидное поведение. Автор исследования делает вывод, что «именно низкий уровень интеллекта олигофрена обусловливает своеобразное отражение объекта в его установке и делает понятным парадоксальность его «легкой переключаемости» (Там же, 17).

По-видимому, между точками зрения Е.А. Герсамиа и А. Лачинз и И. Лачинз нет существенных расхождений. Их объединяет, по нашему мнению, вынесение объяснительного принципа за пределы самого действия. Объяснение поведения идет фактически также лишь на мотивационном уровне, не затрагивая структуры самого фиксированного действия, не учитывая изменений в структуре действия в случае фиксации установки.

Как бы промежуточное, или переходное, положение в объяснении ригидного поведения между вышеизложенными подходами к этому явлению и предполагаемой нами объяснительной схемой занимают концепции, использующие такие понятия, как «функциональная фиксированность» и «связанность с полем». Надо отметить, что оба эти понятия родились и развивались в лоне гештальтпсихологии. Первыми на явление функциональной фиксированности обратили внимание, по-видимому, М. Вертхаймер и его ученики, в частности К. Дункер (1935). Что касается «связанности с полем», то, как мы уже отмечали, это понятие ввел в психологию К. Левин (1935), разрабатывалось оно и в некоторых работах Л.С. Выготского с сотр. (1934, 1935, 1956).

Явление функциональной фиксированности заключается в том, что людям очень трудно бывает использовать предметы в необычной для них функции. Многочисленные примеры таких ситуаций можно найти в уже упоминавшейся работе К. Дункера «Психология продуктивного мышления» (1935). Здесь можно хотя бы вспомнить один из его экспериментов, в котором предлагаемая задача могла быть решена при условии использования коробки со спичками не в функции «зажигания спичек», а в несколько необычной функции «подставки»; сверла – в качестве гвоздя и т.д. Известна и так называемая «задача Н. Маера», в которой требуется использовать клещи в качестве маятника (цит. по [А. Джадсон и др., 1956, 501]). Аналогичные задания, но только на вербальном, а не на инструментальном уровне, давали своим испытуемым Гилфорд и его сотр. для изучения «способности мыслить сразу в нескольких направлениях, предлагая найти как можно больше необычных употреблений ключа, газеты или ботинка» (цит. по [С. Лей-

кок и Б. Манро, 1966, 218]). Эту способность они определяли как «спонтанную флексибильность».

Особенностью исследований этого плана является, на наш взгляд, то, что их авторы, как и сторонники мотивационного объяснения ригидности, объясняют ригидное действие через нечто, что лежит вне самой структуры действия. Объяснение идет через внешний по отношению к самому действию объект, в котором в результате преобретения жизненного опыта складывается специфическая для него система употреблений – его функция. Нельзя отрицать возможность такого объяснения, и оно тем более правомерно в тех случаях, когда субъект имеет дело со значимыми для него объектами.

Через внешнее по отношению к самой структуре действия объясняют фиксированное поведение К. Левин (1935, 1936), а затем и Л.С. Выготский (1934, 1956). Но теперь этим «внешним» являются уже не функциональные значения объекта, а его Aufforderungscharacter – «побудительные значения». Побудительные значения, по Левину (с этим солидаризуется и Выготский), – это места, занимаемые различными элементами внешней ситуации в «психологическом поле»; последнее, в свою очередь, обусловливается потребностями и аффективными побуждениями, имеющимися в данный момент у личности. Бывают случаи, писал Л.С. Выготский, когда полевые ситуационные моменты являются решающими и направляющими деятельность человека, личность оказывается предоставлена силам поля, и тогда мы говорим о «связанности с полем» (1934, 115). Следствием этого является неспособность человека произвольно изменить ситуацию и тем самым становиться над ней (über Situation stehen), он превращается в сс раба. «Связанность с полем» наступает в тех случаях, говорит далее Выготский, когда отсутствует возможность переключения потребностей, когда реализация имеющихся аффективных побуждений возможна только по одному пути и когда тем самым в поле существует полная адекватность между тем, что приобретает побудительное значение в поле, и данной потребностью.

На основании экспериментально-психологического исследования двух случаев болезни Пика (больной К. и больная З.) Выготский с соавт. (1934) выделяют два вида «связанности с полем»: «связанность с полем в действии» и «связанность со смысловым полем».

Остановимся на приводимых авторами примерах связанности с действенным полем (Handlungsfeld) обоих больных и их интерпретации. Например, когда больного К. просят отсчитать 8 кружочков из 10, то он считает все десять, а затем, не в силах остановиться, переходит к их называнию. Если К.

просят поднять один раз руки вверх и опустить вниз, он продолжает это делать до тех пор, пока врач его не остановит. Как мы помним, это явление «персеверацией на выходе» называл А.Р. Лурия, а М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев – «симптомом непрекращения». Выготский объясняет этот вид поведения больного К. двумя моментами: 1) невозможностью ограничить аффект (побуждение) от перевода его в моторику и 2) длительностью и стойкостью возникшего напряжения (отсюда – автоматичсское выполнение одного и того же действия). А.Р. Лурия объяснял те случаи, когда больные с лобным синдромом, рисуя кружок по просьбе экспериментатора, никак не могли остановиться, патологической инертностью раз начавшегося возбуждения. То же самое мы наблюдаем у больной З. Когда ее просят сосчитать, сколько у нее пальцев, начинает считать – пересчитывает те же пальцы по нескольку раз, указывает случайные части руки, доходит до 20 и сама заявляет: «без конца»; при другой просьбе – установить на часах (из картона) определенное время – начинает вертеть стрелку, не может остановиться. Выготский же объясняет эти случаи тем, что у больной З. связанность с полем выражается чаще всего в слиянии отдельных, не связанных между собой, полевых тенденций внутри одного сложного действия (1934, 128).

Перейдем теперь к примерам связанности больных К. и З. со смысловым полем и связанности с полем в речи и мышлении. На наш взгляд, те случаи, которые авторы определяют как связанность с полем в речи и мышлении, еще более демонстративны в плане их истолкования как нарушения структуры действия. Авторы анализируемого исследования подходят к особенностям речи и мышления этих больных, как и при анализе действия, с рассмотрения особых видов структуры и динамики смысловых полей. Остановимся для примера на одном виде, характерном для речи и мышления больного К., – «соскальзывании в смежные смысловые поля». К. пытается объяснить врачу, где он работал в качестве зубного врача: «Я хочу вспомнить, потому что я относительно Дворца труда, значит так выходит, что я, значит, Дворец труда, там имеются всякие деревообделочные, потом имеются всякие металлисты, медперсонал, потом там, значит, почтовики, деревообделочники, что там еще было – не помню, я так хорошо знал, но все-таки забыл... почтальоны». Выготский и др. опять же объясняют это тем, что К. от темы (цели) уводят смежные поля, как и в случае при укладывании из кружков креста К. переходил из-за случайных структурных моментов к укладыванию круга. Соскальзывания в смысловые поля наблюдаются и в речи больной З. Эти смысловые поля чаще всего не насыщены каким-либо конкретным содержанием. Отклонения вызываются звуковыми моментами,

независимо от смысла или содержания слова, например: «dreizehn – drei Zähne»[10] или смекалка – Wasserskalka[11] и т.д. (Там же, 129).

Как мы видим, ни в том и ни в другом случае объяснения идут не в плане структуры самого действия, хотя в приводимых примерах фиксированного поведения бросается в глаза нарушение структуры действия – цель действия как бы смещается на само действие. Приведенные примеры в какой-то мере дают представление о главном в нарушении речи и мышлении обоих больных – речь для них перестала существовать как средство достижения цели определенного действия – обобщения и общения. Тот же Выготский пишет в работе «Мышление и речь»: «Речь есть прежде всего средство социального общения, средство высказывания и понимания» (1956, 50). И далее: «Общение, основанное на разумном понимании и на намеренной передаче мысли и переживаний, непременно требует известной системы средств, прототипом которой была, есть и всегда останется человеческая речь, возникшая из потребности в общении в процессе труда» (Там же, 51).

Л.С. Выготским очень ясно осознавалась роль проблемы средств: «Главной и основной проблемой, связанной с процессом образования понятия и процессом целесообразной деятельности вообще, является проблема средств, с помощью которых выполняется та или иная психологическая операция, совершается та или иная целесообразная деятельность» (1956, 109–110).

В известном смысле, речь, речевая деятельность, говорит А.А. Леонтьев, крайне редко выступает в качестве самостоятельного, законченного акта деятельности; обычно она включается как составная часть в деятельность более высокого порядка (1970, 326). Под «составной частью» надо прежде всего понимать то, что речь включается в деятельность как средство, обладающее, в свою очередь, сложной иерархической структурой. Ведущим уровнем этой структуры или основной функцией речи является сигнификативная, или семантическая, функция. В результате каких-либо причин, например патологических изменений, как это имеет место при болезни Пика, структура речевой деятельности может нарушаться как следствие нарушения какого-либо ее уровня, чаще всего именно ведущего, т.е. семантического, смыслового. На первый план в нарушенной речи описываемых больных К. и З. выступает как раз распад сигнификативной функции, ее семантического строения. При распаде ведущего уровня, как уже отмечалось, доминирую-

[10] Dreizehn – тринадцать; drei Zähne – три зуба.

[11] Vasserskalka – ничего не обозначает.

щим в структуре действия становится тот или иной низший уровень. В речи описываемых больных ведущими стали разные фоновые уровни: у больного К. место ведущего сигнификативного уровня занял индикативный уровень (предметная отнесенность слова – индикативная функция речи), а у больной З. – экспрессивный уровень (экспрессивная функция речи – она не выражает ничего объективного, но только субъективные аффективные состояния; ей доступны только выражения, но не описания и суждения). А раз так, то в том и в другом случае речь имеет тенденцию терять статус средства. В меньшей мере это обнаруживается в деятельности больного К., поскольку в его речи сохранным остался индикативный уровень, хотя и подчиненный сигнификативному, но являющийся более высоким, чем экспрессивный. Отсюда становится понятным поведение больных, которое Выготский, Биренбаум и Зейгарник обозначают как «связанность со смысловым полем» или «связанность с полем в речи и мышлении». Не являясь адекватным средством того более общего действия, в которое она включена, речь становится причиной искажения этого действия, искажения его структуры. Особенно ярко это наблюдается в действиях больной З.: соскальзывание в смысловые поля, не наполненные каким-либо конкретным содержанием, вызванные только звуковыми моментами и т.д.; часто выступающие «stehende Symptome» – бесконечное повторение одной и той же фразы с различным аффективным тоном, обычно усиливающимся; направление речи больной случайно сказанными словами и т.п. Больная оказывается неспособной достичь требуемой цели действия, сама цель как бы переходит на совершенное средство – речь, и последняя становится самоцелью – активностью, не являющейся целенаправленным актом.

Теперь мы перейдем к анализу данных собственных исследований под углом зрения выдвинутой нами объяснительной схемы.

Суть нашей гипотезы, как уже говорилось, в том, что психологические механизмы фиксированных форм поведения могут быть раскрыты при анализе их структуры. Сам факт изменения структуры действия при фиксированных формах поведения хорошо известен из работ знаменитой школы этологов (К. Лоренц, Н. Тинберген, Р. Шовен и др.). Давно известно, что инстинктивные действия обладают, по существу, неизменяемой структурой. Выше мы уже приводили пример, заимствованный у Д. Вулдриджа (1965, 118), с осой Sphex, которой «не приходило в голову» сразу втащить парализованного ею сверчка в норку, когда экспериментатор бесконечное количество раз отодвигал его от норки. Она вновь и вновь приносила сверчка к норке, оставляла его у входа, проверяла свою норку, а затем только

выходила за сверчком. Однако этологи открыли, что в некоторых особых условиях структура инстинктивного действия претерпевает своеобразную трансформацию. Мы имеем в виду своеобразное переключение одного инстинктивного действия на другое, названное И. Тинбергеном (1969) «замещающей активностью» или «замещающим действием». В некоторых инстинктивных ситуациях, особенно конфликтных (например, если налицо некая инстинктивная деятельность, высвобождаемая обычно свойственными ей врожденными пусковыми механизмами, а затем подключается другой – конфликтный – инстинкт, который препятствует обычному осуществлению этого первого действия) или в случаях, когда стимулированное стремление не находит обычного для него пути реализации, происходит весьма странное явление: животное выполняет движения, не соответствующие ни одному из наличных инстинктов, а свойственные какому-нибудь третьему инстинкту, независимому от первых двух. Так, если стимулировать агрессивное поведение у рыбы-колюшки и если налицо в то же время реакция ухода от опасности, что случается обычно тогда, когда рыба, хотя и находится в состоянии ярости, все же опасается своего противника, то она после некоторого периода колебаний между нападением и отступлением начинает рыть песок, выполняя в точности те же движения, что и при постройке гнезда. Два петуха, находясь в той же конфликтной ситуации, начинают клевать, как бы подбирая разбросанный по земле корм. При всех движениях обычно реализуется очень примитивное, привычное действие. Наиболее часто проявляются успокаивающие действия (comfort activities) – чистка перьев, клювов, почесывание, у млекопитающих – сосание конечности. Некоторые зарубежные авторы, в частности Э. Армстронг (см. [М.С. Роговин, 1964, 784]), пренебрегая различиями лежащих в основе инстинктивных и невротических действий физиологических механизмов, очень легко сближают их лишь на основании общности структуры. Армстронг цитирует З. Фрейда, согласно которому «при истерии отмечается усиленная иннервация иногда сенсорного, иногда моторного характера, проявляющаяся либо как состояние возбуждения, либо заторможенности». Он понимает это таким образом, что как при замещающих действиях, так и при истерии «имеет место разрядка – средство избавиться от напряженности. Как в том, так и в другом случае действие не имеет характера завершенного, по-видимому, не отличается принципиально от действий, порождаемых просто аффективной ситуацией». Хотя, как подчеркивает М.С. Роговин (1965), к такого рода сопоставлениям следует подходить осторожно, сам факт фиксации при изменении уровня действия подмечен правильно.

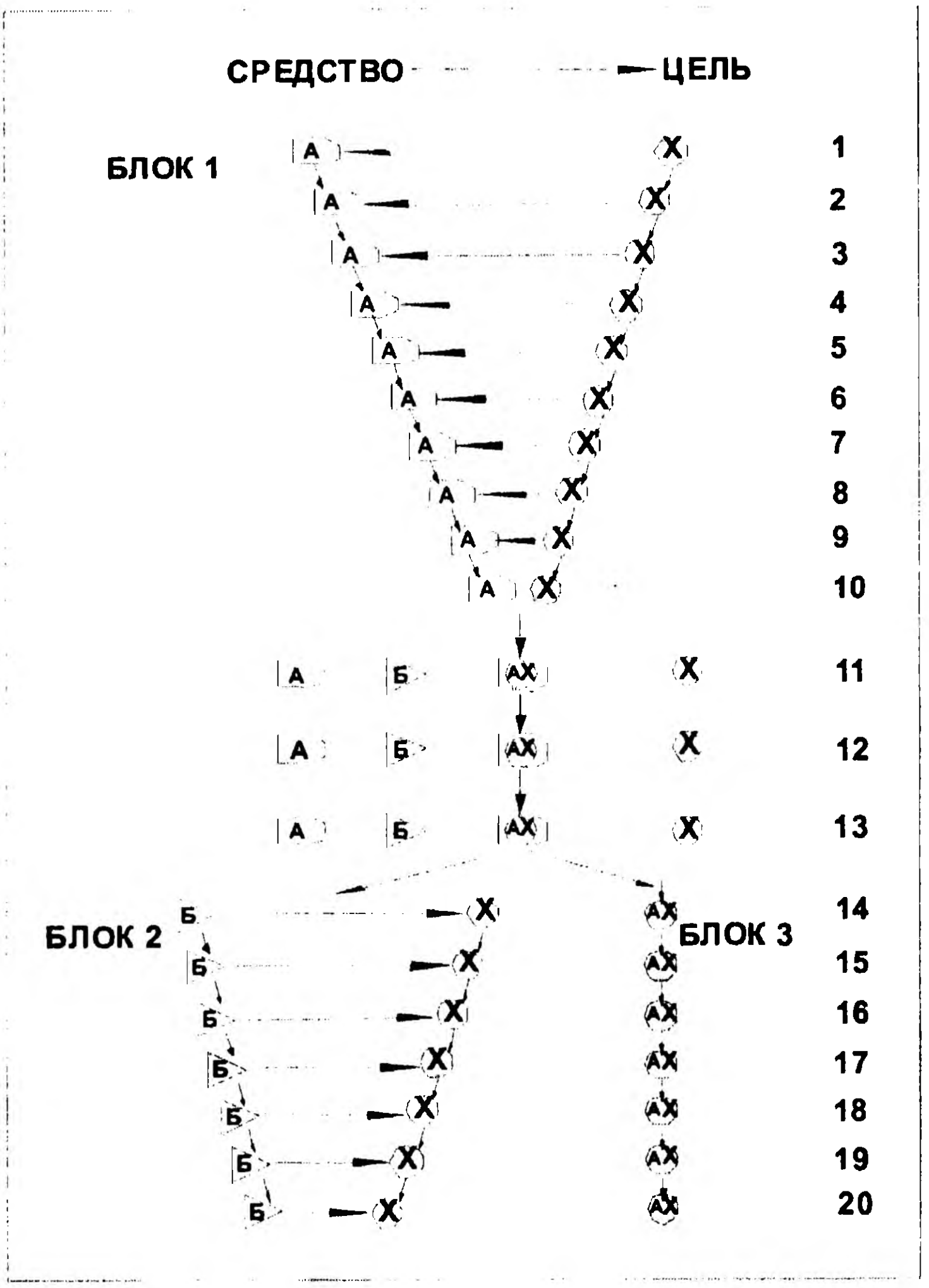


Рис. 12. Акциональный анализ фиксированных форм поведения

Конкретному анализу мы подвергам схему, которая, на наш взгляд, отражаст структуру адекватного действия, динамику отношений между ее элементами и, соответственно, уровнями в процессе решения ряда подобных задач. На этой схеме отражается также и то, что, по нашему мнению, репрезентирует фиксацию форм поведения – сращение цели и средства (рис. 12).

При сохранении отношений между структурными уровнями действия оно оценивается как действие адекватного акционального уровня, что является обычным для нормы. Но в психологии и особенно в психиатрии известны случаи, когда отношения между уровнями действия могут нарушаться. При этом возможны два варианта этих нарушений: 1) нижний уровень – уровень средств сращивается с высшим и подавляет его. При возможной адекватности целей выбираются неадекватные (привычные, автоматизированные, ранее эффективные) средства. В этом случае фиксированным элементом структуры действия выступает уровень средств; 2) высший уровень – уровень цели, трансформируясь, опускается до уровня средств, как бы подменяя его. Цель выступает как фиксирогенный элемент структуры действия, становится самоцелью. Эта структура может упрощаться – от перебора многих средств при неизменяемой цели до отношения: одна цель – одно средство (сверхценные идеи, бред, аддикции).

В том и другом случае происходит снижение акционального уровня цели на низший уровень средств. Любой вариант снижения акционального уровня действия служит индикатором снижения уровня личности, что свидетельствует о наличии в ее структуре психической ригидности.

Первый вариант нарушения структуры действия и снижения его акционального уровня моделируется в психологических экспериментах: «решение арифметических задач», «вербальный и невербальный лабиринт», «унификация».

Каждый из указанных экспериментов осуществлялся в три этапа (блока), при разном количестве заданий в каждом. В «решении арифметических задач» и в «лабиринте» в первом блоке предъявлялись пять задач, которые решались одним и тем же способом (В–2С–А), или пять лабиринтов, которые проходились одним способом («вверх с несколькими поворотами»). В эксперименте «унификация» (рис. 12) таких заданий 10, они решались с нахождением «общего внутреннего признака унификаций изображенных предметов». Задания второго блока (по два в первых экспериментах и три в последнем – «унификации») решаются не только привычным, но и новым способом. Задания третьего блока (в первых двух методиках по 3 задания, а в «унификации» – 7) решаются только новым способом.

Найденный способ решения первой задачи, прохождения первого лабиринта и «унификации» первого задания является адекватным средством достижения цели и при решении последующих заданий первого блока. Как известно, при многократном использовании одного и того же средства для достижения одной и той же цели действие может превращаться в навык. Если рассматривать этот процесс с точки зрения структуры и уровней действия, то здесь имеет место тенденция к сближению средства и цели и дальнейшему слиянию, все большему доминированию в структуре действия уровня цели, благодаря тому, что уровень средств как бы уходит из-под контроля сознания. Процесс сближения и затем слияния цели и средства изображен на рис. 12, блок 1. О том, что произошло слияние средства «А» с целью «х», свидетельствует решение испытуемыми заданий блока 2 способом, успешно работавшим при решении заданий первого блока. Еще более иллюстративным в этом отношении является поведение испытуемых, когда они оказываются в ситуации с «возросшей неопределенностью» – при необходимости решать задания блока 3, которые привычным способом не решаются принципиально.

Вся фигура рис. 12 дает представление о динамике отношений между структурными элементами задач (действий) по мере их решения – сближения (задания 1-го блока) и слияния средства и цели (задания 2-го и 3-го блоков). Объективная необходимость изменить способ решения задается при предъявлении задач третьего блока, поскольку для их решения необходим новый способ и отказ от старого, привычного. В этом случае имеют место, главным образом, два типа действий испытуемых: флексибильное (блок 2) и ригидное, или фиксированное (блок 3).

В случае флексибильного действия испытуемые полностью объективируют ситуацию: на первом уровне объективации возникает вопрос «Что такое?» (объективация на уровне вопроса); на втором – «расщепление» слитого «единства», т.е. дифференциация средства и цели, а на третьем – смена средства «А» на средство «Б» для достижения цели «х». Теперь уже средство «Б» и цель «х» проявляют тенденцию к сближению и слиянию (блок 2).

При ригидном же действии, хотя объективация и происходит, она является как бы неполной, остается лишь на уровне вопроса. Испытуемые не идут дальше вопроса, не дифференцируют цель и средство и не меняют ставшее неадекватным средство на новое. Они снова и снова применяют старую схему решения задач (В–2С–А) или прохождения лабиринта «с несколькими поворотами», или унификацию изображенных предметов по «внутреннему принципу»; они ищут, например, ошибку в своих арифмети-

ческих подсчетах, но не ищут нового способа решения соответствующей задачи. Психологическая структура действия оказывается полностью деформированной. Действие, которое в силу объективных условий должно быть изменено, остается неизменным. В этом неизменяющемся – ригидном – действии доминирующим оказывается не высший уровень цели, а более низкий уровень средства. Так, в приведенном нами примере из эксперимента «решение арифметических задач» при решении 8-й задачи доминирующим оказывается уровень средства В–2С–А, который подменяет уровень цели. Аналогично поведение испытуемых и при решении экспериментального задания «прохождение словесных лабиринтов», когда им предъявляется восьмой лабиринт (чтобы найти выход из лабиринта, не нужно делать несколько поворотов, а только один) (см. приложение). Вместо того, чтобы идти к выходу, проходя от буквы «п» (вход и начало слова) до конца вверх до буквы «т», а затем, сделав только один поворот, к букве «т» (выход из лабиринта и конец слова «пролетариат»), ригидный испытуемый не доходит до самой верхней буквы «т» (поворот), а поворачивает уже на второй, на третьей или на четвертой букве от входа и оказывается в тупике. У испытуемого уже было средство прохождения лабиринтов (семь предыдущих он уже прошел) – «чтобы выйти из лабиринта, надо поворачивать, не доходя до самой верхней буквы – правого угла, и делать не меньше двух поворотов»; и он продолжает безуспешно применять его и в восьмом лабиринте, хотя это средство уже стало неадекватным. Произошло полное (или фиксированное) «сращение» цели со средством; в структуре действия доминирующим стал уровень средства, субъект оказывается не в состоянии дифференцировать средство и цель и найти новое средство достижения данной цели.

В эксперименте «унификация изображений объектов с переключением» в результате предъявления ряда идентичных задач (объединить группу предметов, изображенных на карточке, на основании общего признака) у испытуемых формировалось средство решения этих задач – «внутренний признак» (1-я группа из трех предметов разного цвета: грузовая машина, легковая машина и трамвай – это «транспорт»; 2-я группа: козел, кошка, лошадь – это «животные» и т.д. Начиная с 13-й группы предметов и до 18-й (включительно), испытуемые должны переключиться с объединения объектов на основании «внутреннего» признака на объединение их на основании «внешнего» признака: цвет или форма (например, 13-я группа: белка, шапка и чулки – все одного цвета; 18-я группа: арбуз, мяч и шар – все круглой формы). Таким образом, в этом эксперименте средством для достижения цели дей-

ствия – объединение предъявляемой группы объектов – вначале является «внутренний» признак, который затем необходимо изменить на «внешний». Но в результате фиксированного «сращения» первого средства с целью ригидные испытуемые затруднялись при дифференцировке их и поиске нового средства. Типичными ответами испытуемых, например, на предъявление 1-й группы были: «ничего нет общего», «из белки шапку можно сделать, а чулки... не знаю»; на 14-е (дом, трактор, чайник – все синего цвета): «ничего», «не знаю», «из дома и трактора – у них трубы – идет дым, а из чайника пар» и т.д.

Таким образом, приведенные нами экспериментальные данные, а также, как мы видели, многие клинические данные вполне допускают интерпретацию фиксированных форм поведения в плане анализа структуры действия и взаимоотношения его различных уровней. Как мы уже отмечали, в отличие от ранее предложенных объяснительных схем, такого рода анализ ближе подводит нас к собственно психологической природе как флексибильного, так и ригидного действия, поскольку при нем нет необходимости прибегать к факторам, внешним по отношению к самому действию. Последнее, однако, ни в коем случае не снимает ранее предложенных объяснений, но в определенном отношении дополняет их.

Итак, психологический эксперимент явился моделью тех реальных форм поведения человека, которые мы наблюдаем в норме и особенно часто при нервно-психической патологии. Механизм нарушения структуры действия, лежащий в основе психической ригидности и развернуто показанный в психологическом эксперименте, в «свернутом» виде моделируется и во всех остальных использованных нами экспериментальных методиках, а также в Томском опроснике ригидности.

Так, в «теппинг-тесте» необходимо изменить психомоторный темп, в «навыке» – способ обводки фигуры в условиях ее зеркального изображения, в «лабиринте» – способ (путь) выхода из него. В каждой из предложенных экспериментальных ситуаций необходимо было фактически изменить привычное средство достижения цели действия. Еще более широко это иллюстрируется включенными в ТОРЗ ситуациями, отражающими практически все сферы структуры личности. При этом в данных ситуациях обнаруживает себя нарушение структуры действия как в доминировании уровня средств (фиксирогенность средств, неадекватные средства), так и в фиксирогенности цели – неадекватная («нелепая») цель. Примером первого могут служить ситуации типа: «Остается ли у Вас надолго чувство обиды, досады и т.п.?»; «Я обычно легко меняю свой привычный темп и ритм ра-

боты и жизни»; «Я предпочитаю решать те или иные проблемы привычным способом»; «Я обычно легко меняю свое отношение к людям» и т.д. Иллюстрацией второго может служить ситуация типа: «Можете ли вы отказаться в последний момент от давно задуманного (от поставленной ранее цели и т.п.)?».

В концентрированном виде оба варианта нарушения структуры действия – ригидного действия – представлены при нервно-психической патологии, с одной стороны, навязчивостями (преимущественно фиксирогенностью средств), а с другой – сверхценными идеями и бредом (преимущественно фиксирогенностью целей). Разумеется, такое деление является условным, поскольку, во-первых, вне экспериментальной ситуации любая цель действия (в том числе и «нелепая») является в то же время и средством в структуре другого действия (деятельности), а во-вторых, в связи с отсутствием жестких границ между навязчивостями, сверхценными идеями и бредом. Практически все исследователи сходятся на том, что в случае бреда личность не способна найти рациональный выход из трудной конфликтной ситуации, поскольку для нее характерны «мышление в шорах», «утрата критерия практики», «спаянность бреда с личностью» [Шевелев, 1940; Кербиков, 1971; Блейхер, 1983].

Убедительной иллюстрацией нарушения структуры действия (деятельности и поведения), а также условности деления ригидных действий в зависимости от доминирования цели или средств является «алкогольная активность» [Залевский, 1986]. В такой оценке были единодушны участники «круглого стола», посвященного психологическим проблемам алкоголизма и организованного редакцией «Психологического журнала» в 1986 г. (Б.С. Братусь, И.А. Кудрявцев, О.В. Лишин, П.Н. Ширяев и др.). Человек все чаще прибегает к алкоголю как к наиболее «легкому» средству мнимого решения своих проблем. Алкоголь как средство иллюзорного разрешения жизненных противоречий личности со временем становится и целью деятельности. Видимо, и «реконструкция» личности больного алкоголизмом должна осуществляться через реконструкцию структуры «алкогольной активности», и прежде всего через «изменение жизненных целей», а затем и средств для достижения этих целей.

Тенденция заменять флексибильные формы поведения автоматизмами [Alexander, 1951, 168], как действиями более низкого акционального уровня, характерна и для суицидентов [Конончук, 1984; Амбрумова и др., 1985; Степанченко, 1999, Breed et al., 1972; Patsiokas et al., 1979; Schotte et al., 1982]. Так, Н.В. Конончук (1984) говорит о неспособности таких людей от-

казаться от цели, а Schotte (1982) – вообще об их неспособности решать жизненные проблемы (poor problem solving), особенно в ситуациях негативно действующего стресса. О ригидности как условии и предиспозиции суицида пишут Breed (1972) и Patsiokas (1979). С этим можно согласиться, хотя среди суицидентов встречаются и люди «творческой инициативы» с присущей им «поисковой активностью» [Ротенберг, Аршавский, 1984], «надситуативной активностью» [Петровский, 1975] или с «эвристическим уровнем интеллектуальной активности» [Богоявленская, 1981]. Но, видимо, в таких кризисных ситуациях с «негативно действующим стрессом» [Schotte et al., 1982] в суициде, как фиксированной форме поведения, проявляется ригидность как состояние. Из этого следует, что акциональный анализ раскрывает то общее, что объединяет проявления психической ригидности во всех ее разновидностях.

Таким образом, анализ литературных данных и результаты собственных исследований свидетельствуют не только о множественности, но и о много-

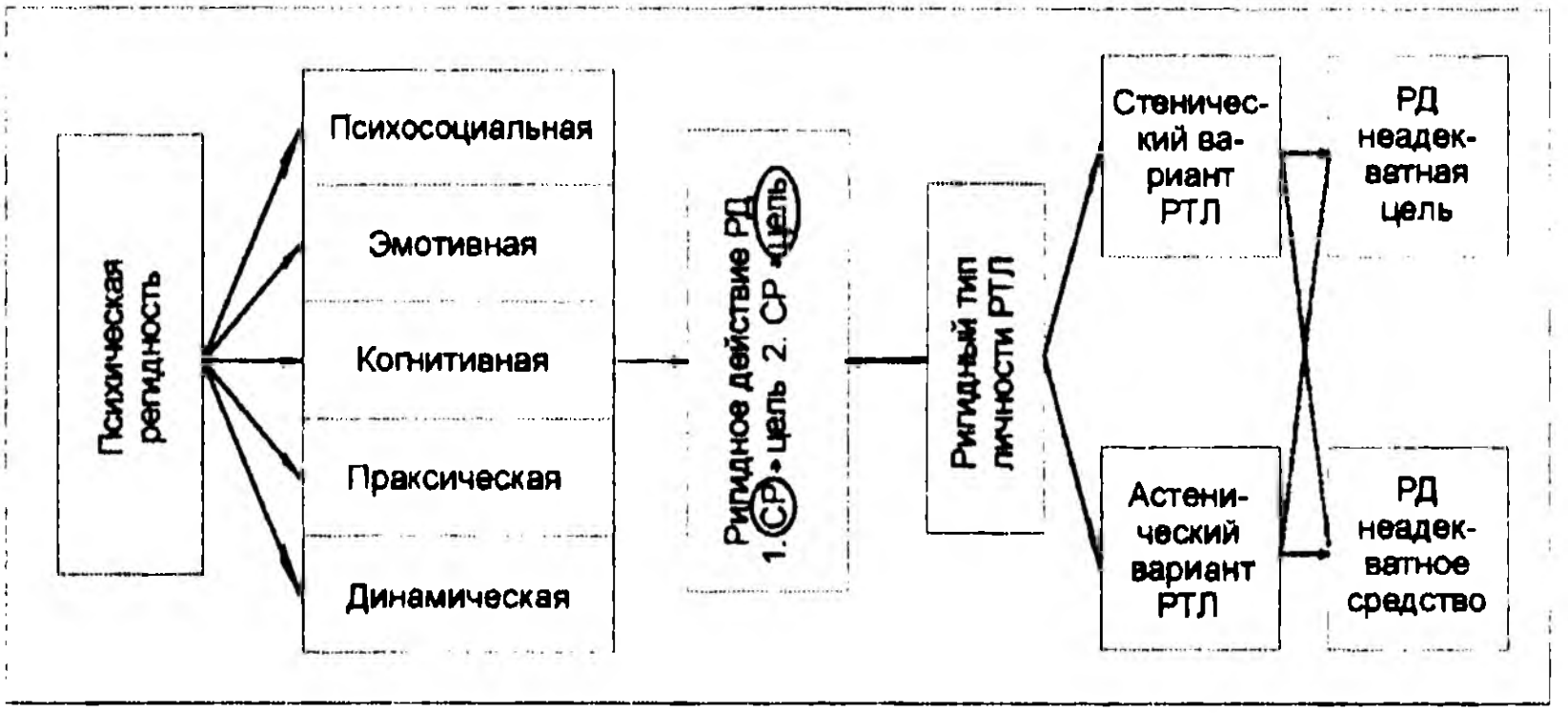


Рис. 13. Акциональный структурно-уровневый анализ ПР

уровневости механизмов психической ригидности. На наш взгляд, они не отрицают, а скорее дополняют друг друга, расширяя и углубляя наше понимание природы такого сложного и преимущественно неблагоприятного психического явления, как психическая ригидность. В обобщенном виде это понимание отражено в схеме (рис. 13), из которой вытекает следующее.

Психическая ригидность в зависимости от индивидуальных и групповых (норма, патология – и отдельные ее формы) особенностей может быть представлена в структуре личности по-разному, что отражается в интенсив-

ностных и пространственных характеристиках. Личность, структура которой в той или иной мере (от парциально до тотально) «поражена» психической ригидностью, вне зависимости от временных ее характеристик (состояние, свойство), реализует свои отношения со средой с помощью преимущественно ригидного действия (фиксированной формы поведения).

Ригидное действие представляет собой action с нарушенными межуровневыми отношениями при доминировании в его структуре либо неадекватного средства, либо неадекватной цели. Акциональный уровень такого действия снижен, о чем свидетельствует его неадаптивность. И это характерно прежде всего для ригидного типа личности. Тем самым ригидное действие выступает в качестве индикатора снижения уровня личности.

Анализ же типологических характеристик психической ригидности показал, что ригидный тип личности чаще всего выступает в действительности, в том числе и клинической, в двух вариантах – «стеническом» и «астеническом», индикаторами которых являются, как это показано на схеме, разные варианты ригидного действия (фиксированных форм поведения).

Все сказанное выше и определяет не только теоретическое, но и практическое значение проблемы психической ригидности и фиксированных форм поведения в целом, о чем речь будет идти в главах следующего раздела монографии.

Раздел III

КЛАССИФИКАЦИЯ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ

Основания классификации ФФП. Анализ литературы показывает, что очень многие исследователи довольно далеки от единодушия в понимании фиксированных форм поведения и явно недостаточно дифференцируют их. Так, например, Н. Камерон и соавт. анализируют акты поведения ребенка в том случае, «когда ему не удается избавиться или модифицировать свой обычный образец поведения перед лицом условий, требующих этого изменения. Эту неудачу следует называть фиксацией, т.е. персистенцией усвоенного образца поведения, хотя биосоциально, в плане культурных норм, принятых в данном обществе для лиц определенного возраста, пола и статуса, он стал уже неадекватным» (1951, 143). Естественно, что при таком подходе каждая фиксированная форма поведения может заступить на место остальных. При этом многие авторы, например Вернер (1946) или Г. Айзенк (1953), видимо, принципиально не дифференцируют различные фиксированные формы поведения. Причиной такого положения следует считать недоучет специфических особенностей стереотипий, персевераций и ригидности, психологическая сущность которых имеет и общие основания.

Само собой разумеется, что это обстоятельство обусловлено прежде всего сложностью самой проблемы. Так, Е. Блейлер, анализируя стереотипии, указывал на то, что они «возникают вместе с другими аналогичными и той же сложности явлениями и могут быть частично с ними смешаны» (1911, 370). Аналогично и авторитетное мнение О. Бумке, который говорил, что различение фиксированных форм поведения затрудняется нашим незнанием «конечных причин» каждой из них, и, следовательно, мы лишены права «оспаривать возможность соприкосновения их корней» (1948, 53).

Было бы, конечно, некорректно принимать факт недостаточной дифференциации фиксированных форм поведения за абсолютное правило. Некоторые авторы прямо указывают на необходимость их различения, хотя нет никакого согласия в отношении критерия различий. В мировой психологической и психопатологической литературе буквально считанное число работ посвящено дифференциации фиксированных форм поведения, одна из них – работа Р. Фогта (1903). Поэтому указанная проблема и стала одной из специальных задач нашего исследования.

Приведенные выше слова О. Бумке содержат правильное указание: характер проблемы определяет необходимость обратиться к генезу стереотипии, персеверации и ригидности. Мы их рассмотрим в последовательности, обусловленной степенью выраженности фиксации, что в значительной мере совпадает с собственно клинической тяжестью расстройства: от стереотипии – к персеверациям, от них – к ригидности. Хотя по логике развития синдромов анализ каждого из них должен идти в обратной последовательности: от более простых и слабо выраженных форм – к более сложным и выраженным.

Глава 1

КЛИНИЧЕСКИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ

(Навязчивости, ритуалы, стереотипии)

В ряду фиксированных форм поведения стереотипии занимают особое место, но это недостаточно отражено в имеющихся определениях. Так, в одном из наиболее подробных и тщательно выполненных «Словаре психологических и психоаналитических терминов» стереотипии определяются так: «Состояние, при котором индивид упорно манифестирует стереотипные движения или мыслит стереотипами» (1959, 524). Под стереотипными движениями авторы словаря понимают патологически возвращающееся или повторяющееся движение, позу, произнесенное слово или фразу, имеющие мало общего со стимулом или ситуацией. Они подчеркивают: «Это, по существу, оперантное[1] поведение, потерявшее свое адаптивное свойство вследствие повторяющегося и неадекватного использования. Оно является часто симптомом различных психозов» (Там же, 523). Американский психиатр В. Ковий считает стереотипии «крайней формой ригидности», «неспособностью изменить поведение» (1963, 230). Указывая на недостаточность этих дефиниций, мы хотим с самого начала подчеркнуть то обстоятельство, что в отличие от понятий «персеверация» и «ригидность», нечеткие контуры которых отражают их промежуточное положение между психологией и психопатологией, понятие «стереотипия» имеет явно клинический характер.

Это означает, во-первых, что сами повторяющиеся акты поведения включаются в более широкий контекст того или иного синдрома и получают ис-

[1] Термин поведенческой психологии, обозначающий поведенческую реакцию, определяемую через обусловленные ею изменения в окружении (ситуации). Например, поведение животного в «проблемном ящике» определяется как «оперантное», так как релевантно по отношению ко всей ситуации, а не к какому-либо определенному аспекту ее или стимулу, и существенным в его оценке является конечный результат: открывает животное ящик или нет.

толкование внутри него. Во-вторых, располагая различные фиксированные формы поведения по глубине патологии, мы тем самым устанавливаем и их зависимость от степени расстройства личности в целом и прежде всего функции сознания. Попытаемся раскрыть содержание понятия «стереотипные формы поведения» в последовательности смены нозологических форм. Пожалуй, трудно указать какой-либо другой психопатологический феномен, для объяснения которого привлекалось бы столь большое число гипотез и в котором так отчетливо проявилась бы борьба различных школ и направлений. Прослеживая построение предлагаемых разными авторами объяснительных схем, мы видим, как многие их главные черты проступают в трансформированном виде на каждой очередной ступени и как в них отражается основное деление психических расстройств на неврозы и психозы.

§ 1. Навязчивости и ритуалы

Наименее глубокая форма расстройств, характеризующаяся в преобладающей мере наличием фиксированных форм поведения, – это невроз навязчивых состояний [Лёви, 1944; Стенгель, 1945; Лондон, 1931]. Как известно, навязчивости представляют собой непроизвольное многократное повторение посторонних данной ситуации, а часто и нежелательных и даже социально запретных образов, мыслей, слов, действий. Они не есть принадлежность исключительно одной формы невроза, а выходят за рамки неврозов и могут встречаться, с одной стороны, в состояниях напряженности и утомления, а с другой – являться определенной характеристикой личности или даже вида психопатий (Zwangspersönlichkeiten bzw. – psychopathen) [Баж, 1955, 231]. На фоне общей дезорганизации аффективной сферы непроизвольный характер навязчивостей субъективно легко совмещается с насильственностью (в немецкой литературе именно последняя выступает определяющей в феноменологии указанных состояний).

Психологический механизм навязчивостей нередко сводится к вытеснению; как указывается в знаменитом «Руководстве» Е. Блейлера, «неудовлетворенная потребность в сексуальной чистоте превращается в потребность внешней чистоты, а тем самым в насильственное умывание или боязнь заражения» (1969, 459–460). Уточняя понятие навязчивостей, К. Баж указывает на трудность отграничений их от привычек (здесь критерием, хотя и не абсолютным, является целесообразность), гротескный характер навязчивостей и на обусловленное их невыполнением неприятное все нарастающее чувство «не по себе», беспокойства, тревоги (1955, 230). Осоз-

нание насильственного характера навязчивостей, в корне отличающее их от бреда, неотделимо от внутренней коллизии, не разрешающейся в действие, а принимающей символическую форму: больной понимает и социально запретный, и опасный, и лично неприемлемый характер многих образов, мыслей или действий, страшится их и потому отвергает, однако вместе с тем мысленно им отдается и, следовательно, не может от них избавиться. При этом реальные жизненные ситуации отходят на второй план перед интрапсихическим конфликтом, который, несмотря на терзания больного, все же оказывается неразрешенным (ибо случаи осуществления запретных навязчивых мыслей чрезвычайно редки).

Учеными различных стран объяснение навязчивостей давалось с разных позиций. Для немецкой психопатологии эталоном была одно время концепция К. Вернике, который, подчеркивая возникновение и проявление навязчивостей вопреки воле субъекта, рассматривал их как «аутохтонные идеи» со структурой, аналогичной автоматизмам экстрапирамидных симптомов. Позднее, однако, доминирующей стала концепция К. Ясперса, для которого переживание насильственности есть нечто «феноменологически последнее» (1923, 69) – положение, бывшее исходным и для его учения о «первичном бреде» и, следовательно, с его точки зрения, не нуждающееся в более углубленном исследовании. В продолжающем феноменализм экзистенциалистском подходе усиливается тенденция трактовать невроз навязчивых состояний как экзистенцию (способ существования в мире), глобально обусловленную враждебными силами загрязнения, дезорганизации, смерти и разложения, в результате воздействия которых вещи оказываются пустыми, лишенными сущности, дереализованными. Существование субъекта есть, как подчеркивает Э. Гебзатель, постоянная борьба греховного, нечистого мира, борьба, безнадежность которой субъект осознает, но которую он из «чувства чести» продолжает вести, изобретая все новые средства защиты, и в которой он, в конце концов, изнемогает (1959).

Изучение навязчивостей вообще и невроза навязчивых состояний в частности всегда стояло в центре внимания французской школы. Такие старые авторы, как Б. Морель, Ж. Маньян, Г. Питер, Э. Режи (1902), видели в навязчивостях одно из проявлений психофизической «дегенерации». Их взгляды во многом предопределили последующие поиски биотических корреляций. К этой объяснительной гипотезе следует отнести взгляды Э. Кречмера и его школы о шизоидной в широком смысле слова конституции, а также основывающиеся на факторно-аналитических исследованиях теории личности, в которых делается попытка вывести специальный «фактор невро-

тизма»[2] (Г. Айзенк, Р. Кэттел). Однако наибольшую известность в объяснении навязчивостей приобрела теория П. Жане, представляющая часть его учения о психастении (1903). Навязчивости, по Жане, – часто проявление свойственной психастенику психической слабости, результат снижения психического тонуса по отношению к «иерархии действительности» и высвобождение психических автоматизмов. Будучи не в состоянии приспособиться к трудностям жизни, предполагающей социальную адаптацию, принятие решений в сложных ситуациях и т.д., больные растрачивают свою психическую энергию в бесплодных действиях и умствовании, что манифестируется не только соответствующими симптомами, но и общим аффективным состоянием, сближающим их с депрессиями. Жане подчеркивал, что вся симптоматика навязчивостей есть компромисс: действия – не что иное как рудименты, повторения и транспозиции актов более высокого уровня, мысли – «пережевывание», бесконечное повторение того, что могло бы быть волевой и целенаправленной деятельностью.

К. Баж, исходя из первичности насильственного характера навязчивостей, изящно выводит механизм амбивалентности и раскрывает взаимосвязь соответствующего предрасположения и самого невроза. В наиболее легких случаях насильственность порождает защитные действия, которые, временно уравновешиваясь со своими контрактами, в то же время фактически приостанавливают на фазе напряженного состояния выбора и размышления многие целенаправленные действия больного (1955, 231).

Невроз навязчивых состояний представляет собой классический пример приложения психоаналитических концепций, поскольку подсознательная переработка и символическое выявление ее результатов вовне и есть сущность невротического расстройства. Психоаналитики – не только сам З. Фрейд, но и К. Эбрахем, Э. Джонс и другие, – также видят в навязчивости проявление характера, но само понятие характера определяется ими через регрессивную ступень либидо – ступень садистическо-анальную. Точнее говоря, основные черты психастеника – это смешение и в какой-то степени перенесение во внутренний план черт характера, порожденных этими

[2] «Фактор невротизма» устанавливается в результате применения психологических тестов и слагается из недостаточной подвижности ассоциативных процессов, нерезко выраженной персеверативности в тестах на «ситуацию в миниатюре», в тестах на терпение; для него характерны флуктуация установок, выражающаяся в низкой надежности, большое число ошибок в психомоторных тестах на внимание, замедленный индивидуальный темп, плохое выполнение лабиринтных тестов, повышенная внушаемость в тестах на постуральное равновесие [Айзенк, 1948, 1957, 1966; Кэттел, 1961, 1964].Следует также помнить, что Айзенк не связывает фактор невротизма с общей ригидностью; он приходит к заключению, что тесты, служащие дифференциации здоровых и невротиков, не пригодны для дифференциации здоровых и психически больных.

садистическо-анальными глубинными влечениями (упрямство, жестокость, боязнь «сепарации от объекта» и т.д.), с полярными чертами характера, обусловленными реакциями на эту регрессию со стороны Эго и Суперэго (покорность, расточительность, смелость, угодливость, доброта, педантичность и т.д.). По мнению психоаналитиков, внутренняя борьба ведет к «удовлетворению без удовольствия», в результате чего, например, половой акт может переживаться даже как наказание (отсюда фригидность).

Психоаналитики настаивают на понимании самых сложных и нелепых навязчивостей и ритуалов как механизмов защиты, рассматривая их в конечном счете как своего рода «запрещенные игры» с фиксацией соответствующих действий, например мастурбация (отсюда выводится навязчивость обмывания). Сюда же относятся навязчивости, связанные со специфическими особенностями поведения в отношении времени и денег, которые в психоаналитическом плане обусловлены актами дефекации; навязчивости («игры») садистического толка, дающие начало чувствам вины и заканчивающиеся ритуалами искупления, наказания, отпущения грехов, выкупа и т.п. с включенными в них фобиями, аффективными, импульсивными реакциями.

Несмотря на свою искусственность и надуманность, психоаналитическая трактовка навязчивостей давно проникла во многие самые солидные зарубежные руководства по клинической психиатрии; однако общая ее оценка нередко не соответствует подробному описанию подсознательных механизмов защиты. Так, в последнем издании известного руководства А. Эя, П. Бернара и Ш. Бриссе при анализе «инфраструктуры» невроза навязчивых состояний просто указывается, что «как бы мы ни относились к психоаналитической трактовке особенностей больного с навязчивостями, она в какой-то мере позволяет углубить наше понимание этого характера (имеются в виду указанные выше «садистическо-анальные» черты характера. – *Г.З.*), а вместе с ним и самого невроза» (1967, 497).

Противоположной по своей сущности интерпретацией навязчивостей, осуществляемой в физиологических терминах, является концепция И.П. Павлова, представителя русской школы, для которого навязчивости – это результат патологической инертности нервных процессов, проявляющейся при выработке условного рефлекса; как известно, эта концепция – одна из рабочих гипотез Павлова в изучении им экспериментальных неврозов (1949). Вслед за Павловым на роль тормозного процесса в возникновении навязчивостей и фобий указывали М.К. Петрова, Ф.П. Майоров. А такие авторы, как А.Г. Иванов-Смоленский и С.Н. Давиденков, полагают, что здесь налицо патология как тормозного, так и возбудительного процессов.

Е.А. Попов видел их основу в ультрапарадоксальной фазе коры головного мозга, в результате наступления которой естественные, соответствующие действительности побуждения подавляются, а противоположные (любовь – ненависть, уважение – поругание, жизнь – смерть и т.д.) возбуждаются (см. О.В. Кербиков, 1958, 50–51).

Надо иметь в виду, что принципиальное отличие физиологического (прежде всего в духе Павлова) объяснения навязчивостей от объяснения психопатологического не мешает некоторым представителям зарубежной психопатологии объединять обе концепции [Массерман, 1946, 1959].

Особо следует подчеркнуть, что в отличие от психоанализа павловское объяснение непосредственно подводит к пониманию большой степени участия в навязчивостях моторных компонентов, действий. В этой связи нельзя не солидаризироваться с теми выводами, к которым в результате изучения навязчивостей приходят А. Эй с соавт. (1967). Они пишут: «Невротические «стигматы», представляющие собой функциональные расстройства, постоянно должны напоминать о том, что структура «Я» не может быть отделена ни от одного из аспектов созревания ЦНС. Самый термин «психомоторные расстройства» указывает нам на то, что осуществление наиболее сложных и дифференцированных моторных актов, какими являются речь и жесты, самым непосредственным образом связано с функциями инстинктивно-аффективной разрядки, которая должна последовательно канализоваться и выражаться через речь и жесты. Наряду с ними поза или походка бывает также важным показателем патологии в интеграции нервных функций...» (Там же, 420–421).

Вне зависимости от принятия той или иной объяснительной схемы навязчивости ее психопатологическое ядро – это заложенные в ней предпосылки для дальнейшего усиления, углубления патологии. Так, сознательно применяемые больными средства против навязчивостей, представляющие собой всякие ухищрения, сами становятся навязчивостями («защита» не в психоаналитическом, а в классическом смысле)[3]. К. Баж прав, когда подчеркивает, что эти средства защиты выполняют свою функцию лишь в наиболее легких случаях (1955, 231). Еще больше в этом плане говорит превращение банальной навязчивости в ритуал, по определению А.В. Снежневского: «...навязчивые движения и действия, возникающие совместно с фобиями, навязчивыми сомнениями или опасениями и имеющие значение зак-

[3] Следует отличать «защитные механизмы», понимаемые психоаналитиками как проявление бессознательного, от отмечавшихся еще классиками психиатрии «средств защиты» при навязчивости.

линания и защиты. Они производятся вопреки разуму, для предупреждения мнимого несчастья или преодоления навязчивого сомнения» (1968, 49). Здесь налицо уже определенная интерпретация, как бы зародыш бреда, осознаваемый самообман и в то же время средство защиты от фактических и воображаемых опасностей. Здесь «пустой формализм заклинания, не переставая быть составной частью внутреннего запрета, замещает или облегчает его» [Эй и соавт., 1967, 494].

Ритуалы могут быть как простыми и кратковременными, так и исключительно сложными и продолжительными церемониалами, серьезно интерферирующими с повседневной жизнью. Поведение больных с навязчивостями, как отмечал О. Феничел, имеет тенденцию прогрессировать от простейших экспрессий до сложнейших церемониальных построений (1945). Именно на эту тенденцию указывают А. Эй и его коллеги: психопатологическая природа ритуала логически ведет к его развитию, к превращению его в «настоящий церемониал», в своего рода литургию, где все действия ранжируются в соответствии с тем, какие ценности или табу они представляют, и как бы становятся эквивалентными священным обязательствам, запретам и регламентациям» (1967, 494). И уже на уровне ритуального действия налицо предпосылки к углублению патологии: если выполнение его и связано с временным чувством облегчения, а тем самым и закрепляется, становится привычным, то, как указывает А.В. Снежневский, «...невыполнение его дается лишь в результате исключительных усилий и влечет за собой появление крайнего беспокойства, лишающего возможности думать о чем-либо другом, чем-либо заняться» (1958, 50). Об этом же пишет и Л. Эйдельберг: «Сильное чувство тревоги вызывается уже просто каким-либо отклонением от того или иного ритуала» (1968, 382).

Все указанные особенности невроза навязчивых состояний остро ставят вопрос о дифференциальном диагнозе, хотя, как подчеркивается в последнем издании блейлеровского руководства, для опытного клинициста последний не представляет особых трудностей (1969, 494). Здесь следует учитывать, что явление навязчивости есть, как указывалось выше, принадлежность не только невроза, но встречается и в состоянии сильного утомления и при депрессивном психозе. В этих случаях важные дифференциально-диагностические критерии – это анамнез и эмоции. Встречающиеся при эпидемическом энцефалите, при поражении фронто-таламических путей элементы насильственных действий носят очень специфический характер (элементарность, разрыв «выразительного действия» с соответствующими эмоциями и независимость его от ситуации и т.д.). Обычно возможные со-

мнения исчезают перед массированной органической симптоматикой. Дифференциации от шизофрении проводятся с учетом присутствия или отсутствия специально шизофренической или, по крайней мере, психотической симптоматики. К. Баж указывает в этой связи на нередко имеющий место при шизофрении параллелизм симптомов навязчивостей и гораздо более характерного для этого заболевания переживания воздействия посторонней силы (1955, 231). При «неврозоподобной» шизофрении (А.В. Снежневский), которая может манифестироваться «навязчивостью, деперсонализацией, сенестопатиями, ипохондрией, дисморфобией» (1969, 11), дифференциально-диагностические трудности, конечно, возрастают.

§ 2. Стереотипии (определения и формы)

Для психиатрической клиники стереотипии – это наиболее частая и выраженная форма паракинезов – паразитических моторных актов, деформирующих, обременяющих обычные движения, иногда даже заменяющие их. О. Бумке определил их как «бесконечное повторение каких-либо поз, движений или слов» (1919, 136). Стереотипии – это фиксация как отдельных движений, так и динамики всего тела (например, раскачивание), это также фиксация жестов; стереотипии распространяются как на собственно моторные акты, так и на речь и письмо. Многие авторы, давая определение стереотипиям, справедливо подчеркивали их внешне разнообразный характер. Так, П.М. Зиновьев указывал, что у одних больных – это своеобразные гримасы (вытягивание рта в хоботок, беспричинная улыбка), у других – различные движения руками (поглаживание по лицу, похлопывание), у третьих – движения, связанные со своеобразными позами или походкой, у четвертых – целые последовательности движений, у пятых – однообразное повторение определенных оборотов речи, слов или фраз. Некоторые авторы, например К. Баж, считают наиболее исчерпывающим определение стереотипий, данное И. Клези: стереотипии – это проявления моторики речи и мысли, осуществляемые иногда очень длительное время и в одной и той же форме, полностью отделившиеся от общей ситуации, не выражающие аффективных установок и не соответствующие какому-либо объекту окружения.

Стереотипии являются прежде всего одним из ведущих симптомов кататонического синдрома, при котором, повторяя слова В. Осипова, «они выявляются резко, полно и длительно» (1932, 494). Дополняя определение сте-

реотипий, Зиновьев писал, что они есть «механическое повторение одних и тех же движений, жестов, поз или оборотов речи, наблюдаемые преимущественно при психических заболеваниях, как одно из проявлений кататонического состояния» (1932, 754). М.О. Гуревич, включая стереотипии в число кататонических симптомов, подчеркивал не только их принадлежность к этому синдрому, но и – в отличие от органических расстройств – их обратимый характер (1949, 71). В блейлеровском «Руководстве» 1969 г. стереотипии также рассматриваются внутри кататонического синдрома и указывается, что они, во-первых, могут быть как быстро проходящими, так и длиться годами и, во-вторых, распространяются на любую область. Они подразделяются на стереотипии движений, которые в ряде случаев имеют бессмысленно-агрессивный характер, стереотипии позы, которая нередко такова, что пребывание в ней в здоровом состоянии было бы сколько-нибудь длительное время невозможно (например, симптом «воздушной подушки»), стереотипии места, например хождение всегда строго по одному и тому же пути, стереотипии речи – вербигерации (термин, введенный в психиатрическую практику К. Кальбаумом (1874), – бессмысленное повторение одних и тех же слов или фраз, «музыкальные вербигерации» – повторение, иногда многолетнее, одних и тех же пассажей). Таким образом, речь выделяется в особый вид стереотипии, и определенную роль при этом играет фиксация представлений, хотя ведущим, по-видимому, остается моторный аспект. Указывается также, что возможна стереотипия мыслей, желаний и галлюцинаций.

Вместе с тем следует отметить отсутствие сколько-нибудь очерченных рамок, устанавливающих объем понятия «стереотипий». Некоторые авторы ограничиваются моторикой, другие, например О. Бумке, считают, что при стереотипии речь может идти о застывании, фиксировании представлений (1919). Еще больше расширял это понятие Э. Минковский (1927). Для тех форм шизофрении, где налицо продуктивная симптоматика, он применяет понятие «шизофренические формы отношения» (attitude schizophreniques), синонимичное понятию «психические стереотипии» (stereotypies psychiques). Вводя эти понятия (точнее, одно понятие), Минковский исходил из идеи компенсаторной личностной реакции на те жизненные трудности и невзгоды, которые несет с собой шизофрения. «Шизофренические формы отношений» есть, по Минковскому, частичная компенсация наряду с галлюцинациями, болезненным фантазированием, бредом и т.д. В отличие от этих компенсаций аффективного плана психические стереотипии (в довольно необычной терминологии автора) имеют «механический», или «феномено-

логический» характер, ибо их психологическая структура обусловлена представлением больного о своем дефекте.

Не останавливаясь более подробно на этом вопросе, а также на рассмотрении всех форм стереотипии, мы попытаемся систематизировать имеющиеся в литературе взгляды на их клиническую сущность и лежащие в их основе психофизиологические механизмы.

Теории органического генеза стереотипии. Поскольку наличие фиксированных форм поведения, в том числе и стереотипии, внутренне обусловлены, то первая же попытка найти объяснение им, естественно, приводит в область физиологии. Так, К. Вернике видел в стереотипиях нечто вроде компенсации при явлениях выпадения, Зимерлинг – нарушение механизмов, связанных с органическими ощущениями (цит. по: [Блейлер, 1911, 370]). К. Клейст считал стереотипии одной из форм итеральных расстройств, обусловленных растормаживанием элементарных органических реакций, и искал их анатомическую основу в поражении стриарной области (1916). В.М. Бехтерев сближал стереотипию с расстройством «психорегуляторных функций» лобных долей – мысль, к которой он пришел еще в 1907 г. в результате наблюдений над поведением животных с удаленными лобными долями, а также над поведением больных с поражением префронтальных отделов мозга. Он высказал предположение, что последние «не оценивают нужным образом результатов своих действий, не устанавливают определенного отношения между отпечатками внешних впечатлений и результатами прошлого опыта и... не направляют движений и действие сообразно личной пользе» (1907, 77). Эту мысль развивали и продолжают развивать и другие исследователи. Еще А. Бианки в 1895 г. сформулировал, а в 1922 г. подтвердил положение, что лобные доли мозга необходимы для синтеза активных процессов и что именно нарушение «координирующей функции» лобных долей приводит к таким явлениям, как распад целенаправленных движений, индифферентность по отношению к внешним воздействиям, стереотипии в поведении и нарушение сложных форм мышления.

П.К. Анохин (1949), проводивший в свое время систематические наблюдения за изменением поведения собак после резекции лобных долей мозга, высказал предполюжение о том, что лобные доли позволяют животному обеспечить предварительные, «предпусковые» синтезы, намечая тем самым нужную программу поведения. Он показал, что при поражении лобных долей целесообразное поведение животного страдает, процесс сличения результатов с исходными намерениями нарушается, избирательное, т.е. соответ-

ствующее определенному плану, поведение заменяется стереотипным воспроизведением прежнего опыта, лишенным приспособительного значения. К близким выводам привели наблюдения А.Р. Лурия и его сотрудников [Лурия, 1945, 1962, 1966; Спирин, 1951; Филиппычева, 1952; Шустин, 1966], над больными, лобные доли которых были разрушены каким-либо патологическим процессом.

Совершенно ясно, однако, что фиксированные формы поведения органической природы вряд ли можно непосредственно сопоставлять со стереотипиями при шизофрении. Дифференциальная диагностика начинается именно с их противопоставления. Не случайно многие клиницисты указывали на «странный» характер стереотипий и на трудность, даже невозможность установления их генеза. Путь изучения стереотипий как шизофренического симптома sui generis иной, по крайней мере на данном этапе он идет через установление психопатологической сущности с учетом в качестве вспомогательных тех данных, которые дает клинический или физиологический эксперимент. При этом, однако, физиологическое объяснение остается в идеале заключительным этапом исследования, дальности пути до которого нельзя преуменьшать.

Теории психогенного происхождения стереотипий. Прежде всего мы должны остановиться на блейлеровском понимании генезиса стереотипий, понимании, оказавшем значительное влияние на все последующее развитие данной проблемы. Е. Блейлер развивает взгляды Дромара, Ричи, Мондио и Фрейда о том, что генез стереотипий следует искать, если и не полностью, то хотя бы частично, не в обусловливающем автоматизмы «отцеплении, а в длительном воздействии комплексов» (1911, 366); впоследствии эта точка зрения получила дальнейшее развитие в работах И. Клези (1922). В этой связи Блейлер подчеркивает большое диагностическое значение стереотипий и важность их расшифровки, поскольку так раскрывается путь к обусловливающим их комплексам, а следовательно, и ко всей личности больного. Следует отметить, что получивший после К. Ясперса большое распространение подход ко всем психопатологическим явлениям с точки зрения того, «понятны» они, т.е. личностно, психологически обусловлены, или «непонятны», т.е. являются «феноменологически последними», – подход, определяющий во многом все построение блейлеровского «Руководства» 1969 г., применяется и в анализе стереотипий. Здесь прямо указывается, что у «некоторых стереотипий понятное содержание, например, профессиональные движения сапожника манифестируются потому, что возлюбленный боль-

ной – представитель этой профессии; в другом случае стереотипизированными оказываются движения танца, потому что знакомство с возлюбленным состоялось именно на танцах. В равной мере сморщивание, гримаса носа может выражать презрительное отношение к окружающим. Больные этого, обычно, не осознают, и непосредственных данных об этом, по крайней мере, в период репродукции самих стереотипий, никогда получить не удается. В таких случаях требуемую информацию дает ассоциативный эксперимент, прямые или косвенные высказывания больного, точный и объективный анализ и другие аналогичные методы» (Там же, 391). К. Баж, следуя в своем понимании стереотипий комплексогенной концепции Клези, указывает, что как при неврозах, так и при шизофрении стереотипии в символической форме выражают заложенную в комплексах и заблокированную в своей реализации целевую установку (1955, 213–214).

Подходя к объяснению стереотипий через их обусловленность со стороны комплексов, Блейлер широко пользуется аналогиями с нормой. Стереотипии для него – это углубленный, зафиксировавшийся, но все же только один из видов манерности, а все связанное с ними – область фактов, не только близких к осознанию, но и широких параллелей и характерологического, и возрастного плана. В частности, Блейлер, как и впоследствии Л.С. Выготский, имел в виду прежде всего параллели симптоматики шизофрении с особенностями поведения и мышления здоровых в пубертатный период (при этом как Блейлер, так и Выготский подчеркивали принципиально различную сущность обоих случаев). Это симптоматическое сходство относилось Блейлером, главным образом, к явному стремлению посвятить себя «высоким материям», повышенному чувству самоутверждения и, как их следствие, – особому выражению вовне – манерности. По Блейлеру, манерность, наблюдаемая в норме, есть не что иное, как реализация комплекса, проявляющаяся в усилении какого-то одного движения или двигательной последовательности. Разница между нормой и шизофренией в том, что в последнем случае уменьшается возможность самоконтроля. Хотя Блейлер в целом ряде пунктов, в частности в подчеркивании роли сексуальных моментов в генезисе стереотипий, солидаризуется с Фрейдом (например, стереотипия позы – палец во рту – интерпретируется именно в этом плане), все же его концепция далека от пансексуализма Фрейда. В частности, он четко различает невротические навязчивости и шизофренические стереотипии, в самом же психоанализе границы между этими симптомами разных нозологических форм оказываются безнадежно стертыми. Но поскольку для психоаналитиков самым важным является символическое вы-

явление бессознательного, их трактовка стереотипий очень мало отличается от приведенных выше примеров; в психоанализе, однако, подчеркивается обычно сексуальный характер лежащих в основе стереотипий вытесненных комплексов [Массерман, 1961, 84–85].

После Блейлера и Фрейда психогенная концепция стереотипий развивалась экзистенциализмом. Представители этого направления современной зарубежной психопатологии не согласны с такого рода квалификацией их взглядов, ибо отвергают правомочность самой постановки проблемы. Стремясь ликвидировать картезианский дуализм, экзистенциалисты провозглашают, что в жизненных ситуациях, обозначаемых ими как «структуры проживания», органически сливаются телесное и психическое, вследствие чего «вопрос о психогении, как бессмысленный, выносится за скобки» [Цутт, 1963, 848]. Это же положение, которое следовало бы назвать декларацией, лежит в основе экзистенциалистской трактовки паракинезов, в том числе и стереотипий. С точки зрения таких видных представителей этого течения, как Э. Штраус или Ю. Бьютендайк, ни одно человеческое движение, будь оно даже совершенно автоматизированным (еда, ходьба, приветствие, речевые движения) нельзя рассматривать иначе, как в соотношении с «Я», в связи с определенными «системами координат» (Bezugssysteme), представляющими собой моральные, этические или эстетические нормы. Каждое движение есть отрезок жизненного пути, часть биографии [Цутт, 1957, 14]. Специфически человеческое движение всегда проникнуто рефлексией; оно всегда есть высвобождение из непосредственного переживания, высвобождение, которое, однако, никогда не может быть полным, так как человек, будучи живым существом, остается частью природы и связан с жизненной ситуацией [Бьютендайк, 1957, 4]. Как в древности для Аристотеля, для экзистенциалистов движение есть переход из состояния возможности в состояние реализации. Прежде чем взять что-либо, человек осуществляет это сначала мысленно, и лишь после этого происходит фактически внутренне предуготовленное схватывание; при действии «человек в функциях своего тела оказывается впереди самого себя, он сам есть свое будущее, он и здесь и там одновременно, он не закован в границы своей плоти» [Цутт, 1957, 13].

Исходя из этих общеметодологических (уже не клинических, а фактически философских) положений, экзистенциалисты представляют паракинезы как ограничение свободы духа, как «невозможность шагания по жизненному пути». Больной не может двигаться или движения его ограничены потому, что ему некуда идти, для него нет пути в жизни. В основе такого

расстройства лежат, по мнению К. Куленкампфа, нарушение структуры границы и, следовательно, вторжение чужих сил в область «своего», таких сил, которые препятствуют движению, – мысль, неоднократно высказанная еще Е. Блейлером. По Куленкампфу, шизофрения есть прежде всего нарушение основных «структур проживания». Такова же точка зрения и Цутта. В отдельных конкретных случаях это нарушение «структур проживания» реализуется либо как патологическое отношение к «встречаемому», т.е. как расстройство самого движения, либо как нарушение опыта «встречающего», т.е. как бредообразование. Второе, как настойчиво подчеркивает В. Гебзатель, в большинстве случаев является ведущим (1958), основной же характер нарушения остается одним и тем же. Сдвиг «границы» проявляется в параноидном бредообразовании; это, можно сказать, классическое нарушение «структуры проживания», при котором условное, но абсолютно необходимое в жизни разделение на «свое» и «не свое» оказывается полностью деформированным [Шторх, 1949; Цутт, 1957].

Таким образом, психогенная концепция стереотипии приходит к положению, которое нельзя не считать ее логическим завершением. Налицо полное выхолащивание клинической сущности и подмена ее содержанием, отражающим разрушение структуры бытия, существования в мире; сами представители экзистенциализма признают несовпадение обеих систем отсчета [Цутт, 1963, 846]. Но, как отмечает в одной из своих работ М.С. Роговин (1965), экзистенциалистский подход неизменно имеет своей стороной максимальную биологизацию психики человека, понимание ее в плане инстинктивных реакций. Эта закономерность проявляется и в трактовке стереотипий. Так, Баж рассматривает их по аналогии с выхолощенной двигательной активностью (Leerlaufreaktionen – термин К. Лоренца) животных в клетках – более или менее абортивных движениях (например, строительство гнезда, спаривание и т.д.) при полной невозможности выполнить эти действия. «Единственное отличие от человеческих стереотипий, – считает Баж, – заключается, по-видимому, в том, что выхолощенная двигательная активность животных всецело направляется врожденным инстинктом, в то время как заблокированные импульсы человека могут если не реализоваться, то во всяком случае выражаться более динамично и на многих приобретенных путях» (1955, 230).

Следует, однако, отметить, что еще Е. Блейлер, не только прозорливый, но и чуждый доктринерству психопатолог, отчетливо видел изъяны психогенной гипотезы стереотипий. Он считал, что с помощью понятия «вытесненные комплексы» можно объяснить лишь часть стереотипий, потому что,

во-первых, при ремиссиях комплексы настолько отступают на второй план, что их аффективным воздействием как побудительным условием формирования стереотипий можно пренебречь. Во-вторых, несомненно наличие большого числа стереотипий и без всяких комплексов; даже если предположить, что в ряде случаев такая связь может существовать, но оставаться необнаруженной. Из всех этих моментов Блейлер делает вывод о том, что следует различать общее предрасположение к стереотипизации и роль комплекса как непосредственной причины формирования той или иной стереотипии (1911, 369–370). В этой связи необходимо привести доводы тех, у кого концепция обусловливания стереотипий комплексами вызвала возражения, в том числе тех, чьи взгляды в целом идут в русле психогений. Так, Э. Минковский (1927) считал, что роль комплексов должна быть сильно ограничена, а те теории, которые ставят ее во главу угла, переносят закономерности здоровой психики на больную. Он указывал, что именно этим объясняется стремление связать манифестации заболевания с сильными аффектами, например сексуальными; при этом не учитывается, по его мнению, качественное отличие аффективности больного шизофренией, тонус которой не идет ни в какое сравнение с аффективным тонусом здорового человека. Минковский выдвигает идею психических стереотипий, которые, оставаясь психогенными, носят совершенно иной характер, чем комплексы.

Стереотипии и расстройство моторной сферы. Все направления, которые концентрируют внимание на «содержательной», т.е. психогенно обусловленной стороне стереотипий, основываются, по существу, на отрицательном тезисе о том, что стереотипии не есть расстройство моторной сферы. Экзистенциалисты были правы в своем отрицании традиционного картезианского противопоставления физического и духовного, но они полностью растворили движение в мысли, физическое – в духовном; для них моторная сфера как таковая со своими расстройствами есть только внешняя форма, способ реализации духовного. Тем самым понятие двигательной активности сужается до механического ее понимания.

Совсем иной подход намечен в трудах И.М. Сеченова, Т. Рибо, И.П. Павлова, П. Жане, Н.А. Бернштейна, для которых двигательная активность есть условие возникновения и развития психического. Более того, для современного психофизиологического исследования двигательная активность выступает как универсальная модель формирования той или иной психической структуры; так, образ восприятия «несомненно адекватен объекту постольку, поскольку форма деятельности (точнее было бы ска-

зать действий. – *Г.З.*), в которой он сложился, уподоблена форме объекта» [Вергилес, Зинченко, 1967, 57]. С позиции этого более широкого понимания сущности моторики С.Ф. Семенов говорит о «скрытой кинетической основе многих патологических явлений, которые внешне выступают под видом симптомов нарушения деятельности совершенно других мозговых систем» (1961, 23). Следовательно, любая фиксированная форма поведения не может быть и расстройством моторной сферы, а поэтому весь ее анализ переводится как бы в совершенно иное русло.

Этот перевод выражается в стремлении определить, как клинически фиксированные особенности двигательной сферы при шизофрении – нарушение гармоничности из-за участия в движении лишних мышечных групп и их «несогласованность» (по Крепелину) или «угловатость» (по Кречмеру) – могут служить предпосылкой для возникновения стереотипий. По-видимому, в этой связи особенно важно подчеркнуть, как это делал П.М. Зиновьев, что стереотипии есть рудименты ранее целенаправленных и структурированных действий: «Стереотипии действительно развиваются в ряде случаев из актов, раньше имевших определенное значение (например, крестное знамение у религиозных людей), позднее же механизировавшихся, сделавшихся привычными и вышедшими из-под контроля сознания и воли» (1932, 755).

У больного подобные стереотипии подвергаются дальнейшей трансформации, они сокращаются и упрощаются, приобретая бессмысленный и нелепый характер. Отсюда ясно, что глубине расстройства должна соответствовать степень приближения его к собственно органической симптоматике. Последнее действительно согласуется с наблюдениями таких клиницистов, как В.А. Гиляровский, М.О. Гуревич, А.Л. Абашев-Константиновский. Последний, в частности, изучая специально моторику больных шизофренией в исходном состоянии, отмечал в качестве отличительного признака абортивные, незавершенные движения; вместе с общим обеднением моторики, однообразием позитуры и оскудением (вплоть до маскообразности) мимики автор выводил эту же очень близкую стереотипиям особенность из поражения фронтальных частей мозга и всей фронто-панто-церебральной системы, а также из дезорганизации отношения между корой и подкоркой (1939). Эти положения подтверждаются и более поздними исследованиями.

Понятной становится точка зрения тех клиницистов, которые каталепсию, манерность и стереотипии ставят в один ряд с неврологическими симптомами, наблюдаемыми при таких органических заболеваниях мозга, как энцефалитная летаргия, церебральные опухоли, эпилепсия и т.д. Таково, например, мнение авторов известного руководства по клинической психиат-

рии А. Маера-Гросса, Э. Слейтера и М. Рота (1960); они подчеркивали, что хотя Клези и удалось в ряде случаев установить значение и происхождение закостенелых стереотипий, было бы ошибочным делать на этом основании вывод, что их причина психологическая (1960, 249). Этого же мнения придерживается и К. Леонгард: «Нам всегда казалось бессмысленным стремиться манерность при кататонии или гебефрении объяснять психологически» (1959, 365). Еще раньше об этом же писал и В. Осипов: «Происхождение явлений кататонического синдрома нельзя объяснить с психологической точки зрения, как это пытались сделать некоторые психиатры (Крепелин, Блейлер); оно объясняется с патофизиологической точки зрения, являясь последствием нарушения иннервационных взаимоотношений между корой и подкорковыми областями, ослаблением серого вещества...» (1932, 495).

Причиной такого психологического объяснения и объяснения ошибочного, по мнению Маера-Гросса и его коллег, является то обстоятельство, что патологическое поведение при кататонии происходит на таком высоком уровне интеграции, что может быть легко окрашено психологическими факторами. Тем не менее и эти авторы не отрицают того факта, что при шизофрении стереотипии часто имеют определенный смысл и что большинство абсурдных изречений и действий больных могут репрезентировать идеи и комплексы. В этой связи особенно интересно отметить неожиданно своеобразное подтверждение материалистического тезиса о решающей роли труда в формировании всей структуры психических процессов у человека. Клези, говоря о стереотипиях как о комплексах – символическом выявлении заблокированных на пути всей нормальной реализации действий – подчеркивает, что это касается в первую очередь трудовых операций, его понимание распространяется и на профессиональные движения у органиков. Как видно из приведенных выше примеров, авторы блейлеровского «Руководства» также подчеркивают этот момент.

Таким образом, существует не только определенная общность между, казалось бы, диаметрально противоположными взглядами, но и вместе с тем невозможность разрешить проблему, оставаясь в рамках феноменологического описания. Отсюда возникает стремление исследовать те градации, те последовательные ступени или фазы, которые проходит превращающееся в стереотипию действие. Положительным же результатом этого развития следует считать и то, что в решении проблемы стереотипии начинают отходить от старых схем.

Это решение ищут, во-первых, на пути анализа соответствия типологических особенностей личности, предрасположения и непосредственных

причин фиксированных форм поведения особенностям их проявления. Взгляды Жане и Блейлера достаточно показательны и предопределили дальнейшее развитие проблемы; об этом можно судить, например, по очень содержательной монографии К. Бажа (1955). За период времени, прошедший после завершения исследований обоих рыдающих психопатологов, вопрос усиленно разрабатывался и в клиническом, и в экспериментальном планах, что нашло свое отражение в анализе понятий «персеверации» и «ригидность», на которых мы остановимся ниже.

Во-вторых, отказ от традиционно понимаемых психогений не только не исключает, а наоборот, стимулирует исследование в плане анализа того психического механизма, который может обусловливать их возникновение. Но и этот вопрос следует брать в исторической перспективе. Е. Блейлер, во многом придерживавшийся точки зрения ассоцианизма, высказывался на этот счет вполне определенно: «Учитывая то обстоятельство, что стереотипии могут ассоциироваться с мыслями, первоначально не имевшими к ним отношения, и принимая во внимание специфические особенности ассоциативных процессов у больных шизофренией, представляется само собой разумеющимся, что они со временем подвергаются упрощению и то, что могут наступать превращения по типу динамики сексуального симптома вверх, – все это определяется общими свойствами нашей психики». Единственное, в чем он сомневается, это «если у здоровых и невротиков вытеснение комплекса сохраняет свою силу, распространяется ли это и на шизофрению» (1911, 368).

Роль эксперимента в изучении стереотипии. В отличие от Блейлера, когда многие положения ассоцианизма принимались как сами собой разумеющиеся, как не подлежащие сомнению данные, современная психопатология обращается к психологическому эксперименту. Следует, однако, заметить, что определить роль психологического эксперимента в изучении стереотипий несколько сложнее, чем в изучении персевераций или ригидности. Это связано и со статусом больных, в котором они не могут быть испытуемыми для психологического эксперимента, и с неизменностью самих стереотипий. Однако и в этих трудных обстоятельствах даже несложный эксперимент может быть достаточно демонстративным. Так, М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев описывают, как больная выполняет задание нажимать на пластинку записывающего аппарата, и демонстрируют кимограмму, свидетельствующую о превращении первоначально осмысленного движения в абортивную, бессмысленную его форму – стереотипию, типичную для кататонии (1966, 258).

Более сложные эксперименты нередко служат для вызывания определенной двигательной активности, которая может рассматриваться как некоторая модель – приближение к наблюдаемым в клинике стереотипиям. Например, еще П.М. Зиновьев (1932) считал, что такие психологические факторы, как понижение внимания и психологической активности, могут служить условием возникновения стереотипий. При наличии этих условий стереотипными могут стать и моторные проявления здоровых людей (например, бессознательное повторение одного и того же жеста или слова при отвлечении внимания). В этой связи интересными представляются опыты Е. Странского, который с помощью фонографа воспроизводил продуцированную при отвлечении внимания (быструю необдуманную речь людей, получив при этом результаты, во многих случаях напоминающие стереотипию или вербигерацию (1905). В качестве другого примера аналогии к патологическим формам фиксированного поведения можно указать на тот новый подход, который открывается при экспериментально-психологическом исследовании, обусловленном повторением феномена «утраты значения» (laps of meaning) (см.: [Якобовиц, Лэмберт, 1961]).

Рядом авторов (Н.А. Бернштейн, П.К. Анохин, А.Р. Лурия) выдвигалось предположение о том, что фиксированные формы поведения могут быть следствием отсутствия (нарушения) контроля за протеканием действия, т.е. нарушением обратной связи (этого «посоха слепого», по образному выражению Н. Винера). Данное предположение, в известной мере, нашло подтверждение в экспериментах как на больных [Лурия, 1969; Лебединский, 1966; Спирин, 1966], так и на здоровых [Коробов, 1955; Гальдэкр, 1964]. Демонстративными являются эксперименты ряда исследователей, направленные на более глубокое изучение того влияния, которое оказывает установленный в 1950 г. Б. Ли эффект «отставленной речи» на протекание речевой деятельности нормально говорящих людей [Адамчык, 1963; Смит, 1962]: в условиях, когда говорящий человек воспринимаст звук своего голоса с задержками (отставлением) во времени (в разных исследованиях это время было разным), он начинает замедлять темп речи. При попытке сохранять его появляются заикание, стереотипии. Подобный эффект наблюдался и в письменной речи испытуемых в экспериментах В. Бергейка и Е. Давида (1959). Еще более ярко эта тенденция выявилась в исследованиях Н. Коробова (1955) и Г. Мейла (1961), когда испытуемые были совсем лишены какой-либо возможности контролировать свою речь. Эффект от задержки обратных сигналов не оказался специфическим для слуховой системы.

Аналогичный результат, как показали некоторые исследования, может быть получен в условиях задержки обратной зрительной и тактильной афферентации [Данилов, 1970; 69; Грегори, 1970, 235]. Следует учесть, что сама оценка возможностей психологического эксперимента для изучения стереотипий, в свою очередь, вытекает из того, в связи с какой из двух точек зрения рассматривать данную проблему. Если исходить из широкого понимания моторики как универсального эквивалента психического, то следует принимать во внимание и результаты тех экспериментов, которые раскрывают структуру моторики у больных шизофренией. Так, С.Ф. Семенов обнаружил, что включение дополнительных проксимальных кинестетических раздражений создает такие иллюзии восприятия у здоровых, что оно становится аналогичным патологически измененному кинестетическому восприятию больных шизофренией (1961, 19–20). Им же отмечаются многочисленные расстройства при шизофрении кинестезий, которые проявляются в форме парастезий, синестопатий, недостаточной лабильности кинестетического анализатора, особенно ясно выявляемой при пассивном движении, и т.д.

Несомненно, что такого рода данные представляют клиницисту возможные модели расстройства. В качестве последующего этапа исследования выступают, во-первых, сопоставление этих моделей с той или иной объяснительной схемой (выражаемой, в частности, в физиологических понятиях «возбуждения», «торможения», «индукции», «межфункциональных связей» и т.д.) и, во-вторых, все большая конкретизация этих моделей и приближение их к самим стереотипиям.

Симптомы, феноменологически близкие к стереотипиям. Клиническое понятие «стереотипии» уточнялось и конкретизировалось в процессе дифференциации с близкими симптомами. Так, в этом плане важным является вопрос о различении собственно стереотипий и фиксированных форм поведения невротического происхождения. Приведенные выше характерные особенности последних дают для ответа на него достаточно отправных пунктов. Следует здесь подчеркнуть, что многие авторы, приписывая стереотипиям склонность больных шизофренией постоянно возвращаться к одной и той же мысли или представлению, видят их отличительные признаки от навязчивого мышления в «механичности» последнего, в отсутствии, по выражению П.М. Зиновьева, «сопровождающего неприятного эмоционального переживания и внутренней борьбы» (1932, 754). Вместе с тем особенностью настоящих стереотипий является то, что они не устраняются фиксированием на них внимания больного так, как это имеет место при стереотип-

ных движениях здоровых людей и, по-видимому, в какой-то мере и невротиков (Там же, 754).

Идя по пути отграничения стереотипий от близких симптомов, Е. Блейлер подчеркивал отличие стереотипий от тиков – частичных автоматизмов, но доступных в известной мере волевому регулированию. Тики – фиксированная форма поведения, постоянно привлекавшая к себе внимание многих невропатологов и психиатров, взгляды которых подробно излагают А. Эй и соавт. (1967). Шарко образно называл их карикатурой на реальные действия, а Оппенгеймер определял их как выродившиеся в насильственные движения рефлексы – обычно защитные или выразительные движения (сосание большого пальца, взъерошивание волос, сжимание кулаков, скрежетание зубами и т.п.). Их сознательное регулирование оказывается действенным лишь на небольшой срок. Е. Блейлер считал, что тики – это в полном смысле «символические движения», а К. Ясперс и его школа, естественно, подчеркивают их «понятный» характер. Однако Лейбовичи считает, что тики не обязательно невротического генеза; хотя и в редких случаях, но они могут быть результатом осложнений после энцефалопатий. Транзиторные тики у детей (в возрасте 6–7 лет) обычно более выражены; у взрослых отмечаются лишь хронические тики, представляющие составную часть невроза, структура которого складывается с преобладанием иногда истерических, иногда навязчивых комплексов.

Е. Блейлер подчеркивал также необходимость еще одного уточнения: дифференциации с понятием «вербигерация». Не соглашаясь с Хайльброннером, который считал, что вербигерация есть сочетание персеверации с речевым импульсом (Sprachtrieb), он указывал, что таким пониманием можно было бы удовлетвориться лишь в отношении органических расстройств, в отношении же шизофрении этого явно недостаточно. Как видно из более поздних работ, в частности из «Руководства» 1969 г., намеченное Е. Блейлером разделение стереотипий и вербигераций как психопатологических явлений фактически сходит на нет.

Стереотипии и персеверация. Определение любого научного понятия неизбежно включает в себя два взаимосвязанных, но разнородных момента: отрицательный – отграничение от всего «не относящегося» (на это ясно указывал еще Спиноза), и положительный – собственно содержание понятия (в определении выражаемое как genus proximum et difinitia specifica). Из истории других наук хорошо известно, что трудности и неясности в самом объекте исследования нередко ведут к диссоциации обоих моментов и к доминированию отрицательного. Несомненно, что эта закономерность охватывает все, что касается стереотипий. Она уже была видна при рассмот-

рении стереотипий и некоторых близких им симптомов (навязчивого мышления, тиков), но особенно ясно эта закономерность проступает, как будет показано ниже, при дифференциации стереотипий и персевераций. О необходимости отличать стереотипии от персевераций пишут Э. Крепелин, О. Бумке, Л.С. Жислин, К. Баж и другие ученые. «Наклонность неустанно твердить одни и те же представления, которая в резко выраженной форме встречается при Dementia praecox, – говорит Крепелин, – следует *тщательно* (выделено мной. – *Г.З.*) отличать от персевераций – удерживания представлений, возникающего благодаря тому, что наплыв представлений вызывает пробел, который заполняется непроизвольным повторением только что совершившегося процесса; содержание стереотипных представлений является случайным и не зависит от предшествующих, как это наблюдается при удержании» (персеверациях. – *Г.З.*) (1910, 195–196).

О. Бумке различает их на том основании, что «при стереотипии обычно бросается в глаза активный характер нарушений в отличие от пассивной липкости персевераций» (1948, 53). Л.С. Жислин видел это же различие в ином: двигательные и речевые повторения при персеверации обусловлены ассоциативной деятельностью и содержанием сознания, что не имеет места при стереотипии (1932, 490). Близкую точку зрения высказывает К. Баж, анализируя персеверативный характер представлений у дебилов и больных с расстройствами органического генеза. Если первые застревают на единичном представлении, то вторые формируют на основе своих представлений нечто вроде расплывчатых общих представлений. Баж не прав, называя их понятиями, в которых сочетаются внешние, поверхностные, случайные, а иногда и несоответствующие признаки; Л.С. Выготский обозначает их как «комплексную» форму мышления, или «псевдопонятие» (1956). Эти широкие, расплывчатые, диффузные представления обусловливают постоянное возвращение к тем же самым (иногда слегка формально измененным) или же к исходным представлениям, мыслям и высказываниям. Как было показано Э. Бомом, эта особенность психики дебилов и больных с органическими поражениями мозга ясно проступает в тесте Роршаха[4] как «персеверация типа жвачки»: дебилы видят одно и то же в разных представляемых фигурах, а органик – либо одно и то же с добавлением некоторых второстепенных деталей, либо разные вещи, но из одного и того же круга представлений (цит. по: [Баж, 1955, 153]).

[4] Один из наиболее известных и широко применяемых проективных методов (Formdeuteversuch), предложенный в 1921 г. швейцарским психиатром Г. Роршахом, состоит из стандартного набора симметричных черно-белых и цветных чернильных пятен. При предъявлении в определенном порядке этих пятен испытуемому он должен ответить на вопросы: «Что бы это могло быть?» или «На что это похоже?». История этого метода восходит к

К аналогичным заключениям приходят и другие авторы, использовавшие метод Роршаха (см. [Шнайдер, 1950]). Вопросу дифференциации стереотипий от персевераций большое внимание уделяют в своем «Введении в медицинскую психологию» М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев. Они подчеркивают те существенные признаки, которые разделяют стереотипии и некоторые органически обусловленные формы патологии моторики: явления рассогласования действий с теми целями и задачами, которые его вызывают и направляют, снижение, по мере осуществления одного и того же действия, регулирующей роли сознания, симптом «непрекращения» действий (все это авторы объясняют патологией раздражительного процесса) и, наконец, собственно персеверации (1966, 254–259).

Совершенно справедливо указание на ряд специфических особенностей, которые могут служить отправными пунктами для дифференциации стереотипий от персевераций. Для последних характерно прежде всего усиление их с возрастанием трудности задачи; далее, они выявляются в действиях, по своей структуре наиболее близких непосредственно предшествующим (реже – более ранним), для них характерна возможность расширения, когда персеверируют не отдельные элементы предшествующего действия, а его общую структуру или направленность; наконец, при очаговых поражениях отмечаются большая выраженность персевераций в уже расстроенных функциях, возможность хотя бы незначительного варьирования, перестройки и сознательного контроля вместе с перестройкой действия. Все это отсутствует при стереотипиях. Отсюда ясно, что тезис о нерасторжимости стереотипий со всей патологически измененной личностью больного (Там же, 257) хотя и несет в себе большое клиническое содержание, по отношению к аналитическому описанию персевераций выступает, по существу, лишь в отрицательном смысле.

средним векам – времени деятельности Сандро Ботичелли и Леонардо да Винчи. Они придавали серьезное значение «забавам» будущих художников со случайными и разных форм пятнами. Эти великие маэстро предлагали своим ученикам описывать разные пятна и формы или силуэты облаков для развития и стимулирования фантазии и воображения. В конце XIX в. заинтересованные врачи начали использовать методику «пятно – график» для изучения определенных человеческих особенностей. Среди многих врачей, которые заметили связь между способом толкования этих случайных фигур и личностью толкователя, был и русский врач О.Е. Рыбаков, издавший в 1910 г. «Атлас для экспериментально-психологических исследований личности». Современный создатель этого метода Г. Роршах, работавший в то время в одной из московских клиник, начал свои эксперименты уже в 1911 г. О результатах исследований он сообщил лишь через десять лет после возвращения в Швейцарию. Этот метод в целом, как отмечал Мясищев (1969, 89), является далеко не завершенным и имеет тенденцию к дальнейшему развитию.

Глава 2

ПЕРСЕВЕРАЦИЯ

Введение в проблему. Термин «персеверация» (от латинского persevere – упорствовать, стоять на своем) был впервые введен в профессиональный обиход психиатром К. Найссером в 1894 г., получил распространение сначала в психиатрии, а затем и в психологии. Само обозначаемое им явление – повторение одних и тех же актов вне зависимости от изменения внешней стимуляции – первоначально показалось не только доступным и простым в объяснении, но и подходящим в качестве основного элемента, из которого могут быть выведены более сложные формы поведения. Так, в 1927 г. английский психолог Ч. Спирмен называл персеверацию «...одним из наиболее щедрых и многообещающих даров индивидуальной психологии» (1927, 306). Но уже спустя два года он же говорит о том, что проблема персеверации намного сложнее, чем показалось вначале (1929). Еще через десять лет Б. Шевах с сожалением констатирует, что «о проблеме (персеверации. – *Г.З.*) известно сейчас не больше, чем во время первых экспериментов в 1906 г., которые проводились Э. Вирсмой» (1936, 385). Продолжая эту мысль, Ч. Вайсгербер пишет, что, «несмотря на энтузиазм и объем работ, посвященных феномену персеверации, спустя двадцать лет после заявления Шеваха определенные и полезные знания в этой области остаются все же ограниченными» (1954, 3). К тому же выводу приходит в 1968 г. и Ф. Вейермюллер.

§ 1. Определения и виды персеверации

При определении персеверации одни авторы связывают их с мозговыми процессами и подчеркивают непроизвольный характер, а другие стремятся

показать те поведенческие акты, в которых персеверации проявляются. Так, Д. Камерон и Т. Конт называют персеверацией тенденцию активности упорствовать после того, как субъект решил изменить ее (1933). Согласно Х. Джасперу, персеверация – это «склонность системы нейронов, однажды возбужденных, оставаться в автономном состоянии возбуждения, оказывая сопротивление какому-либо изменению этого состояния» (1930, 119). Б. Шевах определяет персеверацию как «тенденцию ощущения к продолжению активности и после снятия внешнего воздействия, что связано с остаточным возбуждением нейрона или группы нейронов после стимуляции» (1936, 72). По-другому понимают персеверацию Р. Клеймаер и Ф. Дьюдек: «Неспособность переключиться с одного задания на другое или разрушить установленную систему для выполнения нового задания» (1950, 15).

Нетрудно заметить, что Д. Камерон, Т. Конт, Х. Джаспер и Б. Шевах говорят о причине, в то время как Р. Клеймаер и Ф. Дьюдек – о следствии. В уже упоминавшемся выше «Словаре психических и психоаналитических терминов» Х. Инглиш и А. Инглиш эти причина и следствие принимают вид двух тенденций, определяющих сущность персеверации: «Персеверация есть 1) тенденция органической активности повторяться и в отсутствие явных ассоциативных стимулов, 2) тенденция продолжать однажды начатую деятельность до ее завершения, или относительная трудность переключения с одного задания на другое, или изменения способа деятельности при изменении условий деятельности» (1959, 380).

В качестве примера других попыток определения можно привести высказывание Г. Уоррена, согласно которому «персеверация, персеверативная тенденция – это 1) тенденция чувства, идеи, действия или диспозиции повторяться с помощью или без помощи ассоциативных тенденций, 2) тенденция любого психического образования, однажды стимулированного, временно оставаться и действовать, 3) в патологическом значении – упорное продолжение или повторение слова, предложения или действия, однажды начатого или только что законченного» (1934, 197); Дж. Древер определяет персеверацию, как «...постепенно проходящую тенденцию впечатления оказывать влияние на последующую деятельность, характеризующую разных людей в разной степени» (1967, 207).

Еще Аристотель описал явление, которое можно бы теперь назвать «идеационной персеверацией». Оно встречается всегда, когда имя, название города или предложение все время вертится на языке; человек прекратил петь или говорить о чем-либо и вдруг, сам того не желая, опять начинает петь и говорить то же самое. Близок этому другой феномен, который может быть назван «эмоциональной персеверацией» и который Аристотель не только

описал, но и попытался объяснить. Он предполагал, что в результате сильного раздражения в области сенсорного органа происходит движение жидкости, которую нелегко успокоить. Отсюда эмоции опасности и страха – следствие реакции этих органов – не утихают сразу, а продолжают еще некоторое время проявляться [5].

. Третьим в хронологическом порядке был открыт феномен «сенсорной персеверации». Ньютон описал и объяснил его следующим образом: «Если вращать горящий уголь, делая полные круги, весь круг будет горящим, дело в том, что ощущение горящего угля в разных точках круга остается в сенсориуме до возвращения угля опять в эти точки» (цит. по: [Айзенк, 1953, 270]). Четвертый тип персеверации, который был обозначен как «моторная, или двигательная персеверация», выявляется впервые в работах Г. Хейманса и Х. Бругманса (1913), которые сравнивали скорость написания испытуемыми некоторых букв алфавита в одну сторону со скоростью написания их в обратную сторону. Полученные результаты они пытались истолковать в характериологическом плане, полагая, что «сильные персевераторы» будут второе задание выполнять медленнее первого.

Эти и подобные им факты оставались разрозненными наблюдениями до тех пор, пока ими не занялись клиницисты А. Пик (1892), Г. Зельдер (1895), Р. Зоммер (1894), Г. Шнайдер (1895), К. Найссер (1894), О. Гросс (1902) и другие.

О. Гросс был первым, кто систематизировал, обобщил эти разрозненные наблюдения и закрепил их в терминах «первичная» и «вторичная» функции нервной системы (1902). Первичная функция обозначает начальную активность сенсомоторного процесса в момент стимуляции, тогда как вторичная – это тенденция процесса сохранять активность и после прекращения стимуляций.

Собственно термины «вторичная функция» (О. Гросс) и «персеверация» (К. Найссер) начали употреблять в литературе почти одновременно, но впоследствии предпочтение было отдано последнему.

До того момента, когда обозначились основные линии в объяснении сущности персеверации, последняя рассматривалась как некий общий резуль-

[5] Дальнейшие попытки изучения «эмоциональной персеверации» были предприняты Кречмером и Энке (1936), обнаружившими большие индивидуальные различия во времени, необходимом для возвращения в нормальное состояние после сильного волнения; Дж. Фриманом (1939), изобретшим даже «коэффициент восстановления» (recovery quotient). Но, как с сожалением констатирует Г. Айзенк, «...исследователи избрали более простой путь изучения этого феномена, последовав примеру В. Ланкеза (1915), применившего для этой цели анкету» (1953, 280).

тат многих различных и разнородных причин. Эту тенденцию выразил Р. Кэттел, который попытался суммировать причинные факторы следующим образом: 1) персеверация – следствие связанности различных идей и стимулов с одним основным чувством, отношением, мнением или с их сложными сочетаниями, проявляющимися как в особых состояниях (мания, меланхолия), так и в особенностях характера, 2) персеверация – следствие астении и недостаточной спонтанности, которые приводят к тому, что однажды стимулированный мыслительный процесс или действие не прекращается еще длительное время, 3) персеверация непосредственно обусловлена свойствами нервной ткани и аналогична инерции физического тела и 4) персеверация есть сопротивление старых навыков новым. Все эти варианты Кэттел назвал «истинной персеверацией». Отдельно от нее он рассматривает случаи «психического дефективного бессмысленного повторения старых и неадекватных реакций в новых ситуациях», вызванных «ложными причинами», т.е. такими переменными личности, как эмоции, конфликты, защиты и т.д. (1935, 4).

Естественно, что такая неопределенность в понимании существа персеверации не могла удовлетворить ни практических потребностей клиники, ни возникающих в связи с явлениями персевераций теоретических проблем. Очень скоро вместе с более углубленным анализом самого явления каждый из намеченных Кэттелом подходов получил дальнейшее развитие.

Теории органического versus функционального генеза персевераций (качественный подход к проблеме). Анализируя различные патологические изменения раздражительного процесса, И.П. Павлов указывал, что одно из особенно интересных для неврологии и психиатрии явлений – инертное состояние раздражительного процесса, т.е. такое состояние, когда раздражительный процесс не сразу уступает место законно возникающим тормозящим влияниям. Работы самого Павлова и его сотрудников показали, какое значение имеет фактор изменения подвижности – в сторону патологической лабильности или инертности – для развития различных форм патологии. В частности, было отмечено, что в основе нередко наблюдаемых в неврологической клинике двигательных персевераций лежит инертность возбуждения в кинестезических клетках коры. И.П. Павлов писал, что в основе кататонии, персеверации и т.п. лежит патологическая инертность нервных процессов (1934). В этой связи было выдвинуто предположение и о возможных причинах развития патологической инертности у человека; одной из таких причин может быть болезненное состояние какого-либо орга-

на, вследствие чего соответствующие корковые клетки находятся под влиянием непрерывного потока возбуждающих импульсов, которые, наконец, вызывают в них патологическую инертность.

Данные неврологической клиники [Лурия, 1962; Шустин, 1966; Спирин, 1966 и др.] подтвердили это предположение. Источником патологического раздражения корковых клеток, приводящим к возникновению в них патологической инертности возбуждения, могут быть опухоли больших полушарий или какие-либо другие пострадавшие мозговые структуры. На это указывает А.Р. Лурия, в частности, в своей статье «О двух видах двигательных персевераций при поражении лобных долей мозга» (1966). Он пишет, что в результате поражения мозга и в период отека после операции удаления мозговых опухолей отмечается патологическая инертность нервных процессов, которая может принимать разные формы. В одних случаях она выступает в виде двигательных персевераций или насильственного продолжения раз начавшегося движения. В этих случаях намерения, определяющие дальнейшие действия, и программа действий не поражены, и лишь реализация нужного движения становится невозможной вследствие патологической инертности раз начавшегося возбуждения. Этот вид персевераций Лурия называет персеверацией «на выходе». «Второй вид персеверации, – пишет он, – коренным образом отличается от первого. Патологическая инертность распространяется здесь на программу действий; раз возникшая программа действий становится в этих случаях настолько инертной, что больной, раз выполнивший нужное задание, продолжает и при другой инструкции инертно выполнять «застрявшее» задание» (1966, 337). Этот вид нарушений автор обозначает как инертность раз возникшей программы действий. Он делает вывод, что разные виды персевераций связаны, видимо, с патологической инертностью разных систем большого мозга. В этом же плане высказываются М. Мишкин и др. (1966), Ч. Гросс и Л. Вейзкранц (1966), К. Прибрам (1966): поражение лобных долей мозга отражается на осуществлении сложных изменчивых форм деятельности и ведет к замене их элементарными ориентировочными рефлексами или персеверациями раз возникших установок.

Б.Г. Спирин, изучавший динамику отека-набухания и других постоперационных сдвигов, отмечает, что в ряде наблюдений к специфическим корковым расстройствам преимущественно пострадавшего отдела мозга (при дальнейшем распространении процесса отека-набухания) последовательно присоединялись симптомы расстройств смежных и отдаленных отделов коры головного мозга. Так, в некоторых наблюдениях после произведенной на

премоторной зоне операции через 2–3 дня к ранее имевшимся трудностям переключения в элементарных двигательных актах присоединились явления патологической инертности в сложных программах деятельности, речевые персеверации и т.д. (1966, 357). По-видимому, предполагает А.Р. Лурия, поражение этих структур имеет своим следствием нарушение регуляции целенаправленного поведения на различных его уровнях: «...нарушаются 1) регуляция состояний активности (выражаемых в ряде компонентов ориентировочного рефлекса), 2) регуляция простых движений и действий, 3) обеспечение сложных программ деятельности и сложных интеллектуальных процессов» (1966, 15), что обычно манифестируется персеверацией (как одной из фиксированных форм поведения).

Ч. Кнер и Н. Браун (1967) также отмечали влияние поражения мозга на усиление персеверативных тенденций. В тесте «временная реакция с выбором» (Choice time reaction test), предположительно суммирующем сенсорный, двигательный и центральный персеверативный эффект, они не обнаружили различия между больными шизофренией и здоровыми людьми, но значимо дифференцировались здоровые и больные с диффузным органическим поражением мозга. Здесь, однако, отмечаются значительные расхождения между результатами исследований, определяемые, видимо, различиями в методиках. Так, Л. Мейз (1934), также проводивший сравнительное исследование, нашел, что кататоники в два раза персеверативнее здоровых испытуемых (1934). «Персеверация – частое явление при поражении мозга», – указывает К. Гольдштейн. – Я склонен предположить, что она является вторичным феноменом, благодаря неспособности субъекта осуществить определенное поведение, и средством избежать катастрофы, неизбежной в таких условиях» (1959, 792). С этой позиции можно, видимо, рассматривать все фиксированные формы поведения как средства защиты от «катастрофы», но оказывающиеся средствами несовершенными, в лучшем случае временными, и, в конечном счете, не спасающими от нее.

Но персеверативные проявления, как известно, не исчерпываются теми причинами, о которых говорилось выше. Многие авторы, в частности Р. Мерингер и К. Маер (1895), Г. Мюллер и А. Пильцеккер (1900), В. Ланкез (1915), К. Гольдштейн (1948), отмечают, что персеверативное поведение может быть обусловлено, например, утомлением. Согласно Ф. Кайнцу, «причиной персеверации могут быть и не только что действовавшие иннервационные комплексы, но и эмоционально насыщенные содержания, вытесняющие ситуационно необходимые детерминирующие тенденции» (1960, 401). В.М. Бехтерев, высказываясь о явлениях, известных под названием

персеверации и состоящих в склонности к воспроизведению одних и тех же процессов, а также основываясь на экспериментальных данных, полученных П. Эфрусси и доложенных ею 12 мая 1909 г. в Русском обществе нормальной и патологической психологии (в ее эксперименте испытуемые при заучивании стихотворений, прочитываемых с определенной скоростью, с трудом приспосабливаются к другому темпу чтения), писал, что «персеверация слов и движений, наблюдаемая в некоторых случаях у нормальных людей, а также в известных случаях и у больных, является, несомненно, результатом той же двигательной установки (по: [Фехнер и соавт., 1926, 336]). С установкой (последняя понимается по Д.Н. Узнадзе) связывают персеверацию и некоторые грузинские авторы. Так, И.Т. Бжалава говорит, что «персеверация, ригидность не есть симптом специфического значения, что это симптом производный, вторичный, возникающий на основе инертности фиксированной установки, со своей стороны указывающий на наличие в коре инертного пункта возбуждения» (1970, 111).

Некоторые исследователи рассматривают персеверацию как результат нарушения контроля за протекающим действием. В пользу этого предположения говорят, как мы уже отмечали в предыдущем разделе, результаты экспериментов над речевой деятельностью как здоровых, так и больных испытуемых, когда они слышали свою речь с опозданием или вообще лишались возможности контролировать ее.

Персеверация в речевой деятельности. Исследователи давно подметили, что при том или ином расстройстве налицо характерные нарушения речи, которые и были обозначены как персеверация речи. Уже Э. Крепелин в своей «Клинической психиатрии» писал, что часто при Dementia paralytica конечный слог слов против желания больного быстро повторяется три-четыре и больше раз (например, «Антон-тон-тон-тон»). «Я хотел бы это очень заметное нарушение, которому соответствуют подобные явления и в других мышечных областях, которые можно обозначить как явления персеверации, назвать «логоклонией» (Logoklonie). Вследствие всех этих нарушений, которые во многом связаны с афазией, речь может погибнуть в нагромождении бессмысленных, часто повторяемых слогов» (1904, 306)[6]. Развиваясь в филогенезе позже других функций и являясь в связи с этим более ранимой, речь нередко наруша-

[6] Надо отметить тот факт, что в первом томе своей «Психиатрии», которая вышла в 1883 г., Э. Крепелин еще не говорит о персеверации, хотя он уже пишет о замедленин и ускорении течения представлений и об общем торможении психических процессов и снижениn психической способностн к деятельности и т.п.

ется в ранние периоды заболеваний, когда другие симптомы поражения нервной системы едва намечаются или вовсе отсутствуют [Литвак, 1967, 105]. Многие авторы отмечают, что поражение мозговых структур приводит к выраженным персеверациям экспрессивной речи. Г.Х. Быховская (1934) выделяет даже «персеверативную форму афазии». Она описывает больного, у которого персеверация была одним из основных симптомов. На фоне этого симптома развился своеобразный афазический синдром. В работе, посвященной вопросам восстановления речи при афазии, В.М. Коган (1962) отмечает персеверативные тенденции в речи больных тотальной афазией и показывает, какие методы ведут к устранению этого дефекта речи. По наблюдениям А.Р. Лурия, особенно резко патологические персеверации выступают в случаях динамической афазии, когда поражение премоторной зоны влияет на подкорковые моторные узлы; в случаях, которые приводят к эфферентной моторной афазии, нарушение активного высказывания связано с особенно отчетливой персеверацией раз произнесенного слова (1968). В другом месте этот же автор отмечает, что для больных с эфферентной афазией характерны подобные нарушения речи и при письме, и при назывании предметов, и при понимании речи (1967, 117).

Ф. Феррaро указывает, что сенсорная афазия (афазия Вернике) и болезнь Альцгеймера часто проявляются в персеверации речи (1959, 1071). «При прогрессировании болезни Альцгеймера, – пишет он, – персеверация, которая может быть объяснена как бедность мысли и путь наименьших усилий (*«экономия энергии»*), достигает своего максимума и затрагивает вначале фразы, затем слова, слоги и буквы» (Там же, 1048). Во многом совпадающая симптоматика персеверации отмечается при диффузных склерозах, болезни Альцгеймера, а также болезни Пика. На это указывали также Н.В. Самухин, Г.В. Биренбаум и Л.С. Выготский в статье «К вопросу о деменции при болезни Пика» (1934) и Г.В. Биренбаум и Б.В. Зейгарник в работе «К динамическому анализу расстройств мышления» (1935). Возрастание персеверативных тенденций отмечалось и при болезни Паркинсона. Так, Ж. Дюбуа и соавт. (1966), предъявив испытуемым, страдающим этим заболеванием, серию лингвистических тестов, которые обычно предъявляются афазикам, не установили никаких лингвистических изменений, за исключением общего феномена «персеверации». Этими же авторами было установлено, что хирургическое вмешательство в 75 процентах случаев приводит к уменьшению персеверации, особенно когда поражение локализовано в правой стороне.

Широко отмечались персеверативные тенденции и в речи больных шизофренией. Так, Е. Фаербанк (1944) пишет, что в связи с занятостью ши-

зофреника самим собой и его склонностью игнорировать окружающих, в его речи чаще, чем у здорового человека, встречаются личные местоимения. В. Джонсон (1944) в результате определенного систематического анализа языка изобрел «индекс персеверации речи» – type token ratio (TTR) (отношение разных слов речи, употребленных один раз, ко всем словам речи говорящего). Он нашел, что у больных шизофренией этот индекс значительно ниже, чем у здоровых людей, что свидетельствует о большей персеверации речи у первых. Э. Миттенеккер (1951) разработал количественный метод речевого анализа и измерял индивидуальные проявления персеверации в речи здоровых и больных испытуемых. 500–1000 слогов из бесед с двенадцатью больными шизофренией и двенадцатью здоровыми, записанных на магнитофон, исследовались на предмет повторения слов и слогов (с максимальным расстоянием в 39 слогов), а затем определялось количество повторенных корневых слогов, а также среднее расстояние между повторениями. Оказалось, что количество повторений и повторенных слогов у больных шизофренией выше, чем у здоровых, а среднее расстояние между слогами – ниже (максимальное среднее расстояние от 4 до 7 слогов). По среднему расстоянию наметились подгруппы внутри группы больных. Среди здоровых больше других на больных шизофренией были похожи шизотимные (Э. Кречмер). Г. Рорахер приводит данные анализа отрывков из прозы немецких поэтов Келлера, Штифтера, Хельдерлина и Шиллера, который был проведен методом Миттенекера. Циклотимные Келлер и Штифтер показали меньшую степень персеверации, чем шизотимные Хельдерлин и Шиллер. «Конечно, эта взаимосвязь не случайна, – делает вывод Рорахер, – персеверативная тенденция шизотимиков, застревание на одних и тех же состояниях сознания, объясняет нам трудность их перестройки на новое; то, на чем они раз сосредоточили свое внимание, уже захватывает их целиком, и для нового не остается места» (1956, 71).

Положительная связь между шизотимией, измеряемой опросником Шолля, и персеверацией речи (метод Миттенекера) обнаружена и в исследовании Э. Цеблевски – 0,55 на 1%-м уровне значимости (1959). Автор попытался, анализируя сочинения 639 школьников в возрасте от 11 до 18 лет на тему «Ваши каникулы» методом Миттенекера, ответить на следующие вопросы: 1) дифференцирует ли этот метод: а) психически здоровых людей, б) возрасты и пол; 2) насколько справедливо предположение о связи между: а) персеверацией и типами по Кречмеру и б) персеверацией и интеллектом; 3) удовлетворяет ли этот метод соответствующим критериям как «тест на персеверацию»? Результаты эксперимента позволили автору положительно

ответить почти на все вопросы. Показатель анализа – количество повторений (Wiederholungszahl): среднее значение 11,40 при стандартном отклонении 5,86; статистически значимым оказалось различие и между полами – среднее значение для мальчиков 12,5, а для девочек 11,4 ($t = 2,24$ при $p > 0,05$); возрастные показатели подтвердили положение Аха (персеверация с возрастом уменьшается), против Дубовского (персеверация растет во время пубертатного периода и затем падает), и Шеваха (у детей меньше тенденция к персеверации, чем у взрослых); этот метод отвечает критериям, предъявляемым к тестам на персеверацию. Отрицательным был ответ на вопрос о связи персеверации и интеллекта (1959, 312–315).

Мы тоже использовали метод Миттенекера и проанализировали с его помощью пересказы испытуемых студентов, изучающих немецкий язык, на родном и на изучаемом языке (1971). Разброс значений индекса персеверации речи при анализе пересказов на родном языке оказался равен 13 (от 3 до 16), а на изучаемом языке – 5,6 (от 9,1 до 14,7). Интересно, что корреляция, обнаруженная между результатами анализа пересказов на родном и изучаемом языках, оказалась хотя и положительной, но довольно низкой – 0,10.

Как мы уже отмечали выше, ссылаясь на данные отечественных и зарубежных исследований, персеверация речи может моделироваться в экспериментах на так называемый «эффект отставленной речи» [Ли, 1951; Данилов, Черепанов, 1970].

§ 2. Расширение понятия «персеверация»

То обстоятельство, что персеверация наблюдается не только у больных с тем или иным органическим расстройством мозга, но и у больных с функциональными нарушениями, а при определенных условиях и у здоровых людей, привело к расширению значения этого понятия.

Такое широкое толкование этого понятия имело место у Мюллера и Пильцеккера (1900). Изучая явление памяти и представлений в общепсихологическом плане, они непосредственно сближают свое понимание персеверативных тенденций с имеющей локализованный или глобальный характер персеверацией, рассматриваемой клиницистами А. Пиком, Зельдером, Г. Шнайдером как показатель церебрального истощения, сопровождающего органические и функциональные болезни мозга. Надо сразу отметить, что как эти, так и некоторые другие авторы являются сторонниками одной и той же теории персеверации – теории «последействия». Сто-

ронники этой теории указывают, что персеверация имеет место в тех случаях, когда представления, чувства или действия продолжаются вследствие эффекта последействия. Основываясь на наблюдениях и экспериментальных работах, в которых изучались память (В. Смит, 1894; Г. Эббингауз, 1885; А. Бине и В. Анри, 1894; Крон и Э. Крепелин, 1895), ассоциации (Г. Ашаффенбург, 1895), оговорки и описки (Р. Мерингер и К. Маер, 1895), а также на своих собственных исследованиях, Мюллер и Пильцеккер делают вывод о правомерности применения выражений «персеверация» и «персеверативная тенденция» не только в характеристике патологий, но и в более общем смысле (1900, 60); ими сформулирован фундаментальный вывод, который явился предметом дискуссий последующих поколений психологов: «...течение наших представлений определяется двумя основными факторами – ассоциациями и персеверативными тенденциями» (Там же, 75). Стремление многих психологов рассматривать это положение в качестве универсального закона протекания всех психических процессов пошло на убыль лишь после работ Н. Аха, который утверждал, что обе эти тенденции недостаточны для объяснения, сознательно регулируемых актов мышления, направленных на решение какой-либо задачи, и что эти последние регулируются не столько актами репродукции представлений об ассоциативной связи (ассоциативная тенденция) и тенденции каждого представления вновь проникать в сознание (персеверативная тенденция), сколько особой детерминирующей тенденцией, исходящей из представления о цели (1910; 1926).

Хотя тезис Мюллера–Пильцеккера и не был принят в качестве универсального объяснительного принципа, он предшествовал работе, основанной на иных методических приемах, но имеющей ту же направленность. Мы имеем в виду попытки Ч. Спирмена сформулировать «общий закон психической инерции» (1927; 1929; 1932), который, несомненно, уходит своими корнями в метафизическую психологию И. Гербарта: «...единожды образовавшееся представление не пропадает, а остается в душе» (1816, 69). Спирмен формулирует свой закон, исходя, в основном, из понимания персеверации или «персеверативных тенденций» Г. Мюллера и А. Пильцеккера и «вторичной функции» О. Гросса. Он считает, что эти понятия дополняют друг друга: «Тогда как персеверация показывает, что однажды ярко возникшая идея или образ (percept) имеют сильную тенденцию персестировать или оживать опять в сознании, вторичная функция подразумевает, что образы и идеи очень влияют на последующее поведение, хотя и становятся неосознанными» (1932, 52). Соединив «персеверативную тенденцию» и

«вторичную функцию», он получает свой «общий закон психической инерции»: «Познавательные процессы начинаются и заканчиваются всегда медленней причин, которые их вызывают» (1927, 133).

Этот психологический подход оказался связанным еще с одним важным дополнительным обстоятельством. Нетрудно увидеть, что все приведенные нами до сих пор способы рассмотрения проблемы персеверации были не только анатомо-физиологическими, но и качественными. В отличие от них исследования, к анализу которых мы намерены сейчас перейти, видимо, можно обозначить как попытки раскрыть количественные характеристики персевераций.

Персеверация как общая характеристика психического (количественный подход к проблеме). Этот подход к персеверации связан, в первую очередь, с работами Ч. Спирмена, который не только попытался объяснить ее суть своим «общим законом психической инерции», но и предположил, что существует «персеверативный фактор» («р»-фактор), присущий всем людям, хотя и в разной степени. У любого индивида, согласно Спирмену, «р»-фактор оперирует как функциональное единство, охватывая все сознание, все процессы поведения. Каждая познавательная активность рассматривалась им как обладающая персеверативной тенденцией. Это предположение побудило Спирмена и его сотрудников, среди которых наиболее известным был В. Ланкез (1915), разработать ряд тестов с целью изучения различных видов персевераций. В своей работе они опирались прежде всего на датскую школу психологов, представители которой – Э. Вирсма, Г. Хейманс и Х. Бругманс – одними из первых начали экспериментально исследовать собственно персеверацию. Э. Вирсма (1906) изучал индивидуальные особенности появления сенсорной персеверации в норме и патологии (9 здоровых испытуемых, 11 маниакальных и 18 меланхоликов). Для этой цели он применил следующие три теста: 1) критическая частота мельканий (низкая частота мельканий – высокая персеверация); 2) адаптация к действию фармакологических веществ (низкая адаптация – высокая персеверация); 3) тактильная адаптация (восстановление нормальной чувствительности руки к действию слабого электротока после действия сильного). Выяснилось, что у маниакальных персеверация ниже, а у меланхоликов – выше, чем у здоровых испытуемых.

Г. Хейманс и Х. Бругманс (1913) предъявили учащимся уже 6 тестов для изучения не только сенсорной, но и моторной персеверации, 3 из которых были заимствованы у Вирсмы, а 3 – направлены на новые аспекты: звуковую адаптацию, произнесение трудных слов и написание пяти букв алфавита сначала

40 раз в одну сторону, а затем 20 раз в обратном порядке. Интеркорреляция между 6 тестами оказалась хотя и положительной, но низкой (+0,28).

Более обширное исследование моторной, или двигательной, персеверации предпринял английский психолог В. Джонс (1915), применивший уже 4 моторных теста: 1) написание обычного и зеркального S; 2) написание цифры обычно и зеркально; 3) зеркальное рисование; 4) списывание прозы сначала обычным способом, а затем то же списывание, но ставя точки над i, или вычеркивание буквы Т. Испытуемыми Джонса были дети не моложе 12 лет. Интеркорреляция между тестами оказалась +0,462.

В это же время предпринял свое исследование В. Ланкез (1915). С помощью целой батареи тестов он пытался исследовать «тройную природу персеверации»: а) последействие сенсорного опыта, б) спонтанное возвращение в сознание прошлого опыта и в) неосознанное или подсознательное продолжение действия прошлого опыта. Ланкез применил для этой цели следующие тесты:

1. Теппинг (удобный темп постукивания); сильные персевераты должны были быть более чувствительны к интерференции, вызванной влиянием каждого удара на последующий удар, а отсюда и более медленный темп постукивания.

2. Написание букв алфавита (30 секунд в одну сторону и 30 секунд – в другую).

3. Вычеркивание букв (вариант теста Бурдона).

4. Слияние цветов при вращении цветных дисков (низкая скорость – высокая персеверация).

5. Предъявление рисунков (испытуемым показывают рисунок на 10 секунд они должны описать его по памяти; затем два рисунка на 20 секунд с последующим описанием их по памяти. Интерференция рисунков при симультанном их предъявлении должна свидетельствовать, по мнению автора, о персеверативной тенденции. Эта интерференция выражается в ошибках при репродукции картинок. Выводился индекс персеверации как число ошибок первого задания, деленное на среднее число ошибок при выполнении второго задания).

6. Это задание отличалось от предыдущего тем, что в данном случае предъявлялись короткие истории.

7. Словесно-ассоциативный тест.

8. Написание коротких очерков (эссе) (в первой части теста испытуемые за 4 минуты должны написать маленькое эссе, в котором они сравнивают два объекта или двух людей, например Наполеона и Веллингтона; во

второй части теста за это же время нужно написать уже 6 таких эссе. Индекс высчитывался по тому же принципу, что и в 5-м и 6-м тестах).

9. Каждый испытуемый должен ответить на 12 вопросов анкеты – «интроспективный критерий персеверации», например: «Как часто, без всякого на то желания, у вас в ушах звучит непрестанно одна и та же мелодия, фраза и т.п.?» или «Как долго после прогулки на пароходе вас не оставляет ощущение покачивания на волнах?».

Данные, полученные Ланкезом, показали положительную, но невысокую корреляцию (+0,29). В связи с этим он делает следующее допущение: «Обычно, в средней случайной группе испытуемых, этот общий фактор (персеверация. – *Г.З.*), хотя существует и действует, но не является очень сильным» (1915, 418).

Такое же обширное изучение персеверации предпринял и Е. Бернстейн (1924). Более 100 испытуемым были предъявлены десять тестов, пять из которых заимствованы у Ланкеза и Джонса и пять собственных: рисование треугольников острием вверх, затем острием вниз, а затем то и другое альтернативно; после показа испытуемым предложения The Duke Drew HIS SWORD они должны написать The dUKE dREW HIS SWORD; репродуцирование простых геометрических фигур, рисование вертикальной линии горизонтально и наоборот; списывание отрывка прозы, вставляя после каждой буквы «е» букву «а» (например, reedemer становится reaeadeamear).

Во всех тестах испытуемые должны были выполнять задания как можно быстрее, за исключением «теппинга». Персеверация измерялась разницей между результатами «привычной» и «непривычной» деятельности. Кроме того, проводились наблюдения, как быстро испытуемые включаются в каждый новый урок. Корреляция между тестами была ниже, чем у Хейманса и Бругманса, Ланкеза, и намного ниже, чем у Джонса (в одной группе +0,181, а в другой +0,171).

Хотя полученные корреляции были довольно низкими, Ч. Спирмен считал обоснованным вывод о том, что персеверация является общим фактором, представленным во всех тестах.

В начале тридцатых годов прошлого столетия почти никто не сомневался в существовании персеверативного фактора в том смысле, как его понимал Спирмен. Тем не менее, глубже проникая в природу постулируемого «р»-фактора, все большее число исследователей начали высказывать сомнения в отношении рассмотрения психической инерции, или персеверации, как фактора, общего для всех тестов на персеверацию, как общего свойства человеческого сознания, присущего в разной степени всем людям, и обеспечивающего функциональное единство, характеризующее поведение человека.

Критики понятия персеверации как функционального единства, как общего фактора, указывали, что интеркорреляция между применяемыми в разных исследованиях тестами на персеверацию была, как правило, слишком низкой, чтобы это можно было объяснить случайностью. В большинстве исследований основы теории «р»-фактора использовались очень небольшие популяции, неадекватные примеры и недостаточное количество тестов [Шевах, 1936]. В своем собственном исследовании Шевах нашел, что одни и те же тесты могут коррелировать положительно в одной группе испытуемых и отрицательно – в другой. А один из критиков – К. Барри (1934) – высказал мысль, что общий фактор персеверации – нечто мистическое, не являющееся прирожденным свойством нервной системы.

Сторонникам теории «р»-фактора вменяли в вину и то, что они не выходили за пределы лабораторных экспериментов и упрощенных механических моторных, сенсорных и ассоциативных тестов. И, наконец, возражали критики, даже если интеркорреляции серии тестов покажут общий фактор, то это все равно не будет служить доказательством существования только одного фактора, так как не исключена возможность присутствия и других факторов.

Начиная с 1934 г. исследователи обнаруживают новые факторы персеверации. Именно факторно-аналитический подход к рассмотрению персеверации был одним из путей перехода (имеющего собственно скачкообразный характер) к исследованию другой фиксированной формы поведения – ригидности. Кратко остановимся на том, как произошел этот переход.

Персеверация и ригидность. Значительный вклад в изучение проблемы персеверации внес известный английский психолог Р. Кэттел (1933; 1935; 1936; 1946; 1950). Он, как и В. Стефенсон (1934), был сторонником так называемой «тормозной теории» персеверации. Возражая защитникам «теории последействия» (Мюллер и Пильцеккер, Гросс, Бумке и другие), он утверждал, что персеверативная тенденция вызвана отсутствием должного сопротивления; последнее, по его мнению, аналогично функции воли.

В своих исследованиях Р. Кэттел использовал преимущественно следующую батарею тестов (часть заимствованных и часть оригинальных):

1) треугольники (рисование треугольников сначала острием вверх, а затем острием вниз);

2) реверсивное написание букв «opqrst»;

3) вычеркивание;

4) теппинг;

5) персистенция личного темпа при действии помех (удары метронома давались с частотой, равной половине автотемпа);

6) персистенция цветного образа (субъекту показывается красный обрывок материи, он должен запомнить оттенок, а затем из 10 оттенков красного цвета по памяти выбрать предъявленный ранее; еще раз испытуемому показывается первый оттенок, затем еще один со словами «Запомните его!», после чего демонстрируется целая серия оттенков, из которых испытуемый должен выбрать первый;

7) и 8) рифмование и ассоциации;

9) персеверация чувств (feeling perseveration): экспонируются быстро друг за другом простые слова, на которые испытуемые должны реагировать написанием букв «П» (приятное) и «Н» (неприятное);

10) апперцептуальная персеверация (испытуемым предъявлялись простые слова – одно слово в секунду; непосредственно перед экспозицией этих слов с испытуемыми обсуждалась определенная тема; некоторые слова экспонировались умышленно неясно или неправильно);

11) персеверация отношений (attitude perseveration): смена отношений от смешного к серьезному и от критического к дружественному (1935, 3–7).

В результате собственных исследований, а также на основании ряда работ других авторов, в частности Д. Пинарда (1932), В. Стефенсона (1934), Дж. Даррoха (1938), Х. Джаспера (1930), Р. Кэттел выделяет две разновидности персеверации: процессуальную и структурную. Первую он называет инерцией психических процессов. Она проявляется, согласно Кэттелу, в альтернативных ситуациях, т.е. тогда, когда субъект стоит перед необходимостью выбора между усвоенными навыками. Вторую – «диспозиционной ригидностью», наблюдаемой в тестах на «творческое усилие» (creative effort tests), т.е. в тех случаях, когда требуется привычное задание выполнить новым способом (например, написать зеркальное отображение буквы «S»).

Под влиянием исследований Р. Кэттела сторонники факторно-аналитического подхода к проблеме начали находить все новые и новые факторы персеверации (в этом был и один из парадоксов подхода, принципом которого была провозглашена научная парсимония – экономия описания). А. Лачинз и И. Лачинз, скомбинировав предложения разных авторов, приводят свыше 30 факторов (1959, 93). Предлагаемый ими список, однако, не может рассматриваться как исчерпывающий. Количество факторов со времени выхода в свет монографии супругов Лачинз значительно выросло, в той же пропорции увеличилась неясность отношений между ними. Исследователи, выделяя тот или иной фактор, не всегда считали нужным соотнести его с факторами, полученными их коллегами. А отсюда возникали недоразумения (например, выделяемая в одной из работ «перцептуальная персевера-

ция» – то же, что и «перцептуальная ригидность», выделяемая в другой, или нет?)[7]. «Вообще остается неизвестным, – пишут А. Лачинз и И. Лачинз, – идентичны ли содержания факторов с идентичными названиями; может быть, разные названия – это только семантический фасад, скрывающий подобие или даже тождество содержания?» (1959, 94). На все эти вопросы факторно-аналитические исследования ответа не дают.

Появление множества факторов персеверации привело не только к тому, что самое понятие персеверации потеряло, казалось бы, четко очерченные контуры. Как отмечают А. Лачинз и И. Лачинз, Р. Кэттелом «...был сделан прыжок от персеверации к ригидности» (Там же, 18). В этом замечании правильно отражена та объективная закономерность развития «чисто психологического объяснения», которая от использования понятий «процессы», «акты» или «состояния» неизбежно переходит к понятиям личностного плана. Об этом говорит и Г. Айзенк, указывая, что «понятие «ригидность» является, видимо, более содержательным, чем персеверация» (1953, 281). И.Э. Гоинз считает, что «персеверация и ригидность различаются их детерминантами; если персеверация обусловлена «психической инерцией», то ригидность – организацией, структурой или системой личности» (1962, 55).

Анализ литературы в плане только одного терминологического аспекта по обсуждаемой нами проблеме (см. Psychological Abstracts, 1927–1969 гг.) свидетельствует о наметившихся в пределах этих сорока лет двух интересных моментах: во-первых, рубрика «Ригидность» появляется только к концу тридцатых годов, а затем идет процесс непрерывного увеличения количества работ, относимых к этой рубрике (особенно «богатыми» в этом отношении оказались пятидесятые годы); во-вторых, заметна явная тенденция говорить о персеверации преимущественно в одном контексте с лоботомией у человека и животных. Создается впечатление, что исследователи как бы «ухватились» за термин «ригидность» в надежде найти решение многих вопросов, связанных с такого рода явлениями (ФФП), характеризующими как отдельные аспекты психической жизни человека, так и личность в целом.

[7] В некоторых работах говорится даже о «персеверационной ригидности» (см., напр.: [Брескин и др., 1970]).

Раздел IV

ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И ГРУППОВЫХ СИСТЕМ

Глава 1

ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В КУЛЬТУРЕ

§ 1. Этнические стереотипы и предубеждения как фиксированные формы поведения

Правда по ту сторону Пиренеев
Является неправдой по эту сторону Пиренеев.
Монтескье

Лучшей демонстрацией того, что представляют собой фиксированные формы поведения (их природа, многообразие проявлений и место в жизни людей), являются ситуации социальных изменений и потрясений – революции, перестройки, реформы, межэтнические конфликты и войны.

Спектр фиксированных форм поведения очень широк. Вся наша жизнь проходит главным образом в двух видах активности – изменяемых и неизменяемых (или трудноизменяемых), т.е. фиксированных формах поведения, застывших, косных или ригидных стереотипах. Их взаимоотношения, как мы уже отмечали выше, являются одной из кардинальных проблем биологии и психологии, а также родственных им наук: физиологии, общей и социальной психологии, психологии личности и психопатологии. Здесь мы рассмотрим проблему этнических стереотипов в контексте системной модели фиксированных форм поведения.

Системная модель ФФП. Фиксированные формы поведения могут проявляться как на уровне личности человека, т.е. индивидуальных систем, так и на уровне микро- и макрогрупп людей (семьи, производственных и общественных организаций, этноса, общества и государства в целом), т.е. на уровне групповых систем. Их влияние наблюдается в разных сферах жизнедеятельности: образовании (в закрытости образовательных систем, в трудно-

стях инновационных процессов), науке (в неоправданном отстаивании своих идей и «излюбленных» теорий, а также нередко в неприятии идей, предложенных коллегами или «другими» школами), культуре (в устаревших традициях, этноцентризме, проявляющемся нередко в ригидных этнических стереотипах) [Залевский, 1996].

Определяя любую систему как комплекс элементов, находящихся во взаимодействии, еще L. von Bertalanffy (1968) различал «открытые» и «закрытые» системы: в первых возможен лишь обмен энергией, а во вторых – обмен энергией и веществом. Интересна в обсуждаемом контексте и его мысль о том, что необходимым условием устойчивости органических систем является постоянное обновление их элементов. Можно предположить, что в закрытых системах, не только органических, но и социальных, скорее всего, отсутствует «постоянное обновление элементов» как внутри них, так и во взаимодействии с другими системами. Это происходит, на мой взгляд, потому, что любая система, стремясь к устойчивости, в силу нарушения прежде всего «механизма обратной связи» (Н. Виннер, П.К. Анохин, А.Р. Лурия) и «потери, выхолащивания значения и смысла» («Lehrlaufreaktionen» – Баж, Лоренц; «laps of meaning» – Якубовиц, Лемберт), «проскакивает» оптимально необходимую меру устойчивости и устремляется к гиперустойчивости, иначе говоря, ригидизируется (коснеет, застывает), становится закрытой, о чем свидетельствуют увеличение числа фиксированных форм поведения и рост их интенсивности.

К числу фиксированных форм поведения, демонстрируемых «закрытыми» индивидуальными и групповыми системами, относятся предубеждения и этнические стереотипы, играющие большую роль в межкультурных и межэтнических отношениях.

Что касается самого понятия предубеждения, то Anita Karsten (1978) определят его как предвзятое и негативное суждение о группах людей (или об идее, ситуации, чьем-то поведении), в основе которого лежат эмоции и которое не совпадает с действительностью. Thomas (цит. по: [Karsten, 1978]) считает предубеждение одной из форм интеллектуального обесценивания и не только средством защиты собственной точки зрения, но и повышения, и укрепления чувства собственной ценности. Большинство исследователей сходятся на том, что предубеждения и этнические стереотипы представляют собой исключительно ценностные суждения, которые затрагивают сферу личностного Я, сильно эмоционально ориентированы, а потому трудно проверяемы и изменяемы в процессе превращения в диспозиционные ФФП.

Возникновение предубеждений – очень сложный процесс. Один из моментов, ведущих к образованию предубеждений, включая и этнические стереоти-

пы, – это склонность людей к сверхобобщениям («когнитивные ошибки», по А. Беку, или «ненаучное мышление», по А. Эллису). Например, опыт, приобретенный в общении с одним человеком, или сведения об отдельных индивидах переносится на всех членов группы, к которым они относятся. Либо качества, которые обнаруживаются у одного человека, приписываются всем членам группы. И такое обобщение имеет тенденцию расширяться и на области далекие и не имеющие ничего общего (например, все люди с определенной внешностью относятся к «лицам кавказской национальности»). Таким образом упрощается восприятие, различия не замечаются, «поле восприятия становится недифференцированным, гомогенным» (Allport, 1954).

Другой фактор, ведущий к образованию ригидных этнических стереотипов, – это «страх перед чужими» [Benedict, 1955]. На большом числе примеров Бенедикт продемонстрировала, как окружающие делятся на «своих» (семья, род, народ) и «не своих». Этноцентричный, предубежденный человек не способен видеть за пределами своего собственного узкого кругозора. Он не рассматривает других, принадлежащих к out-group, как себе подобных, как лиц, с которыми он может иметь человеческие контакты. Для него мерилом являются собственная группа (in-group), ее ценности и поведение. Некоторые народы называют себя именами, которые на их языке означают «человеческие существа»; вне собственной закрытой группы человеческих существ просто не существует.

В основе предубеждений лежат нередко разочарование или неуспех, который проецируется на другого – «козла отпущения»; таковыми чаще всего становятся меньшинства различных видов («во всем виноваты евреи» – так было в гитлеровской Германии; антисемитизм в бывшем Советском Союзе питался тем же), затем расы и т.д. Психоаналитически ориентированные авторы объясняют природу предубеждений и этнических стереотипов регрессом на более раннюю, примитивную стадию развития: регресс в примитивное отношение к чужому, а значит, враждебному, угрожающему, вызывающему страх; регресс на более раннюю онтогенетическую стадию, в которой имеет место ненависть по отношению к образу отца; регресс в состояние толпы, в которой человек теряет свою индивидуальность и ответственность («escape from freedom», как говорил Э. Фромм).

Обусловливают возникновение предубеждений и этнических стереотипов и многие другие факторы, прежде всего, социально-психологическое поле, в котором вырастает ребенок. Предубеждения возникают скорее через контакты с предубеждениями, чем с объектами этих предубеждений [Allport, 1954]. Если дети уже в раннем возрасте, когда они наиболее подвержены влияниям

и у них не развита критика, слышат разные, даже бессмысленные высказывания или пренебрежительные суждения о других группах (меньшинствах, народах, расах и т.д.), то чаще всего неосознанно осваивают соответствующие санкционированные обществом установки. В этой связи можно сослаться на исследование Zeligs (цит. по: [Karsten, 1978]), в котором приняло участие 866 детей 12-летнего и 115 детей 15–16-летнего возраста из американского города Цинциннати и его пригородов в период с 1931 по 1946 г. Автор исследования использовала модификацию шкалы Богардуса с целью установления «индекса дружественности» – показателя величины дистанции (меры отношений) американских детей к 39 расам и народностям с мотивацией своих отношений. Кроме того, детей попросили назвать расы и народы (5 из 39), которые они любят и которые они совсем не любят, и обосновать, почему, а также сообщить, был ли у них положительный или отрицательный опыт общения с представителями других рас и национальностей. Дети также должны были написать сочинение на темы: «Что я думаю об американцах?» и «Если бы я не был американцем, то к какой расе и национальности я хотел бы принадлежать и почему». Результаты ответов на последний вопрос в процентном выражении и относительно только американцев, китайцев, русских, немцев и японцев выглядят следующим образом (табл. 9).

Таблица 9

Данные о предпочтительных выборах в хронологической динамике

Расы и национальности	Год					
	1931	1935	1942	1943	1944	1946
Американцы	95*	97	94	100	98	100
Немцы	64	39	35	51	44	55
Русские	54	55	71	78	80	71
Японцы	53	46	27	28	37	58
Китайцы	36	40	65	76	75	81

* % от числа опрошенных.

Из таблицы видно, как на отношение американских детей к другим народам оказала влияние Вторая мировая война («немцы и японцы – враги», «русские – союзники», «с китайцами – мирные отношения»), а затем и начинающаяся «холодная война» – снижение показателя положительного отношения к русским.

Основания, по которым американские дети (из них 82% европейского происхождения) так выразили свои этнические установки, распределились, как показано в табл. 10.

Таблица 10

Основания этиических устаиовок опрошениых

№ ранга	Основание	№ ранга	Основание
1	Традиции, образ жизни	16	Гражданство
2	Одежда	17	Знаменитые люди
3	Чистота	18	Веселость
4	Расовые и национальные различия	19	Спортивные успехи
5	Язык	20	Союзники в войне
6	Религия	21	Правительство и вожди
7	Любовь к войне или миру	22	Хорошие соседи
8	Любопытство и авантюризм	23	Симпатия и толерантность
9	Похожесть с собственным народом	24	Как все народы
10	Качества характера	25	Идеология
11	Цивилизованность и прогрессивность	26	Враг
12	Физические данные	27	Определенной расы и национальности
13	Экономность		
14	Воспитание (образованность)	28	С ними знаком
15	История и география	29	Кое-что знаю о них

Исследования Benedict (1955), Zeligs (1973), Hofstätter (1973), Rattner (1974) и других авторов позволяют сделать вывод о доминирующих факторах, обусловливающих формирование и изменение этнических стереотипов. Народы, возможно, не являются такими, какими они себя видят и какими их видят другие, но их представления о самих себе и о других оказываются более важными для совместной жизни, чем действительные черты характера представителей того или иного народа. Ребенок усваивает в своем непосредственном окружении образцы предвзятого поведения, которые затем переносит и на феномены далеко за пределами своего непосредственного окружения. Уже в раннем детстве, благодаря поведению родителей (модельное научение), особенно в условиях авторитарного воспитания, жестких ригидных семейных структур, ребенку задаются рамки, которые определяют способ восприятия и понимания действительности (когнитивные схемы или правила). В процессе конкретного формирования предубеждений и этнических стереотипов, в наполнении возникших в раннем детстве и отрочестве их образцов очень важную роль играет, наряду с семьей, и школа. Ученик сталкивается в школе с социальными предметными областями, которые выходят за пределы его обыденного опыта, – историей, географией, родным языком и литературой, да и религией – и усваивает соци-

альные образцы мышления, через которые воспринимает и оценивает общественную и политическую реальность. Содержание обучения, стиль обучения и иерархические отношения в школе способствуют тому, что учащийся осваивает определенный репертуар стереотипных схем, которые становятся определяющими в его социальном поведении. При этом не последнюю роль играют школьные учебники, поскольку, с одной стороны, они в большой мере определяют учебный процесс, а с другой – обладают авторитетом печатного слова.

Ни один человек не рождается с предрассудками и этническими стереотипами; все это благоприобретается, а значит, возможно предотвращение их формирования, их коррекция и преодоление. Можно не допускать или отменить изоляцию определенных частей населения, одного народа от другого. Но, как показывают исследования, непосредственный контакт с членами чужих групп, с представителями других этносов и рас не приносит автоматически правильного понимания других. Это только возможность получить правильные представления и знания. Так, Smith (цит. по: [Karsten, 1978]) исследовал большое число американских солдат, которые вернулись в США с разных фронтов, пытаясь выяснить, как различные контакты с другими народами повлияли на актуальную установку отношений к этим народам. Выяснилось, что американцы в большинстве случаев подтвердили свои этнические стереотипы, которые стали еще негативнее. Он объясняет этот результат тем, что американцы были слишком плохо подготовлены к тому, чтобы понять другие народы, их историю, нравы и традиции.

Чувства интернационализма не приходят сами собой. Их не вызвать заклинаниями, как это имело место в бывшем Советском Союзе. Людей к этому надо готовить постепенно и системно. Это относится и к случаям «среднего путешественника», который все постоянно сравнивает с тем, к чему он привык у себя дома. И аборигены также с недоверием рассматривают иностранца, который никак не может найти себя в их стране. Так возникает все новое непонимание в пространстве застывшего ригидного этнического стереотипа. В этом случае есть опасность возникновения этнического предубеждения по известному когнитивному механизму оценки целого на основании представления о части (pars pro toto). Очень важно также помнить, что изменение предубеждений и этнических стереотипов не может иметь успеха на длительное время под действием какого-либо насилия.

Справедливо мнение (Watson, Allport, Бэрон) о том, что ревизия предубеждений облегчается в том случае, когда изменяются внешние и внутренние обстоятельства (например, экономические, социальные, политические)

и эмоциональное положение отдельного человека и общества в целом (неблагополучие, несчастье усиливает горечь и ищет выход в агрессивности против «козлов отпущения», напротив, благополучие, счастье делают толерантным и готовым к помощи).

В завершение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что этнические предубеждения как фундаментальные характеристики человека являются одной из важных проблем нашей культурной жизни, одним из решающих факторов межкультурных, межэтнических и межгосударственных отношений.

Этнические стереотипы современной российской молодежи и их трансрегиональные особенности. В развитие темы об этнических стереотипах и предубеждениях как фиксированных формах поведения [Залевский, 2002] мы провели в 2003 г. исследования, в которых приняло участие свыше 200 молодых людей в возрасте 18–22 года, студентов Томского государственного университета (Томск), Анжеро-Судженского филиала Кемеровского университета (Анжеро-Судженск) и Амурского государственного университета (Благовещенск)[1]. Исследование осуществлялось с помощью модифицированной нами шкалы Bogardus (1925), ориентирующей участников исследования на выбор (в первую, вторую, третью очередь) – этническое предпочтение – и отвержение с последующей краткой его мотивировкой. Структурно методика содержит инструкцию, согласно которой участники исследования высказывают свое отношение (возможно и анонимно) к трем предполагаемым ситуациям.

1. Если бы я не был россиянином (русским или представителем другой национальности в пределах России), то не возражал бы быть:

В первую очередь_____

Во вторую очередь_____

В третью очередь_____

2. Не хотел бы быть ни в коем случае:

В первую очередь_____

Во вторую очередь_____

В третью очередь_____

3. Хотел бы быть только россиянином и никем другим_____

[1] В этом исследовании приняла участие аспирантка ФП ТГУ С.В. Смирнова.

После реакции на каждую предложенную ситуацию кратко мотивируется сделанный выбор (в основном выбор «В первую очередь»). Результаты исследования представлены в табл. 11–14.

Во всех группах испытуемых отмечается очень широкий географический список упомянутых национальностей (народностей и рас) – в целом до 80. В табл. 12, 13 представлены лишь выборы с числом не меньше 3 членов группы, выбравших в том или в другом случае одну и ту же национальность. При сравнительном анализе результатов групп «Западная Сибирь» и «Амурская область» (см. табл. 14) используются выборы не более чем по 8–10 национальностям, получившим наибольшее общее количество выборов-предпочтений или выборов-отвержений из возможных 97 в самой большой группе – студентов ТГУ. Некоторые национальности встречаются в обоих случаях (например, американцы и евреи).

Таблица 11

Распределение выборов-предпочтений и отвержений в группе студентов Анжеро-Судженского филиала КемГУ (37 чел.)

№ ранга	Национальность (раса/народность)	Предпочтение (в абсол. числах)				Отвержение (в абсол. числах)			
	Очередность	1	2	3	Общ.	1	2	3	Общ.
1	Французы	7	11	5	23	–	–	1	1
2	Амсриканцы	9	3	7	19	1	–	3	4
3	Англичане	8	7	2	17	–	–	1	1
4	Немцы	5	4	5	14	3	1	–	4
5	Итальянцы	2	3	2	7	–	–	–	–
6	Украинцы	3	–	2	5	1	2	4	7
7	Белорусы	–	2	2	4	–	1	–	1
8	Африканцы	–	2	1	3	4	1	1	6
9	Испанцы	–	–	3	3	–	–	–	–
10	Татары	2	–	1	3	–	–	2	2
11	Негры	–	–	1	1	6	4	3	13
12	Японцы	–	1	–	1	3	5	–	8
13	Евреи	–	1	–	1	1	2	1	4
14	Китайцы	–	–	–	–	7	9	2	18
15	Чеченцы	–	–	–	–	6	5	1	12
16	Чукчи	–	–	–	–	2	–	4	6
17	Корейцы	–	–	–	–	–	–	3	3
18	Арабы	–	–	–	–	–	–	3	3
19	Представители азиатских народов	–	–	–	–	–	–	–	3

Таблица 12

Распределение выборов-предпочтений и отвержений в группе студентов ФП ТГУ (97 чел.)

№ ранга	Национальность (раса/народность)	Предпочтение (в абсол. числах)				Отвержение (в абсол. числах)			
	Очередность	1	2	3	Общ.	1	2	3	Общ.
1	Французы	21	13	10	44	–	1	–	1
2	Англичане	10	9	7	26	2	2	2	6
3	Испанцы	8	6	11	25	–	1	–	1
4	Итальянцы	6	6	8	20	–	–	–	–
5	Американцы	4	9	6	19	12	4	5	21
6	Немцы	5	4	10	19	4	8	2	14
7	Японцы	4	1	4	9	2	3	–	5
8	Евреи	4	1	3	8	3	2	–	5
9	Украинцы	1	–	3	4	1	–	1	2
10	Бразильцы	–	1	3	4	–	–	–	–
11	Канадцы	1	1	1	3	–	–	–	–
12	Шведы	1	2	–	3	–	–	–	–
13	Ирландцы	–	1	2	3	–	–	–	–
14	Греки	2	1	–	3	–	–	1	1
15	Белорусы	2	–	1	3	–	–	–	–
16	Китайцы	1	–	–	1	8	6	9	23
17	Татары	–	–	–	–	1	–	4	5
18	Казахи	–	–	–	–	2	3	1	6
19	Арабы	–	–	–	–	1	–	4	5
20	Афроамериканцы/ негры	–	–	1	1	2	5	3	10
21	Чеченцы	–	–	–	–	3	3	3	9
22	Корейцы	–	–	–	–	1	2	–	3
23	Чукчи	–	–	–	–	1	3	2	6
24	Финны	–	–	–	–	–	2	1	3
25	Кавказская	–	–	–	–	–	2	1	3
26	Кем угодно	–	–	–	2	–	–	–	–

В данной группе мнения распределились так: выбирают «только россиянином», но допускают и другие возможности – 28 чел. (28,9%), «только россиянином» и не допускают других возможностей – 5 чел. (5,2%), еще 2 человека, нарушая инструкцию, предпочитают быть только «русскими» (2,1%).

Всего выбрана 81 народность (с позитивной оценкой – 25, негативной – 41 и 15 – с двойным выбором). Из 24 позитивных выборов 16 народностей – европейцы, из 41 негативного выбора европейцы только в 2 случаях, из 15 с двойным выбором – почти половина европейцев (7; из них с большим отрывом от других идут американцы, затем немцы и евреи).

Таблица 13

Распределение выборов-предпочтений и отвержений в группе студентов Амурского госуниверситета (69 чел.)

№ ранга	Национальность (раса/народность)	Предпочтение (в абсол. числах)				Отвержение (в абсол. числах)			
	Очередность	1	2	3	Общ.	1	2	3	Общ.
1	Французы	14	10	7	31	–	–	–	–
2	Американцы	7	11	5	23	–	4	4	9
3	Немцы	6	6	5	17	–	4	4	8
4	Англичане	7	2	6	15	–	–	–	–
5	Итальянцы	2	5	5	12	–	–	–	–
6	Испанцы	2	3	3	8	–	–	–	–
7	Японцы	2	1	4	7	–	–	–	–
8	Евреи	–	–	–	4	3	2	2	7
9	Канадцы	–	–	–	–	–	–	–	–
10	Шведы	–	–	–	–	–	–	–	–
11	Белорусы	–	–	–	–	–	–	–	–
12	Китайцы	–	–	–	–	24	14	8	46
13	Негры	–	–	–	–	9	5	4	18
14	Кавказцы (чеченцы в т.ч.)	–	–	–	–	–	12	6	18
15	Чеченцы	–	–	–	–	–	4	2	6
16	Арабы	–	–	–	–	–	3	4	7
17	Чукчи	–	–	–	–	–	4	3	7

* Только россиянином – 5 чел. (7,2%).

Мотивы выбора-предпочтения (В «первую очередь»)

1. ***Французы.*** Самодостаточные (прежде всего в отношении женщин), красивые, живут в экологически благоприятных условиях, женственны, выражено внимание противоположного пола. Образованные. Нравятся язык, образ жизни. Утонченные, интересные. Импонируют изящество, манеры, культура. Следят за своим здоровьем, смелые. Нравятся стиль жизни, темперамент, характерные черты внешности. Была во Франции, видела, как живут люди, и мне это нравится. Страна любви, моды, пьют вино, красивая местность, море, мягкий климат, сыр. Франция ни с кем не конфликтует, стереотипы об этой нации приемлемы для меня.

2. ***Англичане.*** Привлекает культура страны, народ, традиции. Интеллигентные. Красивая страна, есть знакомые. Там высокий уровень жизни, выше

заработок. Больше человеческой свободы. Много знакомых, много читал книг. За прагматизм, ум, развитую культуру. Близка культура.

3. ***Американцы.*** Хочу жить в свободной стране, общаться без условностей. Уровень жизни лучше. Сверхдержава за спиной, уважение прав человека, социальная защищенность.

4. ***Немцы.*** Делают хорошие автомобили. Нравятся отношение к своей стране, педантичность. У меня в крови есть немцы, они аккуратные, точные, умные, интересные, чистоплотные. Это благородная, сильная физически нация, высокий уровень культуры.

5. ***Испанцы.*** Нравится язык, очень темпераментные. Архитектура, климатические условия. Красивые люди, красиво и чувственно танцуют, добрые и приветливые, по рассказам побывавшей в Испании подруги. Образ жизни. Активные, подвижные, жгучие, страстные, эмоциональные. Из-за языка. Красивые, страстные женщины, свободные люди. Возможности для самореализации.

6. ***Итальянцы.*** Темпераментные. Нравится мания величия, манеры поведения. За чувство юмора, мелодичную речь. Там море, тепло. Они веселые, красивые. Устойчивый вкус и горячая кровь (читал, смотрел, но не общался). Активная, веселая, импульсивная нация.

7. ***Японцы.*** Нравится их культура, изобретательность.

8. ***Евреи.*** Отношение к детям и старшим, ценят жизнь, практичны. Наиболее творческая, целеустремленная и развитая нация. Есть что-то, что сближает с русским народом.

Мотивы выбора-отвержения (В «первую очередь»)

1. ***Китайцы.*** Неприемлемы для нас китайский образ жизни, идеология, традиции. Пропотевшие, грязные, плохой от них запах. Не нравится устройство государства, язык и культура, их коллективизм. Очень много населения, слишком далеки от цивилизации. Маленького роста и непрактичные. Их много, они нечистоплотные. Потому что история и ценности отличаются от моих. Перенаселенность Китая, ужасные условия труда, отношения в семье и к работе ужасают. Их сильно много стало, а вообще не знаю – не хочу и все.

2. ***Американцы.*** Все превозносят Америку, а она меня бесит, мне дорога Россия. Тупые, заносчивые. Некультурные, жадные, неумные. Считают себя «супернацией». Для меня – это «заевшаяся», глупая нация. Характерны ин-

фантильность, эгоистичность сознания. Очень странные, неумные, со своими придурями, толстые, некрасивые. Не люблю их меркантильность. Слишком много о себе думают. Потому что история и ценности отличаются от моих. Слишком материальны, не душевны, вредная нация. Слишком технологизированная страна. Они зазнаются. Не люблю американцев, не знаю, почему. Потребительски относятся к жизни. Агрессивны.

3. ***Афроам./афр./негры.*** Они черные. Не знаю, просто сложившийся этностереотип. Из-за того, что жарко, скучно. Низкий уровень жизни. Не очень понимаю их культуру, обряды и порядки. Менее интеллектуально развиты, чем белые. Не поддерживаются обычные нормы, неуважение населения. Внешность, образ жизни.

4. ***Чеченцы.*** Стереотип негативного отношения к этим нациям. Ассоциируются с черным в жизни, а с черным в жизни у меня вражда. С детства закладывают вражду к другим народам.

5. ***Немцы.*** Очень жестокие люди. Не люблю их меркантильность, безразличие к окружающим, не хочу жить, как они. Грубый язык. Некрасивые, жесткие. Не люблю их с детства.

6. ***Японцы.*** За внешность.

7. ***Чукчи.*** Не хочу жить на Крайнем Севере, чукчи некрасивые.

8. ***Евреи.*** Есть знакомые евреи, и они мне сильно не нравятся. Некрасивые внешне, вечно гонимый народ, их все не любят. Трудно преодолеть негативное отношение к этой народности, т.к. оно сформировалось очень давно.

9. ***«Арабы».*** Не устраивает положение женщин в этих странах, агрессивны.

В табл. 14 мы попытались представить сравнительные данные по итогам исследования в трех точках, две из которых расположены в Западной Сибири (крупный областной центр – г. Томск и небольшой индустриальный районный центр Кемеровской области – г. Анжеро-Судженск) и одна – в Амурской области (г. Благовещенск).

Сравнительный анализ результатов свидетельствует о следующем:

– по выборам-предпочтениям выявлены следующие различия между регионами: в Западной Сибири предпочтение отдается французам и американцам (чуть чаще), значительно чаще – немцам и в два раза чаще – англичанам и испанцам, чем в Амурской области.

– выборы-отвержения показали, что отвергаются чаще в Амурской области китайцы (66,7 против 42,3%), а в Западной Сибири – американцы (25,8 против 13,0%), чеченцы (21,6 против 8,7%), японцы (11,3 против 0%) и немцы (18,6 против 11,6%).

Таблица 14

Сравнительные данные выборов-предпочтений и отвержений группами студентов университетов Западной Сибири и Амурской области

Западная Сибирь (Томск+Анжеро-Судженск; 97+37=134)				Амурская область (Благовещенск; 69)		
Выборы-предпочтения						
№ ранга	Национальность (раса/народность)	Абсол. показатель	%	№ ранга	Абсол. показатель	%
1	Французы	(44\21+23\7=67\28*	50	1	31\14	44,9
2	Англичане	(25\10+17\8=42\18	43,3	4	15\7	21,7
3	Американцы	(19\4+19\9=38\13	39,2	2	23\7	33,3
4	Немцы	(19\4+14\5=33\9	34,0	3	17\6	24,6
5	Испанцы	(25\8+3\0=28\5	28,9	6	8\2	11,6
6	Итальянцы	(7\2 +8\6=15\8	15,5	5	12\2	17,4
7	Японцы	(9\4+ 1\0=10\4	10,3	7	7\2	10,1
8	Евреи	(8\4+1\0=9\4	9,3	8	4\0	11,6
Выборы-отвержения						
№ ранга	Национальность (раса \народность)	Абсол. показатель	%	№ ранга	Абсол. показатель	%
1	Китайцы	(23\8 +18\7=41\15	42,3	1	46\24	66,7
2	Американцы	(21\12+4\1=25\13)	25,8	3	9\0	13,0
3	Афроамериканцы\ афр.\негры	(11\6+13\6=24\12	24,7	2	18\9	26,1
4	Чеченцы	(9\1+12\5=21\5)	21,6	6	6\0	8,7
5	Немцы	(14\8+4\3=18\11)	18,6	4	8\0	11,6
6	Японцы	(5\2+8\3=13\5)	13,4	7	0\0	0
7	Чукчи	(5\3+6\0=11\3)	11,3	5	7\0	10,1
8	Евреи	(5\3+4=9)	9,3	5	7\2	10,1
9	"Арабы"	(5\1+3\0=8\1)	8,2	5	7\0	10,1
10	"Кавказцы" (вкл. чеченцев)	(12\5+12\1=24\6)	24,7	2	18\0	26,1

* За штрихом указаны выборы «В первую очередь».

Общие итоги и предварительные выводы по результатам исследования

1. Россияне в Сибирском и Приамурском регионах в своих предпочтениях, этнических установках ориентированы, преимущественно на Запад, тем самым как бы косвенно отвечая на вопросы: кто же мы все-таки? или кем мы предпочли бы быть – азиатами или европейцами?.

2. Среди предпочитаемых народов Запада на первом месте оказываются французы, а затем – испанцы и итальянцы.

3. Противоречивое отношение у россиян сегодня, прежде всего, к американцам – их в равной мере предпочитают и отвергают; несколько слабее эта тенденция выражена относительно немцев.

4. Однозначно отрицательное отношение проявилось в выборах китайцев, а затем чеченцев (или «людей кавказской национальности»), причем в обоих регионах.

5. Интересно, что японцы – представители востока – отвергались значительно реже китайцев в Западной Сибири, и совершенно не отвергались в Амурской области.

6. Важно отметить, что просто близость границ и возможность общения между народами, как это имеет место в Амурской области, не определяет меру позитивности межнационального общения. Надо оценивать уровень и содержание этого общения, о чем пишет и А.П. Забияко (2002).

7. Этнические установки, или стереотипы, как показывают наши исследования, при всем своем интраличностном характере очень поддаются влиянию экстраличностных факторов – политических, идеологических, социально-экономических и т.д. Это демонстрируют очень низкое число выборов-отвержений таких, например, народов, как афганский, отсутствие выборов-предпочтений относительно кубинцев (при одном отвержении), что совершенно иначе выглядело во время войны в Афганистане или после кубинской революции.

§ 2. Фиксированные формы внутри- и внесемейного поведения

Мой молодой друг, я не знаю, что лучше (какое решение семейной проблемы предпочесть), только я знаю твердо – как бы ты ни поступил, ты все равно пожалеешь.

Сократ.

Мы понимаем семью как систему, которая постоянно пытается сохранить равновесие. Для стабилизации этого состояния семья должна быть способна адаптироваться к изменениям. Необходимость индивидуального изменения отдельных членов семьи и изменения семейной системы проистекает прежде всего из индивидуальных процессов роста и созревания, соответственно известным фазам жизненного цикла (пара без детей, образование семьи, семья с ребенком/детьми маленькими, семья с детьми-школьниками, семья со взрослыми детьми, семья после ухода детей, пожилая се-

мейная пара), делает необходимым постоянное развитие семейной системы, которое происходит на индивидуальном (отдельных членов семьи), интерперсональном (диад, триад) уровне и на уровне семьи в целом (семейная структура с ее нормами, правилами и иерархией, семейными традициями, стереотипами интеракций, решениями проблем, удовлетворением потребностей и требований безопасности) [Ahrens, 1997, 548–549].

Семья как (малая) групповая система нередко демонстрирует широкий спектр фиксированных форм поведения, т.е. таких форм поведения, которые повторяются или продолжаются и в ситуациях, которые требуют их прекращения и/или изменения [Залевский, 1976, 1993]. И виной тому, на мой взгляд, является не устойчивость как необходимое свойство любой системы (групповой и индивидуальной), а гиперустойчивость, двигаться к которой (все более ригидизируясь) имеет тенденцию любая система при определенных условиях. И лишь в этом смысле можно согласиться с теми авторами, которые считают, что «...роль устойчивости в жизни семьи двойственна: с одной стороны, она необходима и важна, однако она же может стать источником нарушений в семье, тормозом ее развития. В этом случае говорят о ригидности семьи» [Эйдемиллер, Юстицкис, 1999, 188]. Ригидная семья (семья с жесткой неизменчивой структурой) считается некоторыми исследователями патогенной. Сопротивление семьи необходимым изменениям рассматривается с разных направлений семейной психотерапии как важнейший патогенный фактор [Goldberg, Goldberg, 1985]. Соответственно выявление, изучение и нейтрализация механизмов сопротивления изменению рассматривается как важнейшая задача семейной психотерапии; причем в центре внимания оказываются самые различные источники сопротивления и способы их преодоления – в зависимости от психологической и психотерапевтической школы, к которой принадлежит психолог-психотерапевт.

Теории коммуникации связывают ригидность семьи с нарушениями процесса коммуникации («резиновая ограда», «псевдовзаимность», «мистификация»). Представители стратегической школы видят причину ригидности семьи в том, что набор решений, с помощью которого она пытается справиться с новыми проблемами, слишком мал. Бихевиористы связывают сопротивление семьи изменению ставших явно неадекватными способов своего поведения с тем, что у нее есть косвенное и не сразу заметное мотивационное подкрепление этих способов. Психоаналитики и представители экспериментальной школы видят причину в том, что члены семьи на предшествующих стадиях своего личностного развития не справились с решением какого-либо личностного конфликта, что сопротивление изменениям

является на самом деле сопротивлением членов семьи своему же личностному развитию. Некоторые психотерапевты связывают ригидность семьи с нарушением «граничных сфер» внутри семьи [Nicols, 1984].

Проявление и последствия сопротивления семьи необходимым изменениям могут оказаться весьма различными: подавление индивидуальных особенностей индивида (ему приходится отказаться от индивидуальных желаний в пользу сохранения семьи), семейный конфликт в этом случае превращается во внутриличностный конфликт члена семьи, за счет которого сохраняется стабильность (увы, временная) семьи. Другой вариант развития конфликта, считают Э. Эйдемиллер и В. Юстицкис (1999, 188), это «восстание» члена семьи, его отказ подчиниться семейным правилам (подросток перестает слушаться родителей, муж перестает считаться с женой и семьей). Наконец могут подключиться механизмы реинтеграции семьи. Но если они не подключатся, то система (структура) ее «трещит по всем швам», от нарастающей ригидности семья разрушается, распадается.

Конечно, во всех этих случаях, как справедливо считают эти же авторы, в центре внимания оказывается вопрос о том, где источник нарушения – в семье (и тогда ее сопротивление изменениям есть ригидность, которая и должна быть преодолена) или в личности (и тогда устойчивость семьи – положительное явление, и именно член семьи должен приспособиться). На мой взгляд, источники ригидизации, приводящей к нарушению семьи как системы, более многочисленны и сложны.

В этой связи следует уточнить, что мы понимаем под словом «семья». Считается, что переломным моментом для развития науки о семье было возникновение представления о ней как о системе [Jackson, 1965]. Системный подход к семье означает понимание того, что в ней все взаимосвязано, что она есть единое целое, единый психологический и биологический организм. Д. Джексон, впервые систематически проанализировавший семью как систему, подчеркнул, что семья – это «система, управляемая правилами». Эти правила выявляются в реальном поведении членов семьи, в том, как они что-то обсуждают, принимают решения, относятся к чему или к кому-либо и т.д. Большинство этих «семейных правил» нередко не осознаются членами семьи. Они поступают согласно этим правилам, т.е. определенным образом, зачастую даже не задумываясь, почему и можно ли было бы поступить иначе. Но иногда такие семейные правила сформулированы и провозглашены в семье явно, как, например: «Дети не должны перебивать взрослых» и т.п. Часть правил – это правила негласные, но известные членам семьи: «Если есть проблемы, лучше поговорить с отцом» и т.п. Все эти пра-

вила взаимосвязаны и в совокупности отражают сложившуюся систему семейных взаимоотношений.

Одной из существенных характеристик семьи как системы в том, отмечает Д. Джексон, что семейные правила и состоящая из них семейная система устойчивы; семья так или иначе замечает отклонения своей жизни от устойчивых правил и реагирует на них. Принцип и схема подобных реакций также описываются теорией систем: это гомеостаз, который является основным принципом действия самоуправляемых систем, – система поддерживает свое состояние за счет того, что фиксирует отклонения и совершает действия, которые способствуют возвращению системы в обычное состояние, т.е. использует механизм обратной связи. Нарушение механизмов обратной связи, естественно, приводит к нестабильности либо к ригидности, следствием чего может быть и полный распад семьи.

Видимо, нарушение обратной связи через снижение устойчивости и нарастание ригидности приводит к тому, что система, как индивидуальная, так и групповая (например, семья), все более становится «закрытой». О крайнем (патологическом) случае закрытости индивидуальной системы, говорил, хотя и в других терминах, один из классиков немецкой психиатрии В. Гризингер (1881, 64), когда обращал внимание на то, что «процесс сумасшествия, составляющий действительно болезненное состояние, заключается главным образом в том, что известное настроение, чувства, волнения, суждения, решения возникают изнутри вследствие болезни душевого органа, тогда как в здоровом состоянии наши волнения, решения вызываются только внешними побуждениями, потому что находятся в некоторой связи с внешним миром». Может ли нечто подобное происходить и с групповой системой? Наверное, может, если вспомнить случаи определенных малых групп, например религиозные секты, мафиозные образования, и даже большие социальные группы – целые государства[2]. Возможно, следует отнести к этому разряду систем и такой тип семейной системы, который мы находим в некоторых классификациях семьи, как «семья-крепость», как доведенное до абсурда «мой дом – моя крепость». В. Сатир (1992), также рассматривая семью как систему, предлагает следующую схему функционирования закрытой системы в неблагополучной семье и открытой системы – в семье гармоничной.

---

[1] Философский контекст этой идеи мы находим уже у А. Бергсона: «Мораль закрытого общества статична. Мораль открытого общества динамична ...фундамент открытой морали – творческая личность, ее свойство – дух новаторства, ломающий все фиксированные схемы закрытого общества» (Les deux sources de la morale et de la religion. -- Два источника морали и религии. Paris, 1932).

Закрытая система: низкая самооценка; непрямое, спутанное, неопределенное, неадекватное, препятствующее росту общение; обвиняющий, заискивающий, просчитывающий, отстраненный стиль; скрытые, устаревшие, жесткие, неизменные правила; люди изменяют свои потребности, подстраиваясь под установленные правила; запреты на обсуждения; результат жизнедеятельности случайный, хаотичный, деструктивный.

Открытая система: высокая самооценка; прямое, ясное, определенное, адекватное, способствующее росту общение; уравновешенный стиль; открытые, современные, гуманные, меняющиеся, когда есть необходимость, правила; полная свобода любых обсуждений; результат основан на реальном положении вещей.

Прав В. Рюттингер (1992), синонимизируя закрытую и открытую системы, соответственно, со слабостью и силой. В. Сатир (1992) совершенно справедливо считала, основываясь на своем богатом опыте психотерапевтической работы с семьей, что в закрытой системе люди не могут процветать. В лучшем случае они могут только существовать. Но людям нужно значительно больше.

В рамках обсуждаемой проблемы представляется важным прояснение позиций по вопросу об отношении семьи и личности. Считается, что именно семейные отношения, а не личности отдельных членов семьи должны быть в центре внимания семейного психотерапевта. Сторонники этой позиции считают, что обследование отдельного члена семьи, выявление его индивидуальных особенностей мало что дает для понимания его поведения в семье, поскольку определяющими являются устойчивые правила данной семьи, сложившиеся под влиянием многообразных обстоятельств, что существуют «чисто семейные» механизмы психических нарушений и т.д. [Nicols, 1984; Minuchin, 1974].

Противоположный подход характерен для психотерапевтов психоаналитического и бихевиористского направлений. Они считают, что источник семейных нарушений локализован в личности одного из членов семьи. Этим источником может быть нерешенный внутренний конфликт (психоаналитический подход) или неэффективная поведенческая или эмоциональная реакция (бихевиористский подход). Разумеется, семейные факторы могут играть важную роль в происхождении нарушений, а участие семьи бывает чрезвычайно полезно в его коррекции, однако это не меняет сути дела: локализация нарушений – именно в личности. Если нарушено, например, общение между членами семьи, то задается вопрос, какие свойства их личности этому способствовали. Э. Эйдемиллер и В. Юстицкис (1999) исходят из

того положения, что важными факторами интеграции семьи и согласования ее развития с развитием личностей ее членов (их взаимной адаптации) являются устойчивые противоречия между ними. Именно здесь необходимо искать объяснения многому из того, что происходит в семье. Здесь же они говорят о том, что при рассмотрении механизмов интеграции семьи следует иметь в виду, что как семья, так и личность являются самостоятельными объектами. Член семьи – не ее «подсистема», но индивидуальность со своей историей и динамикой развития, чья жизнь не сводится к участию в семейной жизни и чье личностное развитие лишь отчасти зависит от развития других членов семьи и семьи в целом. С другой стороны, семья есть также самостоятельно развивающаяся система, функционирующая по своим законам (Там же, 189–190).

Хочу обратить внимание читателя, что в данном случае авторы вступают, на мой взгляд, в противоречие с системным взглядом на семью. Не посягая на «индивидуальность» члена семьи, следует все же его рассматривать как ее «подсистему», как в равной мере и «подсистему» многих других – внесемейных – систем. Также трудно себе представить семью как «самостоятельно развивающуюся систему, функционирующую по своим законам», не включающим и не учитывающим психологию семьи. Об этом, в частности, свидетельствуют так называемые outcome-исследования [Grawe et al., 1994]. Оказывается, что более благоприятные результаты семейной психотерапии имеют место, если параллельно или вслед за ней осуществляется индивидуальная терапия больного члена семьи (индекс-пациента). В этой связи можно обратиться и к авторитетному мнению С. Минухина, который призвал семейных терапевтов «разделить с последователями Милтона Эриксона уважение к внутренним резервам личности, с тем чтобы, познав ее возможности, *вновь взглянуть на индивида как на часть семейной системы* (выделено мной. – *Г.З.*) (1998, 83).

Э. Сигельман и др. (1970) попытались выявить связь между последующей приспособляемостью своих испытуемых («хорошо» и «плохо» приспособленных) и жизнью их родителей (особенностями родительской семьи). Он обнаружил существенные различия родительских семей испытуемых «хорошо приспособленных» и «плохо приспособленных». В целом, как для мужчин, так и для женщин, семьи, порождающие высокую степень оптимальной приспособленности испытуемых, были более демократичными, более открытыми, с большей сексуальной совместимостью родителей, с более свободным обсуждением проблем и открытым выражением чувств (например, отцы у мужчин с высокой приспособленностью даже во время

гнева были более откровенными), с большей согласованностью мировоззрения и с большей ориентацией на нематериальные и высшие культурные ценности. Эта значительная откровенность, так же как и интеллектуальная направленность и большее удовлетворение от своей материнской роли, особенно проявлялась у матерей. Семьи испытуемых с низкой приспособляемостью были противоположными по всем этим переменным; матери были авторитарными и категоричными; у детей не воспитывалась независимость; в целом, их семьи носили признаки конфликта и дисгармонии, и матери были очень неудовлетворенными своей ролью.

Нами [Залевский с соавт., 1995] с помощью ТОРЗ и модифицированного нами опросника ретроспективной оценки особенностей семейного воспитания Г. Бетхера (1968) было проведено довольно обширное психологическое исследование влияния родительской семьи через интраличностные особенности родителей и стили их отношений с детьми и между собой (прежде всего по параметру ригидности-флексибильности). Было обследовано 144 «взрослых детей»: больных истерическим неврозом – 45 чел., истерической психопатией – 54 чел. и группа контроля – практически здоровые люди – 45 чел.

Целью исследования было оценить роль психической ригидности родителей, их взаимоотношений, а также их отношений к детям в прогнозе появления в их взрослом состоянии истерических расстройств. Результаты исследования показали, что, например, стиль воспитания и показатель уровня преморбидной (в детские и школьные годы) ригидности явно коррелируют. Так, по ретроспективной оценке стиль воспитания (и вообще отношений) в семьях больных истерической психопатией был в 79,6% случаев «жесткий, категоричный» против лишь 13,5% случаев в семьях здорового контроля. При этом показатели преморбидной ригидности в группе больных истерической психопатией преимущественно «высокие» и «очень высокие» (66,7%), а в группе здорового контроля – преимущественно «умеренные» – 86,7%. Различия, разумеется, статистически достоверны. Практически такая же картина и в группе больных истерическим неврозом – 71,1 против 13,5%.

Результаты настоящего исследования позволяют сделать вывод о том, что психическая ригидность как интраличностный детерминант фиксированных форм (внутри- и вне-) семейного поведения при истерических состояниях «взрослых детей» с детства является существенным прогностически неблагоприятным фактором.

Таким образом, фиксированные формы семейного поведения (ФФСП) – это широкий спектр повторяющихся/неизменяющихся форм поведения на

уровне субсистем семьи в целом и в ситуациях, объективно требующих их прекращения и/или изменения. ФФСП – это индикаторы гиперустойчивости (ригидности), вызванной осознанным или неосознанным сопротивлением семьи в целом (либо отдельных ее составляющих) объективным изменениям. Сопротивление может иметь место при смене фаз жизненного цикла (пара без детей, образование семьи, семья с детьми маленькими, школьниками, взрослыми и т.д.); может быть вызвано необходимостью изменений в связи с болезнью или новым социальным статусом кого-либо из членов семьи, а также изменением макросистемы. Сопротивление изменениям может касаться семейной структуры в целом, существующих в ней норм и правил, властных отношений и иерархии, традиций, стереотипов интеракций, решения проблем, удовлетворения потребностей и требований безопасности, что укладывается в два системообразующих компонента поведения – цель и средства ее достижения. В случае ФФСП имеет место нарушение отношений между ними, при этом фиксирогенными могут быть либо цель, либо средства, которые и должны выступить в качестве мишеней семейной психотерапии.

Повышение интереса к семейной психотерапии было вызвано научно-теоретическим «системным взглядом», рассматривающим ее «как психотерапевтический метод, который эксплицитно сконцентрирован на изменении интеракций между членами семьи таким образом, чтобы улучшилась динамика семьи как целого, ее субсистем и отдельных индивидов» [Gurman, Kniskern und Pinsof, 1986, 565]. С этих позиций и предваряющая системную психотерапию семейная диагностика исследует и описывает интеракции и их изменения между членами семьи, субсистемами и анализирует динамику семьи как системного целого [Cierpka, 1999, 548]. Ключевыми в этих определениях, как мы можем заметить, являются не только термин «система», но и важные в контексте проблемы фиксированных форм семейного поведения термины «изменение» и «динамика», а также отмечаемый семейными психотерапевтами разных ориентаций и уже нами упомянутый термин «сопротивление изменению».

Вот почему Карл (Виттакер. – *Г.З.*) всегда противостоит той неповоротливой непреклонности, с которой семья отстаивает типичное и для многих других семей убеждение, что единственная реальность – это конкретная жизнь данной семьи, и лишь ее представителям дано знать, какова она, эта истинная реальность, и существует единственный способ ее понимания – их собственный. Взамен этого он предлагает семье гибкость многовариантной перспективы [Минухин, 1998, 32]. Он же считает, что в семейной те-

рапии, если говорить коротко, главное – изменение. Опыт психотерапевта, супервизора и консультанта показывает, что семья ограничена в выборе образа жизни и возможностей организационного устройства, испытывая в этом прямую зависимость от социальных и исторических условий, стадий собственного развития, семейных традиций и прочих факторов. Сложившийся уклад налагает определенные требования на всех членов семьи, поэтому в процессе лечения терапевт становится как бы частью семьи, пытаясь помочь ей увидеть разнообразие жизненных возможностей. Цель терапевта – расширение спектра реакций члена семьи на сложности жизни (Там же).

«Техника, которой мы придаем большое значение, – делится своим опытом семейного психотерапевта дочь знаменитого отца психодрамы Морено, – смена ролей. Она помогает членам семьи, несколько закосневшим в своих реальных ролях, освежить восприятие окружающих и лучше их понять, а также и самих себя увидеть глазами близких им людей, а тем самым – открыть перед собой возможность по-новому выстроить свои отношения с ними» [Морено, 1998, 39].

«Наблюдая за жизнью семьи, – рассказывал Пол Вацлавик на одном из психотерапевтических конгрессов, – мы замечаем их трудности. Мы замечаем, как члены семьи цепляются за те формы адаптации, которые в свое время вполне соответствовали требованиям жизни, были полезными и эффективными, и не желают видеть, что сами-то условия кардинально изменились. В подобных случаях серьезных проблем не избежать» (1998, 149). Как подчеркивает Клу (Клу Маданес. – *Г.З.*), семьи, которые обращаются за помощью, не жаждут перемен и даже сопротивляются им. Единственное их желание – вернуться с помощью терапевта в то доброе время, когда еще не было никаких проблем и всем им так славно жилось. Вот это-то как раз не под силу никакому терапевту!

«Работа с проблемными семьями привела меня к мысли, что иерархическая структура, возможно, не самая лучшая модель для семьи. Я отказалась от этой модели и разработала стратегические подходы, основанные на сетевой модели, где коммуникационная сеть отличается разнообразием направлений; она может быть и параллельной, и идти по диагонали или снизу вверх. Это словно рыбацкая сеть, где все ячейки сплетены между собой в трехмерную структуру. В целом ряде случаев, особенно когда родители страдают алкоголизмом, прибегают к насилию, пренебрегают своими обязанностями или просто больны, использование терапевтом параллельных или перевернутых связей (родители помогают родителям, дети помогают детям, дети помогают родителям, родители и дети помогают родителям) бы-

вает более результативным, чем опора на внутрисемейную иерархию» [Клу Маданес, 1998, 158].

«Обучая рационально-эмотивной терапии, мы исходим из убеждения, что психическое равновесие нарушается у людей не потому, что они переняли от своих семей и общин ложные нормы поведения или образ мыслей, а потому, что эти нормы превращаются в догму, требующую неукоснительного их соблюдения. ...я могу гарантировать: вся беда оттого, что нормы превращаются в обязательные требования, в автократичное и догматическое «должен». Я не буду пытаться изменить сами нормы, а только разъясню клиентам, как их сохранить, не домогаясь беспрекословного соблюдения с помощью назойливых напоминаний, упреков, криков и угроз. Я помогу клиентам избавиться от этой одержимости» [Эллис, 1998, 222–223].

Завершая, хотим напомнить о значении так называемых семейных мифов. Дело в том, что нередко неадекватный образ «мы» принимает форму семейного мифа, способствующего поддержанию дисфункциональных отношений в семье, в результате чего потребности ее членов в росте и изменении, в самоактуализации и кооперации оказываются неудовлетворенными, а семья в целом ригидно воспроизводит прошлый свой опыт, мало учитывая изменения в большой системе (обществе), да и в индивидуальных системах (отдельных своих членов).

§ 3. Фиксированные формы поведения в динамике организационных культур

> Когда мы сбросили капиталистические учреждения, оказалось, что есть еще одна сила, на которой держался капитализм, – это сила привычки... Учреждение можно при удаче разбить сразу, привычку никогда, ни при какой удаче разбить сразу нельзя.
>
> *В.И. Ленин*

Организации – это «живые организмы», подверженные определенной динамике, которая может быть прогрессивной (отражающей процесс развития организации) или регрессивной (отражающей процесс увядания, разрушения и гибели организации). Одной из существенных характеристик, которая может выступить в качестве симптома регрессивной динамики уже на ранней стадии развития любой организации, являются фиксированные формы поведения (ФФП). ФФП могут проявлять себя как на уровне инди-

видуальной системы (индивида, личности как элемента организации), так и на уровне групповой системы, которой является любая организация (организационная структура). Фиксированные формы поведения мы определяем как продолжающиеся или повторяющиеся формы поведения и в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения и/или изменения; при этом степень их произвольности, уровни осознания, понимания этой необходимости и готовности ее принять (знаю – не знаю, понимаю – не понимаю, принимаю – не принимаю, реализую – не реализую новые формы поведения) индивидуальны.

Из определения ФФП следует, что они, во-первых, являются важной характеристикой, которая должна быть положена в основу возможных типологий организаций, во-вторых, могут в связи с этим определять во многом особенность и уровень того, что называют в менеджероведении «культурой организации», или «организационной культурой», и, в-третьих, в этой характеристике организация проявляет себя в изменяющихся ситуациях, требующих прогрессивной динамики как от составляющих организационную структуру элементов, так и от организации в целом. Такие ситуации выступают определенным диагностическим «оселком», информирующим о степени ригидизации – потери гибкости, подвижности, пластичности, вариативности, креативности внутри- и внеструктурно-организационных отношений. Именно на этой идее, хотя и латентной, основываются при делении организационных культур на «открытые» и «закрытые», при делении стилей руководства, как одного из важных компонентов организационных культур, на авторитарный и демократический или на кооперационный и директивный [Залевский, Эрдманн, 1998]. Ch. Handy (1994) описывает 4 основных вида культуры организации, имеющих множество подвидов и модификаций:

Культура власти. Часто встречается в небольших частных организациях. Их структура напоминает паутину, в центре которой сильный паук, держащий под контролем все нити. Это гибкая и сильная организация, которая способна к быстрым изменениям и реагированию на сигналы среды об изменениях. Но в правильном ли (прогрессивном) направлении, с точки зрения эффективности и развития организации, она изменяется, зависит от центральной фигуры организации – от, так сказать, «Зевса». Но, как известно, последний был скорее автократом, чем демократом, во-первых, и, во-вторых, стремился распространить свою власть безмерно. Поэтому считается, что одна из основных проблем такой «властной организации» – стремление расширять действия своих нитей, что приводит к их разрыву. Спасе-

ние такой организации, считает Ch. Handy, в «икрометании», выделении из себя других организаций и других «пауков».

Ролевая культура. Структура организации похожа на греческий храм. Его колонны – специализация, отдельные функции, выполняемые отдельными работниками и группами в организации. Взаимодействие между «колоннами» регулируется: ролевыми/должностными положениями или инструкциями, коммуникационными процедурами, правилами проведения собраний, совещаний и т.п. Ролевая организационная культура обеспечивает людям безопасность и предсказуемость, но до тех пор, пока «храм» устойчив. Иначе говоря, ролевая организация успешна в стабильной среде. Высока неустойчивость ролевой организации в быстро изменяющейся среде. Изменения внешней среды (политические, социальные, экономические) «сотрясают почву под храмом».

Культура целей. Эта организация ориентирована на рабочие задания, на проекты. «Правильный человек на правильном месте» – это ее основной принцип. Для такой организации характерна высокая гибкость – организация мгновенно реагирует на новую задачу, поставленную жизнью. Но большой такая организация быть не может, с ее ростом усложняется контроль.

Культура личности. Организация людей, однажды решивших собраться вместе, чтобы осуществлять некую совместную деятельность. Это галактика, состоящая из отдельных звезд, или это нечто, напоминающее виноградную гроздь, замечает Ch. Handy. Устойчивость такой организации и степень ее ригидизации очень сильно зависят, на наш взгляд, от того, будут ли среди «звезд» не только «флексибильные», но и «ригидные» личности – нетерпимые к изменениям, новациям, вариативности, неопределенности и т.д.

Т.А. Солтицкая (1997) на основании изучения и обобщения соответствующей американской литературы по организационному поведению предлагает представляющую интерес в контексте нашей работы модифицированную типологию организационных культур:

Закрытая культура. Это организация с жесткой (ригидной) иерархической структурой, которую можно схематично изобразить как пирамиду. Единоначалие – прежде всего. Приоритетными являются традиции, устоявшиеся авторитеты, дистанция между руководителем и подчиненными. Сверху вниз идут указания, а в обратную сторону – отчеты. В закрытой культуре интересы организации доминируют над интересами отдельной личности. В случае конфликта в жертву приносятся интересы личности. Организация стабильна в стабильной, неизменяющейся среде. Она с неприязнью, а порой и в штыки принимает изменения и разного рода инновации,

проявляя порой неофобию – страх перед новым. Многое в этой ситуации зависит от лидера, но насколько и он ригидизирован?

Хаотичная культура. Аналогична «культуре личности» из типологии, описанной выше. Нестабильная, легко изменяющаяся, открытая новшествам культура. Мы бы точнее ее определили как лабильную, неустойчивую и манипулируемую ситуацией культуру.

Открытая культура. Попытка, по выражению Т.А. Солтицкой, скрещивания закрытой и хаотичной культур: стабильность и четкая организация от закрытой культуры совмещается с инновационной открытостью хаотичной культуры. Основной принцип работы открытой организации – коллегиальность. Организация такая очень «разговорчива». Имеет тенденцию к переформированию в организацию закрытой культуры – при стабилизации внешней среды и в организацию диффузной, хаотичной культуры при отсутствии реалистичного и сильного лидера в нестабильной среде.

Нам представляется, что основным критерием оценки сущности организационной культуры является все-таки не стабильная, а изменяющаяся среда. Открытая организационная культура потому и может считаться открытой, что реагирует как на стабильную, так и на изменяющуюся среду. Другое дело, что любая организационная культура как система, стремясь к сохранению самой себя – к устойчивости и стабильности – в силу действия, например, инерционных и экономящих энергию систем механизмов, переходит в состояние гиперустойчивости и гиперстабильности, т.е. ригидизируется, что ведет ее к разрушению. Быстрее это происходит, конечно, с системами закрытыми и хаотичными.

Иная тенденция развития организации, при объяснении которой используют понятие «энтропия организации». Понятие «энтропия» взято из физики; согласно второму закону термодинамики любая изолированная физическая система развивается спонтанно в направлении беспорядочности. В случае «энтропии организации» имеет место тенденция ослабления усилий, потери энергии, когда собственный успех считается само собой разумеющимся, как перпетеуум-мобиле. Но любопытно и важно, что и в этом случае организация имеет тенденцию ригидизироваться, становясь все более закрытой.

В. Сатир (1992), говоря о том, что существует два типа культур или систем – закрытые и открытые, подчеркивает, что основные различия между ними определяются характером реакции на внешние и внутренние изменения. В закрытой системе элементы жестко соединены между собой или вообще не соединены. В любом случае обмена информацией между элементами не происходит, независимо от того, откуда поступает информация.

Открытая система – та, в которой части взаимосвязаны, подвижны, восприимчивы друг к другу и позволяют информации проходить внутрь нее или выходить за ее пределы. Хотя В. Сатир ведет разговор о типах семейных систем, ее размышления во многом справедливы по отношению к любым другим системам. В закрытых системах, по В. Сатир, чувство самооценки второстепенно по отношению к власти и исполнительности; поступки зависят от прихоти начальника; любые изменения должны вызывать сопротивление; самооценка низкая; непрямое, спутанное, неопределенное, неадекватное, препятствующее росту общение; обвиняющий, заискивающий, просчитывающий, отстраненный стили; скрытые, устаревшие, жесткие, неизменные правила, под которые люди вынуждены подстраиваться, запреты на обсуждение; случайные, хаотичные, деструктивные результаты. В открытых системах чувство собственной оценки первично и она высокая, сила и исполнительность вторичны; поступки отражают принципы человека; изменения приветствуются, считаются естественными и желательными; общение прямое, ясное, определенное, адекватное, способствующее росту; стиль уравновешенный; правила открытые, современные, гуманные, меняются при необходимости, полная свобода обсуждения; результат основан на реальном положении вещей.

Одной из важнейших свойств любой системы, считает В. Сатир, и мы в этом с ней вполне солидарны, – это *стремление к неизменному сохранению* (выделено мной. – *Г.З.*). Однажды созданная, система остается такой же, пока не умрет или пока ее что-то не изменит. Из-за недостатка внимания и ухода или наличия какого-нибудь дефекта может разрушиться отдельный ее элемент или всю ее постигнет катастрофа. Иногда даже небольшой инцидент может разрушить систему, а это означает, что ее создатели были уверены в невозможности каких-либо изменений. С позиции развиваемой нами акциональной концепции фиксированных форм поведения, манифестирующих внутреннюю ригидизацию любого уровня системы, речь идет, видимо, о стремлении системы (организационной культуры) к устойчивости, которая может переходить в состояние гиперустойчивости, поскольку срабатывает механизм слияния цели и средств ее функционирования с последующим доминированием средств либо трансформацией цели в самоцель [Залевский, 1976–1993].

Р. Рюттингер (1992) относит открытые организационные (предпринимательские) культуры к «сильным», считая, что сильные культуры открыты как изнутри, так и извне. Он иллюстрирует эту мысль следующими примерами отсутствия открытости изнутри и извне. В одной группе, допустим, существу-

ет негласная норма, что при проведении собраний всегда необходимо сохранять единство мнений. Наивному наблюдателю представляется довольно гармоничная картина. В действительности и наблюдатель, и группа оказались жертвой феномена «группового мышления» – отсутствия готовности к конструктивным конфликтам, к обсуждению противоположных точек зрения. Все это признаки не сильной, открытой культуры, а слабости. Группы или целые организации, пораженные своего рода «внутренней слепотой», реагируют на проблемы, конфликты, изменение ситуации следующим образом: не может быть того, чего не должно быть. Как тот мольеровский герой: «Этого не может быть, потому что этого не может быть никогда».

Очевидные недостатки, иногда даже абсурдные противоречия, видимые многими, замалчиваются, как бы не замечаются. Те же, кто мог бы что-то изменить, пребывают в ложной уверенности [Рюттингер, 1992, 34]. Если имеет место и «энтропия органиции», то это означает также, что она, с точки зрения ее самосознания, отталкивает все происходящее извне. Подобно замкнутой системе, она все более ведет себя как эгоцентричный человек с его собственной «частной логикой»: с ним уже нельзя говорить, реакция окружающей среды до него больше не доходит, обратная связь нарушается, что в итоге ведет к саморазрушению. Иначе говоря, налицо манифестация фиксированных форм поведения, демонстрирующих нарушения гармонии внутреннего и внешнего вследствие того, что детерминация поведения такого «эгоцентричного человека/организации» обусловливается только внутренним состоянием без учета объективных требований внешней ситуации [Залевский, 1976]. Здесь имеет место то, что мы обозначили как «феномен Вейсмана»: если моя теория не совпадает с фактами, то тем хуже для фактов.

Такое поведение в крайней степени выраженности характеризует «патологические системы», о чем писал один из родоначальников научной психиатрии В. Гризингер (1881, 64), объясняя сущность «процесса сумасшествия, когда больной человек теряет связь с внешним миром».

Считая, не без основания, школу организационной культурой (системой) и анализируя ее современное состояние между «Resignation und Reform», Wilfried Schley (1994) тоже указывает, что организационные системы могут классифицироваться на «открытые» и «закрытые» вдоль континуума «ригидность – динамичность».

Т.Ю. Базаров, Е.А. Аксенова (1998), развивая понятие «кризисная ситуация» в организациях, считают, что это такое состояние организации, при котором она не способна жить дальше, не претерпевая некоторых внутренних изменений. Можно предположить, что «ситуация кризиса» детермини-

руется извне необходимостью смены типа профессиональной деятельности, а изнутри – организационной культуры. Выделяются несколько типов «кризисной ситуации», в которых решающую роль играет степень «открытости»–«закрытости» организационной культуры относительно требований изменения вовне и внутрь на уровне индивидуальных систем (отдельных членов организации, особенно ее лидера) и групповой системы – организации в целом: «кризис роста», «кризис зрелости или стабилизации» и «собственно кризис» – кризис перехода от стабилизации к спаду. Два важных момента справедливо подчеркиваются как необходимые для выживания организации в случае «собственно кризиса» – это «желание и ориентированность работников на изменения» и «личностные качества лидера». Лидер должен обладать желанием и ориентированностью на изменения не только и не столько в случае наступления кризисной ситуации в любом ее виде, т.е. быть, по нашей терминологии, «реактивно-флексибильным», но прежде всего «активно-флексибильным», что характеризуется как «мудрость», «способность к предвидению», «интуиция», «чувство проблемы» и т.п.

Т.Ю. Базаров, Е.А. Аксенова приводят примеры различных ситуаций и реакций на них разных коллективов. Не вдаваясь в детали, выделим самое важное в контексте обсуждаемой темы. Ситуация первая: работники организации, отличающиеся высоким профессионализмом, не хотят работать в новых условиях. Они считают, что данная ситуация характерна для многих наукоемких производств и осложняется тем, что именно в узкоспециализированных организациях, выполняющих сложную деятельность, обычно складываются *сплоченные коллективы, не ориентированные на изменения* (выделено мной. – *Г.З.*). Осознавая свою высокую подготовленность, сотрудники данной организации, как правило, закрывают глаза на изменения внешней ситуации, при которой их продукция оказывается ненужной. Мы считаем, что характеристика такой группы людей как «сплоченный коллектив» вряд ли в этом случае уместна, поскольку понятие «коллектив» и тем более «сплоченный коллектив» в социальной психологии подразумевает и его открытость вовне. Мы имеем дело со случаем так называемой «закрытой организационной системы», с типичным феноменом, который мы выше уже упоминали – «феноменом Вейсмана». Это свидетельствует о «социально-профессиональной слепоте», о симптомах профессиональной деградации, обусловленных интраличностной и интрагрупповой ригидизацией, которая, в свою очередь, обусловлена, скорее всего, особенностями высшего профессионального образования, полученного в советский период, и соответственно воспитания личности будущего профессионала, ориентирующих

на «вечную стабильность», рутинность, предсказуемость и покой и получавших положительное подкрепление в реальной профессиональной деятельности.

Худший вариант в обсуждаемом контексте представляет ситуация, когда «персонал организации не хочет работать в новых условиях и недостаточно профессионально подготовлен». Дело в том, что «высокий профессионализм» персонала в предыдущем случае позволяет, во-первых, иметь и использовать некоторый «адаптационный запас прочности» в кризисной ситуации и надежду с ней справиться с помощью лидера, который, осознав ситуацию, перестраивается сам и, провоцируя смену ценностных ориентаций с помощью конфликтов, убеждает работников в правильности предлагаемой им стратегической ориентации предприятия либо избавляется от «идейно противостоящих работников». Во втором случает работники организации уверены, что причины их сложного положения связаны лишь с внешними факторами, на которые они практически не могут влиять. Оценка собственных возможностей (кроме финансовых и материально-технических) неадекватно завышена, преобладает, как правило, «технократическая ориентация» – борьба с агрессивной внешней средой, любое изменение поведения членов такой группы оценивается как отступничество, «вынос сора из избы», даже как предательство. А потому типичны попытки «выдавливания» инакомыслящих, стремление «чистки рядов» даже вопреки интересам организации, поскольку личные интересы и выгода явно преобладают над интересами организации. Сложность «кризисной ситуации» еще и в том, что в такой организации нередко и руководитель точно так же ориентирован в связи с недостаточной профессиональной компетентностью (достиг «своего уровня некомпетентности») и/или проблемами морально-психологическими (так называемыми «человеческими слабостями»), что дает возможность подчиненным им манипулировать, включать в собственную игру, заручаться его поддержкой в борьбе с агрессивным окружением (сначала внешним, а потом и внутренним). Это пример «закрытой организационной системы», причем сопротивляющейся изменениям как вовне, так вовнутрь. Важно подчеркнуть, что такая организация сопротивляется всякой альтернативности, но в первую очередь альтернативности управления ею, например возможности альтернативных выборов руководителя. Выход из кризиса такой организации возможен, если руководитель окажется способным «вырваться из паутины манипулирования им» и «перехватит» инициативу в управлении либо в случае смены всей управленческой команды и формировании новой.

В конечном итоге Т.Ю. Базаров приходит к выводу, что в ряду параметров, которые необходимо учитывать при диагностике типа кризиса, стоит и «степень ориентации сотрудников организации на изменения». Мы считаем, что следует в обязательном порядке в этот список включать и руководителя организации с обозначением его отношения к изменениям, новому, инновациям и т.д., т.е. с оценкой его по параметру ригидности – флексибильности.

Л.А. Коростылева, О.С. Советова (1995), обсуждая вопрос о психологических барьерах и готовности к нововведениям, рассматривают отношение личности к нововведениям и изменениям с точки зрения диспозиционных механизмов регуляции поведения. Предполагается, что отношение личности к изменениям определяется в числе прочего обобщенно-дифференцированной иерархической диспозиционной системой, причем той ее составляющей, которую можно назвать инновативной диспозицией (или инновационным модусом диспозиционной системы, т.е. общей направленностью ориентаций и установок в отношении изменений). Они предлагают обзор существующих в отечественной литературе объяснительных моделей, раскрывающих сущность феномена «психологический барьер» (ПБ) перед нововведениями. Так, А.И. Пригожин одну из составляющих психологического барьера перед новым определяет как силу привычки, нежелание менять устоявшийся стандарт поведения, боязнь неопределенности. Л.И. Подлесная рассматривает ПБ как неосознаваемую актуальную установку, детерминирующую индифферентное или отрицательное установочное отношение к общественно значимому новшеству. А.Л. Свенцицкий отмечает, что в данном случае точнее говорить о ПБ как психическом состоянии личности, в котором неразрывно связаны ее внешне наблюдаемое поведение и субъективные реакции по отношению к нововведениям. По М.В. Крозу, ПБ к нововведениям выступает как частный случай, как одна из возможных форм проявления инновационной установки. Ряд авторов утверждает, что серьезным барьером выступают низкая образованность и информированность, *ригидность и «зашоренность».* Такие личностные черты, как творческий потенциал, *низкая общая ригидность, могут определять инновационную активность* (выделено мной. – *Г.З.*).

Современное состояние общества таково, что среди работников всех сфер деятельности наибольшее профессиональное превосходство получают те, кто способен раньше других улавливать возможные изменения и к моменту их наступления подготовиться должным образом, а если эти изменения наступили («кризисные ситуации»), то справиться с ними. Мировоззренчес-

кая позиция и общая направленность на инновационные преобразования определенно влияют на частные установки восприятия ситуации.

Общим теоретико-практическим выводом исследования явилось положение о выделении ограниченного «сектора» инновационных возможностей личности – инновационной диспозиции, то есть системы общих и особенных предрасположенностей личности к изменениям. Иерархия этой системы следующая: на верхнем уровне инновативная обобщенная диспозиция, на среднем – оценочные характеристики отношения к нововведениям и в различных сферах жизни, на нижнем – в конкретной профессиональной деятельности.

Нетрудно заметить, что практически все авторы анализируемых нами работ солидарны с мыслью В. Сатир, что «каждый член системы играет важнейшую роль в ее сохранении в неизменном виде или развитии». Особо подчеркивается роль руководителя, лидера в структуре организационной системы, особенно в предвидении наступления или реального наступления «кризисных ситуаций». Если иметь в виду готовность к изменениям широкой популяции (всех участников любых систем), то, согласно данным наших многолетних исследований, полученных с помощью ТОРЗ, «высоко готовых» (низкоригидных или флексибильных) оказывается 2,3%, «умеренно готовых» (умереннориги дных) – 53,4% и «явно недостаточно готовых» (высокоригидных) – 44,3% от числа обследованных [Залевский, 1987].

Интересные данные в этом отношении приводят Л.А. Коростылева и О.С. Советова (1995), обследовав с помощью методики измерения максимально-обобщенной диспозиции (МИМОД) «готовность к нововведениям» большую группу взрослых. По этому параметру были выделены 4 группы пробандов: «консерваторы» – 32,7%, «умеренные» – 38,5%, «инноваторы» – 20,3% и «радикальные инноваторы» – 8,2%.

Надо думать, что успешные руководители – лидеры – должны находиться скорее среди «низкоригидных/флексибильных», в худшем случае – среди «умереннориги дных», а также среди «инноваторов» и «радикальных инноваторов». «Что касается работы руководителя, – считает А.У. Хараш (1981, 18), – то здесь ригидность проявляется обычно в ряде черт поведения, которые, как правило, не слишком приятны окружающим людям. Это: догматизм, повышенная склонность к разного рода пространным поучениям, мания судить; «черно-белое», упрощенное, схематическое восприятие фактов (событий, ситуаций): выпячивание одних признаков реальности и игнорирование других; предубежденное, предвзятое отношение к людям, основывающееся на стереотипных (схематичных и сверхустойчивых) представ-

лениях; стремление избежать негативных «обратных связей», нетерпимость к нелицеприятным критическим оценкам своей личности и своего поведения; завышенная самооценка, в основном за счет заниженной оценки других людей; скрытность, «закрытость», склонность играть роль чрезвычайно занятого человека, не желающего тратить время на «пустые разговоры», отказ посвящать в свои дела других людей. Ясно, что успешный руководитель – настоящий лидер любой организационной системы – должен несомненно обладать прямо противоположными качествами».

В этой связи А.А. Ухтомский писал, что человек видит реальность такой, каковы его доминанты. Но необходимо и возможно их преодоление, если быть чутким к реальности, независимо от своих интересов и доминант. Хорош человек тогда, когда он в борении с самим собою, когда он в творчестве и готов принять реальность и новое вопреки своим излюбленным теориям и стремлению к покою, к экономии энергии и инерции (1973).

Рюттингер (1992) предположил, что при изменении ситуации, наступлении «кризисных ситуаций» организация должна во главе со своим лидером проходить как минимум пять фаз в своем изменении.

Первая фаза: «*Кто мы?*» (В контексте ФФП мы обратим особое внимание на некоторые из рефлексируемых характеристик организационных культур.)

1. Традиции: «Мы всегда так делали».
2. Догма: «Делать так – единственно правильный путь».
3. Авторитет: «Наш президент (руководитель) желает, чтобы мы именно так работали».
4. И т.д.

Вторая фаза. Новшевства.

1. Насколько желаемы новшества?
2. От кого исходит инициатива?
3. Может ли каждый вносить и развивать новые идеи?
4. Что произойдет тогда? Какое есть противоречие?
5. Можно ли допускать ошибки?
6. В какой мере будет сделан скачок к обновлению за счет новшества?
7. Какие существуют препятствия?

Третья фаза. «Где мы начнем?»

Побудить обязательства и мотивацию к обновлению культуры организации.

Четвертая фаза. «Что мы изменим на самом деле?»

На практике привести в соответствие актуальную деятельность с требованиями изменяющейся культуры.

Пятая фаза. «Чего мы достигли?»
Оценить и защитить процесс изменений; установить контроль.

Завершить данную главу считаю уместным словами французского философа А. Бергсона (1932) о том, что фундамент морали открытого общества – творческая личность; се свойство – дух новаторства, ломающий все фиксированные схемы закрытого общества.

Глава 2

ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ОБРАЗОВАНИИ

§ 1. «Открытые» и «закрытые» образовательные системы

Для оценки нынешнего этапа реализации радикальных реформ во всех сферах жизнедеятельности нашего общества, в том числе и в сфере образования, полезный урок можно извлечь из статьи В.И. Ленина «Великий почин». В ней говорится следующее: «Получается, следовательно, какой-то порочный круг: чтобы поднять производительность труда, надо спастись от голода, а чтобы спастись от голода, надо поднять производительность труда». Прорыв такого «порочного круга» он связывал с «переломом настроения масс» или, как мы бы теперь сказали, с перестройкой психологии и сознания людей.

Я надеюсь, что читатель поймет уместность моей ссылки на В.И. Ленина в контексте разговора об «открытых и закрытых образовательных системах», особенно «закрытых». Что же касается «порочного круга», в котором наше общество опять оказалось, то его прорыв многие, и я в том числе, связывают с переломом настроения прежде всего «образовательных масс», с переломом в сфере нашего образования – всей его цепи. И симптомы перелома в сознании масс в сфере образования проявили себя в конце восьмидесятых годов, когда были открыты «шлюзы свободы» и инновационный образовательной поток обрушился на наше общество. Произошел как бы взрыв «закрытой» образовательной системы (образовательного пространства, образовательной организационной культуры, образовательной зоны) как части общего закрытого пространства, и из него вырвалась образовательная инициатива, даже множество образовательных инициатив. Это последнее десятилетие инновационного бурления, жесткого столкновения так

называемых традиционных и инновационных процессов я бы назвал периодом функционирования «хаотической образовательной системы» – несомненно, затянувшийся переходный период поиска путей к «открытой образовательной системе, или открытому образовательному пространству». Хочу обратить ваше внимание на то, что для меня термины «образовательное пространство», «образовательная система», «образовательная организационная культура» являются синонимами в контексте данного обсуждения. Но должен подчеркнуть, что термин «образовательное пространство» – это термин скорее сегодняшнего дня, а термин «система» больше ассоциируется с термином «режим», что характерно для времен прошлых и общественных формаций закрытого типа.

Надо также подчеркнуть, что конкретно научная реализация понятия системы, в том числе и социально-психологическая, опирается на общую теорию систем. Например, Л. Берталанфи (цит. по: [Блауберг и др., 1970, 30, 39]) определяет систему как комплекс элементов, находящихся во взаимодействии, и различает здесь же «закрытые» и «открытые» системы. Интересна его мысль и о том, что «необходимым условием устойчивости органических систем является *постоянное обновление их элементов*». Нам представляется, что в так называемых «закрытых системах», скорее всего, отсутствует это постоянное обновление элементов. Об этом, как о необходимом условии сохранения жизни организма, значительно раньше говорил И.М. Сеченов (1963).

Что касается термина «инновация» (перевод с английского «нововведение»), то он начал использоваться социологами впервые в конце XIX в., когда стали актуальными проблемы организации новых форм деятельности и управления ими; изменение образа жизни и мыслей людей, развитие таких личностных качеств работника, как предприимчивость и творчество, умение работать в ситуации неопределенности и риска.

Надо подчеркнуть, что термин «инновация» с самого начала понимался как процесс многоуровневый, отражающий многоуровневый характер деятельности человека, в том числе и образовательной. Согласно некоторым авторам [Лаврентьева, 1998], «педагогическая инновация» – теоретически обоснованное, целенаправленное и практико-ориентированное новшество – осуществляется на трех уровнях: макроуровне, мезоуровне и микроуровне. На макроуровне инновации затрагивают изменения во всей системе образования и приводят к изменению ее парадигмы. На мезоуровне инновации приводят к изменениям региональным, конкретного учебного учреждения, а на микроуровне – направлены на создание нового содержания

как отдельного курса, так и блока курсов, либо на отработку новых способов структурирования образовательного процесса, либо на разработку новых технологий, новых образовательных форм и методов. На мой взгляд, возможны и другие структурно-уровневые представления об инновационных процессах.

Так, с позиции развиваемого нами структурно-уровневого акционального анализа в психологии [Роговин, Залевский, 1988], инновационные процессы можно считать происходящими на двух уровнях: на уровне средств (способов, методов, технологий) и на уровне целей (фактически на уровне парадигм – например, предметно-ориентированное или личностно-ориентированное образование). С позиции уровней барьеров по отношению к нововведениям последние можно ранжировать на «групповые»: макросоциальные – общество в целом с его «открытой или закрытой моралью» (по А. Бергсону), мезосоциальные – система образования (организационно-управленческая и содержательная), микросоциальные – конкретное образовательное учреждение с его системой традиций; «индивидуальные»: на уровне конкретного участника образовательного процесса, представляющего себой также сложное структурно-уровневое строение, в котором «психологические барьеры» по отношению к новому, новшествам могут быть представлены в самых разных его подструктурах – «умом я понимаю, но сердце не принимает» и т.д.

В исследовании Н.А. Ильиной (1985) показано, что конкретное отношение работников к нововведению складывается из трех компонентов: познавательного, эмоционального и поведенческого. Она же выделила пять типов отношения к нововведению: активно-положительное, пассивно-положительное, нейтральное, пассивно-отрицательное и активно-отрицательное. Н.Б. Лаврентьева (1998) опросила в период с 1994 по 1998 г. 220 преподавателей вузов и ПТУ до прохождения ими переподготовки об их отношении к инновациям в обучении и получила следующие данные: около 53% слушателей ФПК относились к инновациям нейтрально; около 21% – с пассивным интересом; активно интересующихся, т.е. новаторов, оказалось около 5%, а 2% слушателей воздержались от ответа. После переподготовки ряды «безразличных» уменьшились до 9%, а ряды «новаторов» увеличились до 13%.

В связи с возможным доминированием «ума» или «сердца» либо согласия между ними некоторые авторы предлагают свои типологичеекие схемы. Так, В.И. Шуванов (1997) делит людей по их отношению к инновациям на следующие типы.

Новаторы – люди, для которых характерен постоянный поиск возможностей усовершенствования производства и управления; они вносят инициативные предложения и добиваются их внедрения. Я бы уточняюще назвал их «новаторами-инициаторами» – это люди, ведомые «поисковой активностью» (В.В. Аршавский, В.С. Ротенберг), склонные к «надситуативной активности» (В.А. Петровский), к «флексибильной активности, т.е. реагирующие уже на латентные признаки ситуации, требующей новшеств, инноваций» (Г.В. Залевский), к «творческой активности» (А. Морита).

Энтузиасты – люди, которые принимают новое, так как новинка для них ценна сама по себе как продукт творческой мысли; это пропагандисты нередко еще не окрепших, слабо обоснованных идей.

Рационализаторы – работники, принимающие новаторские предложения только после тщательного анализа их полезности, вероятных трудностей их внедрения.

Нейтралы – это люди, отношение которых к новинкам осторожное; инициативы они не проявляют, действуют по приказу.

Скептики – люди, которые не склонны верить на слово ни одному полезному предложению, даже очевидному для всех.

Консерваторы – в принципе такие же, как и скептики, но даже если инновация продумана до мелочей и просчитана до копейки, они ее отвергнут.

Ретрограды очень похожи на консерваторов, но с большей степенью нигилизма. Они обращены в прошлое, но не ради изучения опыта, а для поиска оснований своим принципам. Они активны, как и новаторы, но их активность расходуется на то, чтобы повернуть все назад, в прошлое. Этот тип людей мы называем «активно (стенично) ригидными» личностями [Залевский, 1993].

Изучая на «уровне обобщенной готовности к восприятию перемен» представителей разных профессий, Л.А. Коростылева и О.С. Советова (1995) выявили людей четырех типов диспозиций: консерваторов, умеренных, инноваторов и радикальных новаторов. При этом из 443 опрошенных просвещенцев распределение по типам оказалось следующим: 36,3 – 35,2 – 20,1 – 8,4% соответственно.

Некоторые авторы считают, что в сознании консерваторов, ретроградов и скептиков возникают так называемые «психологические барьеры», а у нейтралов можно наблюдать «предбарьерные состояния». «Психологический барьер – это совокупность действий, ожиданий и эмоциональных переживаний человека, у которого скрыто или явно выражаются негативные социально-психологические состояния, вызванные инновацией» [Лав-

рентьева, 1998, 118]. Р.Л. Кричевский (1993) ссылается на зарубежные источники, в которых делается вывод, что причины сопротивления персонала организационным нововведениям могут быть трех типов: экономические, личностные и социальные. К числу экономических отнесены «боязнь безработицы», «боязнь сокращения заработка», «боязнь интенсификации труда и сокращения прогрессивной его оплаты». Например, на разработку 1 часа деловой игры преподаватель должен затратить от 20 до 30 часов своего личного времени. До 70% опрошенных преподавателей экономические факторы назвали главной причиной своей антиинновационной установки. Причинами личного характера преподаватели считают: «восприятие критики их методов как обиды» (20%), «боязнь того, что приобретенные за многие годы навыки и умения окажутся ненужными и их профессиональная компетентность будет ущемлена» (25%), «нежелание тратить силы на переобучение» (30%), «страх перед неопределенностью и непонимание сути и последствий нововведения» (5%), «боязнь роста интенсивности труда» (68%) и даже «утрату творческого начала в педагогическом труде» (35%).

В числе социальных причин неприятия инноваций преподаватели указали: «стремление сохранить привычные социальные связи и, следовательно, свой статус» (40%), «боязнь, что инновации изменят функциональные обязанности и понизят удовлетворение работой» (30%) и др. Основываясь на собственных исследованиях и восьмилетнем опыте внедрения новых технологий, Н.Б. Лаврентьева (1998) приходит к выводу о том, что перечисленные выше факторы, влияющие на инновационные процессы в вузах, сильно зависят от социокультурного контекста, в который погружено учебное заведение. Этот вывод совпадает с высказанным мной выше мнением о роли в инновационных процессах «макро- и мезосоциальных факторов», а также с мнением А. Бергсона о «морали закрытого и открытого общества».

Интересными представляются соображения некоторых исследователей [Пригожин, 1989; Лаврентьева, 1998] о роли так называемых «доморощенных» причин, обусловленных российской ментальностью, укладом и традициями. Это и ориентация многих работников не на достижение успеха, а на избегание неудачи, и боязнь риска, и мнение, что «всякая инициатива наказуема», и приверженность к стереотипам, и низкая способность к импровизациям, и неспособность к многоуровневой рефлексии и т.д. Нетрудно опять же заметить, что это все характеристики, скорее, закрытой индивидуальной системы, проявляющей себя в разнообразии фиксированных форм поведения (это благоприобретенный (воспитанный) мизенеизм – нелюбовь новизны, которая может быть усилена до уровня неофобии – страха перед

всем новым, изменениями и т.п.). Хочется еще раз обратить внимание читателей на результаты собственного исследования, которое обнаружило, что в общей популяции людей, однозначно склонных к изменениям (флексибильных), всего 2,3%, умеренно склонных (умеренно флексибильных) – 53,4% и не склонных к изменению (ригидных) – 44,3% [Залевский, 1993].

В связи со всем сказанным выше нельзя отрицать того факта, что элементы инновационного процесса могут иметь место и в закрытом обществе и закрытой образовательной системе. Старшее поколение педагогов помнит, конечно, по сути инновационные проекты Макаренко, Сухомлинского, Шаталова и Гузика, липецкий и белгородский опыт и многое другое времен СССР. Но эти попытки в закрытом обществе и порожденной им закрытой образовательной системе не могли быть до конца реализованы, осуществляясь лишь на разрешенном свыше инновационном уровне – лишь на уровне средств. В условиях тоталитарного режима – тотально закрытого общества – не могло быть речи об инновациях на уровне изменения содержания образовательных целей, тем более на уровне целеполагания.

Отмеченный выше факт указывает и на то важное обстоятельство, что момент развития образования заключается в объективной необходимости столкновения традиционных и инновационных процессов – другого просто не существует. Дело в том, что все творческое с неизбежностью становится инновационным, инновационное институциализируется, становясь нормой, а затем и традицией, порождая отрицающую ее инновацию. Но в условиях закрытых систем инновационный процесс имеет ограниченный, «вялый», поверхностный, низкоуровневый (в лучшем случае лишь на уровне средств) характер; в «хаотических системах» он может быть гиперактивным, с элементами даже агрессивности, но в то же время мозаичным, скачкообразным, с приливами и отливами – откатами назад, что мы наблюдаем сейчас в образовательном пространстве, а в условиях «открытых систем» инновационный процесс носит прежде всего активно-эволюционный характер. Такие процессы реформирования систем образования происходят сегодня и в большинстве стран Европы и Америки. Образование может позволить себе быть консервативным в лучшем смысле этого слова (т.е. устойчивым, стабильным), но никогда не может безнаказанно оставаться продолжительное время стагнированным, ригидным (закосневшим, застывшим, гиперустойчивым, гиперстабильным).

Последствия длительного периода стагнации и все нарастающей ригидизации нашей системы образования в условиях тоталитарного общественного режима продолжаются сказываться и в настоящее время, когда, каза-

лось бы, мы приблизились к обществу с «открытой моралью». Мы никак не можем реформировать нашу систему образования, стряхнуть с себя окончательно груз «закрытой» образовательной системы – груз, например, «авторитарного синдрома» [Glowka u.a., 1995]. А.Н. Леонтьев в этой связи говорил о «неумении сбрасывать груз своей биографии», о существовании особого внутреннего механизма, особой внутренней деятельности, в результате которой человек выявляет в себе нечто новое и вместе с тем переоценивает свое прошлое, как бы стирает, «отменяет» кое-что из своего прошлого. Если этого не случается, то, скорее всего, имеет место «поломка» этого механизма, носящая также название психической ригидности и проявляющаяся в фиксированных формах поведения [Залевский, 1976]. Опыт, действительно, не гарантирует мудрости. Последняя исходит из пересмотра прошлого и репетиции будущего [Гриидер, 1991].

Что касается экспертных оснований для различения закрытых и открытых образовательных систем, то мы их уже в той или иной мере касались в контексте того, о чем говорилось выше, но следует их конкретизировать, чтобы предоставить экспертам некий различающий инструмент.

Здесь, возможно, и следует сослаться на имеющийся зарубежный опыт. Так, Т.А. Солтицкая (1997) на основании изучения и обобщения соответствующей американской литературы предлагает представляющую для нас определенный интерес модифицированную типологию организационных культур, что вполне удачно ложится и на типологию образовательных культур, систем и пространств. Она выделяет «закрытые», «хаотичные» и «открытые» культуры.

Остановлюсь подробнее на закрытой (краткую характеристику уже давали выше) и открытой культурах, или системах.

Закрытая образовательная система

Система с жесткой (ригидной) иерархической структурой, которую можно схематично изобразить как пирамиду. Единоначалие прежде всего. Приоритетными являются традиции, устоявшиеся авторитеты, дистанция между руководителем и подчиненными. Сверху вниз идут указания, а в обратную сторону – отчеты. В закрытой культуре интересы организации доминируют над интересами отдельной личности. В случае конфликта в жертву приносятся интересы личности. Организация остается стабильной в неизменяющейся среде. Она с неприязнью, а порой и в штыки принимает из-

менения и разного рода инновации, проявляя порой так называемую неофобию – страх перед новым, новшествами и инновациями. Многое в такой системе зависит от лидера – в какой степени он тоже представляет собой «индивидуальную закрытую систему», поддерживающую и культивирующую закрытость управляемой ею «микро- или макросистемы».

Закрытая система – это слабая система, как правило, закрытая в обоих направлениях – изнутри и вовне [Рюттингер, 1992]. Так, например, в определенной организационной культуре существует негласная норма, что в любых случаях ее жизни следует сохранять единство мнений. И внешнему наивному наблюдателю представляется довольно гармоничная картина. В действительности же имеет место так называемый феномен «группового мышления» – отсутствие готовности к конструктивным конфликтам, к обсуждению противоположных точек зрения. Такая организационная культура оказывается пораженной своего рода «внутренней слепотой», реагирует на проблемы, конфликты, изменение ситуации следующим образом: «не может быть того, чего не должно быть». Идет отторжение всего происходящего извне. Она ведет себя как эгоцентричный человек (как индивидуальная закрытая система) с собственной частной логикой: с ним уже нельзя говорить, реакция окружающей среды до него не доходит, обратная связь нарушается, что ведет к саморазрушению.

Открытая образовательная система

Эта система обладает качествами прямо противоположными. Она способна реагировать «открытостью» как в стабильной, так и в изменяющейся среде; представляет собой систему «сильную» [Рюттингер, 1992]. В данном случае имеется в виду, что сильные системы открыты как вовнутрь, так и вовне.

В. Сатир (1992) предлагает свою схему функционирования закрытой системы в неблагополучных семьях и открытой системы – в гармоничных семьях, что, на наш взгляд, можно применить при оценке любой организационной структуры.

В своей работе «Инновации и самообновление школы...» Вилфрид Шлей (1994) предложил следующие основания (выше мы уже на них ссылались) для экспертной оценки закрытых (ригидных) и открытых (динамичных) образовательных систем.

Признаки закрытых/ригидных систем	Признаки открытых/динамичных систем
Дискуссия и аргумеитирование	Разработка и открытия
Говорение, риторика и монолог	Слушание, понимание и диалог
Репродуцирование, ограничения	Продуцирование, проектирование
Перфекционизм и завершеиное мышление	Открытые процессы развития с ошибками («Хвала ошибке!»)
Косвеиные обращения	Прямые обращения, ясность, открытость
Подчеркивание зависимости («Мы не можем»)	Подчеркивание автономии («Мы можем в определенных пределах»)
Линейиокаузальное мышление	Феноменологическое наблюдение и структурное понимание
Фиксация на деталях	Комплексность подхода
Оценивающий менталитет и терпимость	Признание, суверенитет и терпимость
Давление: Мы должны «обязумие» (по Эллису)	Признание невозможности решения в данный момент
Бегство в акционизм (в псевдоактивность нередко)	Оставление вопросов открытыми
Ориентация на дело (предмет)	Потребностная ориентация (систематика и логика) на проблему (ситуационная логика)
Контролирующее мышление (негативный контекст)	Доверительное мышление (позитивный контекст)

Что касается последней характеристики закрытой ригидной системы – «контролирующего мышления», то экстремально она представлена в обществах с тоталитарным режимом и особенно в разного рода сектах: тотальный контроль за всеми проявлениями активности членов секты, в том числе и религиозной; круговая порука, система доносов и устрашений; подавляюще высокая роль самой организации и особенно ее лидера; демонстрация предельной организационной самодостаточности, замкнутости на себя.

В дополнение к этому портрету и с целью приближения его к образовательному пространству приведу описания, связанные с представлениями о характеристиках открытых и закрытых образовательных пространств, изложенных в работах коллектива ученых – психологов и педагогов, выполненных под моим руководством и представленных в коллективных монографиях «Инновационные процессы в педагогической практике и образовании» (1997), «Концепция открытого образовательного пространства г. - Томска и Томской области» (1998) и в других материалах. В них справедливо указывается, что если для закрытой образовательной системы характерно «целеисполнение», то для «открытой» – не только изменение содержания целей, но и «целеобразование»; переход от функциональной иерархизации к использованию разных моделей и форм соорганизации педагогов и

детей в школе; переход от авторитаризма к авторству; переход от рефлексной (реактивной) к рефлексивной (самоотражательной, поисково-активной) исследовательской позиции; переход от директивного управления к порождению и соорганизации инициатив в школе (от инспекции к экспертизе и от алло- к автоэкспертизе).

Л.А. Коростылева и О.С. Советова (1995), говоря об отношении учителей к инновациям, отмечают, что они благосклонно относятся к внедрению новой техники в учебном заведении, в частности ЭВМ, однако педагоги с большим опасением встречают изменения структуры и распорядка школы, ПТУ. Такие «объемные» нововведения, как смена педагогической парадигмы воспитания и образования, вызывают у многих педагогов внутреннее неприятие, психологический барьер, который выражается в пассивно-агрессивной позиции, болезненном самолюбии по отношению к учащемуся, боязни показаться слабым, некомпетентным перед ним, в глазах коллег, администрации.

Исследование В.С. Собкина (1988) инновационной ориентированности учителей показало, что учительство в одних вопросах – монолитная общность, а в других – разделяется на группы: основная масса, учителя традиционной и инновационной ориентации. Последний, наиболее перспективный тип, ориентирован на личностный подход к развитию ребенка, склонен брать на себя основную ответственность за ситуацию в образовании, принимает общеполитическую ситуацию перемен. Это тип учителя, ориентированный на наукоемкую организацию педагогического процесса и обладающий достаточной социальной уверенностью и оптимизмом.

Другой тип, опирающийся на консервативную идеологию, ориентирован на сохранение сложившегося в рамках народного образования варианта статусно-иерархических отношений и считает, что с нарушителями этих отношений необходимо бороться «репрессивными» методами. Такая стратегия поведения характеризуется перекладыванием ответственности за трудную ситуацию, сложившуюся в школе, на внешних и внутренних «врагов». Подобную позицию, считает В.С. Собкин, вряд ли можно признать конструктивной, поскольку она лишь увеличивает «зазор» между интересами общества и личности, с одной стороны, и ведомства, системы управления народным образованием – с другой. Как видим, перед нами типичное поведение «закрытой» системы, реагирующей на трудную ситуацию стремлением к еще большей закрытости. Этот феномен мы назвали «реакцией ежа» – свернуться в клубок и выставить навстречу опасности иголки. Подобный феномен, но в случае большей пассивности реакции закрытой/

закрывающейся системы, – это ее реакция по типу улитки или черепахи – укрыться, отгородиться.

Учителя с инновационной ориентацией значительно реже имеют конфликты с учащимися, но чаще – с администрацией школы, методистами разного уровня, коллегами по работе, то есть инновационная деятельность встречает довольно сильное противодействие. Еще раз подчеркивается возможность разной глубины и масштабности перемен, от отдельных новшеств до реформ, захватывающих всю школьную систему, когда речь идет о преобразовании самого духа учебно-воспитательной работы, тех, казалось бы, аксиом, которые составляют ее сущность, то есть ее целей и смысла (смена психолого-педагогической парадигмы) процесс медленный и достаточно болезненный для большинства педагогов. Это часто основано на эгоцентризме, фиксации на сложностях проблемы (не могу и не хочу), излишне конкретном ригидном мышлении [Коростылева, Советова, 1995, 26–27].

Р.М. Грановская (1988) относит предубеждение против нововведений и перемен к одному из самых распространенных предубеждений человека, которое объясняется тем, что каждое новшество требует дополнительных затрат времени на переучивание, приспособление и т.д., при этом перестройка связана с определенными усилиями; ведь привычные приемы, штампы значительно экономят силы. Чтобы уменьшить противодействие нововведениям, следует учесть привычки, традиции, сложившиеся стереотипы общения и работы, но главное – суметь показать все выгоды от перемен, как общественные, так и личные, для каждого, кто предпринимает усилия. Иначе говоря, необходимо то «борение с самим собой», к которому призывал А.А. Ухтомский. Если этого нет, то происходит соскальзывание на проторенный «традиционный» путь мышления и поведения – путь фиксированных форм поведения.

Что касается групповых систем, то если какая-либо из них оказывается перед необходимостью реагировать на изменение ситуации, она должна проходить, по мнению В. Рюттингера (1992), пять фаз изменения, о чем мы выше уже говорили. Разумеется, пятифазная модель динамики организационной культуры, или системы, предложенная В. Рюттингером, – только одна из возможных. Главное – помнить, как справедливо заметила Вирджиния Сатир, что «в закрытых системах люди могут только существовать. Но людям необходимо значительно больше. ...Каждый член системы играет важнейшую роль в ее сохранении в неизменном виде или развитии» (1992, 70).

§ 2. Психическая ригидность как фактор школьиой дезадаптации

2.1. Методология, материал и методы исследования

В экспериментальном исследовании (проведенном под моим руководством Э.В. Галажинским и Т.Г. Бохан) приняли участие 269 учащихся муниципальной средней школы (138 мальчиков и 131 девочка в возрасте 7–9 лет).

Методологической основой данного исследования явилась системная (структурно-уровневая) концепция психики [Роговин, Залевский, 1988], что позволило отследить динамику внутриличностных особенностей во взаимосвязи с социально-психологическими факторами и поведением.

Оценка возрастной динамики психической ригидности и адаптации ребенка к школе производилась с учетом данных, полученных при сочетании лонгитюдинального и поперечно-срезового подходов. Использование лонгитюдинального метода позволяет более полно, достоверно и индивидуализированно отследить онтогенетическую динамику психической ригидности как свойство личности и как состояние учащихся от 1-го к 3-му классу, изучить факторы и условия ее проявления.

В основу разработки диагностической программы исследования были положены теоретические положения о структурно-уровневом понимании личности. Рассматривая психическую ригидность как сложное (многомерное) явление, мы включили в программу нашего исследования методы опроса, эксперимента, проекции и наблюдения. В качестве основных диагностических методов в работе использовались: модифицированный вариант ТОРЗ – шкалы «актуальной ригидности» и «ригидности как состояния» [Залевский, 1987]; экспериментальная методика «Унификация изображений предметов с переключением» [Залевский, 1976]; опросник школьной тревожности [Прихожан, 1987]; опросник «Страхи у детей» [Захаров, 1990]; метод цветовых выборов М. Люшера в адаптации Собчик (1992); Цветовой тест отношений [Эткинд, 1991]; методика определения уровня адаптации ребенка к школе [Александровская, 1981]; методика оценки дезадаптации Стотта (1968); методы наблюдения, беседы.

2.2. Результаты исследования

Средний коэффициент школьной дезадаптации в группе низкоригидных составил 11,5 баллов против 24,1 балла в группе чрезмерноригидных

($p < 0,01$). Всего же среди детей, характеризующихся низкой ригидностью, оказалось 18,1% учащихся, имеющих очень высокий коэффициент школьной дезадаптации, в группе высокоригидных – 61,1%. Выявленные различия указывают на существование взаимосвязи между выраженностью психической ригидности и адаптацией ребенка к начальной школе. Это подтверждает и корреляционный анализ (коэффициент положительной корреляции – $t = 0,71$; $p < 0,05$). По проявлениям дезадаптации различия между двумя вышеуказанными группами оказались существенными.

1. Синдром ND – «Недоверие к новым людям, вещам, ситуациям». Выраженность его в группе чрезмерноригидных детей 17,7% от общей картины дезадаптации (если принять данные по всем симптомам за 100%), в группе низкоригидных детей – 7,4%.

2. Синдром D – «Депрессия» – 24,1% в первой группе против 18,3% во второй.

3. Синдром U – «Уход в себя» – 9,1% в группе чрезмерноригидных против 4,0% в группе низкоригидных.

4. Синдром TV – «Тревожность по отношению к взрослым». В этом случае более высокие показатели оказались у низкоригидных детей – 19,1%, против 5,4% чрезмерноригидных.

5. Синдром TD – «Тревожность по отношению к детям»: 8,8% – низкоригидные дети, 3,8% – чрезмерноригидные.

По остальным позициям показатели чрезмерноригидных детей незначительно превышают показатели второй группы. Преобладание в группе низкоригидных детей с симптомами школьной дезадаптации «тревожности по отношению ко взрослым и детям» объясняется, очевидно, их большей флексибильностью – раскованностью, расторможенностью, пониженным самоконтролем, экстравертированностью, широтой интересов, открытостью, некритичностью и т.п. Отсутствие навыков саморегуляции поведения у такого ребенка вызывает ограничительные действия и наказания со стороны взрослых, и если подобные действия носят постоянный характер и исходят как от родителей, так и от учителя, существует серьезный риск возникновения социальной дезадаптации ребенка.

Чрезмерноригидных детей (имеющих высокие показатели школьной дезадаптации) характеризует выраженность синдромов «Недоверие к новым людям, вещам, ситуациям»; «Депрессия» и «Ухода в себя». Для таких детей характерна интравертированность, заторможенность, конформизм, отчужденность, нерешительность, нетерпимость к изменениям, склонность к навязчивостям и т.п. Видимо, трудности в межличностном общении и со-

циальных контактах, часто переживаемые негативные эмоции и отсутствие необходимой поддержки со стороны взрослых приводят к возникновению депрессивных тенденций [Каган, 1995; Зубова, 1995], распространенность которых в детско-подростковом возрасте составляет от 1,9 до 31,6% [Kashani, Simonds, 1979; Bomba, 1987].

Анализ полученных данных был проведен и с учетом возрастной динамики (табл. 15). Выявленные различия указывают на особенности протекания процессов формирования дезадаптивного поведения в начальной школе. Для низкоригидных детей оказывается серьезным испытанием первый год школьного обучения, где им приходится осваивать навыки регуляции поведения. Для чрезмерноригидных детей нарастание дезадаптивного поведения происходит к третьему классу по мере накопления негативных эмоций и неудовлетворенности, связанной с общением со сверстниками, трудностей определения своего места в коллективе и формирования адекватной самооценки. По данным И.Л. Маракановой, А.А. Портнова, Г.М. Судакова (1995), для 50% детей, имеющих высокие показатели школьной дезадаптации, характерны проявления и высокой тревожности. Процент детей с очень высокими показателями тревожности (более 60 баллов) оказался следующим: в группе низкоригидных – 12,1, в группе чрезмерноригидных – 35. Анализ показателей тревожности по ее видам подтвердил статистически достоверное ($p < 0,05$) преобладание всех шкал тревожности в группе чрезмерноригидных (см. рис. 14).

Таблица 15

Соотношение детей, имеющих признаки школьной дезадаптации в группах низко- и чрезмериоригидных

Дети со школьиой дезадаптацией	Классы		
	1-е	2-е	3-и
Низкоригидные	62,5	37,5	12,5
Чрезмерноригидные	14	34	52

Наше исследование показало, что среди детей, характеризующихся низкой ригидностью и высокой тревожностью, дезадаптированных оказалось лишь 17%, в то время как средн детей с чрезмерной ригндностью и высокой тревожностью 74% имели высокие показатели школьной дезадаптации. Очевидно, что чрезмерно выраженная психическая ригидность в сочетании с высокой тревожностью является фактором риска возникновения школьной дезадаптации (см. рис. 14).

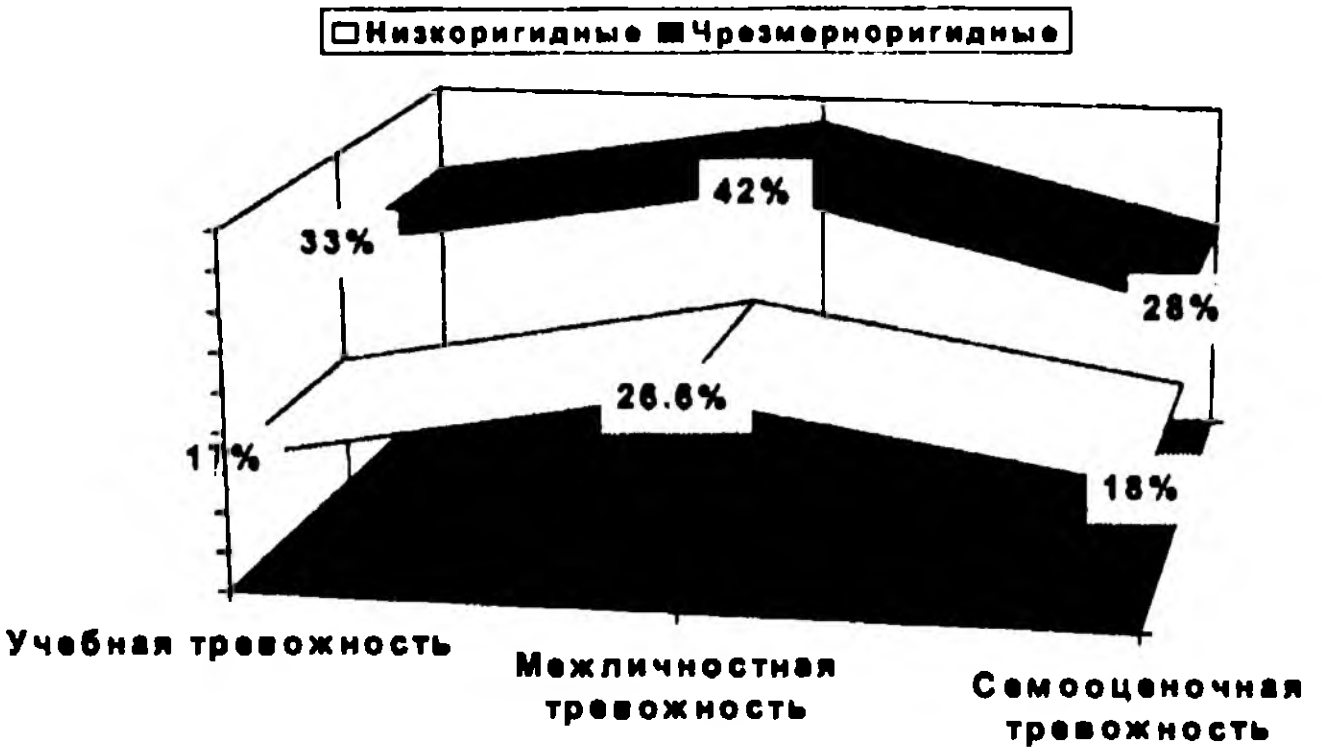


Рис. 14. Показатели тревожности в группах низко- и чрезмериоригидных

Анализ данных, полученных лонгитюдинальным методом (в течение 3 лет), показал: в группе чрезмерноригидных средние значения психической ригидности изменяются от первого к третьему классу следующим образом: в первом – 56,1 , во втором – 52,4 и в третьем классе – 46,3. В группе низкоригидных этот коэффициент менялся от 25,2 в первом классе и от 31,1 во втором до 39,4 в третьем классе. Данные по коэффициенту дезадаптации оказались примерно одинаковыми в обеих группах (13,6 – низкоригидные, 16,1 – чрезмерноригидные). Анализ внутригрупповых показателей психической ригидности и коэффициента дезадаптации выявил, что в группе чрезмерноригидных наблюдается резкое снижение коэффициента дезадаптации именно у тех детей, в структуре личности которых выраженность психической ригидности значительно снизилась (в среднем с 55–60 до 35–45 баллов). Так же снижались и показатели тревожности. Если показатель ригидности у этих детей не изменялся, то в случае наличия дезадаптации тревожность сохранялась, а симптомы нарушения поведения зачастую даже усиливались. У чрезмерноригидных детей, не имевших признаков школьной дезадаптации, ригидность, как правило, к третьему классу тоже снижалась. В группе низкоригидных наблюдается улучшение качества школьной адаптации у тех детей, показатель психической ригидности которых возрастает с 22–28 в среднем до 35–42 баллов. Данные поперечно-срезового метода (при анализе показателя психической ригидности по классам) выявили ту же тенденцию, хотя и не на статистически достоверном уровне.

Таким образом, на основании трехлетних наблюдений мы констатируем существование некоторого оптимума психической ригидности (35–45 баллов по шкале АР) в структуре личности младшего школьника, необходимого для эффективного приспособления к школьной среде. Полученные нами результаты, видимо, согласуются с явлениями более общего порядка, о которых мы говорили во введении. Косвенное указание на возможное существование подобного оптимума встречается и в нашей более ранней работе [Залевский, 1976]. Чрезмерно завышенное или заниженное значение этого показателя может являться одной из причин, приводящих к трудностям школьной адаптации младшеклассника. Чрезмерная жесткость, косность, скованность, упрямство, негативизм, интравертированность, мнительность и другие черты, характеризующие ригидную личность, могут приводить ребенка к уходу в себя или асоциальному поведению. В то же время чрезмерная флексибильность (расторможенность, лабильность, слабый самоконтроль) ребенка привлекает к себе ограничительные действия взрослых и тоже может выражаться в нарушениях адаптации.

Для изучения динамики и роли других психосоциальных факторов в их влиянии на особенности адаптации к школе нами было проведено изучение эмоциональной сферы вышеуказанных групп Методом цветовых выборов [Собчик, 1992]. Наиболее значимые и достоверные различия были получены:

1) по первой позиции в цветовом ряду. Статистически достоверно ($p < 0,03$) учащиеся, характеризующиеся низкой ригидностью, выбирали желтый цвет, а характеризующиеся высокой ригидностью – фиолетовый и черный;

2) по второй позиции группа низкоригидных предпочитала фиолетовый цвет в отличие от высокоригидных, которые выбирали синий и серый ($p < 0,01$);

3) на шестое место в цветовом ряду низкоригидные ставили серый цвет, а высокоригидные – желтый и фиолетовый ($p < 0,02$);

4) на седьмой позиции – синий и красный соответственно ($p < 0,05$);

5) на восьмой позиции – коричневый цвет против желтого и фиолетового ($p < 0,04$).

Выбор желтого цвета на первые позиции в группе низкоригидных детей указывает на то, что: переживания и процесс общения сами по себе насущно им необходимы; ведущая их потребность – быть вовлеченными в процесс эмоционально насыщенного межличностного взаимодействия. Для личностей такого типа характерна оптимистичность, экзальтация чувств, гибкость в социальных контактах, нетерпеливость и т.д. Отвергаемый коричневый цвет в этой группе говорит о стремлении произвести впечатле-

ние на взрослых и сверстников в сфере значимых межличностных контактов. Черный цвет на первых позициях в группе чрезмерноригидных детей означает не только протест против сложившейся ситуации и негативное отношение к ней, но и агрессивность, чувство обособленности, независимость и непокорность, активное противодействие среде. Ведущая роль фиолетового цвета связана с затрудненной социальной адаптацией через общее ослабление интегративной роли самосознания, неумение использовать накопленный опыт. Отвергаемые желтый и фиолетовый цвета свидетельствуют о возможном страхе, чувстве бесперспективности, которое может скрываться от окружающих или проявляться в виде негативизма [Собчик, 1992].

Причиной школьной дезадаптации у низкоригидных детей может являться поиск удовлетворения потребности в признании и успехе, полученного в результате влияния особенностей социальной ситуации (установок родителей, особенностей семейных взаимоотношений и др.). Неудовлетворенная потребность в признании и успехе приводит к формированию заниженной конфликтной самооценки, нарушению контактов со взрослыми и сверстниками и появлению нарушений школьной адаптации ребенка. Это подтверждают и полученные в группе низкоригидных детей, имеющих признаки школьной дезадаптации, высокие показатели по шкалам «Тревожность по отношению к детям» и «Тревожность по отношению к взрослым». Изучение эмоционального отношения к значимым ситуациям низко- и чрезмерноригидных детей проводилось с помощью Цветового теста отношений.

Показательно сопоставление в двух вышеуказанных группах данных методик ЦТО и теста М. Люшера, позволяющее одновременно рассмотреть изучаемый объект как в его внешних проявлениях, так и изнутри, и обнаружить источник этих невротизирующих переживаний. По цветовым ассоциациям детей мы выясняли особенности содержательных характеристик представлений ребенка о значимых людях и ситуациях. Согласно Е.Ф. Бажину и А.М. Эткинду (1985), цветовой ассоциативный эксперимент позволяет выделить достаточно глубокие, частично неосознаваемые компоненты отношений, минуя при этом искажающие защитные механизмы вербальной системы сознания. Интерпретация результатов основывалась на двух процедурах:

а) сопоставлении цветов, ассоциируемых с определенными понятиями, с их местом (рангом) в раскладке по предпочтению. Если с некоторым лицом или понятием ассоциируются цвета, занимающие первые места в раскладке по предпочтению, значит, к данному лицу или понятию ребенок относится положительно, эмоционально принимая его, удовлетворен соответствующим отношением. И наоборот, если с ним ассоциируются цвета, занимающие последние места в раскладке по предпочтению, значит, ребенок

относится к нему негативно, эмоционально его отвергает. Формальным показателем этого является ранг цвета, ассоциируемый в раскладке по предпочтению с данным понятием; эта цифра может изменяться от 1 (крайне положительное отношение) до 8 (крайне отрицательное отношение).

б) интерпретации эмоционально-личностного значения каждой цветовой ассоциации, на основе чего составлялось представление о содержательных особенностях отношения. В результате сравнительного анализа получены достоверные ($p < 0,05$) различия по позициям, представленным в табл. 16.

Таблица 16

Различия между группами чрезмерно- и низкоригидных детей по данным Цветового теста отношений

Показатель	Низко-ригидные	Чрезмерно-ригидиые
Отношение к маме		
Ранг	2,3	3,8
Эмоциональное принятие	79,4%	46%
Амбивалентное отношение	5,8%	5%
Отвержение, фрустрация	8,8%	49%
Отношеиие к отцу		
Ранг	3,4	3,7
Эмоциональное принятие	54,8%	50%
Амбивалентное отношение	18%	18,7%
Отвержение, фрустрация	27,2%	31,2%
Отношение к учителю		
Ранг	3,2	4
Эмоциональное принятие	77%	45%
Амбивалентное отношение	5%	10%
Отвержение, фрустрация	18%	45%
Настроение в школе		
Ранг	3,3	4,1
Эмоциональиое принятие	65,1%	50%
Амбивалентное отношение	3%	5%
Отвержение, фрустрация	31,9%	45%
Настроеиие дома		
Ранг	3,5	2,5
Эмоциональное принятие	63,4%	75%
Амбивалентное отношение	10%	10%
Отвержеиие, фрустрация	26,6%	15%
Самооценка		
Ранг	3,2	4
Эмоциональное принятие	77%	45%
Амбивалентное отношение	5%	10%
Отвержение, фрустрация	18%	45%

В группе низкоригидных 77% детей указали на наличие тесного эмоционального контакта с мамой (предпочтение желтого и красного цветов), в группе чрезмерноригидных таких детей оказалось 45%; эмоционально отвергают маму 8,8% низкоригидных детей и 49% чрезмерноригидных.

Интересным оказалось сопоставление полученных данных с успеваемостью учащихся. В целом успеваемость в группе низкоригидных оказалась несколько выше (3,9 балла), чем в группе чрезмерноригидных (3,6 балла). Анализ показателей успеваемости внутри групп выявил, что там, где существует тесный эмоциональный контакт с матерью (предпочтение красного и желтого цветов, что соответствует таким эмоционально-личностным характеристикам, как отзывчивость, дружелюбие, общительность, энергичность, открытость и т.д.), констатируются высокие показатели школьной успеваемости. Даже чрезмерноригидные дети при наличии эмоциональной поддержки со стороны родителей, при включенности родителей в жизнь ребенка, демонстрируют высокие показатели успеваемости и нормальную социальную адаптацию. Отсутствие такого эмоционального контакта, отвержение матери является, видимо, одним из важнейших факторов риска возникновения школьной дезадаптации, возможным проявлением которой является учебная неуспеваемость.

Анализ интенсивности и экстенсивности психической ригидности [Залевский, 1993] показал, что личность чрезмерноригидных детей, имеющих высокие показатели дезадаптации, поражена ригидностью тотально (особенно эмотивная подструктура). Для чрезмерноригидных детей, не имеющих признаков школьной дезадаптации, характерны лишь «парциальные» проявления психической ригидности. Цветовые ассоциации по отношению к учителю тоже выявили тенденцию к наибольшему эмоциональному принятию (учителя) в группе низкоригидных (77% детей).

Анализ взаимосвязей особенностей школьной адаптации и эмоционального отношения к матери и учителю выявил между ними существование положительной корреляции (0,57). Чем выше ранг (соответствие последним местам в раскладке по предпочтению – эмоциональное отвержение) цветовой ассоциации, тем выше коэффициент дезадаптации ребенка. Настроение в школе низкоригидные дети чаще ассоциируют с положительными цветами (зеленый, красный, желтый), что свидетельствует об их желании добиваться успеха, признания, более близких эмоциональных контактов. Отвергаемые коричневый, черный, серый цвета указывают на сопротивление детей подчинению, на их стремление уйти от стесняющих запретов, на переживания по поводу равнодушия к ним взрослых.

Настроения дома более позитивно охарактеризовала группа чрезмерноригидных детей. Для этих детей более комфортными являются привычные условия, обстановка, ритм жизни. В то же время К. Флейк-Хобсон и др. (1992) отмечают, что есть дети, которые воспитываются в самых ужасных условиях и все-таки добиваются значительных успехов в жизни, обладают способностью не реагировать на стресс или справляться с ним, благодаря исключительно интенсивной мыслительной деятельности. Эти дети отличаются начитанностью и душевным здоровьем, они хорошо учатся в школе, увлеченно играют, любят жизнь и считают, что жить стоит. Многие из них обнаруживают незаурядные творческие способности, активное, творческое отношение к себе и окружающей действительности.

Как известно, важнейшую роль в возникновении трудностей социальной адаптации (вплоть до пограничных нервно-психических расстройств) играет отношение человека к самому себе [Карвасарский, 1985]. Изучение методом цветовых ассоциаций содержательных характеристик представлений ребенка о себе выявило, что 77% низкоригидных детей ассоциируют себя с цветами, которым приписывается положительное эмоциональное значение (красный, зеленый, желтый, синий; ранг 3,2), в группе чрезмерноригидных детей таких оказалось лишь 45% (ранг 4). 45% чрезмерноригидных детей ассоциируют себя с темными цветами, что свидетельствует о наиболее сильном непринятии себя и высокой тревожности. То, что выбор темных цветов высоко коррелирует с высокой тревожностью, доказал в своем исследовании R. Dornfeld (1982).

Возможности психологической коррекции психической ригидности и профилактики дезадаптации учащихся младших классов. По мнению Leach (1967), будущее проблемы ригидности – в изучении вопросов борьбы с ригидностью. Для этого необходимо создавать условия, способствующие флексибильности: больше свободы, меньше угрожать и наказывать, больше оптимизма и положительный взгляд на жизнь [Захаров, 1988; Rubinovitz, 1963]. Luchins et al. (1959) подчеркивают, что при обучении и воспитании, в терапии и вообще везде, где хотят изменить поведение и уменьшить ригидность, необходимо избегать ситуаций, провоцирующих тревогу и состояние фрустрации.

По нашему мнению, методы воздействия могут быть направлены непосредственно на психическую ригидность или действовать на нее косвенно – через те факторы личности, которые вступают с ней в определенные (синергические, интерферирующие или компенсаторные) отношения в струк-

туре личности (чрезмерная тревожность – стабильность или пассивность – активность). Прямое воздействие на психическую ригидность должно учитывать суть ригидного действия (поведения), т.е. выступать в качестве фиксирогенного компонента: средство, цель или то и другое.

Условия эффективности поведения как в обыденной жизни, так и в состояниях эмоциональной напряженности рассматриваются в концепциях «активной флексибильности» [Залевский, 1971], «поисковой активности» [Ротенберг, Аршавский, 1984], «надситуативной активности» [Петровский, 1975]. Авторы концепции поисковой активности указывают на феномен «выученной беспомощности» [Seligman, 1975]. Этот феномен возникает в случае постоянного, не соотносящегося с усилиями субъекта неуспеха в деятельности и проявляется в неспособности к совершению каких-либо действий по преодолению трудности. В основе этого явления лежит отказ от поисковой активности, которая составляет обязательное условие, обеспечивающее возможность противостоять неблагоприятным воздействиям.

Главным условием развития поисковой активности является наличие эмоционального контакта с матерью, что стимулирует развитие способности к непосредственно чувственному взаимодействию с окружающим миром. Влияние хорошо развитого и функционально адекватного образного мышления на психическую саморегуляцию личности отмечалось многими исследователями. По их мнению, правополушарная способность к установлению многозначных связей способствует восстановлению поисковой активности, обеспечивающей здоровье [Бондаренко, Ротенберг, 1989; Ammon, 1973; Seligman, 1975]. Недостаточность образного мышления зависит от дефицита эмоционально-чувственных межличностных отношений и само углубляет этот дефицит. Такое понимание роли межличностных отношений позволяет выделить особой задачей психотерапии эмпатию, эмоционально-чувственный контакт между терапевтом и ребенком [Спиваковская, 1988; Роджерс, 1994; Лэндрет, 1994].

Говоря о личностной регуляции деятельности, которая в состояниях эмоциональной напряженности выполняет важнейшую интегративную работу по соотнесению человека с объективными условиями существования в конкретной социальной и природной среде, И.С. Кон (1967), Б.Г. Ананьев (1980) большое внимание уделяли осознанию человеком самого себя: своих свойств, особенностей, действий или состояний. Таким образом, речь идет о развитии рефлексии и ее важной роли в регуляции поведения и состояния.

Ф.Е. Василюк (1984) характеризует эффективные процессы совладания с трудными ситуациями следующим образом: целенаправленные, осознаваемые

и гибкие процессы; активное исследование реальной ситуации; реалистический учет целостной ситуации, способность разбивать всю проблему на мелкие потенциально разрешимые задачи; активный поиск и принятие помощи. Именно они «обеспечивают упорядоченное, контролируемое удовлетворение потребностей и импульсов, а также... ведут к накоплению индивидуального опыта совладания с жизненными проблемами» (Там же, 87).

В зарубежной литературе последних десятилетий психотерапевтический опыт коррекции эмоциональных проблем и фиксированного поведения также рассматривается в тесной связи с потребностью в самосознании и принятии ответственности за свои чувства и поведение [Перлз и др., 1992; Наранхо, 1995; Oaklander, 1989].

Одним из главных принципов, обеспечивающих успешность психотерапевтической помощи, практически всеми признан принцип открытого выражения эмоций. В ходе психотерапевтического процесса задачей ведущего является организация эмоционально безопасной среды, помощь клиенту в рефлексии и нахождении средств выражения эмоций [Петровская, Спиваковская, 1983; Рудестам, 1993; Роджерс, 1994; Балакирев, 1996].

В практике детской психотерапии впервые была использована З. Фрейдом (1913) игра как вспомогательный метод. Фрейд пытался выявить через цепь ассоциаций «истинный источник символической игры». Позже А. Фрейд (1928) использовала игру как основной метод психотерапии в детском возрасте. Целью такой игры было доведение до сознания ребенка его собственных действий, конфликтов, вызвавших болезненное состояние.

М. Кляйн (1932) применяла игру в целях психотерапии и считала, что психотерапевт должен занимать по отношению к детям активную руководящую позицию. Она отказалась от утверждения, что в игре непременно происходит символизация вытесненных конфликтов, допуская, что в ней могут находить свое отражение реальные жизненные отношения. Позже групповой психоанализ игрой применяли Ф. Ридль (1966) и С. Славсон (1968), работая с детьми как переводчиками психоаналитических понятий на язык группового процесса. Групповой катарсис открывает дорогу более дружественным отношениям, снимает беспокойство, чувство вины и страха.

В настоящее время использование игры в целях психотерапии осуществляется в рамках самых разнообразных теоретических школ и направлений. Игровые методики различаются по степени директивности психотерапевта, по частоте игровых сеансов. Примером директивной терапии можно считать «облегчающую психотерапию» Д. Леви (1933). Для такого подхода характерны заранее разработанный план игры, четкое распределение ро-

лей, выяснение всех конфликтных ситуаций. Ребенку предлагается в готовом виде несколько возможных вариантов решения проблемы. В результате происходит осознание ребенком себя и своих конфликтов.

В области недирективного подхода заслуживает интерес теория В. Акслайн (1947). Психотерапевт не вмешивается в спонтанную игру детей и не интерпретирует ее, а создает самой игрой атмосферу тепла, безопасности, безусловного принятия мыслей и чувств пациента. Игровая терапия применяется для воздействия на детей с невротическими расстройствами, эмоционально напряженных, подавляющих свои чувства. Цель игры – помочь ребенку осознать самого себя, свои достоинства и недостатки, трудности и успехи.

Огромное значение для развития психотерапии имел метод психодрамы, разработанный Дж. Морено (1946). Применение игры отечественными психологами в психотерапии основывается на теории игры, наиболее полно разработанной в трудах Д.Б. Эльконина (1978). Вне неврозов игровая терапия лучше всего разработана Г.А. Волковой (1976), А.С. Спиваковской (1980). В младшем школьном возрасте задача психотерапии состоит в формировании у ребенка осознанного отношения к своим болезненным проявлениям, привлечении его к борьбе со своими недостатками и перевоспитании его личности [Сухарева, Лапидес, 1959]. В процессе психотерапевтической и воспитательной работы дети начинают понимать, осмысливать связи и значения того, что определяет поведение. В своем опыте психотерапии эти авторы считают существенным поднять у ребенка чувство уверенности в своих силах. Не борьба с эмоциями и искоренение их, а правильное использование эмоциональной энергии ребенка является одной из основных задач социального воспитания (Аркин, 1968).

В работах Г. Гельница (1985) отмечается, что у детей в значительно большей степени, чем у взрослых, конфликты, ошибки в поведении, колебания в самооценке выражаются в психомоторике. Психомоторные феномены играют на эмоциональном уровне немалую роль: они важны не только в диагностике, но и в психотерапии. Так, эмоциональное напряжение спонтанно преодолевается в результате повышения двигательной активности, например состояние страха – в форме ускоренного движения или агрессии. Г. Гельниц указывает на активизирующее и стимулирующее воздействие музыкальных ритмов на детей. Музыкальный ритм, тесно связанный с ритмом движений человеческого тела, является чрезвычайно ценным методическим средством, дающим импульс и содействующим развитию у человека двигательного ритма.

Основная цель программы рационально-эмоционального воспитания [А. Вернон, 1983] – научить ребенка справляться с жизненными трудностями. Эта программа близка психогимнастике [Чистякова, 1990], где ребенку предоставляется возможность осознать, что между мыслями, чувствами и поведением существует связь и что эмоциональные проблемы вызываются не столько ситуациями, сколько их неверным восприятием. В ходе рационально-эмоционального воспитания, как и занятий психогимнастикой, дети изучают различные эмоции, возможность управлять ими. На занятиях психогимнастикой дети обучаются азбуке выражения эмоций – выразительным движениям. В этом психогимнастика сближается с большой группой методик, использующих язык тела в психотерапии. Основными целями в психогимнастике являются: преодоление барьеров в общении, развитие лучшего понимания себя и других, снятие психического напряжения, создание возможностей для самовыражения.

V. Oaklander (1989) рассматривает неадаптивные формы поведения детей как способы защиты. Она утверждает, что ребенок будет делать все, что в его силах, чтобы выжить в окружающем мире. Неэффективные фиксированные способы поведения детей, по ее мнению, являются отчаянной попыткой ребенка установить вновь социальную связь. Выделяя и описывая такие способы поведения детей, как агрессия, гнев, интравертированность, гиперактивность, страх, соматические симптомы, неуверенность, состояние после стрессовых ситуаций, автор определяет специфику их психологической коррекции.

Основным принципом в работе с детьми является создание условий для осознания и открытого выражения блокированных чувств. Тем самым ребенку помогают обрести чувство собственной силы и ценности, вместо того чтобы прятать эти чувства. Следующий важный психотерапевтический шаг – помочь ребенку в поисках и выборе адекватных средств реализации его ведущей потребности. V. Oaklander отмечает, что хороший психотерапевтический эффект дает работа по замечанию своего тела и свободному владению им. Развитие сенсорного опыта детей также позволяет усилить их чувствование самих себя, улучшить самооценку и укрепить контакты с окружающим миром. Вышеприведенные психокоррекционные направления основываются на идеях гештальт-терапии Ф. Перлза (1952).

Согласно этой теории неэффективные способы избавления от угрозы или стресса выполняют функцию защиты (т.е. представляют собой адаптацию на низком уровне) и включают в себя патологическое слияние, ретрофлексию, интроекцию и проекцию. Конечная цель гештальт-терапии – зре-

лость, под которой имеется в виду способность найти свои собственные ресурсы поддержки и принять ответственность за самого себя, свое поведение. Обретение ответственности позволяет человеку быть спонтанным в конкретных жизненных обстоятельствах и избежать фиксаций и стереотипов поведения [Перлз и соавт., 1993; Наранхо, 1995].

В целом анализ литературных данных указывает на неразработанность темы психической ригидности как состояния у детей младшего школьного возраста и в отечественной, и в зарубежной психологической и психолого-педагогической науке и психотерапии. Нами отмечается отсутствие комплексных психокоррекционных программ, учитывающих механизм психической ригидности, внутриличностные и психосоциальные факторы, способствующие ее возникновению, а также особенности ее проявления на определенном этапе онтогенетического развития.

Методы, структура и этапы психологической коррекции

Теоретической основой, объяснительным и конструктивным принципом психокоррекционной работы в данном исследовании явились концепции: акционального анализа психической ригидности [Залевский, 1976], поисковой активности [Ротенберг, Аршавский, 1984] и гештальт-терапии Ф. Перлза (1952). Они послужили базой для разработки психокоррекционной программы в виде комплексного психологического воздействия, направленного на изменение неблагоприятного эмоционального состояния, расширение акциональных возможностей и развитие поисковой активности. Реализация данной программы предполагала снижение уровня психической ригидности как важного фактора, влияющего на адаптивные возможности младших школьников.

Поставленные задачи *общей* (опосредованной, непрямой) психологической коррекции были направлены на то, чтобы: способствовать удовлетворению потребности детей в эмоциональном контакте со взрослыми (ученик – родитель, ученик – учитель, ученик – психолог); снизить высокий уровень самооценочной и межличностной тревожности; помочь детям в развитии и укреплении их самоидентичности и поисковой активности.

В качестве задач *целевой* (непосредственной, прямой) психологической коррекции целесообразно определить следующие: создание условий для осознания детьми тех потребностей и чувств, которые оказывают влияние на их состояние и поведение в конкретных трудных для них случаях; по-

мощь детям в осознании и оценке неадекватности цели и/или средств (способов) их неадаптивного поведения, в расширении средств и способов достижения необходимой для удовлетворения их актуальной потребности цели поведения, в формировании и развитии готовности и способности их изменения в случае неадекватности. Последовательность приведения вышеуказанных задач отражает преемственность отдельных этапов психокоррекционного цикла.

Акциональный анализ психической ригидности [Залевский, 1993] позволил вскрыть психологические механизмы психической ригидности. Психическая ригидность проявляет себя снижением адаптивных возможностей личности в связи с нарушением уровневых отношений в структуре действия: снижение акционального уровня цели на низший уровень средств. В связи с таким пониманием психологического механизма психической ригидности психокоррекционное воздействие следует, по нашему мнению, направлять на осознавание истинных потребностей и соответствующей им цели поведения с последующим принятием или изменением неадекватной цели поведения.

Необходимо стимулировать также поиск более широкого набора средств поведения, адекватных цели и соответствующих особенностям и возможностям как самой личности ребенка, так и реальным условиям его жизнедеятельности. Для этого создавались условия для вспоминания и обсуждения трудных реальных ситуаций, переживания возникающих в этих ситуациях чувств, осознавания ведущей потребности и цели поведения в сравнении со средствами их реализации и достижения. Использовались изменение и расширение контекстов в межличностных ситуациях для снятия эмоционального напряжения в отношении данной ситуации и поиска адекватных и конструктивных средств реагирования с учетом различных объективных условий и личных возможностей детей. Формами работы служили рисунки, фантазирование, придумывание историй и рассказов к картинкам, ролевое и кукольное разыгрывание ситуаций, беседа с использованием примеров из литературных произведений с последующей творческой интерпретацией ситуаций детьми.

В процессе психокоррекционных занятий использовались методы диагностики (наблюдения, беседы, гештальт-терапии), которые позволяли изучить некоторые особенности проявления психической ригидности как состояния, варианты фиксированных форм поведения, содержательную сторону (типичные цели и средства их достижения) механизма психической ригидности как состояния у младших школьников (первоклассников).

Основным положением гештальт-теории является понятие *целостности*. Целостность организма определяется его неповторимостью, уникаль-

ностью взаимодействия его частей между собой и со средой. Гештальт-теория утверждает, что направление, в котором идет развитие ребенка, целиком зависит от особенностей воспитания, степени вовлеченности ребенка в деятельность, в общение. Теория поисковой активности также указывает на важность раннего эмоционального контакта родителей и детей и негативное влияние детских психотравм на формирование стрессоустойчивости у детей. Если среда вокруг него будет поддерживать развитие личности в направлении ее природных данных и будут осуществляться здоровые контакты с опорой на собственные ресурсы ребенка, то вырастет свободная самостоятельная личность, способная развиваться. Однако отсутствие положительного эмоционального контакта со взрослыми, подавление инициативы вызывают дефицит самостоятельной активности вне экстремальных ситуаций, способствует появлению стереотипного поведения в изменяющихся условиях жизни и лишает ответственности ребенка за свое поведение в ситуациях стресса.

Для изменения этой ситуации важным и необходимым, на наш взгляд, явилось установление положительной эмоциональной связи ребенок – взрослый, в основе которой лежит понимание и уважение чувств и потребностей детей, поддержка их инициативы и активности. Установлению такой положительной эмоциональной связи способствовали задачи, реализуемые психологом в ходе психокоррекционных занятий и требующие:

– поддерживать инициативу каждого ребенка;

– внимательно относиться к чувствам детей, ценить и принимать их такими, каковы они есть;

– быть откровенным с детьми;

– активно участвовать в совместной деятельности и делиться возникающими чувствами;

– выслушивать детей, поощрять их к анализу мыслей, чувств и поступков и принятию самостоятельных решений;

– формировать чувство доверия у детей и ответственности за свое поведение и чувства.

Комплекс психокоррекционной работы с детьми дополнялся консультациями с родителями и тренингом с учителями по развитию навыков эффективной межличностной коммуникации, учитывающей чувства и мотивы поведения ребенка в конкретной ситуации.

Важнейшей основой терапевтического метода является *осознание*. В процессе осознавания ребенком своей личности структурируются его представления о себе, снимается самооценочная тревога, повышается уверен-

ность и улучшаются межличностные отношения. Посредством осознавания осуществляется прямое психотерапевтическое воздействие на потребностную сферу личности, что способствует ее эффективной саморегуляции.

Данный процесс организуется таким образом, что воздействию подвергаются все проявления личности: поведение, чувства, телесные ощущения. С этой целью на занятиях использовались приемы, в том числе прием рабочей модели гештальт-терапии детей V. Oaklander (1989) и специальные упражнения, с помощью которых создавались условия через проекцию выхода детей на осознание ими своих свойств, особенностей, действий, состояний, чувств и потребностей (сюжетные рисунки, тематические рисунки; рисование с помощью цветных пятен, символов; рисование после медитативных упражнений; работа с лексическим запасом слов, мимикой и телодвижениями, выражающими различные эмоциональные состояния; изготовление коллажей). Дети имели возможность в безопасных условиях выразить и вербализовать свои чувства.

Саморегуляция организма зависит от осознания настоящего и от способности жить в полной мере по принципу «здесь и теперь». Часто ригидное поведение детей, которое они считают единственно верным, является результатом фиксации на их собственных субъективных представлениях («средняя зона», по Ф. Перлзу), которые могут быть ложными или искаженными под влиянием социального опыта и некоторых личностных особенностей. И хотя ситуация в настоящем возникает новая, ребенок, находясь в «средней зоне», продолжает воспринимать ее через свой прошлый опыт, проецируя его в настоящее и будущее. Тем самым реальная потребность, которая должна регулировать поведение в настоящий момент, заслоняется в сознании ложно доминирующей. Как результат такой внутренней борьбы противоположных тенденций возникают напряженность, тревожность, которые находят свое внешнее выражение в ригидных паттернах неадаптивного поведения.

Теория поисковой активности объясняет стереотипное поведение детей в сложной обстановке следующим образом. Пережив психотравмирующую ситуацию в том возрасте, когда ребенок еще не способен к активно-поисковому ее преодолению, он как бы закрепляется в своей исходной тенденции к пассивно-оборонительному реагированию, вместо того чтобы постепенно преодолеть эту тенденцию. Новая конфликтная или стрессовая ситуация затрагивает значимые эмоциональные отношения человека: она провоцирует закрепленный с детства стереотип пассивно-оборонительного поведения в любой сложной обстановке, т.е. вызывает отказ от поиска

способов разрешения конфликта, или воспроизводит первоначальный тип реагирования.

Таким образом, ребенок больше сконцентрирован на избегании и защите себя от своих внутренних переживаний и ограничивает свое взаимодействие с окружающем миром, так как для него это неприятно и болезненно из-за прошлого неудачного опыта. Как правило, дети, которые находятся в плохом контакте с собой (не осознают своего поведения, избегают или скрывают свои чувства и проблемы), ограничены в своих возможностях более широко замечать окружающий их мир. Внимание этих детей имеет одностороннюю направленность, отсюда и «однолинейность» мышления и негибкость поведения [Ротенберг, Бондаренко, 1989]. Авторы концепции поисковой активности подчеркивают необходимость развития внимания и способности видеть и замечать многое в одном, переживать положительные чувства от взаимодействия с внешним миром. Такое взаимодействие должно носить творческий характер, ведь именно в творчестве ребенок свободно может выразить себя, свои идеи, осуществлять с радостью свой поиск.

Для осуществления этого направления психологической коррекции была использована работа по замечанию телесных ощущений, свободному владению телом, усилению и расширению сенсорного опыта детей. Использовались массаж, упражнения на принятие образа своего тела, релаксационные, дыхательные, медитативные упражнения, пантомимические и танцевальные движения, подвижные игры на ловкость, работа с керамическим тестом, рисование пальцами.

В упражнениях на развитие сенсорного опыта детей к обязательным моментам следует отнести:

– расширение лексического запаса слов, выражающих ощущения и чувства детей;

– реальное переживание различных вариантов ощущений и чувств и выражение их в многообразных формах;

– развитие каналов восприятия через более детальный, многоконтекстный подход к воспринимаемым явлениям.

Зрелость или состояние оптимального здоровья по гештальт-теории наступает тогда, когда индивидуум мобилизует свои ресурсы для преодоления фрустрации и страха, возникающих из-за отсутствия поддержки со стороны окружающих и неадекватности самоподдержки. Зрелость заключается в умении взять на себя ответственность и пойти на риск, чтобы выбраться из тупика. Если индивидуум не рискует, то у него актуализируются ролевые поведенческие стереотипы [Перлз, 1952]. Это положение консолидиру-

ется с мнением ряда исследователей [Ротенберг, Бондаренко, 1989] о том, что поисковая активность, способность к созданию многозначного контекста повышают адаптивные возможности человека, его стрессоустойчивость и устойчивость к возникновению различных заболеваний.

Реализация этого направления была возможна после осуществления вышеприведенных этапов коррекционной работы, т.е. после того, как дети имели возможность обратить внимание на свои поведение и чувства, выразить свои чувства и потребности, лучше замечать свое тело, более внимательно и детально замечать окружающий мир. Это дает возможность повысить способность к эффективной саморегуляции. На этом этапе психокоррекционный акцент делался на расширение поведенческих возможностей детей, их поисковой активности как в повседневной деятельности, так и в стрессовых для них ситуациях. Для решения поставленных задач оправданным, на наш взгляд, явилось использование на занятиях приемов и упражнений, развивающих образное мышление, воображение, творчество. Эти приемы служили не только средством самовыражения, но и использовались при решении личностных и межличностных проблем детей.

Анализ эффективности психокоррекционных мероприятий по снижению уровня психической ригидности как состояния

Для оценки влияния проведенных психокоррекционных мероприятий на снижение уровня психической ригидности как состояния у младших школьников был проведен сравнительный анализ диагностических данных, полученных до и после психокоррекционного цикла занятий (табл. 17).

Таблица 17

Сравнительные диагностические данные в экспериментальной группе первоклассников до и после психокоррекции

Показатели	До коррекции	После коррекции	Достоверность
РСО	15,0	8,0	$p < 0,05$
Общая тревожность	60,5	50,8	$p < 0,05$
Тревожность учебная	20,4	19,3	$p < 0,05$
Тревожность самооценочная	19,5	15,2	$p < 0,05$
Тревожность межличностная	22,4	18,9	$p < 0,05$
Страхи	21,0	15,4	$p < 0,05$
Адаптация	21,9	26,9	$p < 0,05$

Их анализ показал достоверно значимое ($p < 0,05$) снижение уровня психической ригидности как состояния. Снижение ригидности выявлено в 85,0% (34) случаев. У 5% (2) обследованных учащихся сохранился очень высокий уровень ригидности как состояния, а 10% (4) детей обнаруживали прежний высокий показатель. В целом апробированный комплекс психологической коррекции оказался эффективным для 80,9% (17) девочек и 84,2% (17) мальчиков. Снижение тревожности до нормы отмечено у 85,2% детей, снижение тревожности в ситуациях, связанных с учебой, – у 50% учащихся, с самооценкой – у 77,2% первоклассников и межличностными отношениями – в 60% случаев.

После проведения контрольного днагностического среза и заключительного этапа психокоррекционного воздействия отмечено общее снижение количества страхов у 84,0% детей, в том числе до возрастной нормы у 64,0%. Среднее количество страхов снизилось до 15,4. Данное значение ниже исходного показателя, но в то же время превышает норму (по данным А.И. Захарова, этот показатель равен 10).

У детей психокоррекционной группы выявлено достоверное увеличение (улучшение) интегрального показателя уровня адаптации – 26,9 балла ($p < 0,05$). Ее улучшение (24,4 балла) было отмечено и в выборке первоклассников с изначальной дезадаптацией или неустойчивой адаптацией (8 чел.).

Для оценки эффективности составленного комплекса методов психологической коррекции был проведен сравнительный анализ проявления психической ригидности как состояния у младших школьников экспериментальной (психокоррекционной) и контрольной групп. В обеих группах было сделано по два совпадающих по времени пребывания в школе диагностических среза. Достоверно значимых различий по показателям психической ригидности, тревожности, страхов и адаптации у обследованных детей экспериментальной группы до психокоррекционного воздействия и контрольной группы при первом диагностическом срезе выявлено не было ($p > 0,05$). Сравнительный анализ данных первого и второго диагностических срезов в контрольной группе (без психокоррекционного воздействия) не выявил достоверно значимых отличий исследуемых характеристик (ригидности как состояния, общей, учебной, самооценочной и межличностной тревожности, страхов и адаптации) в динамике.

Сравнительный анализ полученных данных второго диагностического среза в контрольной и экспериментальной группах показал (табл. 18), что у детей экспериментальной группы в целом достоверно значимые изменения ($p < 0,05$) произошли в характере их реагирования в состоянии эмоциональ-

ной напряженности, т.е. отмечается снижение уровня психической ригидности как состояния по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы. Психокоррекционная работа, направленная на изменение эмоционального состояния детей и повышение их позитивной активности, способствовала достоверно значимому ($p < 0,05$), по сравнению с контрольной группой, снижению тревожности в ситуациях межличностного общения и в ситуациях, связанных с самооценкой, а также уменьшению количества страхов и улучшению их адаптации к школе.

Таблица 18

Диагностические данные в экспериментальной группе первоклассников после коррекции в сравнении с контрольной группой

Показатели	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Достоверность
РСО	8,0	14,4	$p < 0,05$
Общая тревожность	50,8	59,3	$p < 0,05$
Учебная тревожность	19,3	20,4	$p < 0,05$
Самооценочная тревожность	15,2	18,6	$p < 0,05$
Межличностная тревожность	18,9	22,8	$p < 0,05$
Страхи	15,4	19,7	$p < 0,05$
Адаптация	26,9	23,1	$p < 0,05$

В то же время у детей экспериментальной и контрольной групп не обнаружено достоверно значимых различий в уровне учебной тревожности ($p > 0,05$). На наш взгляд, этот результат может интерпретироваться следующим образом. В первом классе причиной тревожности ребенка, вероятнее всего, является новизна социальных требований и отношений со взрослыми. Вследствие этого наиболее фрустрирующими факторами оказываются взаимоотношения с учителем и одноклассниками. По мере адаптации ребенка к школе область напряжения смещается на саму учебную деятельность и ее результаты. Поэтому учебная тревожность может возрастать во втором классе (Галажинский, 1996).

V. Kochgaway (1993) отмечает, что учебная тревожность взаимосвязана с эмоциональным компонентом адаптации. Эту тревожность мы рассматриваем как напряженность, возникающую в учебном процессе. Характер этой напряженности во многом будет обусловлен влиянием определенных внутриличностных и средовых условий. Многие психологи указывают, что негативный характер ситуации можно сменить на позитивный путем изме-

нения смысла для субъекта (Рубинштейн, 1959; Леонтьев, 1972; Наенко, 1973). Возможности изменения смысла во многом определяются внутренними и внешними причинами (Левитов, 1967; Грэхэм и др., 1970; Марищук, 1971).

Таким образом, по нашему мнению, характер напряженности, связанной с учебной деятельностью и проявляющейся в фиксированных формах поведения, возможно изменить психолого-педагогическим воздействием на внутренние и внешние причины существующей тревожности у детей. В данной работе внутренние причины: снижение тревожности в ситуациях, связанных с самооценкой, и в межличностном общении и в целом – снижение проявлений психической ригидности как состояния. Внешние причины: создание условий для инициативы и активности у детей, а также удовлетворение их эмоциональных потребностей в учебной деятельности и общении. Это способствует повышению эффективности деятельности и улучшению адаптации детей. Так, показатели уровня адаптации обследованных нами младших школьников оказались достоверно выше после коррекции, соответственно 21,9 и 26,9 ($p < 0,05$). Для 15% (6) учащихся психологическая коррекция в представленном варианте оказалась неэффективной. По нашим наблюдениям, улучшение эмоционального фона, активность и эффективность в игровой деятельности и общении у этих детей имели непостоянный, эпизодический характер, который определялся степенью возникающих перед детьми трудностей. Эти первоклассники чаще требовали индивидуальной работы с ними в группе. У детей с очень выраженной ригидностью (2 первоклассника) сохранились высокая тревожность-состояние (64 балла), большое количество страхов (20), свидетельствующее о развитии тревожности как черты характера (Захаров, 1995). В этих двух случаях достаточно выраженные и длительно сохраняющиеся показатели ригидности и тревожности могут указывать на развитие нервно-психического расстройства, а следовательно, требовать консультации у соответствующих специалистов и последующей психотерапии, ориентированной на родительско-детские отношения. У четырех первоклассников сохранилась высокая ригидность при снижении тревожности-состояния (с 61,2 балла до нормы – 58 баллов) и количества страхов (с 21,7 до 18). Сохраняющееся большое количество страхов также может указывать на развитие у детей невроза или тревожности в характере, что требует более глубокого психологического и клинического обследования этих первоклассников и их семей. Причинами сохранения высокой ригидности как состояния при снижении тревожности-состояния может являться, на наш взгляд, формирование ригидности как

свойства личности, как следствие ригидного, авторитарного стиля воспитания. Поэтому для таких детей эффективность психологического воздействия будет определяться способностью семьи изменить стиль внутрисемейных отношений. Такая точка зрения подтверждается целым рядом исследователей (Иванова, Привалов, 1985; Франселла и др., 1987; Richter, 1990).

Заключение и предварительные выводы

Анализ литературных данных и результаты собственного исследования психической ригидности как состояния и возможностей ее коррекции позволяют сделать следующие выводы.

1. Для большинства (67%) младших школьников характерна психическая ригидность как состояние, к особенностям проявления которой относятся, во-первых, более легкая, чем у взрослых, «провоцируемость» и большая скорость возникновения (по механизму «мгновенности запечатления»), локализованность преимущественно в эмотивной подструктуре личности, наибольшая частота проявлений в межличностной сфере и, во-вторых, наличие конкретных, специфических для данного возраста, фиксированных форм поведения (страх отвечать на уроках, уход от учебной деятельности в более легкую и привычную для детей игровую, трудности в распределении и переключении внимания, капризы, упрямство, отказ соблюдать школьные требования, жалобы на соматические симптомы и т.п.).

2. Психическая ригидность как состояние у младших школьников проявляется главным образом двумя вариантами фиксированных форм поведения:

а) астенический вариант характеризуется безынициативностью и несамостоятельностью в игровой, учебной и творческой деятельности; фиксацией на реакциях пассивного протеста: слезы, соматические жалобы, страхи отвечать на уроках и контрольных работ, ограничения в межличностном общении, отказ от учебной деятельности и уход в более легкую – игровую деятельность или фантазии;

б) стенический вариант характеризуется односторонней непродуктивной сверхактивностью с аффективными реакциями негативизма и агрессии при выражении активного протеста, упрямством, капризностью и требованием повышенного внимания к себе и своему мнению, наличием конфликтов в межличностном общении.

3. У высокоригидных детей достоверно чаще возникают состояния тревожности, что находит выражение в высоком уровне общей тревожности

(60,5 балла), тревожности в ситуациях учебной деятельности (20,5), межличностного общения (21,4) и связанных с самооценкой (19,5 балла).

4. Наличие высокой ригидности как состояния у младших школьников, в свою очередь, обусловливает более низкий уровень школьной адаптации (21,9 балла против 28 баллов), проявляющийся в трудностях усвоения программного материала, в низкой учебной и творческой активности, в проблемах социального и эмоционального функционирования.

5. Основными факторами, определяющими проявления психической ригидности как состояния, являются интраличностные: большое количество страхов, фиксация на негативных переживаниях и психических травмах в прошлом и настоящем, конфликт самооценки ребенка-дошкольника с самооценкой, формирующейся в новой для ребенка школьной ситуации, и психосоциальные: фрустрация потребности в признании, успехе и эмоционально благоприятных межличностных отношениях (72,5%).

6. Комплексное применение предложенных методов общей (опосредованной) и целевой (непосредственной) психологической коррекции психической ригидности как состояния в процессе групповой работы с детьми позволяет улучшить их эмоциональное состояние, расширить акциональные возможности, стимулировать поисковую активность. Это приводит к снижению проявлений психической ригидности-состояния и повышению адаптивных возможностей младших школьников (психологическая коррекция оказалась эффективной для 85% учащихся).

Глава 3

ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В НАУКЕ

> Наука противостоит догмам, она открыта переменам – то же самое можно сказать и об эмоционально здоровых людях.
>
> *А. Эллис*

История науки, научная деятельность, при всей ее изначальной творческой сути, изобилует, как ни странно, большим числом примеров проявления, даже великими учеными, большого разнообразия фиксированных форм поведения. В каждом конкретном случае детерминанты их проявления следует искать в контексте совершенно разных объяснительных схем (Корнетов, Залевский, 1997–1998).

Американский философ M. Cohen (1934) систематизировал некоторые методы отстаивания определенных взглядов и убеждений, которые используются и в научных дискуссиях.

К первому относится предубежденность. Этот метод обусловлен инерцией научного мышления или фиксированностью каких-то распространенных традиционных идей, сложившихся в культуре, отрасли знания, дисциплине. Некоторое положение защищается в силу принадлежности к определенной школе, по привычке или потому, что мы просто издавна в него верили. Предубежденность, как фиксированная форма поведения, может быть осознанной, полубессознательной или бессознательной (а не только бессознательной «фиксированной установкой»). Особенно она высока в области человеческого познания, когда объектом исследования является субъект, на который можно проецировать собственные внутренние переживания или принимать его речь, поведение и эмоции в качестве застывших психологических или патопсихологических конструктов, что в настоящее время нередко наблюдается при использовании научно не верифицированных, компьютерно-выхолощенных психодиагностических тестов.

Весьма показательным и достаточно примитивным в истории науки примером довольно грубого предубеждения является эмоционально окрашен-

ный и упрямый запрет человека более или менее позитивно рассмотреть собственную историю возникновения и развития. К. Лоренц (1994) по этому поводу, не без едкой иронии, пишет, что эмоциональная энергия и упрямая сила такого запрета парадоксальным образом возникают из-за того, что мы очень похожи на наших «ближайших родственников». Неумолимые законы образного восприятия не позволяют нам видеть в обезьяне – особенно в шимпанзе – просто животное, как и все другие, а заставляют в ее физиономии разглядеть человеческое лицо. В таком аспекте шимпанзе, с позиции сопоставления и оценки, кажется чем-то ужасным, дьявольской карикатурой на нас. Как ни смешна эта оборонительная реакция человека по отношению к шимпанзе, ее тяжелая эмоциональная нагрузка склонила многих ученых к построению совершенно безосновательных теорий о возникновении человека с серией таких логических кульбитов и изощренных окольных путей, при которых происхождение от животных не отрицается, но близкое родство с шимпанзе психологически полностью вытесняется.

Этот пример мы взяли для иллюстрации не случайно, поскольку, если без предвзятости в общем комплексе наук о человеке оценить то, что именуется как биологическое и социальное, телесное и духовное, природной стороне вопроса отводится более низкое, соподчиненное положение. Исследователь, доказывающий значимость генетической детерминации многих социальных аспектов функционирования человека, влияние физической изменчивости на индивидуальность, зависимость большого числа функций психики и особенностей ее отправлений от соматической организации индивида, невольно попадает под обстрел идеалистической философии, где властвуют мир внутреннего человеческого закона, идеология социального детерминизма и позиция радикального энвайроментализма («средовизма»), которые приводят к методологическим установкам о возможности освободить индивидуальный путь развития личности и приобретения навыков, умений и знаний человека от его наследственно-природных качеств. В споре «природа и воспитание», «биологическое и социальное» средовизм определяет созревающий организм, индивидуальные особенности бесконечно податливыми, способными формироваться в каком угодно направлении.

А.А. Ухтомский писал, что он «...в основе занят изучением "нормальных предрассудков"» мысли и поведения; и теория доминанты ставит на очередь именно этот вопрос как физиолого-философскую основу» (1973, с. 432). Дело в том, считал он, что наиболее подготовленная к деятельности область нервных центров будет иметь доминирующее значение для того, в какие рефлекторные последствия отольются влияния среды на организм.

Для высших центральных аппаратов, по его мнению, последствия будут в том, что человек предубежденный, что его окружают обжоры, эгоисты и подлецы, успешно найдет подтверждение этому своему убеждению и тогда, когда ему повстречается сам Сократ или Спиноза. Обманщик подозревает во всем обман, вор везде усматривает воровство; чтобы этого не было, нужна трудная самодисциплина – перевоспитание доминант в себе (Там же, 389). А.А. Ухтомский примерами из области науки очень ярко демонстрирует, как принцип экономии и инерции, заложенный в самой сути доминанты, хорошо работающий в условиях стереотипных, привычных, обусловливает фиксированность поведения в условиях новых, не «совпадающих» с доминантой. Это проявляется в стремлении, по возможности, «не нарушать себя» и своего привычного, что считаешь правильным, а также в готовности, если уж неизбежен конфликт с несогласной действительностью и несогласными людьми, скорее пожертвовать действительностью и людьми вне субъекта, чем своей излюбленной теорией. Вот это и есть, по Ухтомскому, установка на кабинетную теорию, на собственное «Я» теоретика, около которого как будто бы вращается весь мир. Индивидуализм и солипсизм тут логически неизбежны, хотя бы тщательно скрывались и задрапировывались, по выражению Ухтомского. И он считает своим долгом говорить о том, что многие доктрины и теории в своих выводах и исканиях заранее предопределены тем, что установлены на покой и на наименьшее действие с самого начала; действительность заранее усекается ради прекрасных глаз теории. В этой связи он упоминает догматическое мышление Вейсмана (цит. по: [Ухтомский, 1973, 390–391]). Это очень напоминает мысль А. Шопенгауэра, который исходил, как пишут А.Г. Аллахвердян и др. (1998, 100), из «врожденной испорченности» человеческой природы как фактора, неотвратимо побуждающего участников спора считать себя всегда правыми, а своего противника – всегда заблуждающимся».

А.А. Ухтомский же приходит к выводу, что человек видит реальность такою, каковы его доминанты, т.е. главенствующие направления его деятельности. Но в то же время он делает и другой вывод, вывод о необходимости и возможности преодоления действия доминант «на покой» и «наименьшую активность»: Он призывает «быть чутким к реальности; какой она есть, независимо от своих интересов и доминант. ...Это кажется невозможным и даже носящим в себе внутреннее противоречие. Как можно перешагнуть через самого себя? Однако это возможно. Что-то подобное уже делалось в истории человечества. Лишь бы было спасительное недовольство собой и затем искренность в своих стремлениях. Хорош человек тогда, – считает он, – когда он

в борении, и прежде всего в борении с самим собою, когда он в творчестве и готов принять реальность и новое, вопреки своим излюбленным теориям и покою» (Там же, 407). Надо подчеркнуть, что сам А.А. Ухтомский является ярким примером такого «хорошего человека» – человека и ученого, об этом говорит сама его биография, его жизнь и научная деятельность.

В этой связи следует упомянуть такой феномен, как личностная идентификация с теориями, о чем пишет А.В. Юревич, ссылаясь на Б. Эйдюсон, которая «заметила, что если ученый принял некоторую теорию, ему очень трудно ее отвергнуть, поскольку он как бы срастается с ней, она становится частью его самого и ее отвержение означало бы для него психологическое самоубийство» (2001, 34).

Второй метод отстаивания взглядов связан со ссылками на авторитеты. Он является более высоким уровнем фиксированных форм поведения или идей. Оправданная часть этого способа познания заключается в том, что мы часто, не располагая какими-то фактическими данными, которые необходимы для обоснования выдвигаемой гипотезы, обращаемся к различным источникам знания. При этом интерпретация конкретных данных, взятых у других исследователей, может совершенно не совпадать. В других случаях авторитетное мнение, принадлежит ли оно одному ученому, определенной школе или идеологической установке, объявляется истиной в последней инстанции. По мнению О. Солбриг и Д. Солбриг (1982), данный метод преследует цель достижения единомыслия и стабильности во взглядах. Такого рода содержательная часть ригидности редко достижима, так как авторитетные ученые обычно, как подчеркнуто было нами выше, имеют разный уровень психической ригидности – флексибильности на психодинамическом и когнитивном уровнях и, естественно, они расходятся в своих позициях.

Наиболее драматические иллюстрации использования научных авторитетов в качестве общей ригидной фиксированной установки, что ничего не имеет общего со взглядами той или иной школы, дает идеологизация науки. Например, посмертная канонизация и догматизация рефлекторной теории И.П. Павлова, несомненно крупного ученого, и ничем не обоснованное, кроме политической и социальной конъюнктуры, квазинаучное выдвижение Т.Д. Лысенко нанесли непоправимый удар по развитию генетики, биологии, медицины, психологии и смежных дисциплин. Эксплуатировалось учение И.П. Павлова в духе лысенковской биологии, наряду со всюду проникающей пропагандой тезиса о «новом» социалистическом человеке, социалистической среде и типе личности и даже ее типизации вместе с целе-

направленным воздействием на мир ученых. Все это приводило к беспримерной консервации определенного рода фиксированных надличностных авторитарных положений, носящих по своему характеру роль цензурного табу. Что это как не форма экзистенциальной всеобщей, всепроникающей, пронизывающей многие уровни личности ригидности, в основе которой лежит страх?

Ведь эти своеобразные запреты, как непременные характеристики «закрытой» социальной системы, особенно в отечественных науках о человеке, на те или иные направления доходили на определенных исторических отрезках времени вплоть до психоза борьбы с так называемой буржуазной лженаукой. В данном контексте вся философия, посвященная размышлениям об основных человеческих феноменах, объявлялась либо идеалистической и абстрактной, либо погрязшей в биологизме. В результате такой общей и иногда совершенно малоосознанной установки, вопреки объективным научным фактам, возникли с большей или меньшей степенью воинственности и обнаженности по своему выражению преобладающие представления. Эти представления о примате функции над структурой, физиологии высшей нервной деятельности над мозговым субстратом, психики над сомой, сознания над бессознательным, коллективного над индивидуальным, среды над личностью, социального над природным, экологического над генетическим удивительно повторяемы и живучи. И в этом можно усмотреть роль инерции, как писал В.М. Бехтерев, в сочетательных рефлексах. Имея установку в определенных поведенческих паттернах, представлениях, в определенных отношениях, проявляя однобокие стратегии коммуникации, человек не замечает и игнорирует многое из того, что не находится в согласии с его знаниями или его пониманием; «человек видит реальность такою, каковы его доминанты» и «действительность заранее усекается ради прекрасных глаз теории» (А.А. Ухтомский). Со временем вырабатывается определенная рутина, мешающая каким-либо научным достижениям. Принцип инерции, по В.М. Бехтереву (1926), отчетливо виден в том, что всякое достижение, открытие, новая концепция при неподготовленных к нему умах остаются долгое время непризнанными, лежат до поры до времени втуне, но когда они будут признаны, никогда не ранее, как одно или два поколения спустя, они уже чрезмерно преувеличиваются в силу той же инерции, в силу изменения установки или отношения. Поэтому воистину в текущей жизни, как и в своем отечестве, пророков нет!

Было бы односторонностью рассматривать эти проблемы как сугубо специфические только для отечественного комплекса биомедицинских и

социокультурных наук о человеке. Авторитет западноевропейской философской доминанты психосоматического дуализма, особенно в рационалистических тенденциях, также представляется плоскостным, утратившим традиции поиска изначальной целостности и универсальности бытия. Технологизм ведь тоже вырабатывает косные и инертные установки, а узкая специализация порождает слепую веру в инструментализм и аппаратные методы познания.

История науки (Микулинский, Ярошевский, 1971) знает множество случаев, когда открытия, в том числе и выдающиеся, годы и даже десятилетия оставались никем не замеченными и не оказали влияния на науку своего времени или же были неадекватно оценены. Становится очевидным, что наряду с сопротивлением, имеющим своим источником вненаучные факторы и силы, на развитие науки оказывает влияние особый вид сопротивления новому, исходящий из самой научной среды... невосприимчивость к перспективной идее (именно невосприимчивость, а не недостаточная эрудиция или невысокий уровень развития творческих способностей).

B. Barber (1961) приходит к выводу, что сопротивление есть постоянно действующий фактор в науке, что под его влиянием находятся все ученые либо в качестве испытывающих сопротивление, либо в качестве сопротивляющихся новым идеям. Феномен сопротивляемости открытиям несовместим, отмечает Барбер, с социальным стереотипом ученого как человека с «открытым умом» (Р. Оппенгеймер). Социологические детерминанты сопротивления открытию, отмеченные Барбером, не действуют изолированно от других процессов и факторов, определяющих развитие науки как системы. В фактах сопротивления обнаруживается лишь один из аспектов большой и своеобразной проблемы восприятия открытия.

Третий метод, который не уберегает от ригидного познания и утверждения наших убеждений, покоится на интуиции. Диалектика интуитивного и верифицируемого, чувственного и рационального особенно остро проявляется в психологии, патопсихологии, психопатологии, психотерапии, в медицине при изучении внутренней картины болезни. С этой точки зрения основной медицинский призыв – лечить больного, а не болезнь! По существу, это означает научное и эмпирическое накопление знаний о взаимосвязях и взаимозависимости различных структур и функций организма (интегральной иидивидуальности); это означает понимание того, что болезнь при определенной конституции человека имеет свои предпочтительные клинические проявления, где соответствующие иидивидуальные каче-

ства реформируют родовые свойства болезни в их видовое представительство, подобно тому как белый световой поток преломляется через оригинальную призму, разлагаясь каждый раз на уникальное сочетание цветовой палитры радуги; это также означает, что любые лабораторные и инструментальные данные, характеризующие те или иные морфологические, биологические, физиологические или психологические особенности больного, получают свою высшую ценность лишь при рассмотрении их на уровне соматопсихической целостности человеческой индивидуальности (вплоть до «внутренней картины болезни»).

Опытный врач-эмпирик может достигнуть такого уровня клинического подхода к больному по истечении 10–20 лет врачебной практики при условии, что его врачебное становление проходило в условиях медицинской школы с гуманистическими традициями. В данном случае первоначально правильная, систематизированная и верифицированная объективными научными фактами первичная закладка знаний (в том числе и психологических), умноженная на практический опыт, зачастую создает основу интуитивного целостного представления о больном, когда диагностика, прогноз и терапия болезни оптимальны. Этот пример достаточно хорошо иллюстрирует наличие интуитивного интегративно-антропологического подхода в медицине. В специальных работах нами подробно представлены на примере психиатрии все основные объективные предпосылки и принципы клинической антропологии. С другой стороны, в интуитивных оценках могут присутствовать традиционно укоренившиеся взгляды или искажения, которые на первый взгляд представляются самоочевидными. Однако они далеко не всегда истинны. Эффективное диагностическое мышление врача, психолога возможно лишь тогда, когда первичная диагностическая парадигма обучения формируется в наиболее эффективных стандартах мировых достижений, а не следует канонизации определенных школ или временным модным веяниям. Поэтому уровень врачебных ошибок (диагностических, лечебных, организационных), равно как и экспериментально-психологических, существенно повышается в последнем случае.

Следует согласиться с М. Польстер (1998, 48–49), что для ученого, как для открывателя всего нового, необходимо мужество или «непрерывное борение с собой» (А.А. Ухтомский). Мы знаем такие примеры, как обращение доктора Роджерса к Американской психологической ассоциации, натолкнувшееся на глухую стену молчания. Для того чтобы разрушать традиции, нужно мужество. Легко плыть по течению. Новаторство, ломка традиций, левый поворот, когда все дружно поворачивают направо, – акты не-

сомненного мужества. Мужество можно проявлять не только перед лицом смерти, но и в готовности занять совершенно новую позицию и в переносе новых подходов в те области, где они еще не применялись.

В этой связи Томас Зац (1998, 69) задает вопрос: «Много ли людей хочет изменить свой взгляд на мир? Люди этого не хотят. Мне кажется, они хотят остаться под гипнозом».

С. Цвейг отмечает мужество З. Фрейда: «...та непринужденная уверенность, с которой он устанавливает, что многие неврозы и, собственно говоря, даже все имеют источником подавленные сексуальные влечения, вызывает смертный ужас в кругу коллег. Не то чтобы они признавали такую этиологию ложной, – наоборот, большинство из них давно уже чует это или это наблюдало; все они, частным образом, сознают важное значение половой сферы для общей конституции человека. Но все они, связанные чувством эпохи, покорные той морали, которая принята цивилизацией, они чувствуют себя до такой степени задетыми откровенным указанием на ясный как день факт, словно этот диагностический выпад сам по себе явился неприличным жестом. ...Уже первое официальное выступление Зигмунда Фрейда... производит в кругу его товарищей по факультету впечатление выстрела в церкви. ...Лицом к лицу сталкиваются друг с другом две формы мышления, два метода, столь диаметрально противоположные, что между ними нет и не может быть взаимного понимания там, где старый метод требовал прикрытия, он требует раскрытия» (1998, 69).

В своей автобиографии З. Фрейд (1973) рассказывает, что в начале пути он «не был еще свободен от наивной веры в авторитеты». И далее: «...развитие психоанализа стоило мне его [Бройера] дружбы ... психоанализ – это мое творение, десять долгих лет я был единственным, который им занимался и позволил все то неудовольствие, которое вызвало это новое явление у моих современников, вылить на мою голову» (с. 143). «Идея, за которую меня сделали ответственным, возникла совсем не во мне. Она мне была передана тремя лицами, чье мнение для меня было авторитетным: от самого Бройера, от Шарко и от гинеколога нашего университета Хробака, одного из выдающихся врачей Вены. Все трое мне внушили мысль, которой они, строго говоря, сами не владели. Двое из них отрицали это, когда я позже им об этом напомнил, третий [мастер Шарко], наверное, тоже это отрицал бы, если бы я с ним встретился» (Там же, 149–151).

Как-то З. Фрейд в ответ на вопрос своего биографа о будущем психоанализа сказал: «...я не боюсь противников психоанализа, меня беспокоят его приверженцы и друзья». То, что Фрейд обронил как шутку, имело серьезное

отношение к будущему не только психоанализа, но и всей психотерапии. Многие профессионалы являются заложниками своей ригидности, возникшей в начале обучения. В результате область психического здоровья была и остается поделенной между непримиримыми группировками, марширующими под барабанный бой своих застывших профессиональных императивов. Карел Хорни была фактически уволена из Нью-Йоркского психоаналитического института, поскольку «Эдипов комплекс больше не был центром психопатологической Вселенной. Вместо этого центром базового конфликта человека стали считаться превратности структуры характера». Уволенные во главе с К. Хорни (20 чел.) образовали «Общество за прогресс в психоанализе», где проповедовалась терпимость к неортодоксальным взглядам в психоанализе. Однако скоро свежий бриз стих, и возник новый догматизм, он вызвал появление ряда осколочных групп, каждая из которых воинственно размахивала своей собственной ортодоксальностью.

Мужество необходимо, чтобы противостоять, если ты убежден в своей правоте, и традициям. Традиция, считает А. Лазарус (1998), – это непреодолимая сила, которая может одержать верх над образованием и даже над здравым смыслом. В лучшем случае традиция пытается найти себе оправдание, натягивая поводья необузданных предположений. В худшем – она может сковать или разрушить творческие силы и новаторство. Поэтому следует постоянно проверять, не создает ли она препятствий для эксперимента и перемен. И молодые психотерапевты, и имеющие ученые степени часто тщательным образом поддерживают чистоту теории. Мы надеемся на то, что в будущем эклектическая непредубежденность будет поощрять экспериментаторство, в отличие от нынешней практики консервативных преподавателей и супервизоров, преданных единому подходу. В области психоанализа все еще много крестоносцев. Они утверждают, что внимание должно быть сконцентрировано на сопротивлении, а не на симптомах. Соглашаясь, что основная забота при проведении анализа – это проработка сопротивления, спросим себя, как может мужчина-пациент работать со своими эдиповыми фантазиями, если он в такой депрессии по утрам, что едва может обуться? Как может женщина-пациентка углубляться в диссонанс между архаическими интроекциями, когда ее регулярно бьет муж-алкоголик? Как может бунтующий подросток, чей мозг затуманен марихуаной, искать равновесие между сепарацией и индивидуацией? Как может пациент в маниакальной фазе биполярного расстройства спокойно лежать на кушетке и погружаться в свободные ассоциации о своем прошлом? Как может страдающий фобией попасть в приемную аналитика, находящуюся на двенадца-

том этаже, если он боится войти в лифт? Это примеры из практики. Я вспоминаю симпозиум по психотерапии в Швеции, в работе которого принимал участие известный аналитик из Германии. После того как он представил случай, ему был задан вопрос из аудитории, использовал ли он когда-нибудь групповую психотерапию. Ошеломленный, он ответил: «Групповую психотерапию? Я этого не сделаю, даже если вы приставите револьвер к моей голове!» Психоаналитики – отнюдь не единственные практики, цепляющиеся за догму. Есть много психотерапевтов биологической, бихевиоральной, гуманистической и других ориентаций, которые с редкой свирепостью привержены своему кредо и не склонны воспринимать доктрины, отличающиеся от их собственных. Но из-за сверхконфиденциальности, материальной необходимости или обычного нарциссизма некоторые психотерапевты не внимают голосу разума и пытаются подогнать все проблемы к своему узкоспециальному подходу. Мы должны освободиться от страхов, свойственных людям, столь преданным своим убеждениям, что они не в силах пересмотреть их, даже когда обстоятельства подтверждают, что эти воззрения неверны. Терпимость к точкам зрения, отличающимся от нашей собственной, – основной принцип для понимания того, что коллеги могли проделать не тот же самый путь, что и мы [Лазарус, 1998, 94–110].

В этом ключе следует и рассматривать отзыв Джадда Мармора на выступление Йозефа Вольпе на одном из конгрессов по эволюции психотерапии: «Когда я пытаюсь понять, что происходит в уме д-ра Вольпе, мне начинает казаться, что его настолько травмировало противодействие, которое его работа вызвала в 50-е гг. со стороны психоаналитического сообщества, что он до сих пор не может прийти в себя. Он все еще сражается, отказываясь признать тот факт, что положение дел изменилось. Красной нитью через выступление д-ра Вольпе проходит мысль о том, что должна существовать единая психотерапевтическая наука, основанная на бихевиоральном подходе» (1998, 272).

Еще одним очень важным аспектом в виде барьера научного творчества выступает интолерантность, нетерпимость к другой мысли, позиции, научной школе.

Если нас чему-то учит история психологии, пишут Дайана и Сидни Шульц (1998, 497), так это тому, что, когда некоторое научное направление оформляется в научную школу, оно получает мощный импульс движения, который можно остановить лишь полной победой над теоретическими противниками. Когда это, наконец, происходит, гибкие и подвижные артерии столь молодого и энергичного прежде движения начинают хиреть. Гибкость сменяется окостенением, на смену революционному запалу приходит необхо-

димость защищать достигнутое, умы и сердца закрываются для новых идей. Тогда-то и возникает любая структура, любой истеблишмент.

В научном творчестве, как может быть ни в каком другом виде жизнедеятельности, заметен осознанный уровень проявления фиксированных форм поведения – на уровне «не хочу». В этой связи Т. Кун пишет, что «ни с помощью логики, ни с помощью теории вероятности невозможно переубедить тех, кто не хочет войти в круг» (1975, 133).

Со времен Аристотеля и до наших дней живет и здравствует среди некоторых философов и педагогов предрассудок, что стоит только человека обучить особым приемам рассуждения, натаскать его умению строить силлогизмы в строгом соответствии с правилами и законами формальной логики – и мыслитель готов. Схоластическая философия в свое время усердно выполняла эту программу: поставляла обществу в изобилии начетчиков и педантов, «унылых наборщиков готового смысла» (О. Мандельштам).

Сталкиваясь с противоречием действительной жизни, недиалектическое мышление отворачивается от него как от абсурда, а в лучшем случае цепляется за одну сторону противоречия, возводя его в абсолют. Оно тяготеет к прямолинейным суждениям о мире: да-да, нет-нет, а что сверх того, то от лукавого.

В течение многих десятилетий исследовательская мысль физиков билась над проблемой: имеет ли свет корпускулярную или волновую природу? Частица или волна? «Или – или» – другой альтернативы метафизический подход предложить не мог, пока не явился де Бройль и не сломал этот сложившийся и закрепленный веками стереотип физического мышления. Он взглянул на проблему глазами диалектика (хотя и стихийного) и увидел нечто совершенно новое, небывалое, на первый взгляд фантастическое, как сфинкс, как кентавр, – увидел то, чего никому до него увидеть было не дано: единство волны и частицы, дискретности и непрерывности – воплощенное единство противоположностей в их непрерывном движении.

Учиться мыслить диалектически – это значит задавать природе такие вопросы, которые ей еще никто не задавал, искать новые, неожиданные пути для нерешенных проблем, не уходить от острых вопросов, противоречивых ситуаций, а стремиться постигнуть их в этой остроте и противоречивости.

Именно это обстоятельство имел в виду молодой Маркс, когда писал, что «первой основой философского исследования является смелый свободный дух» (1956, с. 169). Мыслить диалектически – это значит постигать действительность как сложный, противоречивый процесс непрестанного развития и изменения.

Чтобы лучше постигнуть существо культурного, т.е. диалектического, мышления, стоит сопоставить его с антиподом – мышлением рассудочным, обыденным, обывательским.

Их (пифагорейцев) мнение о сферичности Земли в древности было встречено с ожесточенным сопротивлением, подвергалось многочисленным насмешкам и издевательствам. Оно казалось верхом абсурдности и бессмыслицы, так как не сообразовывалось с самыми элементарными соображениями «трезвого рассудка». Как может быть Земля шаром, когда перед взором она предстает плоской? Если бы она была сферичной, то как держались бы на поверхности ее «нижнего» полушария люди, вода, здания и прочие тяжести? Подобные соображения казались убийственными для гипотезы шарообразности даже таким глубоким мыслителям, как Аристотель и Лукреций Кар, который обзывал пифагорейцев «надменными глупцами», ум которых к «извращению истины склонен».

В этой связи стоит обратиться к замечательному «аргументу» в стихотворной форме, предложенному А.С. Пушкиным («Движение»).

Движенья нет, сказал мудрец брадатый (Зенон. – *Г.З.*)
Другой смолчал и стал пред ним ходить (Диоген. – *Г.З.*)
Сильнее бы не мог он возразить;
Хвалили все ответ замысловатый.
Но, господа, забавный случай сей
Другой пример на память мне приводит:
Ведь каждый день пред нами солнце ходит,
Одиако ж прав упрямый Галилей.

В этом великолепном примере то самое столкновение чувственной видимости («согласно мнению», Солнце движется относительно Земли) и закономерности («согласно истине», Земля движется относительно Солнца). Обыденное сознание – это совокупность мнений, почерпнутых из повседневного житейского опыта, довольно часто – из некритического и наивного восприятия лежащих на поверхности явлений, из веками накопленных предрассудков и догматов. Обыденное сознание с присущим ему «здравомыслием» доверяет только тому, что можно «пощупать», но в то же время удивительно легко и безоговорочно принимает на веру представления, освященные ореолом «общепринятости», как бы бессмысленны они ни были и как бы ни противоречили новым фактам и доводам. Вот почему это сознание склонно по самой природе своей бездумно и трусливо преклонять колени

перед авторитетами, будь то авторитет церкви, титула или ученого имени. Так, в Средние века из идей Аристотеля – «самой универсальной головы среди греческих философов» (Маркс) – сделали своего рода молитвенник, его авторитетом подкрепляли авторитет религии. И когда некоего иезуитского профессора XVIII в. пригласили посмотреть в телескоп и убедиться, что на Солнце есть пятна, он ответил астроному Кирхеру: «Бесполезно, сын мой. Я два раза читал Аристотеля с начала и до конца и не обнаружил у него никакого намека на пятна на Солнце. А следовательно, таких пятен нет».

Верхом своего «творчества» в науке такое мышление полагает схематизацию уже добытых результатов в набор догматов, конструирование закостенелых – вечных и неизменных принципов и систем, сквозь ячейки которых, как сквозь сито, отсеиваются все «противоречащие» факты и выводы. Дескать, тем хуже для фактов! Загадки противоречия и парадоксы природы пугают его вместо того, чтобы вдохновить на поиск. Оно прячется от них под крыло привычных и утешительных сентенций: «Сие есть таинство, и постичь его никому не дано»; «Таков промысел Божий»; «Этого не может быть, потому что этого не может быть никогда».

История науки изобилует примерами того, что даже самые талантливые исследователи оказывались не на высоте, когда становились рабами философского нигилизма.

Известно, что гениальный Ньютон первым совершил открытие дифференциального и интегрального исчислений. Но его эмпирическая позиция, выраженная в знаменитом тезисе: «Гипотез же я не измышляю», помешала ему, очевидно, придать открытию необходимую форму. Эту более совершенную форму сумел найти философ Лейбниц.

В начале XX в. идеи специальной теории относительности «носились в воздухе». Знаменитый французский математик Анри Пуанкаре стоял на пороге открытия этой теории. Но, по мнению великого физика современности Луи де Бройля, сделать открытие ему помешала порочная философская позиция, предубеждение против теоретических построений, которые, как он считал, ученый выбирает лишь ради соображения «удобства», а не в целях найти адекватное выражение действительных процессов.

Вспоминаются мудрые слова де Бройля о том, что позитивистская позиция имеет, конечно, свои преимущества, которые состоят в «благоразумии» и в том, что она обязывает ученого оставаться на почве установленных фактов, но она имеет и крупные недостатки: она рискует подрезать крылья научному воображению, которое всегда играет фундаментальную роль в прогрессивном развитии науки, и она может также затормозить это развитие,

априорно заявляя о том, что запрещено вступать на тот или иной путь исследования. Здесь эмпиризм смыкается с догматизмом.

Гегель, приведя эпизод из жизни Фалеса (тот как-то упал в яму, глядя на звезды), не без иронии заметил, что ведь и философы, в свою очередь, смеются над людьми, которые, разумеется, не могут упасть в яму, потому что они раз и навсегда лежат в ней и не обращают своих взоров ввысь (Соч., т. 9, с. 155).

Глава 4

ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ФИКСИРОВАННЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ ДЛЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

> Эмоционально здоровые люди психически гибки, открыты переменам и склонны непредвзято относиться к бесконечному разнообразию личностей, идей и вещей в окружающем их мире. Они могут страстно отстаивать свои убеждения и чувства, при этом спокойно воспринимая новое и умея менять свое представление о «реальности» в зависимости от получаемой ими свежей информации.
>
> *А. Эллис*

§ 1. Психическая ригидность в дифференциальной диагностике (нормы и нервно-психические патологии)

Одной из задач данного исследования явилось определение дифференциально-диагностического значения психической ригидности с учетом особенностей ее проявления при основных нервно-психических расстройствах и алкоголизме. В этом параграфе представлены результаты исследования, направленного на решение указанной задачи.

Прежде всего, было важно разработать критерии и методы дифференциальной оценки психической ригидности, опираясь на результаты сравнительного исследования здоровых лиц (норма) и больных основными нервно-психическими расстройствами (неврозы, психопатия, неврозоподобные состояния экзогенно-органический генез, шизофрения и алкоголизм). Это позволило определить среднегрупповые показатели (нормы и патологии) по всем параметрам психической ригидности – интенсивности, экстенсивности – для групповой дифференциальной оценки. Предпринята была также попытка выработать критерии индивидуальной диагностики в двух вариантах. Суть первого состояла в отнесении обследованного с учетом степени выраженности психической ригидности и согласно квартильной градации разброса данных шкалы «симптомокомплекс ригидности» (ТОРЗ) к одной из четырех групп: низкоригидным, умереннориrидным, высокоригидным, чрезмерноригидным. Суть второго варианта состояла в том, чтобы не только оценить степень проявления конкретным обследуемым психической ригидности, но и отнести его при альтернативной диагностике к «его» группе – к «норме» или к «нервно-психической патологии», к «шизофрении» или к «неврозам» и т.д.

Разумеется, в данном случае речь идет не о постановке психиатрического диагноза, а лишь об определении, по какому типу, например «нормы» или «патологии», проявляется психическая ригидность. В то же время данная информация в качестве дополнительной может включаться в диагностическое суждение врача.

Для осуществления альтернативной диагностики были использованы некоторые математические методы теории распознавания образов и возможности ЭВМ (Гублер, 1978).

Дифференциальная оценка проявления психической ригидности позволяет конкретизировать ее в качестве предиктора («фактора риска») нервно-психического расстройства, индикатора прогноза, а также ориентира при формировании индивидуальных реабилитационных мероприятий – их направления, объема и длительности.

Групповая оценка психической ригидности. Полученные в исследовании среднегрупповые показатели психической ригидности по параметрам интенсивности и экстенсивности для нормы, общей группы нервно-психической патологии и алкоголизма по данным ТОРЗ отражены в табл. 19. Вместе со среднегрупповым показателем приводятся стандартные отклонения параметра ИПР и трех показателей параметра ЭПР (ЭПР-1, ЭПР-2 и ЭПР-3).

Альтернативная индивидуальная дифференциальная диагностика психической ригидности. В последние годы все большее применение находит использование математических методов теории распознавания образов в альтернативной диагностике, в том числе в психиатрии и медицинской психологии (Случевский, 1997; Гоштаутас, 1977; Бажин, 1984; Вассерман, Кудрявцев, 1985; Тупицын, Вукс и др., 1986). Чаще всего находят применение в табличном и машинном вариантах «неоднородная последовательная статистическая процедура Вальда» и «формула Байеса» (Гублер, 1978). В нашем исследовании были использованы оба метода.

При некотором различии в самих алгоритмах этих методов общее лежит в сути вероятностного подхода. При вероятностном подходе установление диагноза основывается на тех соображениях, что далеко не всегда некий симптом X встречается во всех случаях заболевания A. Чаще всего он наблюдается в той или иной части случаев как заболевания A_1, так и A_2, но с разной частотой. Этому подходу соответствует наше предположение, подкрепленное результатами исследований, что психическая ригидность характеризует и здоровых людей, но при нервно-психической патологии она и встречается чаще, и проявляется более интенсивно.

Таблица 19

Первичные статистические характеристики шкал ТОРЗ по параметрам ИПР и ЭПР для групповой диагностики

Группа	Шкалы ТОРЗ											
	СКР-62*		АР-18		СР-19		УР-17		РСО-6		ПМР-20	
	ИПР	ЭПР**	ИПР	ЭПР	ИПР	ЭПР	ИПР	ЭПР	ИПР	ЭПР	ИПР	ЭПР
Норма	121,1	55	30,2	11,7	33,1	10	24,1	8,5	12,7	4,9	33,9	12,8
	+/–4,8	9,3	8,5	2,5	10,0	2,9	8,4	2,3	5,9	1,8	9,8	3,3
M+/–***		38		7,4		8,3		5,7		3,8		8,3
		8,1		2,5		2,9		2,4		1,7		2,9
		21,6		3,7		4,3		3,2		1,6		4,5
		9,7		2,5		2,9		2,4		1,7		3,0
Патология (общая группа)	145,6	58,6	38,5	13,1	43,8	14,2	29,3	10,5	17,3	5,1	37,6	113,4
	+/–8,4	11,0	10,6	3,3	12,7	3,4	8,5	3,2	6,7	3,5	10,4	3,5
M+/–		45,0		9,7		11,3		7,2		4,6		9,4
		9,2		3,0		3,6		2,5		1,7		3,1
		28,3		5,7		6,9		4,5		3,0		5,3
		11,6		3,2		4,1		2,8		3,1		3,3
	139,9	55,7	35,6	12,0	40,6	13,2	31,3	10,7	13,7	4,5	37,2	13,0
	+/–6,0	9,5	9,3	3,2	11,8	3,1	7,0	2,9	5,9	1,5	10,5	3,5
		43,5		9,0		10,4		7,8		3,9		9,3
		7,9		3,0		3,4		2,0		1,7		2,9
		28,6		5,6		6,6		5,1		2,0		5,5
		11,6		3,1		3,9		2,6		1,8		3,4

* Число утверждений шкалы;

**ЭПР-1, ЭПР-2, ЭПР-3;

*** Средние по группам со стандартным отклонением.

В качестве признаков проявления психической ригидности выступили подвергнутые информационно-статистическому анализу на дифференционально-диагностическую значимость пункты Томского опросника ригидности в их четырехзначной градации: признак отсутствует – 0, выражен слабо – 1, выражен сильно – 3 и выражен очень сильно – 4 балла. Гипотеза различия проверялась с помощью X^2-критерия в рамках исследуемой диагностической альтернативы для каждого признака. Затем при последовательном анализе Вальда в каждой альтернативной паре в диагностической таблице оставлялись признаки, диагностическая информативность (Кульбак, 1967) которых была не ниже 0,20.

При использовании формулы Байеса (машинная обработка) из списка различающихся признаков по X^2-критерию в альтернативе «норма» – «патология» было отобрано 10 наиболее отличающихся. Для каждой из обследованных нами групп здоровых лиц и больных – не менее 2/3 числа входящих в них были подгруппами «обучения» – подсчитывались относительные частоты градаций степени выраженности для 10 отобранных признаков, а затем отношения этих вероятностей на компьютере. Оставшаяся треть каждой из групп была подгруппой «экзамена». Диагностический альтернативный анализ осуществлялся машинным способом. Результаты этого анализа (табл. 20) показывают, какой процент обследованных в каждой альтернативной паре на 95%-м уровне достоверности может быть правильно «диагностирован», т.е. может быть принято решение, что у данного лица психическая ригидность проявляется «по типу нормы» или «по типу, например, невроза». Так, при альтернативном анализе (по Байесу) обследованных – группы здоровых и больных неврозами – в 80% случаев здоровые и в 84% случаев больные диагностировались правильно. Но в других альтернативных парах процент правильных «диагнозов» несколько ниже, чему дать однозначное объяснение пока затруднительно. Причины, на наш взгляд, могут быть следующими: не самый удачный набор при-

Таблица 20

Альтернативный диагностический анализ по Байесу ($p < 0,5$)

Альтернативная пара номеров	Подгруппа		Правильный прогноз	
	обучения	экзамена	Абс.	%
Контроль – неврозы (239–107)	189/70	40/37	32/31	80/84
Контроль – психопатия (239–69)	189/45	50/24	29/15	60/63
Контроль – орг. поражения ЦНС (239–90)	189/60	50/30	33/24	66/75
Контроль – шизофрения (239–153)	189/100	50/53	32/36	64/68

знаков; их малое число; малый объем группы «обучения». Роль числа признаков обнаружилась, например, в исследовании Ю.Я. Тупицына и А.Я. Вукса (1986). Здесь же показано, что значительно «лучшие» результаты дает последовательный анализ Вальда.

Более понятным является тот факт, что больше правильных «диагнозов» в каждой альтернативной паре приходится на больных. В то же время большой процент неправильных и неопределенных «диагнозов» еще раз говорит о необходимости дальнейших поисков в этом направлении. То же самое относится и к попытке применения альтернативной диагностики психической ригидности в межнозологических сопоставлениях. То, что показал метод последовательного анализа Вальда в этом отношении, также говорит пока лишь о возможности его использования, но при условии дальнейшей исследовательской работы – поиска «дискриминирующих» признаков, увеличения до уровня достаточности группы «обучения», более жесткой верификации психиатрической диагностики.

Сегодня же результаты альтернативной диагностики психической ригидности следует считать лишь предварительными. При использовании любого варианта альтернативного диагноза в целях оперативной предварительной диагностики следует её дополнять описанием количественно-качественных особенностей проявления психической ригидности. Эта информация является эффективной как для этапа формулирования дифференциального диагноза, так и для прогноза и реабилитационных мероприятий.

Вместе с тем, определяя психическую ригидность как дезадаптирующий фактор, мы считаем, что предлагаемые методы оперативного диагностирования могут быть использованы для выявления так называемых «групп риска» (высокий уровень психической ригидности в структуре личности есть «фактор риска») при скрининговых исследованиях. Этой цели может служить и обычная индивидуальная диагностика психической ригидности, о которой говорилось выше, – отнесение обследуемого к одной из групп: «низкоригидным», «умереннориригидным», «высокоригидным» или «чрезмерноригидным».

§ 2. Элементы фиксированности в диагностическом мышлении (врача, психолога)

Психологическому анализу врачебных ошибок было посвящено ограниченное число исследований (Залевский, Корнетов, 1985). Более подробно

вопросы врачебных ошибок разрабатывались хирургами. В частности, предполагалось даже выделить отдельную науку – erro logica. Мы остановимся лишь на ошибках в рамках erro diagnostica, которые можно интерпретировать как фиксированные формы поведения (перцептивно-мыслительной деятельности).

В этом отношении интерес представляет фактически уникальное исследование Н.И. Курочкина (1982), выполненное под руководством профессора М.С. Роговина, в котором показана актуальность изучения особенностей реализации явления «фигура – фон» в конкретной профессиональной деятельности, в частности в рентгенодиагностике.

Нам представляется, что актуальность изучения роли этого феномена выходит далеко за пределы лишь «перцептивных» профессий – врача-рентгенолога и т.п. Просто в случаях других видов диагностики, например психиатрической, фигуро-фоновые отношения являются не чисто перцептивными, а порой вообще не перцептивными. Вместе с тем, по нашему мнению, психологические механизмы, экспериментально выявленные Н.И. Курочкиным при изучении роли фигуро-фоновых отношений в процессах восприятия и интерпретации медицинских рентгенограмм, такие как «отвлекающая фигура», «самоограничение» и «аттракция», в их тесной связи с механизмами фиксированности (рентгенолог остается, по выражению В. Бергхоффа, как бы «душевно незрячим») срабатывают в целом ряде случаев и при психиатрической диагностике. Ими же можно объяснить, как мы постараемся это показать, и встречающиеся в психиатрической практике некоторые диагностические ошибки.

Фиксированность в диагностическом суждении врача-психиатра возникла в данном случае благодаря действию механизма «отвлекающей фигуры». Суть последнего заключается в том, что при первом впечатлении врач «схватывает» ярко выраженные признаки, что субъективно переживается как выделение фигуры на фоне, и выдвигает диагностическую гипотезу, которая сразу же кажется ему правомерной, убедительной. На всех этапах состояния некоторые основные характеристики избирательно привлекались и оценивались как фигурные для подтверждения первого диагностического впечатления. Иначе говоря, возникают «эффекты установки и ожидания». Их влияние проявляется в том, как пишет Н.И. Курочкин (1982), что они обусловливают выбор определенной перцептивной информации, релевантной сформировавшемуся предположению; происходит «сужение» цели действия, поиск теперь осуществляется фактически только в рамках возникшего диагностического предположения. Такая фиксированность открывает путь

к упрощенной диагностике по критерию формального сходства без учета многомерного анализа структуры состояния: стабильности признаков, конституционального отпечатка, реакций, психологической понятности ключевых переживаний и т.д.

Довольно часто клиницистами допускаются диагностические ошибки по типу «pars pro toto», когда суждение о целом выносится по оценке какой-либо его части. В данном случае выделенная часть становится фигурой и фиксируется без учета того, что целое есть новое качество, а не просто сумма частей, его составляющих. Таким образом, фиксированность возникает на основе диагностической фетишизации признаков с анозогнозией целостной клинической картины. Примером такой диагностики может быть нижеприведенный случай, в котором врач расценил у больной истерической психопатией образное художественное мышление как символическое, поставил диагноз шизофрения, не учтя особенности структуры личности и динамику состояния.

Следующий тип диагностических ошибок можно условно определить как «экономию мысли и диагностическую пассивность». В данном случае речь идет о первичной неправильной диагностике и встречающемся формальном накоплении медицинской документации. При поступлении больного врач, поднимая предыдущую архивную документацию, автоматически переносит прошлый диагноз в историю болезни даже тогда, когда настоящее психическое состояние больного мало соответствует предыдущему. Такие ошибки относительно редки, но все же имеют место в практике врача-психиатра. Благоприятным условием для ошибок такого рода является формальное описание психического состояния в архивной медицинской документации. Например: «Поведение упорядоченное. В отделении ничем себя не проявляет. Эмоционально сглажен. Активной психопатологической симптоматики не выявляет. Сон и аппетит в норме».

Разновидностью изложенного варианта диагностических ошибок является эффект «авторитета». По нашим наблюдениям, такие ошибки, как правило, допускаются врачами, которым были свойственны ригидность, тревожность и конформность, положительно коррелирующие в структуре личности (Залевский, 1993).

Следующей разновидностью диагностических ошибок является «эффект концептуальной ригидности «установки», или «самоограничения» (П.И. Курочкин). Она наиболее часто встречается при попытке объяснить эндогенный психоз экзогенными факторами. В данном случае диагностическая схема выглядит в духе лапласовского детерминизма, когда структура психоза полнос-

тью игнорируется и клинико-психопатологический анализ не выступает в качестве основного инструмента диагностики. Например, если при психозе определенные параклинические данные указывают на воспалительный процесс независимо от его интенсивности (ангина, воспаление молочных желез, пневмония), то якобы можно вести речь об инфекционном психозе. Или когда имеют место, например, любая своеобразная эволюция личности, ее динамика в пубертатный период, декомпенсация при психопатии, особенно с трансформирующимся развитием личности, то они ошибочно могут оцениваться как вялотекущий процесс шизофрении.

Особый тип диагностических ошибок имеет место при так называемой казуистике, когда фиксированность возникает в связи с ассимиляцией семиотики, впервые встреченного случая психического расстройства, в систему сложившегося опыта. Иллюстрацией этого может служить следующее наблюдение.

С точки зрения отношений элементов в структуре действия – диагностического суждения, «ассимилятивный» диагноз можно рассматривать как фиксированное действие, в котором доминирует уровень привычных средств. Доминирование этого низшего уровня приводит к снижению уровня (качества) действия, а суждения врача являются в таких случаях не только ошибочными, но и вообще неадекватными (например, диагностическое суждение: «травматическая энцефалопатия»).

Таким образом, структурно-уровневый подход и в его контексте понимание фиксированных форм поведения (например, фигуро-фоновых отношений в перцептивных действиях) позволяют даже на результативном уровне с новых позиций интерпретировать целый ряд врачебных диагностических ошибок в психиатрической практике. Разумеется, что более глубоко и основательно природа этих ошибок с указанных позиций может быть раскрыта на пути от реинтерпретации результата к экспериментально-психологическому анализу самого процесса – диагностической деятельности врача-психиатра.

То же самое следует предположить и относительно профессиональной деятельности практического психолога. Так, А.Е. Айви с соавт. (1990), анализируя опыт работы психологов-консультантов и психотерапевтов, в том числе и свой собственный, предлагают следующий список характеристик (в нашем понимании – фиксированных форм поведения) «неквалифицированного» психолога: довольно часто считает, что его видение мира – единственно правильное и не способен понять, что клиент воспринимает мир иначе; слишком жестко привязан к собственной теории и личным конструктам, а потому нередко не слышит клиента; упрямо цепляется за один стиль

поведения; способен работать в рамках только одной культуры, рабски привязан к одной теории и не думает об альтернативных; не работает с разными вариантами решения проблемы, проявляя скорее ригидность, чем творчество и гибкость при необходимости поиска альтернатив и т.д.

§ 3. Суицид как фиксированная форма поведения

Вопросы, связанные с исследованием различных аспектов суицидального поведения, составляют серьезную медико-психологическую проблему. А.Г. Амбрумова (1980) и др. подчеркивают, что, наряду с другими факторами, важную роль в качестве механизмов суицида играют и определенные индивидуально-психологические особенности суицидентов. К последним Breed (1972), Patsiokas (1979) склонны отнести и психическую ригидность. Но до настоящего времени, насколько нам известно, в отечественной суицидологии не были проведены соответствующие экспериментально-психологические исследования. Хотя А.Г. Амбрумова (1989) говорит о «неконструктивности жизненной позиции» суицидентов, особенно в старческом возрасте, характеризующейся замедлением темпов функционирования и нарастанием ригидности (эмоциональной и интеллектуальной).

Нами (Залевский, Степанченко, 1997) было психологически обследовано 150 чел., совершивших суицидальную попытку (отравление), в возрасте от 18 до 55 лет, из них 79 мужчин и 71 женщина. Использовался Томский опросник ригидности (Залевский, 1987), включающий 141 вопрос/утверждение, структурированные в семь шкал: «Симптомокомплекс ригидности» (СКР), «Актуальная ригидность» (АР), «Сенситивная ригидность» (СР), «Установочная ригидность» (УР), «Преморбидная ригидность» (ПМР) и «Ригидность как состояние» (РСО). «Шкала реальности» в табл. 21 не приводится.

После комплексного медико-психологического обследования выяснилось, что контингент суицидентов неоднороден по состоянию психического здоровья. Так, выделено 3 группы:

1. 106 человек (68 женщин, 38 мужчин) с диагнозом «практически психически здоров».

2. 27 человек (26 мужчин, 1 женщина) – больные хроническим алкоголизмом 2-й стадии.

3. 17 человек (15 мужчин, 2 женщины) с диагнозом «психопатия возбудимого круга».

Таблица 21

Уровень проявления психической ригидности (по данным шкал ТОРЗ) у разных групп испытуемых без «с»- и с «с»-попыткой (в терапевтической динамике)

№ п/п	Шкалы ТОРЗ	Без «с»-попытки*			С «с»-попыткой 1-е обследование 2-е обследование		
		Норма	Алкоголизм	Психопатия возбужденного круга	Психически здоровые	Алкоголизм	Психопатия возбужденного круга
1	СКР	121,1	139,8	137,4	146,4 140,6	185,9 179,7	195,1 189,9
2	АР	30,2	35,6	36,2	41,4 39,1	55,8 51,1	63,3 59,8
3	СР	33,1	40,6	40,3	47,8 43,4	54,6 50,0	64,1 60,2
4	УР	24,1	31,3	27,8	36,8 36,4	50,4 46,3	52,4 50,4
5	ПМР	33,9	37,2	36,2	37,0	54,7	63,7
6	РСО	12,7	13,7	16,9	21,5 16,9	22,8 17,8	24,0 21,9

* С суицидальной попыткой.

Таким образом, 44 человека (2-я и 3-я группы) – это патологически измененные личности.

Исследование всех суицидентов проведено в 2 этапа: 1-й – в период ближайшего постсуицида (до 7 дней после отравления); 2-й – в период позднего постсуицида (спустя 3–4 месяца).

В период нахождения в стационаре все пациенты работали не только с врачами, но и с психологами. С ними проводилась психотерапевтическая работа, включающая преимущественно метод рациональной психотерапии, анализ продуктов деятельности (дневники, письма). Ряд пациентов (все 106 человек 1-й группы) прошли занятия методом групповой психотерапии. Кроме того, приводились коррекционные мотивы суицида, обсуждены пути разрешения конфликта.

После проведения реанимационных мероприятий больные по-разному реагировали на факт спасения. Так, все 106 чел. (практически психически здоровые) радовались этому, благодарили врачей, были согласны на любые обследования, положительно откликались на психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия. Они активно работали с психологами в группе и индивидуально. Осуждали себя за содеянную попытку, очень переживали за свое будущее. Они готовы были как можно скорее вернуться к

трудовой жизни. Женщины проявляли интерес к своему внешнему виду, делали макияж, интересовались новостями. Все 106 чел. были согласны с тем, что их способ реагирования на неприятность следует изменить. Они готовы были выполнять «любые тесты», чтобы лучше узнать и понять себя.

Остальные 44 суицидента («психически нездоровые») вели себя по отношению к медперсоналу сначала не совсем корректно, но по мере установления контакта стали проявлять интерес к собственной личности, поставив условие о полной конфиденциальности происходящего.

Результаты психологического обследования (табл. 21). свидетельствуют, что, во-первых, люди, пытавшиеся свести счеты с жизнью, значительно ригиднее тех людей, которые такие попытки не предпринимали; во-вторых, значительно нарастает ригидизация структуры личности суицидентов на фоне алкоголизма и особенно психопатии; в-третьих, все суициденты, особенно психически больные, уже до суицида оказываются значительно ригиднее несуицидентов; в-четвертых, комплексная терапия суицидентов способна приводить к некоторому снижению психической ригидности во всех ее проявлениях.

Полученные данные позволяют сделать вывод прежде всего о неблагоприятной роли психической ригидности как свойства и как состояния суицидентов в той ситуации, где надо принять судьбоносное решение, – они оказываются неспособными найти иное решение. Эти люди в обычной ситуации, а тем более в ситуации стрессовой, оказываются зафиксированными на одном способе решения своей проблемы. Задача профилактики суицидального поведения должна состоять в воспитании флексибильных и стрессоустойчивых людей, а также в том, чтобы в критических ситуациях вовремя подсказать правильный выход из них.

§ 4. Прогностическое и реабилитационное значение психической ригидности (фиксированных форм поведения)

В данном параграфе, в рамках личностного подхода к реабилитации больных нервно-психическими расстройствами (Кабанов, 1978, 1981), мы попытались ответить на вопрос о прогностическом и реабилитационном значении психической ригидности.

В литературе есть указания на то, что психическая ригидность является преимущественно прогностически неблагоприятным фактором терапии и

реабилитации нервно-психических больных, а потому необходимо ее снижение (decreasing) (Колосов, 1979; Розовский, 1986; Раттер, 1987; Horney, 1945; Sullivan, 1953; Hughes, 1975; Parker, 1975; Brink, 1978; Krampen, 1978; Katschmarek, 1980).

При этом имеется в виду ее снижение и у здоровых людей в плане профилактической работы с целью улучшения адаптации и предотвращения дезадаптационных нарушений. Это, в первую очередь, должно осуществляться через систему семейного и школьного воспитания и обучения, направленных против «продуцирования» ригидных черт и ригидных личностей (Иванова, Привалов, 1983; Дубов, 1985; Rubenovitz, 1963; Böttcher, 1967; Leach, 1967; Shapiro, 1981). Особое внимание обращается на опасность в этом отношении ригидного (или уже – авторитарного) стиля воспитания (Залевский, Залевская, 1981) – по типу «или – или», «черное – белое» (Франселла и др., 1987); «серый цвет – цвет неопределенности, угрозы опасности», т.е. в духе нетерпимости к неопределенности (Frenkel-Brunswik et al., 1949; Adorno, 1973), а также воспитания детей в условиях постоянного запугивания, страха, тревоги, подавления активности и инициативы. В целом ряде исследований отмечается, что очень часто, например, больные неврозом, которых характеризует повышенный уровень ригидности, воспитывались в семье именно с таким стилем внутрисемейных отношений или имели родителей с выраженными ригидными чертами (Bottcher, 1967; Richter, 1990). А поэтому, пишет Rubenovitz (1963, 10), необходимо создавать условия, способствующие флексибильности, а не ригидности: давать больше свободы, меньше угрожать и наказывать, больше оптимизма, положительный взгляд на жизнь. Luchins et al. (1959) подчеркивают, что при обучении и воспитании, в терапии и вообще везде, где хотят изменить поведение и уменьшить ригидность, необходимо избегать ситуаций, провоцирующих тревогу и состояние фрустрации. Leach (1967) считает, что будущее проблемы ригидности – в изучении вопросов борьбы с ригидностью.

На наш взгляд, «борьба с ригидностью», а точнее, изучение возможности ее ослабления, компенсирования или нейтрализации, – это будущее проблемы ригидности и в области профилактики и реабилитации больных нервно-психическими расстройствами.

Уже сегодня имеются исследования, в которых предлагаются разные подходы с целью уменьшения ригидности пациентов – медикаментозные (Chown, 1959; Ancona, 1975; Hughes, 1978), психотерапевтические – индивидуальные и групповые или их сочетание (Захаров, 1991; Fredman et al.,

1973; Parker, 1975; Katschmarek, 1980). При этом методы терапевтического и вообще реабилитационного воздействия могут быть направлены либо непосредственно на психическую ригидность, что, на наш взгляд, менее перспективно, либо действовать на нее косвенно – через те факторы личности, которые вступают с ней в определенные (синергические, интерферирующие или компенсаторные) отношения в структуре личности (например, чрезмерная тревожность – стабильность или пассивность –активность и т.д.).

При всей общей сути реабилитационного подхода к нервно-психическим больным, пишут А.С. Борзунова и Н.М. Васюков (1974, с. 43), реабилитация больных отдельными нозологиями имеет свои особенности. Соглашаясь с ними, добавим: в рамках этих особенностей следует учитывать и особенности проявления психической ригидности больных той или иной нозологии, а внутри последних – в какой характерологической или личностной структуре она представлена. Несомненно, что следует учитывать и такие факторы, как давность заболевания, пол и возраст.

Так, Kohana (1978) оспаривает мнение Freud о том, что люди после 50 лет слишком ригидны для успешной психотерапии (психоанализа). Он видит причину такой позиции Freud в страхе последнего перед старостью и смертью. Хотя ригидность, как выяснилось и в наших исследованиях, не является обязательной монотонной функцией возраста, тем не менее следует согласиться с Brink (1978), что в пожилом возрасте психотерапия не должна идти в «лобовую атаку на ригидность»; она должна быть скорее problem-centered, т.е. ориентированной не на реконструирование личности старого человека, а на реконструирование, решение его проблем. Следует, однако, добавить, что, видимо, не было бы верным абсолютизировать такой подход, во-первых, и, во-вторых, он может иметь, как это будет частично проиллюстрировано ниже, несколько вариантов: проблемы решаются самим пациентом; проблемы решаются только средой (семьей, коллективом) или тем и другим вместе.

В заключение хотим подчеркнуть, что терапевтический и вообще реабилитационный подход в контексте проблемы ригидности должен учитывать суть ригидного действия (поведения), т.е. в чем состоят нарушения межуровневых отношений внутри структуры действия (поведения), что выступает в нем в качестве фиксирогенного компонента – средство, цель либо то и другое? Ведь психическая ригидность может реализоваться в фиксированных действиях (поведении), где структура их разрушается в связи с выбором неадекватных средств или постановкой «нелепых» целей, о чем речь шла выше.

§ 5. Фиксированные формы поведения как проблема психотерапии

У большинства людей от природы, считает А. Эллис (1998, 187), существует склонность с легкостью создавать проблемы, но с трудом их решать: 1) привычка мыслить, чувствовать и вести себя дисфункционально, от которой трудно отказаться; 2) склонность к физической, эмоциональной и интеллектуальной инерции; 7) склонность к мании величия; 8) приверженность принципу «все или ничего»; 11) часто проявляющееся нежелание быть настойчивым; 12) склонность к чрезмерным обобщениям и другим логическим ошибкам; 15) наличие таланта догматического, абсолютистского, жесткого, антинаучного мышления. Практически всем людям присуще стремление превращать взгляды, которых они придерживаются, в непоколебимые догмы. К несчастью, люди часто не хотят отказаться от своих дурацких убеждений. Джадд Мармор (бывший президент Американской академии психоанализа) считает, что терапевтические вмешательства должны основываться не на догме, а на стремлении к повышению уровня адаптации пациента. Он подчеркивает необходимость гибко приспосабливать техники мультимодального подхода к специфическим нуждам каждого пациента (1998, 162–174).

«Мы слишком стиснуты рамками того, что усвоили в прошлом, – поэтому и не можем начать эффективно использовать все измерения психотерапии. Я надеюсь, что профессионалы, стремящиеся помочь пациентам изменить поведение, смогут и сами измениться. Если наше сознание будет открыто новому, если мы будем неустанно изучать сложное человеческое поведение и пытаться разобраться в нем, мы скорее придем к многомерному воздействию» [Сеймур Халлек; цит. по: (Лазарус, 1998, 344)].

«Что нового узнали мы (Лазарус, 1998, 354–357) на проводившейся в 1985 г. в г. Финикс (штат Аризона) конференции психотерапевтов? Я лично был поражен тем, что многие участники посещали только те заседания, семинары или дискуссии, на которых выступали их любимые психотерапевты. Многие не воспользовались возможностью научиться чему-то у представителей другого направления. ...Обмена опытом почти не происходило; такое впечатление, что участники сидели в своих раковинах, как улитки, не интересуясь ничем из того, что происходило вокруг. Изменилось ли что-то за пять лет, будет ли эта конференция отличаться от предыдущей? Могу сказать, что, как в старом анекдоте, все будет точно так же – только хуже! Ситуация, о которой однажды было сказано: "догма пожирает догму" [Лар-

сон, 1980], усугубляется еще и тем, что называется "застыванием категорий" [О. Галон, 1990]. Внимательный наблюдатель заметит присущий многим авторитетам, участвующим в этой конференции, догматизм, презрение к неверующим в их теории, поучительный тон, необоснованную уверенность в правильности своих взглядов и эффективности своих методов, часто не подтвержденных экспериментами, а также непоколебимую уверенность в правильности взглядов, ошибочность которых я собираюсь вам продемонстрировать. Как психотерапевт я не испытываю рабской привязанности к какой бы то ни было ориентации» (Там же, 365).

Джей Хейли так комментирует выступление А. Лазаруса (1998, 378): «Научиться методу проще, чем научиться каждый раз перестраиваться. И все же очевидно, что при огромном количестве проблем, решения которых от нас ожидают, никакой отдельно взятый метод нас не удовлетворит. Владея разными способами воздействия, психотерапевт может ответить на вопрос, что лучше в каждом конкретном случае: применить несколько разных методов или, если это будет эффективным, экономно пользоваться лишь одним. Нам необходимо быть гибкими и уметь смотреть на проблему с разных точек зрения».

Понятие «мишеней» изменения в контексте интеграции психотерапии

Прогресс психотерапии следует связывать не только и не столько с разработкой новых методов, сколько с попытками ее интеграции на разных уровнях – технических приемов и методов, концепций и теорий, с поиском «более гибкой интегративной психотерапевтической парадигмы» (ПЭ, 1998, с. 318). И справедливо, что одной из существенных предпосылок развития интегративной психотерапии является выявление «общих факторов психотерапии, свойственных различным ее формам и методам» (Там же, 318).

На наш взгляд, к таким общим факторам можно отнести и «изменения в психотерапевтическом процессе». Мысль о том, что цель психотерапии – это осуществление определенных изменений (смена, замена, реконструкция, реорганизация, коррекция, модификация, перестройка, переструктурирование, перепрограммирование, преодоление, перерождение, переобучение, перевоспитание и т.д.), звучит в подавляющем числе ее определений: «...в терапии речь идет, в конечном счете, об изменении» (Kanfer et al., 1996); «...психотерапия отличается от других методов лечения, по крайней

мере, тем, что при ее проведении применяются психологические средства изменения личности, связанные с использованием основ психологии» [Карвасарский, 1998]; «Для меня психотерапия – это больше, чем искусство; это наука о том, как менять себя – менять свои мысли, чувства, поведение, а иногда и свое тело» [Гулдинг, 1998].

В то же время сторонники того или иного направления психотерапии имеют свои особые представления о том, что значит «изменения» в психотерапевтическом процессе, что вообще «должно изменяться» и как добиться «определенных изменений».

Сегодня же, как справедливо отмечает Д. Хейли, «у нас нет ни одной теории, занимающейся изменениями; психодинамическая теория посвящена вовсе не тому, как изменить кого-то, она – о том, что с пациентом происходит и что привело его к болезненному состоянию; суть обучающей теории также не в изменениях, а в определении истоков отклоняющегося поведения; системная теория семейной терапии трактует не об изменениях, а о том, что управляемая система является устойчивой» (1998, 77). «Иногда это напоминает сравнение апельсинов с яблоками; говоря об улучшении в состоянии пациента, психоаналитики имеют в виду совсем не те изменения, которые имеют в виду бихевиоральные психотерапевты» [Мармор, 1998].

Можно попытаться систематизировать представления о «мишенях изменения», имеющиеся в психотерапевтической литературе:

– «неадекватные формы поведения» (Левин), «дезадаптивные стереотипы» (М. Эриксон, Дж. Зейг), «слабая приспособляемость пациента» (Кратохвил), «неадекватные отношения, установки, эмоциональные поведенческие стереотипы» (Карвасарский), «неудовлетворяющие стереотипы реагирования» (Бендер и Гриндер), «непродуктивные стереотипы поведения» (Берн), «негативное поведение» (Дорш), «патологические поведенческие стереотипы» (Райл), «неадекватные привязанности» (Дзен-психотерапия), «дезадаптивные привычки» (Вольпе);

– «устаревшие схемы и стереотипы... стратегии решения проблем... способы взаимоотношений с окружающими» (Клерман и Вайсман), «сценарии» (Перлз), «телесная ригидность» (Ловен);

– «личность» (Салливен, Лазарус), «концепция Я» (Роджерс), «падший человек» (Православная психотерапия), «личность... жизненные позиции, непродуктивные стереотипы поведения, система ценностей» (Берн), «Ид – там, где было Ид, будет Эго» (Фрейд), «Оно – Самость должна заменить Оно» (Юнг);

– «правила неадекватной обработки информации (неадекватные когниции)» (А. Бек), «представления» (Дюбуа), «мысли об обстоятельствах своей жизни» (Бьюдженталь);

– «нарушенная система отношений» (В.Н. Мясищев), «отношения и взаимодействия» (З.Т. Морено);

– «спектр потенциальных смыслов... неадекватный смысл жизни» (Франкл);

– «способы достижения цели» (Бандура), «способы решения проблемы» (Бендер и Гриндер);

– «личностные построения и поведение» (Мейченбаум), «поведение... патологические стереотипные реакции... поведенческий репертуар... стереотипы мышления и психофизиологических реакций... (Кэнфер и др.), «мысли, чувства, убеждения и поступки» (М. Гулдинг), «мысли и стратегии поведения» (Айви и др.), «ложные предпосылки», «прежний образ жизни, который не только не работает, но уже и несостоятелен» (Гроф);

– «средовые условия, поддерживающие проблему, а также переменные внутри организма – когниции, механизмы переработки информации и тому подобное» (Райнеккер);

– «дезадаптивные, тормозящие развитие условия... в виде ригидных, непроницаемых/закрытых систем (семья)... стереотипные способы поведения» (Ялом);

– «личность и способности», «межличностные отношения, умения и навыки использования свободного времени», «работа и профессия», «сексуальная сфера», «психофизиологические параметры» (Граве), «собственные поведенческие стереотипы», «навыки общения», «неадекватные формы поведения», «три плоскости изменений – когнитивная, эмоциональная и поведенческая» (ПЭ, 106);

– «фиксированные роли... поведение... способы достижения цели» (Келли);

– «негибкие способы общения... тирания долга... мысли, чувства и жизненные планы» (Хорни);

Важным аспектом нашей концепции является то, что она включает и фиксированные формы поведения (ФФП) психотерапевта и их влияние на процесс и эффективность психотерапии (Залевский, 1998).

В процессе психологического и психотерапевтического взаимодействия субъектами фиксированных форм поведения могут быть как клиенты/пациенты, так и психологи/психотерапевты. В реальном процессе психологической помощи (диагностика, консультирование, коррекция и терапия) пси-

холог и психотерапевт вынуждены иметь дело прежде всего с разнообразными ФФП клиента-пациента, являющимися реальностью его проблем или болезненных состояний, которые надо изменить на противоположные – нефиксированные формы поведения, при этом психолог и психотерапевт сами не должны проявлять ФФП.

Некоторые (выдающиеся и просто известные) психотерапевты признаются в своей ригидности, говорят о ригидности других, в том числе даже выдающихся, психологов и психотерапевтов. «Как семейный терапевт я понимаю, что сейчас противопоставляю свою ригидность ригидности Эллиса, свой способ мышления и видения мира – его способу. Мы, действительно, существуем в двух параллельных мирах» (Сальвадор Минухин). «20 лет назад я был председателем собрания в университете Темпле, на котором Арнольд Лазарус впервые сказал о том, что бихевиоральная терапия приносит не такие хорошие результаты, как сообщает Вольпе. Тогда Вольпе поступил очень похоже на то, как поступил Фрейд с Юнгом и Адлером, – он немедленно перестал считать Лазаруса представителем бихевиорального движения» (Дж. Мармор). «Думаю, нам всем необходимо выбраться из прокрустова ложа убежденности в том, что мы должны «подгонять» пациентов под наши техники. Нам следует адаптировать свои техники к нуждам конкретных пациентов» (Дж. Мармор). «Многие психотерапевты и, возможно, большинство психоаналитиков склонны к такой привязанности (осмелюсь сказать, катектированности) к своим любимым теориям и техникам, что они высказывают некую закоснелость и временами неприязненную защищенность от всякой критики или предложений перемен. И только по-настоящему крупные мыслители, на мой взгляд, обладают и познавательным потенциалом, и поразительной смелостью, чтобы сохранить гибкость и открытость новым идеям» (А. Лазарус). «Научиться методу проще, чем научиться каждый раз перестраиваться, но... для того, чтобы наша работа была эффективной, нам необходимо быть гибкими и уметь смотреть на проблему с разных точек зрения» (Д. Хейли). «Психотерапевт пытается посмотреть на мир глазами пациента, вместо того чтобы оспаривать или подвергать интерпретации его мысли» (Д. Майченбаум). «Преодолев шоры (стандартные приемы и формальные правила, внушенные мне профессиональным обучением), мешающие видеть и понимать, я смогла ощутить присутствие живых людей и войти с ними в контакт, не нанося вреда собственной личности» (Р. Стэнфорд). «Большинство хороших терапевтов, я думаю, одновременно и прекрасные клиенты. Они готовы раскрыться, предъявить собственные проблемы, готовы признать их

болезненность, а также готовы и способны меняться в процессе психотерапии» (Мэри Гулдинг). «Если мое настоящее озаряется прошлым – ура! Если же прошлое оскверняет настоящее – давайте посмотрим, что можно сделать, и освободим себя» (В. Сатир).

При всем многообразии избираемых для психотерапевтических изменений мишеней, авторы, их определившие, как ни странно, правы, но только до того момента, пока они не абсолютизируют свой выбор, – «их мишени являются единственно верными для психотерапевтического воздействия и изменения».

Их правоту и неправоту в конечном итоге определяют клиент и пациент. Они (точнее, при их участии) определяют в каждом конкретном случае и что должно подвергнуться изменению, а затем и каким образом.

Мы полагаем, что определенный вклад в построение такой теории может внести развиваемая нами «акциональная структурно-уровневая концепция фиксированных форм поведения» [Залевский, 1970–2002].

Мы пытаемся увязать динамико-содержательную оценку личностных ресурсов клиента/пациента с «мишенями» изменения в рамках модели *«акциональной психотерапии»,* как мы ее понимаем.

При акциональной психотерапии исходными являются следующие позиции:

– «мишенями» психотерапевтических воздействий и изменений выступают фиксированные формы поведения (действия – action). Фиксированные формы поведения – широкий спектр форм поведения человека или группы людей, которые биосоциально, в плане культурных норм, принятых в данном обществе для лиц определенного возраста, пола и статуса, стали уже неадекватными, но повторяются и в ситуациях, объективно требующих их изменения; при этом уровень и степень осознания и принятия необходимости этого изменения могут быть разными;

– поведение (акция) нами понимается, вслед за П. Жане, как «мысль, чувство, отношение и собственно действие/движение» или, вслед за современными когнитивно-поведенческими терапевтами (Бек, Лазарус и др.), это «единство когнитивного, эмотивного и собственно поведенческого компонентов»;.

– системный структурно-уровневый подход к психике – личности и ее повсдению, положенный в основание акциопсихотерапии, предполагает прежде всего, что цель психотерапии в осуществлении определенных изменений (смена, замена, реконструкция, реорганизация, коррекция, модификация, перестройка, переструктурирование, перепрограммирование, перерождение, переобучение, перевоспитание, разрушение и т.д.).

Штрихи к портрету психолога-практика

В данном случае имеется в виду психолог практикующий, т.е. оказывающий консультативную и/или психотерапевтическую помощь. К ним следует отнести и тех психологов-практиков, которые осуществляют психодиагностическую (в отдельных случаях является самостоятельной), психокоррекционную, психоразвивающую и супервизорскую функции. Все обозначенные функции есть не что иное, как разновидности психологической помощи. В отличие от нашей страны, в США и Европе психолог-практик – профессия почти со 100-летним стажем, но и сегодня существуют разные подходы в оценке его деятельности и личности. Представляется важным познакомиться с имеющимся зарубежным опытом в этом вопросе не только с целью выработки системы критериев оценки уже работающих психологов и психотерапевтов, но и с целью оптимизации профотбора и совершенствования их подготовки и переподготовки.

А. Айви, М. Айви, Л. Саймэн-Даунинг (1987) предлагают следующую дифференциацию «квалифицированного» и «неквалифицированного» психолога (табл. 22).

При внимательном взгляде на предложенную классификацию психологов и лежащие в ее основе критерии явно выделяется из ряда других такой критерий, как «способность и/или готовность к изменениям, понять и принять необходимость изменений и нового (инноваций), к функциональной и поведенческой вариативности», готовность отказаться от неадекватного (профессионального) опыта и отсутствие опасений, страха и предубеждений относительно опыта нового. Этот критерий выступает как профессионально-личностное качество и определяется мной как *«ригидность»* – (противоположное качество или полюс – *«флексибильность»*); *ригидность проявляется в фиксированных формах поведения* (ФФП) – в различной степени их выраженности, модальности и спектре [Залевский, 1976–1998]. Так, согласно А. Айви и др., «квалифицированный» психолог от «неквалифицированного» отличается довольно широким спектром и разной модальности НЕ-ФФП: «не зафиксирован на собственной цели и склонностях», «может предложить альтернативное восприятие», «способен найти множество реакций на широкий спектр ситуаций и проблем», «понимает и использует в работе множество концепций, «способен к выработке множества мыслей, слов и моделей поведения внутри своей и в рамках чужой культуры», «проводит совместную работу с другими психологами», «понимает, как его реакция влияет на клиента, и наоборот», «не привязан рабски

Таблица 22

Сравнительная характеристика квалифицированного и неквалифицированного психолога-практика (консультанта, психотерапевта)

Атрибуты	Квалифицированный психолог	Неквалифицированный психолог
1. Цели психологической помощи	Помогает клиенту в достижении его целей и учитывает склонности клиента. Может предложить альтернативное восприятие и в некоторых случаях подсказывает направление	Преследует собственные цели, используя клиента, следует собственным наклонностям. Не в состоянии дать клиенту необходимое направление и поддержку
2. Отклики (реакции)	Способен найти множество реакций на широкий спектр ситуаций и проблем	Не имеет нужной реакции или упрямо цепляется за одну. Типичный стиль поведения
3. Мировоззрение (концепция)	Понимает и использует в работе множество концепций	Не имеет ясной концепции либо работает в жестких рамках одной из них
4. Культурная продуктивность	Способен к выработке множества мыслей, слов и моделей поведения внутри своей культуры и в рамках других культур (поликультурен)	Способен работать в рамках только одной культуры (монокультурен)
5. Ограничения	Понимает ограничения и работает под наблюдением. Проводит совместную работу с другими психологами по части теории, концепций, консультирования. Выступает в качестве супервизанда	Действует, не признавая своих ограничений; работает без наблюдения; не может работать с другими профессионалами
6. Межличностное влияние	Понимает, как его реакции, поведение влияют на клиента, и наоборот	Не понимает межличностного влияния. Порой даже отрицает то, что клиент находится под его влиянием во время консультирования
7. Человеческое достоинство	Честно общается с клиентом, уважая его достоинство	Обращается с клиентом неуважительно, нечестно, равнодушно, подчас в оскорбительной манере
8. Обобщенная теория	Активно осваивает новые теории, развивает концепцию психологической помощи. После изучения может стать приверженцем одной какой-то теории, признавая право на существование и других теорий	Рабски привязан к одной какой-то теории и не помышляет об альтернативных; скорее не способен к систематическому подходу
9. Отношение к теории	Рассматривает теорию как отражение реальности. Понимает, что его собственные убеждения основаны на манере мышления и вытекают из его культурной и половой принадлежности	Игнорирует половые и межкультурные различия, лежащие в основе процесса психологической помощи

к одной теории, активно осваивает новые», «не игнорирует культурные и половые различия».

Данные авторы дают портрет психолога/психотерапевта вне конкретных психологических теорий и психотерапевтических направлений. Некоторые другие авторы считают, что для разных направлений психотерапии характерны различные аспекты в оценке значимости личностных качеств психотерапевта или психотерапевтических приемов для эффективного лечения. Это различие обнаруживается при сопоставлении клиент-центрированной, поведенческо-когнитивной и психодинамической психотерапии [Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского, 1998, 425]. В «Энциклопедии» приводятся, так сказать, идеальные портреты психотерапевтов, представляющих то или иное направление с учетом их специфики. Можно думать, что «идеальные портреты» совпадают с портретами «квалифицированных психотерапевтов». В то же время, по мнению Карвасарского и его учеников, при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт практикует гибкий стиль поведения, преимущественно с эмпатическим подходом, при котором удается избежать крайностей директивного и недирективного стилей (Там же, 426). В связи с этим можно предположить, что «крайности директивного и недирективного стилей психотерапии» могут манифестироваться фиксированными формами поведения: например, «рабской привязанностью к одной теории» и т.д. Но я больше склонен думать, что решающими в данном случае факторами являются интраличностная структура психотерапевта (например, по параметру «ригидность – флексибильность») и стиль его поведения. Но это предположение требуется проверить основательными эмпирическими исследованиями. В плане прогноза эффективной профессиональной деятельности будущих психологов необходимые данные уже накапливаются [Залевский, 1998, 1999].

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Итак, критический анализ литературных данных и результаты собственных исследований позволяют сделать ряд заключающих всю проделанную нами работу выводов.

1. Фиксированные формы поведения – это мультидетерминируемый психологический феномен, характеризующий как индивидуальную систему (отдельного человека), так и групповые системы (от семьи, организации до этноса и общества в целом) в качестве барьера их развития, диагностического признака внутреннего структурно-функционального перенапряжения (гиперустойчивости) и прогностического указания на возможное разрушение, деградацию, дезадаптации и болезни.

2. Фиксированные формы поведения – это широкий спектр стереотипного, персеверативного и ригидного поведения и лежащих за ними диспозиционных факторов, и прежде всего психической ригидности.

3. Психическая ригидность представляет собой сложное многомерное свойство личности (или состояние), сочетающее в себе содержательную и формально-динамическую стороны. Пропорции между ними определяются уровнем подструктуры в общей организации личности – доля содержательной увеличивастся от психодинамической к психосоциальной; для формально-динамической характерна обратная тенденция.

4. Психическую ригидность можно определить как трудность коррекции программы поведения в целом или ее отдельных элементов в связи с объективной необходимостью и разной степенью осознания и принятия этой необходимости.

5. Одной из продуктивных моделей фиксированных форм поведения (ригидного в том числе) можно считать системную (структурно-уровневую)

концепцию психики, позволяющую рассматривать психическую ригидность во взаимосвязи личностных особенностей и поведения, а также в комплексе характеристик ее феноменологии и механизмов.

6. Совокупность экспериментально-психологических данных показывает, что нервно-психические расстройства сопровождаются усилением психической ригидности, отличаясь от нормы большей интенсивностью, глубиной и консистентностью. В случае нервно-психической патологии ригидность также более широко охватывает структуру личности по вертикали и горизонтали, что проявляется в расширении спектра фиксированных форм поведения по данным шкалы «симптомокомплекс ригидности»: интенсивность – в норме 121,1 против 145,6 при патологии при $t = 12,1$; экстенсивность – 38,0 против 45,0 при $t = 10,2$ и глубина – 2,2 против 2,5 при $t = 7,39$; во всех случаях $p < 0,001$).

7. Различные нервно-психические расстройства дифференцируются не по интенсивности, а преимущественно по пространственным характеристикам – экстенсивности, консистентности и интраструктурному профилю. То же самое относится и к различиям между отдельными формами внутри группы неврозов, психопатий, органических поражений ЦНС и шизофрении.

8. Определение психической ригидности в преморбидных особенностях больных, а также и у здоровых лиц по шкале «преморбидная ригидность» (Томский опросник ригидности) выявило ее большую выраженность у больных по сравнению со здоровыми. Полученные данные позволяют отнести психическую ригидность к совокупности личностных факторов, предрасполагающих к нервно-психической патологии (прежде всего при неврозах и алкоголизме).

9. В возрастной динамике и изменчивости психической ригидности в норме и при нервно-психической патологии выявлена общая закономерность нарастания ригидности. В то же время имеются и существенные различия, которые состоят в разном темпе усиления ригидности после 25 лет – при нервно-психической патологии он значительно выше, а также в более выраженном в норме снижении ригидности в возрастном периоде 18–25 лет с дальнейшим более медленным ее нарастанием.

10. Половые особенности в проявлении психической-ригидности выражаются количественно-качественными взаимоотношениями преимущественно в психосоциальной и праксической подструктурах личности. Кроме того, женщины проявляют большую ригидность в экстремальных ситуациях и чаще дают «неофобические» реакции.

11. Психическая ригидность выявляется в структуре разных типов личности, но при различной выраженности и сочетании количественных и качественных показателей ее параметров. Выделены два варианта ригидного типа личности – «стенический» и «астенический». Для первого варианта характерны выраженность аффекта, активное отстаивание привычного и сопротивление изменениям и новому, рационализация их неприятия, ригидность целей, неадекватно повышенная самооценка, экстравертированность, а для второго – слабая выраженность аффекта, пассивное цепляние за привычное, сопротивление новому, тревожность, эмоциональное неприятие нового (его иррационализация), неофобические реакции, ригидность средств, неадекватно сниженная самооценка, интравертированность.

12. Психическая ригидность проявляет себя снижением адаптивных возможностей личности в связи с нарушением уровневых отношений в структуре действия. При нервно-психической патологии и по мере ее углубления это снижение становится все более выраженным и труднее корригируется.

13. Экспериментально-психологическое исследование психической ригидности, ее возрастных, половых и преморбидных особенностей на основе структурно-уровневого подхода с привлечением методов математической статистики и теории распознания образов и с использованием возможностей ЭВМ позволило не только конкретизировать ее место в структуре здоровой и патологически измененной личности, раскрыть суть ригидного действия как индикатора снижения уровня личности, но и определить ее дифференциально-диагностическое, прогностическое и реабилитационное значение.

14. Теоретическое решение проблемы фиксированных форм поведения оказывается исключительно важным в плане эффективности многих видов практик человека в области культуры, образования и науки.

ЛИТЕРАТУРА

Абашев-Константиновский А.Л. Моторные нарушения при шизофрении. Киев, 1939.

Абрамова Л.П., Критская В.П., Мелешко Т.К., Савина Т.Д. Сравнительное клинико-психологическое исследование астенических и стенических ремиссий при приступообразной шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987. Вып. 7. С. 1050–1056.

Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Л., 1969.

Авербух Е.С. Вопросы психической нормы и патологии в геронтопсихиатрии // Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии (к проблеме нормы и патологии). Л., 1979. С. 97–101.

Агеев В.С. Психологическое исследование социальных стереотипов // Вопр. психологии. 1986. № 1. С. 95–101.

Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэн-Даунинг Л. Консультирование и психотерапия: Сочетание методов, теории и практики. 2-е изд-е. Нью-Йорк, 1987; Новосибирск, 1990.

Акинщикова Г.И., Палей И.М., Розе Н.А. Комплексное исследование некоторых индивидуально-типических особенностей человека в связи с проблемой профессиональной пригодности // Человек и общество. Л., 1968. С. 172–181.

Александровский Ю.А. О новых подходах к организации профилактики и лечения больных с пограничными нервно-психическими расстройствами // Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний. Томск, 1987. С. 6–9.

Аллахвердян А.Г., Мошкова Г.Ю., Юревич А.В., Ярошевский М.Г. Психология науки. М.: Флинта, 1998. 311 с.

Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. О ситуационных реакциях подростков в суицидологической практике // Журнал невропатологии и психиатрии. 1985. Т. 85, вып. 10. С. 1557–1560.

Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды. М.: Педагогика, 1980. Т. 1. 230 с.

Анохин П.К. (ред). Проблемы высшей нервной деятельности. М., 1949.

Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975. 447 с.

Асатиани Н.М. Некоторые особенности клиники и патогенеза невроза навязчивых состояний и психастении // Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л., 1967. С. 36–58.

Асмолов А.Г. Принципы организации памяти человека. М.: Изд-во МГУ, 1985. 103 с.

Бажин Е.Ф., Гоштаустас А.Д. Разработка шкалы параноидной шизофрении // Психологические методы исследования личности в клинике. М., 1978. С. 35–41.

Базаров Т.Ю., Аксенова Е.А. «Кризисная ситуация» в организациях // Психологическое обозрение. 1998. № 1. С. 100–104.

Бакеев В.А. Экспериментальное исследование психологических механизмов внушаемости: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1971.

Бакеев В.А., Никиреев Е.М. К вопросу об экспериментальном исследовании индивидуальных различий внимания и внушаемости личности // Учен. зап. кафедры психологии МГПИ им. В.И. Ленина. 1970. № 381. С. 105. (Экспериментальное исследование внимания.)

Басов М.Я. О психическом темпе // Вестн. психологии. 1914. Вып. 2.

Белоус В.В. Психофизиологическая характеристика некоторых типов темперамента: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1968.

Белоус В.В. Математическая модель взаимодействия свойств в структуре типа темперамента // Экспериментальные исследования личности и темперамента. Пермь, 1971. С. 23–36.

Беляева-Экземплярская Н.С. Определение личного темпа и ритма в повседневной жизни // Вопросы психологии. 1962. № 2.

Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М., 1966.

Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986. 272 с.

Бехтерев В.М. Основы учения о функциях мозга. СПб., 1907. Вып. 7.

Бехтерев В.М. Общие основы рефлексологии человека. Л., 1926.

Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. Л.: Наука, 1974. 151 с.

Бжалава И.Т. Понятие личности и ее место в структуре поведения // Проблемы личности. М., 1969. С. 93–112.

Бжалава И.Т. К психопатологии установки // Экспериментальные исследования по психологии установки. Тбилиси, 1971. С. 21–34.

Биренбаум Г.В., Зейгарник Б.В. К динамическому анализу расстройства мышления // Советская неврология, психиатрия. 1935. № 6.

Блауберг И.В., Садовский В.Н., Юдин Э.Г. Системный подход в современной науке // Проблемы методологии системного исследования. М., 1970.

Блейхер В.М. Расстройства мышления. Киев: Здоровье, 1983. 189 с.

Богомолов Ю.П., Воронкин Л.И., Ковалевская Г.Т., Соколов В. Данные комплексного медико-психологического обследования рабочих г. Норильска // Вопросы психической адаптации. Новосибирск, 1974. С. 54–65.

Бодунов М.В. Исследование соотношения формально-динамической стороны активности с интегральными ЭЭГ-параметрами // Психологические исследования интеллектуальной саморегуляции и активности. М., 1980. С. 57–82.

Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.

Бокий И.В., Ерышев О.Ф., Рыбаков Т.Г. Ремиссии при алкоголизме. Л., 1987. 141 с.

Бороздина Л.В. Исследование уровня притязаний. М.: Изд-во МГУ, 1985. 120 с.

Бохан Т.Г. Психическая ригидность как состояние и возможность ее психологической коррекции у младших школьников: Дис. ... канд. психол. наук. Томск, 1996.

Братусь Б.С. Актуальные проблемы психологического изучения и коррекции алкоголизма // Психологический журнал. 1987. Т. 8, № 2. С. 102–116.

Быковская Г.Х. О персевераторной форме афазии // Новое в учении об апраксии, агнозии, афазии. М.; Л., 1934.

Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.; М., 1998.

Вайсфельд М.И. Первичный и вторичный бред // Труды института им. П.Б. Ганнушкина. М., 1940. Вып. 5. С. 612.

Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Хазанова Н.Ш. Применение последовательной статистической процедуры для разработки дифференциально-диагностической нейропсихологической шкалы // Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии: Тр. НИИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1981. Т. 97. С. 39–43.

Вассерман Л.И., Кудрявцев И.А. Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях. Л., 1985. 162 с.

Вергилес Н.Ю., Зинченко В.П. Проблема адекватности образа // Вопросы психологии. 1967. № 4. С. 55–65.

Вилюнас В.П. Психология эмоциональных явлений. М.: Изд-во МГУ, 1976. 142 с.

Витцлак Г. Основы психодиагностики // Психодиагностика (теория и практика). М., 1986. С. 27–103.

Волков П.П. О природе психопатологических явлений // Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977. С. 15–26.

Воловик В.М. Системный подход и функциональный диагноз // Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977. С. 72–81.

Вулдридж Д. Механизмы мозга. М.: Мир, 1985. 340 с.

Выготский Л.С. Нарушение понятий при шизофрении // Избранные психологические исследования. М., 1956. С. 481–496.

Галажинский Э.В. Психическая ригидность как индивидуально-психологический фактор школьной дезадаптации: Дис. ... канд. психол. наук. Томск, 1996.

Галажинский Э.В. Системная детерминация самореализации личности. Томск: ТГУ, 2002. 212 с.

Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М., 1964а.

Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. М., 1964б.

Гарнец О.Н., Гильбух Ю.З. Исследование гибкости мыслительных действий у школьников. Сообщение 1: Возрастные различия // Новые исследования в психологии. М., 1979. С. 31–35.

Герсамиа Е.А. К вопросу о ригидности умственных действий олигофренов // Психологические исследования. Тбилиси, 1966.

Гиляровский В.А. Избранные труды. М.: Медицина, 1973. С. 328.

Гиндикин В.Я. Психопатии и патохарактерологические развития // Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л., 1967.

Гиссен Л.Д. Об особенностях личности больных параноидной шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1965. Т. 65, вып. 2. С. 1697–1703.

Гласс Дж., Стэнли Дж. Статистические методы в педагогике и психологии. М.: Прогресс, 1976. 495 с.

Гольдэкр Р. Регуляция ритма и гомеостазиса в биологии и медицине // Кибернетика и живой организм. Киев, 1964.

Горбов Ф.Д. и др. О состояниях напряжения и утомления в условиях изоляции от внешних раздражений // Высшая нервная деятельность. 1963. Т. 13, вып. 4. С. 585–592.

Горбов Ф.Д. О «помехоустойчивости» оператора // Инженерная психология. М., 1964. С. 340–357.

Готтсданкер Р. Основы психологического эксперимента: Пер. с англ. М.: Изд-во МГУ, 1982. 463 с.

Граве П.С. Патология формирования поведения // Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977. С. 62–69.

Грановская Р.М. Элементы практической психологии. Л.: ЛГУ, 1988.

Грегори Р. Глаз и мозг. М., 1970.

Гризингер В. Душевные болезни. СПб., 1881.

Гросс Ч., Вейскранц Л. Последствия латеральных лобных повреждений у обезьян. Л., 1966.

Груле Г. и др. Клиническая психиатрия. М., 1967.

Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. М.: Медицина, 1979. 294 с.

Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А. Психотерапевтическое сообщество а системе реабилитации больных алкоголизмом // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. Л., 1986. С. 362–363.

Гульдан В.В. Мотивация противоправных действий у психопатических личностей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1985. 48 с.

Гуревич К.М. Профессиональная пригодность и основные свойства нервной системы. М.: Наука, 1970. 270 с.

Гуревич М.О. Психиатрия. М., 1949.

Гурьянов Е.В. Навык и действие // Психология. М., 1945. Вып. 90. С. 133–149.

Давыдов В.В. Психологический словарь. М.: Педагогика, 1983. С. 327.

Данилов И.В. Черепанов И.М. Патофизиология логоневрозов. Л., 1970.

Добрынин Н.Ф. Развитие личности школьника в свете принципа значимости // Обучение и развитие: (Материалы к симпозиуму, июнь–июль, 1966). М., 1966. С. 30.

Дубов И.Г. Влияние личности учителя на личностные проявления учащихся: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1985. С. 16.

Дункер К. Психология продуктивного (творческого) мышления // Психология мышления. М., 1965.

Жане П. Неврозы и фиксированные идеи: Пер. с франц. СПб., 1903. 428 с.

Жане П. Неврозы. М.: Космос, 1911. 315 с.

Железко П.С., Роговин М.С. Исследование отрицания в практической и познавательной деятельности. Кишинев: Штиинца, 1985. 133 с.

Жислин О.Г. Очерки клинической психиатрии. М.: Медицина, 1965. 320 с.

Жислин С. Персеверация // БМЭ. 1932. Т. 24. С. 490.

Забияко А.П. Этническое сознание как субъективный фактор взаимоотношений России и Китая: теоретические и прикладные аспекты // Россия и Китай на дальневосточных рубежах. Благовещенск, 2002. С. 422–430.

Завьялов В.Ю. Мотивация потребления, алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых // Психологический журнал. 1986. Т. 7, № 5. С. 102–112.

Залевский В.Г Флексибильность как интраличностный ресурс социальной адаптации // Сибирский психологический журнал. 1998. Вып. 7. С. 99–102.

Залевский В.Г. Психическая ригидность в структуре личности людей с субъект-субъектной профессиональной ориентацией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Барнаул, 1999.

Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения. Иркутск: Вост.-Сиб. кн. изд-во, 1976, 192 с.

Залевский Г.В. Экспресс-диагностика взаимоотношений в группах и коллективах методом измерения социально-психологической дистанции // Пути внедрения результатов социально-психологических исследований. Минск, 1979. С. 253–255.

Залевский Г.В. Дифференциальная диагностика психической ригидности при основных нервно-психических расстройствах. Томск, 1987.

Залевский Г В. Психическая ригидность в норме и патологии. Томск: ТГУ, 1993. 272 с.

Залевский Г.В. Предубеждения, этнические стереотипы как проблема психологической антропологии // Сибирский психологический журнал. 1996. Вып. 2. С. 70–80.

Залевский Г.В. «Принцип экономии энергии» в объяснении психической ригидности // Сибирский психологический журнал. 1996. Вып. 3. С. 21–23.

Залевский Г.В. Открытые и закрытые образовательные системы // Экспертиза инновационных процессов в образовании. Томск, 1999. С. 33–46.

Залевский Г.В. Томский опросник ригидности (ТОРЗ) // Сибирский психологический журнал. 2000. Вып. 12. С. 129–137.

Залевский Г.В. Этнические стереотипы и предубеждения как фиксированные формы поведения // Россия и Китай на дальневосточных рубежах. Благовещеиск, 2002. С. 413–418.

Залевский Г.В., Сафин В.Ф., Бакеев В.А. К вопросу о соотношении внушаемости и ригидности // Материалы Московской конференции молодых психологов. М., 1969. С. 37.

Залевский Г.В., Залевская Е.И. Стиль педагогического общения учителя с учащимися как фактор воспитания // Воспитание в процессе обучения. Львов, 1981. С. 90–96.

Залевский Г.В., Корнетов Н.А. Ошибки в диагностическом мышлении врача // Психологические проблемы диагностики / Под ред. М.С. Роговина, Л.П. Урванцева. Ярославль, 1985. С. 30–37.

Залевский Г.В., Корнетов Н.А. Характерологические механизмы в формировании патологических вариантов поведения. Симферополь, 1986.

Залевский Г.В., Красик Е.Д. Медико-психологические аспекты адаптации и охраны психического здоровья иаселения Сибирн. Томск, 1986. 36 с.

Залевский Г.В., Авдеенок Л.Н., Аксенов М.М. Семейный коифликт: механизмы и профилактика // Сибирский психологическнй журнал. 1995. Вып. 1. С. 51.

Занков Л.В. Психология умственно отсталого ребенка. М., 1939.

Зейгарник Б.В., Кабатченко Т.С. и др. Патопсихологический подход к трудовым рекомендациям психически больным // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1974. Т. 74, вып. 12. С. 1859–1863.

Зиновьев П.М. Психические болезни в картинах и образах. М., 1927.

Зиновьев П.М. Стереотипии // БМЭ. 1932. Т. 31. С. 754.

Знаков В.В. Понимание в знании и общении. Самара, 2000.

Иванец Н.Н., Игонин А.Д. Изменение личности // Алкоголизм / Под ред. Г.В. Морозова. М., 1983. С. 110–124.

Иванов Н.Я., Личко А.Е. Усовершенствование процедуры обработки результатов, полученных с помощью патохарактерологического диагностического опросника для подростков // Патохарактерологические исследования у подростков / Под общ. ред. М.М. Кабанова. Л., 1981. С. 5–31.

Иванова А.Я., Привалов О.Ю. Коррекция психической инертиости у детей с нервио-психическими заболеваниями // Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983. С. 62–63.

Ильин Е.П. Диффереицнальная психофизиология физического воспитаиия и спорта. Л., 1979. 83 с.

Ильина Н.А. Отношение к нововведениям в производственном коллективе. Л., 1985.

Кабанов М.М. Личностный подход в терапии и реабилитации больных // VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. М., 1981. Т. 3. С. 588–590.

Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина, 1985. 214 с.

Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. Новосибирск: Наука, 1980. 190 с.

Калашников С.В. Анализ пластичности как черты темперамента: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1979. 196 с.

Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1980. 448 с.

Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л.: Медицина, 1982. 269 с.

Квавилашвили Д.Ш. Теория информации и психология установки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тбилиси, 1967. 29 с.

Кежерадзе Е.Д. Ригидиость мышления в дошкольном возрасте // Материалы III съезда психологов СССР. М., 1968. Т. 2. С. 26–27.

Кербиков О.В. и др. Психиатрия. М., 1968.

Кербиков О.В. Избранные труды. М.: Медицина, 1971. 312 с.

Клочко В.Е. Человек как психологическая система // Сибирский психологический журнал. 1996. Вып. 2. С. 10–13.

Клочко В.Е., Галажинский Э.В. Самореализация личности: системный взгляд / Под ред. Г.В. Залевского. Томск: ТГУ, 1999. 154 с.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979. 607 с.

Коган А.Б. Жесткие и нежесткие системы мозга // Проблемы физиологии и патологии высшей нервной деятельности / Под ред. Д.А. Бирюкова. М.: Медицина, 1979. С. 39–55.

Коган В.М. Восстановление речи при афазии. М., 1962.

Козелецкий Ю. Психологическая теория решений. М.: Прогресс, 1979. 504 с.

Колбая М.Г. Особенности интеллектуального развития детей-олигофренов: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Тбилиси, 1969.

Колга В. Когнитивные стили // Тез. науч.-практ. семинара. Таллин, 1986. 252 с.

Колосов В.П. Психотерапия неврастении: Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. Ташкент, 1979. С. 335–342.

Колосов А.В., Залевский Г.В. Особенности уровня притязаний больных алкоголизмом // Актуальные вопросы профилактики пьянства и алкоголизма в условиях Сибири и Дальнего Востока. Томск, 1986. С. 85–86.

Колпаков В.Г., Рицнер М.С., Корнетов Н.А. и др. Генетические и эволюционные проблемы психиатрии. Новосибирск: Наука, 1985. 255 с.

Кон И.С. Социология личности. М., 1967.

Кон И.С. Психология половых различий // Вопросы психологии. 1981. № 11. С. 47–57.

Копыт Н.Я., Сидоров П.И. Профилактика алкоголизма. М.: Медицина, 1986. 236 с.

Коркина М.В., Цивилько М.А., Карева М.А. и др. Клинико-психологические корреляции психической ригидности при нервной анорексии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. Т. 90, № 10. С. 86–89.

Корнетов Н.А., Залевский Г.В. К проблеме взаимоотношения шизоидии и шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. Вып. 2. С. 135–144.

Корнетов Н.А., Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения в человеческом познании // Сибирский психологический журнал. 1997–1998. Вып. 5–6. С. 11–19.

Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. Личность и алкоголизм. Новосибирск: Наука, 1987. 166 с.

Королев В.В. Клиническая динамика неврастении // Клиническая динамика неврозов и психопатии. Л., 1967. С. 11–35.

Коростылева Л.А., Советова О.С. Психологические барьеры и готовность к нововведениям: Учебное пособие. СПб., 1995.

Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1983. 144 с.

Краснушкин Е.К. Избранные труды. М.: Медгиз, 1960. 680 с.

Крепелин Э. Учебник психиатрии. СПб., 1910.

Кричевский Р.Л. Если Вы руководитель. М., 1993.

Крупнов А.И. Исследование соотношения между фоновыми ЭЭГ показателями и динамическими признаками активного поведения // Вопросы психологии. 1970. № 6. С. 47–59.

Кудрявцев И.А., Ерохина М.Б., Лавринович А.Н., Сафуанов Ф.С. Психологическая проблема критичности и некоторые механизмы отклоняющегося поведения // Психологический журнал. 1986. Т. 7, № 2. С. 127–140.

Кулагин Б.В. Основы профессиональной психодиагностики. М.: Медицина, 1984. 215 с.

Кулюткин Ю.Н. Эвристические методы в структуре решений. М., 1970.

Кун Т. Структура научных революций. М.: Прогресс, 1975. 297 с.

Курочкин Н.И. Роль фигуро-фоновых отношений в процессах восприятия и интерпретации медицинских рентгенограмм: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1982.

Лаврентьева Н.Б. Социально-психологические проблемы внедрения образовательных технологий // Вестник Алтайской академии экономин и права. Барнаул, 1998. С. 115–120.

Лазарус А. О техническом эклектизме // Эволюция психотерапии. М., 1998. Т. 2. С. 330–346.

Лакосина Н.Д. Актуальные вопросы клиники и систематики пограничных нервно-психических расстройств // Пограничные иервно-психические расстройства. М., 1983. С. 116–122.

Лебединский В.В. Выполнение симметричных и асимметричных программ у больных с поражением лобных долей мозга // Лобные доли мозга и регуляция психических процессов. М., 1966. С. 576–603.

Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. М., 1966.

Левитов Н.Д. Психология характера. М., 1969.

Левитов Н.Д. Психические состояния персеверации и ригидности // Хрестоматия по пснхологии. М., 1977. С. 195–199.

Ленин В.И. Полн. собр. соч. Т. 29.

Леонгард К. О лечении шизофренической манерности // Актуальные проблемы психиатрии. М., 1959. С. 365.

Леонгард К. Акцентуированные личностн. Киев: Здоровья, 1981. 388 с.

Леонтьев А.А. Психофизнологические механизмы речи // Общее языкознание / Отв. ред. Б.А. Серебрянников. Л., 1970. С. 314–375.

Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М., 1965.

Леонтьев А.Н., Панов Д.Ю. Психология человека и техиический прогресс // Философские вопросы высшей нервной деятельности и психологии. М., 1963.

Лингарт И. Процесс и структура человеческого учения. М., 1970.

Липпс Т. Руководство к психологии. СПб., 1907.

Литвак Л.Б., Голубова С.А. Особенности дизартрии и афазии при сосудистых и опухолевых поражениях головного мозга // Физиологические механизмы нарушеиия речи. Л., 1967.

Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. С. 102–115.

Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1984. 442 с.

Лоренц К. Кольцо царя Соломона. М., 1970.

Лоренц К. Агрессия (так называемое зло). М.: Прогресс, 1994. 272 с.

Лубовский В.И. Особенности высшей нервной деятельности у детей-олигофренов разных клинических групп // Проблемы высшей нервной деятельности нормальиого и анормального ребенка / Под ред. А.Р. Лурия. М., 1956. Т. 1. С. 395.

Лурия А.Р. Нарушение движений при поражении премоториых систем // Психология. 1945. Вып. 90. С. 101.

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушеиие при локальиых поражениях мозга. М., 1962.

Лурия А.Р. Предисловие // Лобные доли мозга и регуляция психических процессов. М., 1966.

Лурия А.Р. О двух видах двигательных персевераций при поражении лобных долей мозга // Лобиые доли мозга и регуляция психических процессов. М., 1966. С. 387–397.

Лурия А.Р. Факторы и формулы афазий // Физиологические механизмы иарушеиия речи. Л., 1967. С. 109–123.

Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ предикативной структуры высказывания // Теория речевой деятельности. М., 1968. С. 219–233.

Лурия А.Р. Сознательное действие, его происхождение и мозговая организация // Вопросы психологии. 1969. № 5. С. 13–29.

Лурия А.Р. Лобные доли мозга и регуляция психических процессов. М., 1966. 736 с.

Майли Р. Факторный анализ личности // Психология индивидуальных различий: Тексты / Под ред. Ю.В. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М.: Изд-во МГУ, 1982. С. 84–100.

Макаренко О.В. Дииамика когнитивного стиля «ригидность – флексибильность» через решение творческих задач учащимися (семиклассниками): Дис. ... канд. психол. наук, Томск; Бийск, 2003.

Макаров М.Г. Новые аспекты понятия «цели» как категории диалектики // Труды по философии. Томск: ТГУ, 1969. Т. 13. С. 28–49.

Малкин П.Ф. Личность и психические заболевания // Проблемы личности: Материалы к симпозиуму. М., 1970. С. 157–162.

Манди-Кастл Э. Электроэнцефалография в связи с данными физиологии высшей нервной деятельности и психологии / Пер. с англ. М.С. Роговина. Рукопись. 1960.

Марк Г. Стареющий разум и плодотворная жизнь // Америка. 1969. № 156. С. 48–51.

Маркс К. Капитал. М., 1953. Т. 1.

Маркс К., Энгельс Ф. Святое семейство // Соч. 2-е изд. Т. 2.

Матюшкин А.М. Вопросы методики экспериментального исследования психологических закономерностей творческого мышления // Научное творчество. М., 1970. С. 375–381.

Меграбян А.А. Роль изучения личности в формированин теоретических основ психиатрии // Психология и медицина: Материалы к симпозиуму. М., 1978. С. 112–119.

Медведев В.И. Устойчивость физических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов. Л.: Наука, 1982. 102 с.

Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.: Медицина, 1963. 235 с.

Меннинг О. Поведение животных. М.: Мир, 1982. 358 с.

Мерлин В.С. Принципы психологической характеристики личности // Теоретические проблемы психологии личности. М., 1974. С. 226–249.

Мерлин В.С. Очерки теории темперамента. М., 1964.

Мерлин В.С. Проблемы экспериментальной психологии личности // Учен. зап. Уральского ун-та. 1968. Т. 59, вып. 5. С. 3–160.

Мерлин В.С. Темперамент. Характер // Общая психология / Отв. ред. А.В. Петровский. М., 1970. С. 369–402.

Микулинский С.Р., Ярошевский М.Г. Научное открытие и его восприятие. М.: Наука, 1971.

Морогин В.Г., Залевский Г.В. Ценностно-потребностная сфера личности осужденных, переживших смертный приговор // Психологический журиал. 1993. Т. 20, № 2. С. 73–81.

Морозов В.М. Начальная стадия параноидной формы шизофреиии // V Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров М., 1973. С. 119–120.

Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Медицина, 1960. 426 с.

Мясищев В.Н. Проблемы психологического типа в свете учения И.П. Павлова // Учен. зап. ЛГУ. 1954. № 185. С. 41.

Мясищев В.Н. и др. Методы исследования личности за рубежом // Исследование личности в клиинке и в экстремальных условиях. Л., 1969. С. 69–96.

Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Клинические проявления шизофрении: Формы течения: Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. С. 304–354.

Наенко Н.И., Овчинникова О.В. Способы оценки показателей состояния напряженности в работе человека-оператора // Проблемы инженерной психологии. М., 1967. С. 58–77.

Наенко Н.И. Психическая напряжениость. М.: Изд-во МГУ, 1976. 112 с.

Небылицын В.Д. Некоторые вопросы теории свойств иервной системы // XVIII Международный психологический конгресс. Симпозиум 9. М., 1966.

Небылицын В.Д. Основные свойства нервной системы человека. М., 1966.

Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Л.: Изд-во ЛГУ, 1983. 166 с.

Нетшин С. Электроэнцефалограмма и интеллект / Пер. с фр. М.С. Роговина. Рукопись. 1960.

Никиреев Е.М. Исследование устойчивости и переключения внимания при решении задач в заданном темпе // Экспериментальное исследование внимания: Учен. зап. МГПИ им. В.И. Ленина. 1970. № 381. С. 113.

Никитин Е.П. Объясиение – функция науки. М., 1970.

Норакидзе В.Г. К вопросу о формировании характера личности // Проблемы личности. М., 1969. С. 350–363.

Нудельман М.М. Представление умствено отсталых школьников // Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Под ред. Ж. И. Шиф. М., 1963. С. 82–102.

Орлова В.А. О благоприятных исходах паранойяльной шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии. 1984. Вып. 1. С. 74–81.

Осипов В. Кататония // БМЭ. 1932. Т. 12. С. 491–496.

Павлов И.П. Полное собрание трудов. М., 1947. Т. 4.

Павлов И.П. Психопатология и психиатрия: Избр. произв. / Под ред. и с предисл. Л.А. Орбели. М., 1949.

Павлов И.П. Избранное собрание сочинений. М., 1951. Т. 3, кн. 1. С. 306–322.

Павлов И.П. Полное собрание сочинений. 2-е изд-е. М., 1951–1952.

Пантелеева Г.П., Беляев Б.С. Клиническая характеристика и прогностическая оценка изменений личиости при бредовой шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии. 1984. Т. 84. С. 63–68.

Певзнер М.С. Дети-олигофрены. М., 1959.

Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 1998.

Петровский А.В. Основы психологии личности // Народиое образование. 1968. № 8.

Петровский А.В. Общая психология. М., 1970.

Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психологический словарь. М.: Политическая литература, 1985. С. 308.

Петровский В.А. К психологин активиости личности // Вопросы психологии. 1975. № 3. С. 26–38.

Пиаже Ж. Избранные психологические труды. М., 1969.

Пишо П. Инструменты и методы диагностики в психиатрии / Пер. с фр. ВЦП НТЛиД. М., 1977. 173 с.

Платонов К.К. Структура и развитие личности. М.: Наука, 1986.

Поляков Ю.Ф. Здравоохранение и задачи психологии // Психологический журнал. 1984. Т. 5, № 2. С. 68–75.

Попов Е.А. и др. Учебник психиатрии. М., 1958. 268 с.

Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. М.: Медицина, 1971. 390 с.

Прангишвили А.С. Проблема установкн на современном уровне ее разработки грузинской психологической школой // Психологические исследования, посвященные 85-летию Д.Н. Узнадзе. Тбилиси, 1973. С. 10–26.

Прибрам К. Современные исследования функций лобных долей у обезьян и человека // Лобные доли и регуляция психических процессов / Под ред. А.Р. Лурия, Е.Д. Хомской. М., 1966. С. 117–132.

Психологические проблемы борьбы с пьянством и алкоголизмом: Материалы расширенного заседания редколлегии и редакции «Психологического журнала» // Психологический журнал. 1986. Т. 7, № 3. С. 98–110.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 1998.

Пунг Э.Ю. Опыт экспериментального исследования напряженности в ситуации экзамена: Дис. ... канд. психол. наук. Тарту, 1969.

Пятницкая И.Н. Пути совершенствования реабилитации больных алкоголизмом // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. Л., 1986. С. 382–384.

Равич-Щербо И.В. Об изучении подвижности нервных процессов // XVIII Международный психологический конгресс. 9-й симпозиум. М., 1966.

Раттер М. Помощь трудным детям. М.: Прогресс, 1987. 421 с.

Роговин М.С. Психический стресс и психические расстройства // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1962. Т. 62, вып. 2. С. 1731.

Роговин М.С. К вопросу об оценке психической напряженности // Материалы IV Всесоюзной конференции по физиологии труда им. А.А. Ухтомского. М., 1963.

Роговин М.С. Экзистенциализм и антропологическое течение в современной зарубежной психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1964. Т. 64, вып. 9. С. 1418; вып. 10. С. 1578.

Роговин М.С. Сравнительная психология – этология – психиатрия // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1965. Т. 65, вып. 5. С. 777; вып. 6. С. 938.

Роговин М.С. Введение в психологию. М., 1969а.

Роговин М.С. Чувственный образ и мысль // Вопросы философии. 1969б. № 9. С. 44.

Роговин М.С. Клиническая оценка расстройств мышления на основе экспериментально-психологического изучения процессов формирования понятий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1969в. Т. 69, вып. 7. С. 1095; вып. 9. С. 1414.

Роговин М.С. Стрессовые состояния // Общая психология / Под ред. А.В. Петровского. М., 1970. С. 352–354.

Роговин М.С. Структурно-уровневые теории в психологии: Методологические основы. Ярославль, 1977. 78 с.

Роговин М.С. Научные критерии психической патологии. Ярославль, 1981. 77 с.

Роговин М.С., Соловьев А.В., Урванцев Л.П., Шатемор Ш.Ш. Структура психики и проблема познания // Вопросы философии. 1977. № 4. С. 75–87.

Роговин М.С., Залевский Г.В. Теоретические основы психологического и психопатологического исследования. Томск, 1988. 233 с.

Розетт И.М. Исследования эвристической деятельности и их значение для понимания творчества // Научное творчество. М., 1969. С. 369–374.

Рок И. Введение в зрительное восприятие. М.: Педагогика, 1980. Кн. 2. 278 с.

Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. М.: Наука, 1984. 192 с.

Рохлин Л.Л. Проблема личности в психиатрическом аспекте // Проблемы личности: Материалы симпозиума. М., 1970. С. 183–210.

Рубинштейн С.Л. Осиовы общей психологии. М., 1940.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. 2-е изд. М., 1946.

Рубинштейн С.Я. Понятие «характера» в психологии и психиатрии // Вестн. МГУ. Сер. 14. Психология. 1979. № 2. С. 48–55.

Русалов В.М. Биологические основы индивидуально-психологических особенностей. М.: Наука, 1979. 352 с.

Русалов В.М. Теоретические проблемы построения специальной теории индивидуальности человека // Психологический журнал. 1986. Т. 7, № 4. С. 23–35.

Рыбаков О.Е. Атлас для экспериментально-психологического исследования личности. М., 1910.

Рюттингер В. Основы предпринимательства. М., 1992.

Самухин Н.В., Биренбаум Г.В., Выготский Л.С. К вопросу о деменции при болезни Пика // Советская невропатология, психиатрия, психогигиена. 1934. Т. 3, вып. 6. С. 97.

Сатир В. Как строить себя и свою семью. М.: Педагогика-Пресс, 1992.

Сафин В.Ф. Динамика взаимооценки и самооценки морально-волевых черт старшеклассников в зависимости от степени их внушаемости: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1969.

Свердлов Л.С., Скорик А.И., Лаврентьева Е.Г. и др. Клинические и экспериментально-психологические исследования больных приступообразной шизофренией (к проблеме ранней диагностики и профилактики рецидивов) // Профилактическая и противорецидивная терапия психических заболеваний. Л., 1986. С. 52–57.

Селье Г. Очерк об адаптационном синдроме. М., 1960.

Семенов С.Ф. Шизофрения. Киев, 1961.

Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л., Медицина, 1987. 182 с.

Семке В.Я. Актуальные вопросы систематики и клинической диагностики пограничных состояний в условиях Сибири // Актуальные вопросы психиатрии. Томск, 1985. С. 111–114.

Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988. 221 с.

Семке В.Я., Судаков В.Н., Залевский Г.В. и др. Клиническая систематика, принципы ранней диагностики и психопрофилактики состояний психоэмоционального напряжения: Методические рекомендации. Томск, 1988. 19 с.

Сепетлиев Д. Статистические методы в научных медицинских исследованиях. М., 1968.

Сеченов И.М. Избранные произведения. М., 1959.

Слоним А.Д. Инстинкт. Л.: Наука, 1967. 160 с.

Случевский Ф.И. Психопатологические профили. Л.: Медицина, 1977. 206 с.

Смирнов А.А. (гл. ред.). Психология. М.: Учпедгиз, 1956. 575 с.

Смулевич А.Б. Психогенные заболевания: Неврозы: Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. С. 342–365.

Снежневский А.В. Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. 399 с.

Снежневский А.В. Клиническая психопатология: Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. Т. 1. С. 16–96.

Снежневский А.В. и др. Психиатрия. М., 1968. С. 49.

Снежневский А.В. (общ. ред.). Шизофрения: Клиника и патогенез. М., 1969.

Соловьев А.В. Исследование познавательных стилей в американской психологии // Зарубежные исследования по психологии познания / Под ред. А.А. Бодалева и др. М.: АН СССР ИНИОН, 1977. С. 235–255.

Солсбринг О., Солсбринг Д. Популяционная биология и эволюция. М.: Мир, 1982. 488 с.

Солтицкая Т.А. «Организационная культура» – метафора или реальность? // Актуальные проблемы управления персоналом. СПб., 1997. С. 177–184.

Спирин Б.Г. Нарушение подвижности нервно-психических процессов после операции на больших полушариях головного мозга: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1951.

Спирин Б.Г. Проявление патологической инертности после операций на передних отделах больших полушарий коры головного мозга у человека // Лобные доли и регуляция психических процессов. М., 1966.

Стоун И. Происхождение. М.: Политическая литература, 1983. 478 с.

Стреляу Я. Роль темперамента в психологическом развитии. М.: Прогресс, 1982. 231 с.

Судаков В.Н. Принцип ранней диагностики и классификации патологического развития личности экзогенно-органического генеза // Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний. Томск, 1987. С. 145–146.

Телешевская М.Э., Буртянский Д.Л., Филатов А.П. Реабилитация больных неврозами. Киев: Здоровья, 1980. 149 с.

Теплов Б.М. Проблемы индивидуальных разлнчий. М., 1961.

Теплов Б.М. Простейшие способы факторного анализа // Типологические особенности высшей нервной деятельиости человека. М., 1967. С. 239.

Теплов Б.М. Избранные труды. М.: Педагогика, 1985. Т. 1. 328 с.

Тиганов А.С. Эпилепсия: Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 3–48.

Тинберген Н. Поведение животных. М., 1969. Фресс П., Пиаже Ж. Экспериментальная психология. М., 1970. Вып. 2.

Толстой Л.Н. Для чего люди одурманиваются? // Полн. собр. соч. М., 1973. С. 417–430.

Томэ Г. Теоретические и эмпирические основы психологии развития человеческой жизни // Принцип развития в психологии / Под ред. Л.И. Анцыферовой. М.: Наука, 1978. С. 173–196.

Трубников Н.Н. О категориях «цель», «средство», «результат». М., 1967.

Труды Крымского медицинского института. Т. 21. Проблемы патологии. Кинестезия и движение в клинике нервных и психических заболеваний. Снмферополь, 1958. С. 3.

Узнадзе Д.Н. Экспериментальные исследования по психологии установки. Тбилиси, 1958.

Узнадзе Д.Н. Психологические исследования. М.: Наука, 1966. 450 с.

Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. М.: Медицина, 1977. 166 с.

Урванцев Л.П. Формирование суждений в условиях неопределенной визуальной стимуляции: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1974. 22 с.

Ухтомский А.А. Письма // Пути в незнаемое. М., 1973. С. 371–435.

Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1978. 400 с.

Уэллс Г. Крах психоанализа. М., 1968.

Фелинская Н.И. О патоморфозе клнннческих форм психопатий // Журнал иевропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1979. Т. 79, вып. 11. С. 1544–1549.

Филимонов Н.И. Архитектоника коры большого мозга и проблема локализации функций // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1964. Т. 64, вып. 1. С. 8.

Филиппычева Н.А. Инертность высших корковых процессов при локальных поражениях больших полушарий головного мозга: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1952.

Филимонов Н.И. Локализация функций в коре большого мозга // Невропатология и психиатрия. 1940. Т. 9, вып. 1–2. С. 14.

Филимонов Н.И. и др. Руководство к практическим занятиям в клинике нервных болезней. М., 1956.

Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности. М.: Прогресс, 1987. 233 с.

Фресс П. Эмоции // Экспериментальная психология. М.: Прогресс, 1975. С. 112–195.

Ханин Д.Д. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: ЛНИИФК, 1976. 18 с.

Хараш А.У. Ригидность в сфере речевых действий и психологическая структура значения // Актуальные проблемы психологии речи. М., 1970. С. 83–91.

Хараш А.У Руководитель, его личность и деятельность. М.: Знание, 1981.

Ходжава З.И. Проблема навыка в психологии. Тбилиси, 1960.

Хомская Е.Д. Нейропсихология. М.: Изд-во МГУ, 1987. 288 с.

Цвейг С. Зигмунд Фрейд. М.: Форкис, 1990. 79 с.

Цуцульковская М.Я., Пикунова Л.Г., Михайлова В.А. Преморбидная личность больных юношеской приступообразной шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1977. Т. 77, вып. 4. С. 547–557.

Читава О.Р. О некоторых клинических и патопсихологических особенностях неврозов с затяжным течением // Актуальные вопросы психиатрии. Томск, 1987. С. 153–154.

Чрелашвили Н.В. Некоторые экспериментальные данные по проблеме ригидности поведения // Материалы XIX Международного психологического конгресса. М., 1969. С. 21.

Чхартишвили Ш.Н. Установка и мышление // Психологические исследования, посвященные 85-летию Д.Н. Узнадзе. Тбилиси: Мецниереба, 1973. С. 354–361.

Шевалев Е.А. О границах бредообразования // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1940. Т. 9, вып. 3–4. С. 3–15.

Шевченко И.Т., Богатой О.П., Хрипта Ф.П. Элементы вариационной статистики для медиков. Киев, 1970.

Шекоу Д. К психологии шизофрении // Психологические исследования, посвященные 85-летию Д.Н. Узнадзе. Тбилиси, 1973. С. 362–375.

Шмакова Л.М. К особенностям клиники и адаптации больных вялотекущей шизофренией (по данным катамнеза) // IV Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. М., 1963. Т. 1. С. 228.

Шмаонова Л.Н., Либерман Ю.И., Ротштейн В.Г. Попытка негативной оценки степени социальной дезадаптации больных шизофренией в зависимости от ее формы и течения // Реабилитация нервно-психических больных. Томск, 1986. С. 133–138.

Шорохова Е.В. (отв. ред.). Основные направления исследований психологии мышления в капиталистических странах. М., 1966.

Шостакович Б.В. О классификации психопатий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987. Т. 87, вып. 11. С. 1679–1684.

Штернберг Э.Я. Психология старости и ее значение для геронтопсихиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1968. Т. 68, вып. 8. С. 1245.

Шуванов В.И. Социальная психология менеджмента. М., 1997.

Шульц Д., Шульц С.Э. История современной психологии. Евразия. СПб., 1998.

Шумский Н.Г. Психические нарушения в связи с черепно-мозговой травмой // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. М., 1983. С. 109–139.

Шустин Н.А. К проблеме функции лобных долей больших полушарий // Лобные доли и регуляция психических процессов. М., 1966. С. 82–99.

Франкенхойзер М. Эмоциональный стресс. М., 1970.

Шибутани Т. Социальная психология. М., 1969.

Эволюция психотерапии / Под ред. Дж.К. Зейга. М., 1998. Т. 1–4.

Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.; М., 1999.

Элиава Н.Л. Мыслительная деятельность и установка // Исследование мышления в советской психологии. 1966.

Эллис А. Эволюция рационально-эмотивной терапии и когнитивно-бихевиоральной терапии // Эволюция психотерапии. М., 1998. Т. 2. С. 141–240.

Энциклопедический словарь медицинских терминов / Под ред. Б.В. Петровского. М.: СЭ, 1984. Т. 3. С. 53.

Юнг К.Г. Мышление у экстраверта и интраверта // Хрестоматия по общей психологии. М.: 1981. С. 391–398.

Юревич А.В. Социальная психология науки. СПб., 2001. 350 с.

Якубик А. Истерия: Методология, теория, психопатология. М.: Медицина, 1982. 342 с.

Ach N. Über die Willenstätigkeit und das Denken. Gottingen, 1905.

Adams H. Statistic rigidity in schizophrenic and normal groups measured with auditory and visual stimuli // Psychological Reports. 1960. Vol. 7. P. 119.

Adler A. Understanding human nature. New York, 1927.

Adler A. Über den nervösen Charakter. Frankfurt/Main: Fischer Verlag. 1975. 296 s.
Adorno Th. a.-o. The autoritarian personality. New York, 1950.
Adorno Th.W. Studien zum autoritären Charakter. Frankfurt/Main: Suhrkamp Handbuch. 1973. 483 s.
Ahrens S. Lehrbuch der pschychotherapeutischen Medizin. Schattauer, Stuttgart, New York, 1997. 688 s.
Alexander F. Our age of unreason. Philadelphia, 1951.
Allport G.W. The nature of prejudice. Cambridge: Addison-Wesly, 1966.
Ancona L. a.-o. Disinhibiting effect of (l-Ethyl-2-pyrrolichnil methy-2-methoxy-5 suljamoyl-benzamide (sulpiridile) // Archive die Psicologia, Neurologia e Psichiatria. 1975 (Jan. Feb.). Vol. 36(1). P. 16–24.
Anderson E. Psychopathologie heute. H. Kranz (Hrsg.) Stuttgart, 1962.
Angleitner A. Rigidität im Alter // Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde. Bonn. 1972. 188 s.
Aschaffenburg G. Kraepelin's Psychologischen Arbeiten. 1895. Bd. I S. 287, Bd. 2. S. 31.
Barber B. Registance by scientists to scientific discovery // Science. 1961. Vol. 134, September.
Barnett S. A study of behavior. London: Methuen. 1963. 288 p.
Barren F. Complexity-simplicity as a personality dimension // Journ. abnorm. (soc.) Psychology 2, 1953. Vol. 48. P. 163–172.
Bash K. Lehrbuch der allgemeinen Psychopathologie. Stuttgart 1955.
Becker H. Perceptual rigidity as measured by aniseikonic lenses // Journ. abnorm. (soc.) Psychology, 1954. Vol. 49. P. 419–422.
Benedetti G. Die Schizophrenie als Dialektik von psychotischen Formen und psychologischen Inhalten // Schweizer Archiv fur Neurologie und Neurochirurgie, Psychiatrie. 1983. Bd. 132. H. 2. S. 325–336.
Benedict R. Urformen der Kultur. Reinbeck, 1955.
Berg E. A simple objectiv technique for measured flexibility in thinking // The journ. of general Psychology, 1948. Vol. 39. P. 15–22.
Bezgeijk W. Percept and motor skills. 1959. Vol. 9. P. 347–357.
Bergson H. Les deux sources de la moral et de la religion. Paris, 1932.
Bernstein E. Quickness and intelligence // Brit. Journ. of Psychology. Monogr. Supplement. 1924. Vol. 3. № 3.
Bertalanffy L. von. General System Theory. N.Z., Braziller, 1968.
Bianchi L. The functions of the brain and the frontal lobes // Brain. 1895. Vol. 18. P. 497–530.
Bianchi L. The mechanism of brain and the function of the frontal lobes. New York, 1922.
Binet A., Henri V. La memoire des mots. La memoir des phrases // Anne Psychologique, 1894.
Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig Wien, 1911.
Bleuler E. Suggestionsmechanismen // Zeitschr. f. gesamte Neurologie u. Psychiatrie, 1930. Bd. 127. S. 469, 483.
Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, 1969.
Block Y., Block J. An investigation of relationship bw intolerance of ambiguity and ethnocentism // Journ. of personality, 1951. Vol. 19. P. 303–311.
Blum R.B. A bimodal model of cognitive functining: theoretical and practical implications of the construct ot cognitive state-rigidity // Diss. Abstracts. 1984. No. 12. 156 p.
Bogardus E.S. Measuring social distance // Journal of appliede Sociology. 1925. Vol. 9. P. 299–308.
Bonner H. Psychology of personality. New York, 1961.
Böttcher H.R. Rückblick auf Eltern. Berlin: DVW, 1968. 203 s.
Böttcher G.F., Kessner-Raitler R. Einige Bemerkungen zum Begriff der Fehleinstellung // Psychologische Probleme der Einstellung und Verhaltensanderung. Hrsg. M. Forweg. VEB

Wissenschaft. 1972. S. 135–138.

Breed W. Five components of a basic suicide syndrome // Life-Thre-atening Behavior. 1972 (Spt.). Vol. 2(1). P. 3–18.

Brengelmann J.C. A note on questionnaire rigidity and extreme response set // J. ment. Science. 1960. Vol. 106. P. 187–191.

Brengelmann J. Extraversion, neurotische Tendenz und Rigidität im Umkehrsbrille (Prismenbrille). // Zeitschr. f. angew. u. exper. Psychol., 1957. Bd. IV. H. 3.

Brengelmann J. Extrem response set in Questionnaire rigidity // The Journ. of mental Science. 1960. Vol. 106. P. 171–186.

Breskin St. a.o. Nonverbal rigidity and perseveration // The Journ. of Psychology. 1970. Vol. 75. P. 239–242.

Brink T.L. Geriatric rigidity and psychotherapeutic implications // J. American Geriatrics Society. 1978 (Juni). Vol. 26(6). P. 274–277.

Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München, 1948.

Bumke O. Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden, 1919.

Buri C. Individual differences in ability to alternate activities // Journ. of general Psychology. 1934. Vol. 10. P. 344.

Buss A. Some determinants of rigidity in discrimination-reversal learning // Journ. of exper. Psychology. 1952. Vol. 44. P. 222–227.

Buytendijk F. Die Menschliche der menschlichen Bewegung // Nervenarzt, 1957. Yg. 28 S. 1.

Cameron N. et al. Behavior pathology. Cambridge, 1951.

Cameron D., Caunt T. Studies in perseveration // Journ. mental Science. 1933. Vol. 79. P. 735–745.

Cattell R. Temperaments Tests // Brit. Journ. of Psychology. 1933. Vol. 24. P. 20–49.

Cattell R. On measurement of perseveration // Brit. Journ. educat. Psychology, 1935. Vol. 5. P. 76–91.

Cattell R. Guide to mental testing. London, 1936.

Cattel R. Description and measurement of personality. Yonsher-on-Hudson, 1946.

Cattell R. Personality. New York, 1950.

Cattell R. The meaning and measurement of Neuroticism and Anxiety. New York, 1961.

Cattell R. Personality and Social Psychology. San Diego, 1964.

Cattell R.B. The scientific analysis of personality. Chicago: Aldine Publ. Co. 1966. 399 p.

Cattell R., Tiner L. The varieties of structural rigidity // J. Personality. 1949. Vol. 17. P. 321–341.

Cervin V. Personality dimensions of emotional responsiveness and rigidity and scales for measuring them // J. Personality. 1957. Vol. 25. P. 626–642.

Chown Sh. The effect of flexibility-rigidity and age on adaptability in job performance // Industrial Gerontology. 1972(Sept.). № 13. P. 105–121.

Clauss G., Kulka H. u. a. (Hrg.) Wörterbuch der Psychologie. Leipzig: VEB Bibliographisches Institut, 1976. 596 s.

Chapman L. Journ. of abnorm. (soc.) Psychology. 1958. Vol. 56. P. 374–379.

Chown Sh. Rigidity – a flexibile concept // Psychological Bulletin. 1959. Vol. 56. № 3.

Cowen E., Tompson G. Problem solving rigidity and personality structure // Journ. abnorm. (soc.) Psychology. 1951. Vol. 46. P. 165–176.

Cowen E. Psychological stress and problem solving rigidity // Journ. abnorm. (soc.) Psychology, 1952. Vol. 47.

Coville W. Abnormal Psychology. New York, 1963.

Cron H., Kraepelin E. In: Kraepelin's Psychologischen Arbeiten. 1895. Bd. 2. S. 233.

Darroch J. An investigation into degree of variation in the score of motor perseveration // Brit. Journ. of Psychology. 1938. a. 28. p. 248.

Dorsch Fr. Psychologisches Wörterbuch. 9 Aufl. Bern Stuttgart Wien: H. Huber Verlag, 1976. S. 513.

Drakeford G.C. The EPI and Scales of rigidity and Dogmatism // British J. soc. din. Psychol. 1969. Vol. 8. P. 9–12.

Drever J. A dictionary of Psychology. 1967. P. 207.

Dubois J. a. o. Etudes des performances aux epreuves linguistiques des subject atteints de syndromes Parkinsoniens // Encephale. 1966. Vol. 55. P. 496.

Ebbingaus H. Über das Gedächtnis. Leipzig, 1885.

Eidelberg M. (Ed.) Encyclopedia of Psychoanalysis. New York London, 1968.

Elsert H.G. Ethology // Lexikon der Psychiatrie. Berlin Heidelberg New York. 1973. S. 167–201.

English A., English H. A comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical terms. New York, London Toronto, 1959.

Ey A., Bernard Sh., Brisset Ch. Manuel de psychiatrie. Paris, 1967.

Eysenck H. Dimensions of personality. London, 1948.

Eysenck H. The structure of Human Personality. New York, 1953.

Eysenck H. The dynamics of Anxiety and Hysteria. London, 1957.

Eysenck H. Das MPI als Bestimmer der neurotischen Tendenz u. Extraversion // Zeitschr. f. exper. u. angew. Psychologie. 1959. Nr. 6.

Eysenck H. Neurose, Konstituion u. Persönlichkeit // Zeitschr. f. Psychologie. 1966. Nr. 172. S. 145.

Eysenck H. The biological basis of personality. Springfield Illinoiis, 1967.

Fairbanks H. The quantative differentiation of samples of spoken language. London, 1944.

Feinmann S., Rogers J.D. Sex differences in psychological rigidity // Perceptual and Motor Skilles. 1974 (Dec.). Vol. 39(3). P. 1377–1388.

Fenichel O. The psychoanalytical theory of neurosis. New York-Norton, 1945.

Ferraro A. Presenile psychoses // American Handbook of Psychiatric. S. Arieti (Ed.). 1959. Vol. 2. P. 1046.

Fischer S. Patterns of personality rigidity and some of their determinants // Psychological Monographs. 1950. Vol. 64. № I. (Whole 307).

Freedman A.M. Kaplan H.I., Sadock B.J. Modern synopsis of psychiatry. Comprehensive of textbook. Baltimore: The Willams and Wilkins Co., 1973. 853 p.

Freeman G. Toward a psychiatric Plimsoll Mark. Phisiological Recovery Quotients in experimentally induced Frustration // Journ. of Psychology. 1939. Vol. 8. P. 247–252.

French J. The description of attitude and achievement tests in terms of related factors // Psycometric Monographs. 1955. Vol. 5.

Frenkel-Brunswik E. Tolerance towards ambiguity as a personality variable // American Psychologist. 1948. a Vol. 3. P. 268.

Frenkel-Brunswik E. A study of prejudice in children // Human Relation, 1948 b. Vol. I. P. 295.

Freud S. New introductory lectures. New York, 1933.

Freud S. Gesammelte Werke. London, 1948. Bd. XI.

Freud S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Und neue Folge. Bd. 1. Frakfurt am Main, 1969.

Freud S. Selbstdarstellung. Schriften zur Geschichte der Psychoanalyse. Fischer Taschenbuch Verlag, 1973.

Fromm E. Escape from freedom. New York, 1941.

Fromm E. Man for himself. New York, 1947.

Gebsattel V. Nervenarzt. 1958. Yg. 29. S. 25.

Gebsattel V. In: R. May a. o. Existence. A new dimension in psychiatry and psychology. New York, 1959.

Glowka D. u.a. Schulen und Unterricht im Vergleich (Russland-Deutschland). Waxmann Muenster, N/Y., 1995.

Goins A. Rigidity-flexibility: Toward clarification // Merrill-Palmer Quartely. 1962. Vol. 8. P. 41–61.
Golanh S. The creative motive // Journ. of Personality. 1962. Vol. 30. P. 588–600.
Goldberg I., Goldberg I. Family therapy. Cole Publishing Company, 1985.
Goldstein K. The organism. New York, 1939.
Goldstein K. Human nature in the light of Psychopathology. Cambridge, 1940.
Goldstein K. Concerning rigidity // Character a. Personality. 1943. Vol. 11. P. 209–226.
Goldstein K. Functional disturbances in brain damage // S. Arieti (Ed.) American Handbook of Psychiatry. 1959. Vol. I. P. 792.
Goldstein K., Sheerer M. Abstract and concret behavior // Psycholog. Monographs. 1941. Vol. 53. № 2 (Whole 239).
Gross O. Die cerebrale Sekundärfunktion. Leipzig, 1902.
Guetzkow H. An analysis of the operation of set in problem solving behavior // Journ. general Psychology. 1951. Vol. 45. P. 219–244.
Guilford J.P. Personality. New York: McGraw Hill. 1959. 562 p.
Hamilton J. Studies in the effect of shock upon behavior plasticity in the rat // Journ. of comparat. Psychology. 1933. Vol. 16. P. 237–253.
Handy Ch. Schley W. Innovation und Selbsterneuerung an Schulen // Schulentwicklung als Organisationsentwicklung. Hessisches Institut für Lehrerfortbildung. Fachbereich Beratung., Weilburg, 1994. S. 2–18.
Harris Ch.W., Bereiter C.F. Individual differences // Annual Review of Psychologie. 1959. Vol. 10. P. 89–108.
Helwig P. Charakterologie. 4. Aufl. Stuttgart.1965. 305 s.
Herbart I. Lehrbuch der Psychologie. Königsberg und Leipzig. 1816.
Hermann H. Zum problem der psychischen Starrheit (Rigidität) // Zeitschr. f. exper. und angew. Psychologie. 1955–1956. Bd. 3 H. 4 S. 662.
Heymans G. Intelligenzprüfungen mit Studierenden // Zeitschr. f. Psychologie. 1913. Bd. 7. S. 317.
Hoffmann H.F. Die Schichttheorie. Stuttgart. 1935. S. 1–103.
Hofstätter P.R. Wie die Völker einander sehen? Stuttgart, 1973.
Horney K. The neurotic personality of our time. New York 1937.
Horney K. New Ways in Psychoanalysis. New York, 1938.
Horney K. Our inner conflicts. New York, 1945.
Huber G. Klinik und Psychopathologie der organischen Psychosen // Psychiatrie der Gegenwart. 2. Aufl. Berlin Heidelberg New York. 1972. Bd. 11/2. S. 71–146.
Hughes R.N. a. o. Choice-sequence preferences in retarded hospitalized adults // Australian J. of Mental Reterdation: 1978 (Dec.). Vol. 5(4). P. 138–142.
Hunt J. Personality and the behavior disoders. New York, 1946. Vol. I–II.
Ittelson W., Kutash S. (Eds.) Perceptual changes in psychopathology. New Brunswick, New York, 1961.
Jackson H. Evolution and dissolution of the nervous system 1884 (Selected Writings. Vol. 1–2. London, 1931–1932).
Jackson, D.D. Family rules: Marital quid pro quo // Archives of general Psychiatry. 1965. Vol. 12. P. 589–594.
James W. Principles of psychology. London, 1890.
Janet P. Les obsessions et la psychosthenie. Paris, 1903. Vol. 1–2.
Janet P. Les medications psychologiques. Paris, 1919.
Janet P. De l'agnoisse a l'extase. Paris, 1928.
Janet P. L'evolution de la personalite. Paris, 1929.
Janet P. L'amuor et la haine. Paris, 1932.

Janzarik W. Der Wahn schizophrener Prägung in den psychotischen Episoden der Epileptiker und die schizophrene Wahrnehmung // Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1955. Bd 23. S. 533–546.

Jasper H. Is perseveration a function all unit participating in all behavior processes? // Journ. of abnorm. (soc.) Psychology, 1930. Vol. 2. P. 29–51.

Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1923.

Johnson W. Studies in language behavior // Psychological Monographs. Vol. 56.

Joshi R. Non-verbal rigidity and dispositional rigidity. A critic sample // Perceptual and Motor Skills. 1974 (Febr.). Vol. 38(1). P. 102.

Jung C.G. Über Grundlagen der analytischen Psychologie. Die Tavostock lectures 1935. Frankfurt/ Main: Fischer Verlag. 1975. 192 S.

Kaczmarek M.A. a. o. Expansion training: A conseling stance for the withdrawn rigid child // Elementary School Guidance and Counseling. 1980 (Oct.). Vol. 151. P. 31–38.

Kaffman M. Inflexible belief-constructs infamilies of paranoid patients // Intern. J. of Family Psychiatry. 1982. Vol. 1. № 3/4. P. 487–500.

Kahlbaum I. Die Katatonie oder das Spannesirresein. Berlin, 1874.

Kainz F. Psychologie der Sprache. Bd. 2 Stuttgart, 1960.

Karsten A. (Hrsg.) Vorurteil. Ergebnisse psychologischer und sozialpsychologischer Forschung. Darmstadt, 1973.

Kehrer F. Die krankhaften psychischen Störungen der Rückwandlungsjahre vom klinischen Standpunkt aus. Berlin: Springer Verlag. 1939. 216 s.

Kirby N. a. o. Cognitive rigidity in the aged and the mentally retarded // Intern. J. of Aging and Human Development. 1978/79. Vol. 9(3). P. 262–272.

Kläsi Y. Über die Bedeutung u. Entstehung der Stereotypien. Berlin, 1922.

Kleemeier R., Dudek F. A factorial investigation of flexibility // Educ. psychological Measurement, 1950. Vol. 10. P. 107–118.

Kleist K. Postoperative Psychosen. Berlin, 1916.

Knehr Ch., Broun N. Perseveration in schizophrenic and brain damaged patients // Journ. of Psychology. 1957. Vol. 43. P. 269–275.

Kohana R.J. Psychoanalysis in later life: Discussion // Journ. of Geriatric Psychiatry. 1978. Vol. 11 (1). P. 37–49.

Korobov N. Reactions to stress // Journ. of abnorm. (soc.) Psychology. 1955. Vol. 51.

Kosa C. Examination of students of technical high school by the Hungarion version of the Brengelman Personality Inventory // Psychol. Abstracts. 1982 (Mai). Vol. 67. №. 5. P. 951.

Kounin J. Experimental studies of rigidity // Charachter and Personality, 1941. Vol. 9. P. 251–282.

Kounin J. Intellectual development and rigidity // R.G. Barker a. o. (Eds) Child behavior and development. New York, 1943.

Kounin J. The meaning of rigidity // Psychologicol Review. 1948. Vol. 55. P. 157–166.

Krapelin E. Psychiarie. Leipzig, 1883.

Krapelin E. Klinische Psychiatrie. Leipzig, 1904.

Krapelin E. Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig: Barth. 1913. Bd 3. 728 s.

Kzampen G., Nispel L. On the subjective freedom of action of alcoholics // Ztschr. für klinische Psychologie. 1978. Vol. 7 (4). P. 295–303.

Kretschmer E. Die Persönlichkeit der Atletiker. Leipzig, 1936.

Kretschmer E. Medizinische Psychologie (Hrsg. von W. Kretschmer). Stuttgart: Thieme Verlag. 1975. 244 S.

Kretschmer E. Körperbau und Charakter. 26. Aufl–Berlin–Heidelberg–New York: Springer Verlag. 1977. 375 s.

Küfner H. Zur Prognose des Alkoholismus // Therapiewoche. 1984. Vol. 34 (5). S. 3636–3643.

Künkel F. Charakter. Leiden und Heilung. Darmstadt: WBG. 1976. 235 S.

Kutash S. Psychoneuroses // Handbook of Clinical Psychology ed by B.B. Wolman. New York, 1965. P. 948.

Lankes W. Perseveration // Brit. Journ. of Psychology. 1915. Vol. 7. P. 387–419.

Laycock B., Munro C. Educational Psychology. Van Cower, 1966.

Leach P. A critical study of literature concerning rigidity // Brit. Journ. of Psychology. 1967. Vol. 6. P. 11–12.

Lee B. Speech Hearing. Diss., 1951. Vol. 16. P. 53.

Lesser H., Hlavacek P. Problem-solving rigidity of children on perceptual tasks as a function of paretal authoritarianism // J. of Genetic Psychologie. 1977 (Sep.). Vol. 131(1). P. 97–106.

Levitt E. Studies in intolerance of ambiguity // Child Development. 1953. Vol. 24. P. 263–268.

Levy D. On the problem of movement restraint: tics, sterotyped movements, hyperactivity // American Journ. of Ortnopsychiartry: a Journ. of human behavior. 1944. Vol. 14. P. 644.

Lewin K. A dynamic theory of personality. New York, 1935.

Lewin K. Principles of topological Psychology. New York, 1936.

London L. Obsessional neurosis a schizophrenia with the report of a case // Brit. Journ. of medical Psychology. 1931. Vol. 11. P. 251–264.

Lorenz K. Evolution and modification of behavior. Chivago:Univ. of Chicago press. 1965. 121 p.

Luchins A. Towards an experimental clinical psychology // Journ, of Personality. 1952. Vol. 20. P. 440.

Luchins A., Luchins E. Rigidity of behavior. Eugene Oregon, 1959.

Mackie J. A comparative study of brain damaged and normal individuals on tests of intellectual and perceptual rigidity // Diss. Abstracts. 1963. Vol. 24(4). P. 1700.

Mackie J. Relations among rigidity, intelligence and perception in brain damaged and normal individuals // Journ of nervous a. mental Deseas. 1966. Vol. 142. P. 310–317.

Maier N.R. Frustration: the study of behavior without goal. New York: McGraw Hill. 1959. 264 p.

Maier N., Ellen P. Can the anxiety – reduction theory explain abnormal fixatin? // Psychological Review. 1951. Vol. 58. P. 435.

Mahl J. Sensory factors in the control of expressive behavior // Acta Psychologica. 1961. Vol. 19. P. 498.

Maltzmann J., Fox J., Morrisett L. Some effects of manifest anxiety on mental set // Journ. of exper. Psychology. 1953. Vol. 46. P. 50–54.

Mandl B. An investigation of rigidity in paranoia schizophrenic as manifested in a perceptional task // Diss. Abstracts. 1954. Vol. 14. P. 2400.

Masserman J. Behavior and Neurosis. Chicago, 1946.

Masserman J. Biological Psychiatry. New York, 1950.

Masserman J. Principles of dynamic psychiatry. Including an integrated approach to experimental and clinical psychology. Philadelphia, 1961.

Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. Clinical Psychiatrie. London, 1960.

Mays L. Studies of catatonia // Psychiatric Quartely. 1934. Vol. 2. P. 728–735.

McGlashan Th. Integrative and sealing-over recoveries from schizophrenia distinguishing case studies // Psychiatrie. 1976 (Nov.). Vol. 39(4). P. 325–338.

Meringer R., Mayer K. Versprechen und Verlesen. Stuttgart, 1895.

Minuchin, S. Families and family therapy. Cambridge, Mass.: HUP, 1974.

Morris D. Der Menschen Zoo. Mьnchen-Zьrich: Knaur Verlag. 1974. 227 S.

Minkowski E. La schizophrenic. Paris, 1927.

Miskin M., Prockop E., Rosvold H. One-trial object-discrimination learning in monkeys with frontal lesions // Journ. compar. Physiologic, Psychology. 1962. Vol. 55. P. 178.

Mittenecker E. Eine quantitative Methode in der Sprachanalyse und ihre Anwendung bei Schizophrenen // Zeitschr. f. Neurologie u. Psychiatrie. 1951. Bd. 121. Nr 6. S. 364.

Mowrer O. Learning theory and the neurotic paradox // Amer. Journ. of Orthopsychiatry. 1948. Vol. 18. P. 571–610.

Muhar Ind. Intercorrelations among six measures of rigidity // Indian J. of Psychology. 1974(May). Vol. 49(1). P. 59–64.

Müller G., Schumann F. Über die Psychologischen Grundlagen der Vergleichung gehobener Gewichte // Archiv gesamter Physiologie. 1898. Bd. 45. S. 37.

Müller G., Pilzecker A. Die Perseverationstendenzen der Vorstellungen // Zeitschr. f. Psychologie. 1900. Bd. 20.

Murage T. Developmental analysis of rigidity in old age // Japan Journ of pedagogical Psychology. 1954. № 3.

Murphy G. Personality: a biosocial approach to origin and structure. New York: Harpers. 1947. 549 p.

Murphy G., Jensen E. Approaches to personality. New York, 1932.

Neisser C. 66 Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenarzte zu Breslau // Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie. 1894. Bd. 51. S. 1016.

Nelson A. Rigidity in the interpersonal functioning of psychiatric patients and normals // Diss. Abstracts. 1984. № 9. P. 2902.

Nicols M.P. Family therapy. Concepts and Methods. New York, London: Gardner Press, 1984.

Parker Ch., Huff Vi E. The effects of group couseling on rigidity // Small Group Behavior. 1975 (Nov.). Vol. 6(4). P. 402–413.

Patni A. A correlational study of vocational maturity and selfcontrol // J. of psychological Research. 1975(Sep.). Vol. 21(3). P. 90–91.

Pavlov I.P. An attempt to a physiological interpretation of obsessional neurosis and paranoia // Journ. of mental Science. Vol. 80. P. 187.

Pervin L. Rigidity in neurosis and general personality functioning // Journ. of abnorm (soc). Psychology. 1960. Vol. 61. P. 389–395.

Petrilowitsch N., Baer R. Psychopathie 1945–1966 // Fortschritte der Neurologie und Psyrhiatrie und ihrer Grenzgebiete. Teil 1 Stuttgart. 1967. 35. Jahrgang. H. 11 (Nov.) S. 557–611.

Philipson L. Personality rigidity as a distingishing factor bw. normal and neurotic behavior // Diss. Abstracrts. 1955.

Pick A. Archiv f. Psychiatrie, 1892. Bd. 23. S. 896.

Pikas A. Abstraction and concept formation. 1965.

Pinard J. Tests of perseveration // Brit. Journ. of Psychology. 1932. Vol. 23. P. 5–19, 114–126.

Pitres et Regis E. Le obsessions les impulsions. Paris, 1902.

Prause G. Genies in der Schule. Düsseldorf: Rowolt Verlag. 1976. 223 s.

Pribram K., Ahumada J., Ross L. In: J. M. Warren a. K. Ackert. The granual frontal cortex and behavior. New York, 1964.

Rapaport D. a. o. Diagnostic psychological testing. 1945–1946.

Rattner J. Aggression und menschliche Natur. Frankfurt/Main, 1974.

Regard M. Cognitive rigidity and flexibility: Neurological study // Diss. abstracts. 1983. Vol. 43(8). P. 2714.

Rehfish J. A scale for personality rigidity // J. Consult Psychol. 1958. Vol. 22. P. 11–15.

Reich W. Charakteranalyse. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag. 1975. 509 s.

Richtberg W. Schizophrenia and rigidity: Results of an experimental-psychological investigation // Psychiatr. clinica. 1973. Vol. 6(3). P. 150–170.

Rogers C. Client-centered therapy. Boston-Houghton, 1951.

Rogers R. a. o. Behavioral rigidity and its relationship to authoritarianism and obsessive-compulsiveness // Perceptual and Motor Skills. 1975(Jun.). Vol. 40(3). P. 803.

Rogers S. Perseveration // Journ. of mental Science. 1935. Vol. 81. P. 138–144.

Rohracher H. Kleine Characterkunde. Wien, 1961.

Rokeach M. Generalised mental rigidity as a factor in ethnocentrism // Journ. of abnorm. (soc.) Psychology. 1948. Vol. 43. P. 259–278.

Rosenthal M., Robertson R. A study of mother child relationship in emotional disorders of children // Genetic psycholological. Monographs. 1959. Vol. 60. P. 65.

Rosenzweig S. An outline of frustration theory // Personality and behavior disorders. New York. 1944. Vol. 1. P. 64–74.

Rothenbacher H., Fritz G., Weithmann G. Zur Persönlichkeit des Alkoholkranken (Klinische Erfahrungen und therapeutische Konsequenzen) // Tlierapiewoche. 1984. Vol. 34(5). S. 3629–3635.

Rubenovitz S. Emotional rigidity-flexibility as a comprehensive dimension of mind. Stockholm, 1963.

Schale K.W., Parham J.D. Stability of adult personality traits: fact or fable? // Perspectives a. social Psychol. 1982. Vol. 42. № 1. P. 108–115.

Schale K. Rigidity-flexibility and intelligence // Psychological monographs. 1958. Vol. 72. P. 1.

Schmied D., Brunner E.J. u.a. Soziale Einstellungen. Juventa, Munchen, 1975.

Schneider E. Psychodiagnostisches Praktikum fur Psychologen und Pedagogen Leipzig, 1947.

Schneider E. In: Kraepelin's Psychologische Arbeiten. 1895. Bd. 3. S. 467.

Schneider K. Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig 1933.

Schotte D.E. a. o. Suicide ideation in a college population // Journ. of Consoulting and Clinical Psychology. 1982(Oct.). Vol. 50(5). P. 690–696.

Shapiro D. Autonomy and rigid Character. New York: Basic Books. 1981. 173 p.

Sheldon W.H., Stevens S.S. The Varieties of Temperament. A Psychology of constitutional differences. New York: Harper and Row. 1942. 620 p.

Shewach B. Studies in perseveration // Journ. of Psychology. 1936. Vol. 3. P. 381–427.

Siegelman E. et al. Antecedents of optimal psyhological adjustment // Journal of consoulting and clinical psychology. 1970. Vol. 35. P. 283–289.

Simmonds D.W. a. o. Perceptual rigidity in paranoid schizophrenic: use of projective animal drawings // Perceptual and Motor Skills. 1973(Aug.). Vol. 37(1). P. 247–250.

Singh L.K. Personal factors in rigidity // Indian Psychological Review. 1981 (Jan.). Vol. 20(1). P. 18–23.

Smith K. Delayed sensory feedback and behavior. Philadelphia, 1962.

Smith W. Zur Frage der mittelbaren Association. Leipzig, 1894.

Solder V. Neurologisches Zentralblatt, 1895. S. 958.

Sommer R. // Zeitschr. fur Psychiatrie. 1894. Bd. 50. S. 22.

Spearman Ch. The nature of intelligence and principles of cognition. London, 1927.

Spearman Ch. The tenth Maudsley lectures // Journ. of mental Science. 1929. Vol. 75. P. 365–367.

Spearman Ch. The ability of man. London, 1932.

Stengel E. A study of some clinical aspects of relationship bw. obsessional neurosis a. psychotic reactions types // Journ. of mental Science. 1945. Vol. 91. P. 161–187.

Stephenson W. An introduction to so called perseveration test // Brit. Journ. of educt. Psycholog. 1934. Vol. 4. P. 186–208.

Storch A. Arch. Psychiatric. 1949. Bd. 181. S. 287.

Stransky E. Über Sprachverwirrtheit. Halle, 1905.

Sullivan H. The interpersonal theory of psychiatry. New York, 1953.

Thorne F.C. The etiology of sociopathic reactions // Amer. Journ. Psychother. 1959. Vol. 13. P. 19.

Thurstone L. A factorial study of perception. Chicago, 1944.

Tinbergen N. The study of Instinct. Oxford: Clarendon press. 1958. 228 p.

Titaeus E. Untersuchungen zum sogenanten konformen Verhalten // Zeitschr. f. exper. und angew. Psychologie, 1968. Bd. IV. S. 176–194.

Vogt R. Centralblatt für Nervenkunde u. Psychiatric. 1903. S. 85.

Wand B. Flexibility in intellectual perfomance // Educ. Testing Service: Princeton. New York. 1955. 128 p.

Warren H. Dictionary of psychology. Boston; New York, 1934.

Weisgerber Ch. The relationship of perseveration to a number of personality traits and to adjustment // The journ. of general Psychology. 1954. Vol. 50. P. 3–13.

Werner H. The concept of rigidity: a critical evaluation // Psycological Review. 1946a. Vol. 53. P. 43–52.

Werner H. Abnormal and subnormal rigidity // Journ. of abnorm. (soc.) Psychology. 1946b. Vol. 41. P. 15.

Werner H. Comparative psychology of mental development. New York, 1957.

Werner H., Strauss A. Experimental analysis of the clinical symptom «perseveration». In mentally retarded children // Americ. Journ. of mental Defect. 1942. Vol. 47. P. 185–188.

Wertheimer M., Aronson E. Personality rigiditv as measured by aniseikonic lenses and by perceptal tests of metabolic efficiency // Journ. of general Psychology, 1958. Vol. 58. P. 4149.

Wesley E. Personality behavior in a concept formation task as a function of manifest anxiety and rigidity // Journ. of abnorm. (soc.) Psychology. 1953. Vol. 48. P. 129–134.

Weyermuller F. Beitrag zur Prüfung der Perseverationstendenz bei Schulkindern. Wien 1968 heft 222.

White R. The abnormal Personality, New York, 1948.

Wiersma E. Die Sekundärfunktion bei Psychosen // Journ. f. Psychol. u. Neurologie. 1906. Bd. 8. S. 24.

Wirtler U., Angleitner A. Longitudinal study of changes in rigidity in the aged people // Ztschr. fur Gerontologie. 1980 (Juli-August). Bd 13(4). S. 359–372.

Wolpert E. A new view of rigidity // Journ. of abnorm. (soc.) Psychology. 1955. Vol. 51. P. 589.

Yakobovits L., Lambert W. // Journ. of expert. Psychology. 1961. Vol. 67. P. 577.

Yates A. Perseveration // H.Y. Eysenck Handbook of abnormal Psychology. New York, 1961.

Yung C. The integration of the personality. New York, 1939.

Yung C. Contribution to analitical psychology. New York, 1928.

Yung C. Psychological Types. New York, 1920.

Zeblewski E. Die Anwendbarkeit des Perseverationstests von Mittenecker für die Persünlichkeitsdiagnostik // Zeitschr. f. exper. und angew. Psychologie. 1959. Bd. 6. S. 310–320.

Zeligs R. Intergruppeneinstellungen von Kindern // A. Karsten (Hrsg.) Vorurteil. Ergebnisse psychologischer und sozialpsychologischer Forschung. 1978. S. 84–97.

Zinik G.A. The relationship between sexual orientation and eroticism, cognitive flexibility and negative affect // Diss. Univ. Call. 1983. 147 p.

Zutt Y. Gedanken über menschliche Bewegung als mögliche Grundlage fur das Verständnis der Bewegungsstörungen bei Geisteskranken // Nervenarzt. 1957. Yg. 28. S. 34.

Zutt Y. Über das verstehende Anthropologie // Psychiatrie der Gegenwart. Berlin, 1963. Bd. 1–2. S. 763.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Задача о трех сосудах

№ задачи	Условие задачи			Ответ
	A	B	C	
0)		29	3	20
1)	14	59	10	25
2)	25	163	18	102
3)	18	59	7	27
4)	31	61	4	22
5)	18	43	10	5
6)	23	49	3	20
7)	15	39	3	18
8)	28	76	3	25
9)	18	48	4	22
10)	14	36	8	6

Приложение 2

Вербальные лабиринты

Ь	т	О	Т	и	ч
с	а	В	И	ч	ю
и	к	Ы	Д	а	л
а	в	Ы	З	а	к
в	ы	С	И	п	о
с	ь	Т	А	р	**Д**

Й	и	щ	ю	я	л
ы	м	ю	я	т	в
е	н	и	л	к	а
и	н	е	в	а	р
т	и	к	с	у	п
н	и	а	р	к	**У**

Я	о	В	М	р	т
а	а	Р	С	н	а
к	а	И	Н	о	п
с	ь	Л	Е	т	и
н	е	И	Н	е	ч
ы	т	С	А	ч	**У**

Е	а	к	д	и	н
и	н	е	ы	п	у
н	е	л	з	а	к
е	ы	п	у	т	с
л	т	у	т	с	ы
п	у	т	с	ы	**В**

Ь	т	О	М	у	ч
б	а	В	И	к	л
м	т	И	Р	о	ю
т	е	Ч	Н	а	к
а	ц	У	Л	д	а
и	л	И	М	е	З

Т	а	и	р	а	т
ы	е	о	и	н	е
м	и	к	ж	о	л
и	т	а	т	с	о
ч	ы	р	к	и	р
о	р	а	д	о	П

Е	и	Н	Ы	л	к
Е	м	Е	Ж	е	а
Н	з	Н	О	и	д
о	к	О	Л	д	е
м	а	Р	Г	о	р
е	п	С	О	р	П

О	н	о	л	а	м
в	и	т	а	г	о
т	с	е	б	и	р
с	а	ж	у	р	д
е	ш	у	р	к	о
ж	у	р	д	о	С

Ь	с	О	К	б	и
т	и	С	Л	и	к
с	н	И	И	р	с
о	е	Н	Т	а	д
н	ж	И	В	д	о
б	а	К	Ш	у	П

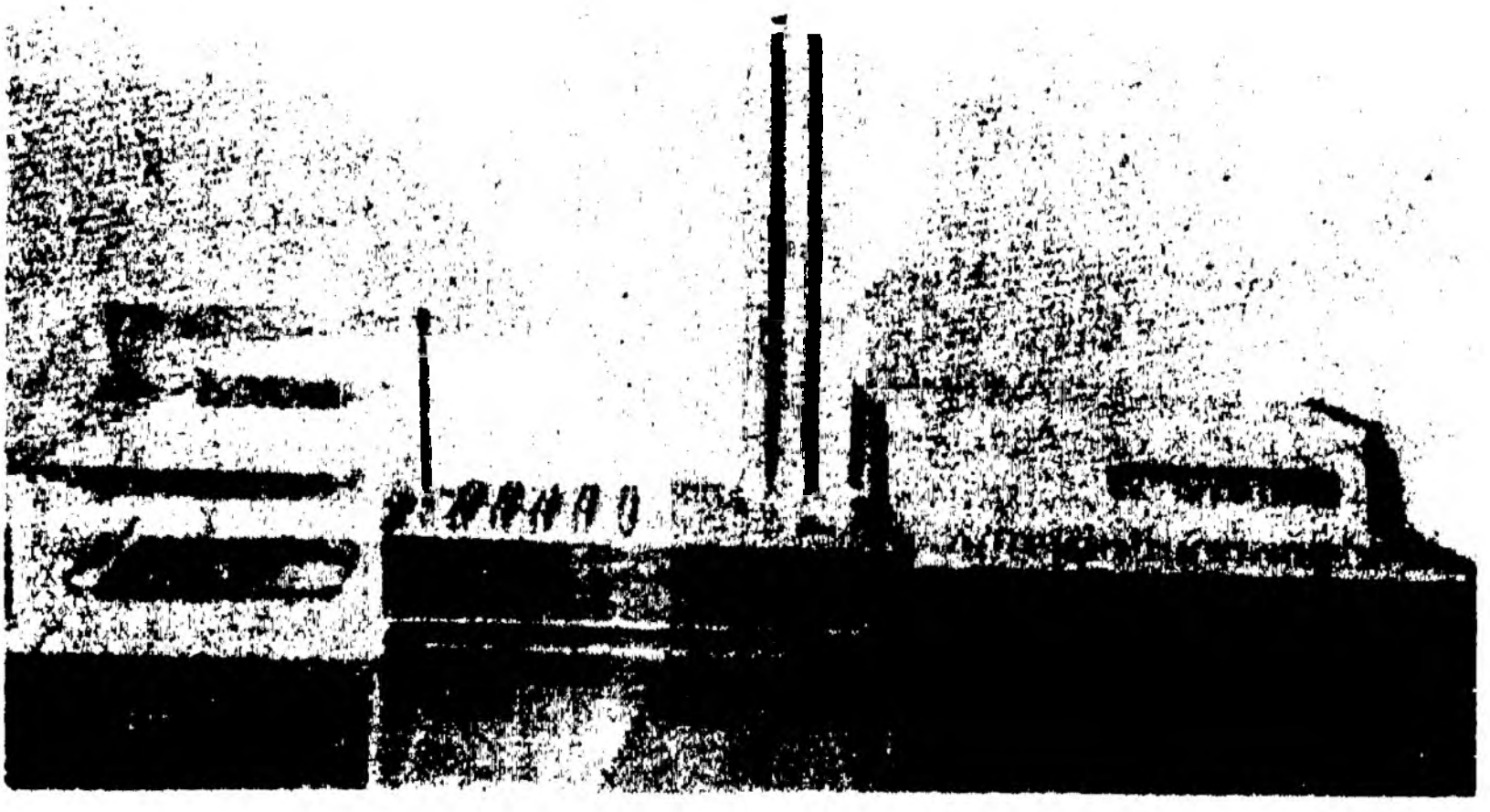
Ы	ц	ь	л	О	в
Ц	а	а	р	Н	о
Ь	е	д	й	Ы	р
Л	о	в	о	Р	б
О	ы	з	а	К	о
Л	и	б	о	Р	Д

Приложение 3

Методика «омонимы» с переключением

A	B	C
1) ключ – дверь	11) ключ – лестница	16) ключ – вода
2) ключ – дом	12) ключ – ноги	17) ключ – струя
3) ключ – квартира	13) ключ – ладонь	18) ключ – песок
4) ключ – шкаф	14) ключ – небо	19) ключ – земля
5) ключ – буфет	15) ключ – дерево	20) ключ – лес
6) ключ – комната		21) ключ – трава
7) ключ – ящик		22) ключ – скала
8) ключ – сундук		23) ключ – глоток
9) ключ – вахтер		24) ключ – родник
10) ключ – сосед		25) ключ – ведро

Приложение 4



Приложение 5

Унификация

№ п/п	Наименование объектов		Объединяющий признак
1	3		3
1	Грузовая машина, легковая машина, трамвай	– разного цвета	
2		– разного цвета	
3		– разного цвета	
4		– разного цвета	
5		– разного цвета	
6		– разного цвета	
7		– разного цвета	
8		– разного цвета	
9		– разного цвета	
10		– разного цвета	
11		– одного цвета	
12		– одного цвета	
13		– одного цвета	
14		– одного цвета	
15		– одного цвета	
16		– одного цвета	
17		– одного цвета	
18		– разного цвета	
19		– одного цвета	
20		– одного цвета	

Приложение 6

ТОМСКИЙ ОПРОСНИК РИГИДНОСТИ Г.В. ЗАЛЕВСКОГО (ТОРЗ)

Клиническая практика и научные исследования подтверждают справедливость мысли о том, что одним из условий психической цельности индивида и его психического здоровья является гибкость в оценке самого себя, а также в умении под напором опыта переоценивать ранее сложившуюся систему ценностей [Rogers, 1951]. Еще радикальнее в этом отношении Kuenkel (1976), понимающий психическое расстройство как неспособность принимать новое отношение к изменяющейся среде.

Если даже не принимать полностью такого понимания сущности психического расстройства, то следует согласиться с мнением Б.В. Зейгарник и др. (1974), в чем убеждаемся и на основании собственных исследований (1985, 1986, 1987), что больным меньше, чем здоровым, свойственны гибкость и пластичность, позволяющие перестраиваться с учетом изменяющихся условий, и что сочетание ригидности с инертностью относится к наиболее типичным свойствам психики большинства больных.

В целом ряде отечественных и зарубежных исследований подчеркивается значение проблемы психической ригидности для психиатрической практики. Так, встречаются указания на то, что психическая ригидность оказывается преимущественно неблагоприятным фактором, лежащим в основе этиологии и патогенеза нервно-психических расстройств, а также осложняющим прогноз и затрудняющим терапию пограничных состояний, эндогенных психозов и алкоголизма [McGlashen, 1976; Krampen, 1978; Семке, 1983; Пантелеева, Беляев, 1984; Орлова, 1984 и др.].

Вместе с тем и на сегодняшний день отсутствуют, прежде всего в отечественной патопсихологии, общепринятые критерии и методы оценки психической ригидности при нервно-психических расстройствах: дифференциально-диагностические, прогностико-динамические и реабилитационные.

В основу разработки критериев и методов оценки психической ригидности (ПР) легло предположение, что ПР как в норме, так и в патологии, вплетаясь в структуру личности, характеризуется следующими параметрами: интенсивностью (силой, глубиной) и экстенсивностью (широтой или спектром охвата структуры личности по вертикали и по горизонтали – вдоль

ее подструктур), устойчивостью или стойкостью (реакция – состояние – черта), генерализованностью и доминированием (черта – симптомокомплекс – тип) и мотивированностью (принятием – непринятием необходимости изменений).

Принципы построения и структура ТОРЗ

Подобно многим широко применяемым вопросниковым методам диагностики ТОРЗ представляет собой серию из специально отобранных вопросов, ответы на которые дают представление об особенностях проявления опрашиваемыми психической ригидности. В связи с монотематичностью вопросника и с целью избежать вопросов, требующих обозначения свойства, было подобрано довольно большое количество вопросов, относящихся к различным проявлениям психической ригидности. Содержание вопросов достаточно объемно отражает те ситуации (проявления ПР), в которых от человека требуется изменить отдельные элементы программы поведения или ее в целом «под напором опыта» – образ жизни, стереотипы, отношения, установки, привычки, навыки, темп и ритм жизни и деятельности, средства достижения какой-либо цели или саму цель и т.д. Всего вопросник состоит из 150 пунктов.

В целях повышения достоверности результатов, опросник сбалансирован по следующим параметрам:

1) чтобы избежать определенной монотонии, пункты ТОРЗ сформулированы в виде вопросов и утверждений;

2) с учетом «стиля ответов» – одни опрашиваемые более склонны к утвердительным, другие к отрицательным ответам – применяются различные формы вопросов и утверждений.

Структурно ТОРЗ представляет собой 8 шкал, в каждую из которых входит определенное число вопросов/утверждений. Эмпирическая однородность шкал подтверждена дисперсионным анализом данных группы здорового контроля ($F = 21{,}08$; $p < 0{,}01$).

1. *Шкала общей ригидности* склонности, к широкому спектру фиксированных форм поведения, СКР (*симптомокомплекс ригидности*) – персеверациям, навязчивостям, стереотипиям, упрямству, педантизму и собственно ригидности. Именно последний аспект шкалы СКР – ригидность в собственном или узком смысле – неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания и т.п. – отражен во входящей в СКР (2) *субшкале актуальной ригидности*

(АР). Вопросы и утверждения этой субшкалы в разном количестве и модификациях входят в остальные шкалы ТОРЗ;

2. *Шкала сенситивной ригидности* (СР) отражает эмоциональную реакцию человека на новое, на ситуации, требующие каких-либо изменений, возможно, страх перед новым, своего рода неофобия.

Это, несомненно, личностный уровень проявления ПР, выраженный в эмоциональном отношении к соответствующим требованиям объективной действительности.

3. *Шкала установочной ригидности* (УР) также отражает личностный уровень проявления ПР, выраженный в позиции, отношении или установке на принятие – непринятие нового, необходимости изменений самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек и т.п. За такой позицией могут лежать самые разные мотивы осознанного уровня.

4. *Шкала ригидности как состояния* (РСО). Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что в состоянии страха, стресса (дистресса), плохого настроения, утомления или какого-либо болезненного состояния человек в высокой степени склонен к ригидному (шире – к фиксированному) поведению. В обычных условиях подобное поведение он может не проявлять. Правда, нередко ригидность как состояние (как реакция) сочетается с ригидностью как чертой характера, а потому проявляется исключительно сильно и тотально.

5. *Шкала преморбидной ригидности* (ПМР). Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что испытуемый уже в подростковом и юношеском (школьном) возрасте испытывал трудности в ситуациях каких-либо перемен, нового и т.п. Взрослые опрашиваемые ретроспективно оценивают то, как они себя вели, переживали и решали те или иные проблемы в соответствующих ситуациях в школьном возрасте (для больных – это преморбидный период).

6. *Шкала реальности* (ШР). Это вид контрольной шкалы. Она показывает, исходит ли испытуемый в своих ответах на вопросы ТОРЗ из своего опыта или только из предположений. Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что испытуемый исходил из некоторых предположений, а потому результаты обследования не могут вызывать доверия.

7. *Шкала лжи* (ШЛ). Вопросы вычленены из Личностного опросника Г. Айзенка с целью повышения достоверности получаемых результатов. Количественно исчисляется аналогично шкале реальности ТОРЗ.

Каждая шкала (за исключением ШР и ШЛ) оценивается по количественным параметрам интенсивности и экстенсивности. Показателем интенсив-

ности психической ригидности (ИПР) является алгебраическая сумма оценок ответов на вопросы/утверждения шкалы. Показатель экстенсивности ПР (ЭПР) определяется числом ответов, несущих признак от «слабо выражен» до «очень сильно выражен» из общего числа возможных ответов на вопросы шкалы.

ЭПР может быть трех уровней. ЭПР первого уровня (ЭПР-1) определяется числом ответов всех трех градаций наличия признака: «выражен слабо», «выражен сильно», «выражен очень сильно»; ЭПР-2 – числом ответов с такими градациями признака: «выражен сильно», «выражен очень сильно»; ЭПР-3 – числом ответов с одной градацией признака: «выражен очень сильно».

Высокие показатели по ЭПР-1 свидетельствуют о том, что ПР очень широко «поражает» структуру личности по вертикали и/или горизонтали. «Тотальность» ПР может не быть выраженной по глубине, диффузной при низких показателях ЭПР-2 и особенно ЭПР-3, и сильно выраженной или даже очень сильно выраженной по глубине при их высоких значениях. В последнем случае, видимо, можно говорить об акцентуации характера (личности), а также о том, что ПР выступает типообразующим свойством. Но о «ригидном типе характера (личности)» можно говорить лишь после определения структуры характера (личности) в целом.

Низкие показатели ЭПР-1 свидетельствуют лишь о «парциальности» проявления ПР, которая может быть разной глубины в зависимости от величины показателей ЭПР-2 и ЭПР-3.

Параметр экстенсивности ПР дает более дифференцированное представление об интенсивности ПР, которая хотя и содержит показатель экстенсивности, но раскрывает его лишь в крайних своих значениях – минимальном (нулевом) и максимальном (в соответствии со шкалой). Поэтому в пределах между этими крайними точками лишь параметр экстенсивности своими показателями может помочь понять, за счет чего получен тот или иной показатель параметра интенсивности, а также в чем структурно-содержательные (качественные) различия количественно идентичных показателей ИПР.

Психометрическая характеристика ТОРЗ

Стабильность ТОРЗ исследовалась на выборке из 90 здоровых испытуемых с интервалом 3–4 недели. Показатель стабильности теста достаточно высок – 0,87. Внутренняя согласованность определялась на выборке в 219 человек с помощью факторного дисперсионного анализа [Гласе и Стэнли,

1976]. Попарные и общие сопоставления шкал ТОРЗ выявили на достоверном уровне более высокую согласованность внутри каждой отдельной шкалы ($p < 0,01$).

Валидность была измерена следующим образом:

а) вычислена конвергентная валидность как коэффициент корреляции шкалы СКР, которую фактически составили адаптированные вопросники Brengelman и Rubenovitz [Залевский, 1976], с остальными шкалами ТОРЗ. Было выявлено, что между шкалами СКР и шкалой «аффективная ригидность» MMPI [Березин и др., 1976] существует высокая связь со шкалами ТОРЗ ($p < 0,05$; $p < 0,01$). Это говорит о том, что все эти шкалы измеряют одну и ту же личностную характеристику, хотя с акцентом на разные ее аспекты. Об этом свидетельствуют, например, более высокие корреляции между шкалами СР и РСО, характеризующими эмоциональный аспект психической ригидности, и шкалой «аффективная ригидность».

б) внешняя валидность ТОРЗ демонстрируется статистически высоко достоверными различиями между показателями шкал, полученными на выборке 219 здоровых человек, и показателями 521 нервно-психически (пограничные состояния, шизофрения) больного ($p < 0,001$), подтверждающими гипотезу «о значительно меньшей гибкости больных».

Возможности использования ТОРЗ

1. Для дифференциальной оценки психической ригидности в норме с привлечением метода квартилей – квартилизации максимально возможного количества баллов по шкале – выделяется четыре степени проявления ПР: «низкая», «умеренная», «высокая», «очень высокая». Такая оценка может преследовать психолого-педагогические цели.

2. То же самое может осуществляться и в группах больных с целью уточнения прогноза психотерапевтического или реабилитационного воздействия, течения ремиссии и т.д. Эта же оценка может служить и в качестве одного из патопсихологических дифференциально-диагностических критериев в континууме норма–патология (пограничные состояния, шизофрения), поскольку больные значительно чаще оказываются в типологических группах с «высокой» и «очень высокой» ПР, чем здоровые. Дифференциально-диагностическая внутринозологическая оценка ПР должна проводиться на основе лишь полного анализа данных по всем параметрам и шкалам ТОРЗ.

3. Использование ТОРЗ может быть как полным, так и фрагментарным, выборочным. Такая автономность шкал опросника может применяться в

патопсихологическом диагностическом обследовании, экспресс-обследовании, скринигновых исследованиях для выделения групп риска, оценки прогноза успеха в семейных и генетических консультациях и т.д.

4. Сбор и обработка информации с помощью ТОРЗ может производиться в ручном, полуавтоматическом и автоматизированном режимах с использованием ПЭВМ.

Квартильная норма типов по степени проявления ПР

Шкала	Предел балльных оценок	Низкая ПР	Умеренная ПР	Высокая ПР	Очень высокая ПР
СКР	0–248	0–62	63–124	125–186	187–248
АР	0–72	0–18	19–36	37–54	55–72
СР	0–76	0–19	20–38	39–57	58–76
ур	0–68	0–17	18–34	35–51	52–68
РСО	0–24	0–6	7–12	13–18	19–24
ПМР	0–80	0–20	21–40	41–60	61–80

По контрольной шкале реальности разброс баллов 0–68. Не вызывают доверия данные при показателе ШР более 34 баллов. По контрольной шкале лжи разброс составляет 0–36. Не вызывают доверия данные при показателе ШЛ более 18 баллов.

Инструкция к заполнению протокола ТОРЗ и обработки данных

Испытуемый должен, определив свое отношение к вопросу/утверждению, отметить это знаком «+» против соответствующего вопроса и в столбце с одним из возможных ответов: «да», «скорее да», «нет», «скорее нет».

Количественные ответы испытуемого оцениваются по четырехбалльной системе в зависимости от меры наличия признака: отсутствует – 0; выражен слабо – 1; выражен сильно – 3; выражен очень сильно – 4.

Текст опросника

1. Я легко привыкаю к новым условиям.
2. Я всегда радуюсь возможности попутешествовать.
3. Я с детства предпочитаю следовать своим привычкам и своему вкусу стараюсь не изменять.
4. Бывает, что у меня возникает ощущение обиды или досады.
5. Если факты против меня, я легко отказываюсь от своей точки зрения и выдвигаю новую гипотезу.
6. Я всегда переживаю, если приходится менять свои планы на полпути.
7. В детстве и юности мне было трудно отказываться даже от тех привычек, которые мне самому не нравились.
8. Иногда я меняю круг моих знакомых и друзей.
9. Я легко меняю привычный темп и ритм работы и жизни.
10. Я переживаю, если приходится изменять своему вкусу.
11. В детстве и юности я легко менял однажды принятое решение.
12. Все мои привычки хороши и желательны.
13. Я предпочитаю проводить отпуск в привычной обстановке.
14. Иногда я ловлю себя на мысли, что считаю совершенно ненужные мне предметы (ступеньки, окна, фонари).
15. Подростком я легко отказывался от привычного способа решения той или иной проблемы и искал новый.
16. Я сохраняю свой обычный ритм действий, даже если куда-то спешу, но знаю, что успею.
17. Если я обещал что-то сделать, то всегда выполняю свое обещание, независимо от того, удобно это мне или нет.
18. Когда я утомлен, мне трудно что-либо изменить в своей жизни или работе.
19. Я предпочитаю решать свои проблемы привычным способом.
20. Я переживаю, если приходится менять свое отношение к людям.
21. В детстве я предпочитал ходить в школу одним и тем же привычным маршрутом и старался никогда его не менять.
22. Даже в самый последний момент я могу отказаться от давно задуманного.
23. Бывает, что я непроизвольно начинаю считать ступеньки, фонари, окна или какие-то другие предметы.
24. Я переживаю, если оказываюсь не в состоянии избавиться от страха, плохого настроения, эмоционального напряжения.
25. В детстве и юности я считал, что в оценке своего характера, способностей и возможностей не следует ориентироваться на мнение других.

26. Мне трудно заводить новые знакомства.
27. Мне трудно перейти от печали к радости.
28. Мне трудно изменить собственное мнение о себе, даже если оно не совпадает с мнением других.
29. Я долго переживаю события, которые касаются лично меня.
30. Я переживаю, если приходится менять однажды принятое решение.
31. В сходных ситуациях я испытываю одни и те же чувства.
32. В детстве и юности я легко менял свои планы на полпути.
33. Я всегда плачу за провоз багажа в общественном транспорте.
34. Я легко могу слушать одновременно двух рассказчиков.
35. Мне трудно менять свой привычный маршрут на работу.
36. Я могу одновременно читать и слушать.
37. Если я оказываюсь в стрессовой ситуации, мне трудно изменить что-либо в своей жизни.
38. Поговорка «за словом в карман не полезет» очень ко мне подходит.
39. Мне нравится быть не похожим на других.
40. Меня привлекают путешествия.
41. Я никогда не опаздывал на свидание или на работу.
42. Иногда я говорю о вещах, в которых не разбираюсь.
43. Необходимость изменить привычку, даже ту, которая мне совсем не нравится, вызывает у меня сильные душевные переживания.
44. Иногда у меня возникают мысли, которые я хотел бы скрыть от других.
45. В детстве и юности я легко мог изменить свое отношение к кому-либо.
46. Я обладаю способностью перевоплощаться.
47. Я всегда все делаю основательно и не спеша.
48. В состоянии подавленности и плохом настроении мне трудно что-либо изменить в своей жизни.
49. Подготовка к какой-либо деятельности занимает у меня очень мало времени.
50. Мне легко избавиться от привычек, которые мне не по душе.
51. Иногда я «выхожу из себя».
52. Я переживаю, если мне приходится расставаться с привычными условиями жизни.
53. Когда я что-то делаю, мне трудно даже ненадолго отвлечься от этого занятия.
54. Но даже если я вынужден оторваться от этого занятия, оно никак не выходит у меня из головы.
55. С детства я привык к определенному режиму и очень неохотно его нарушаю.

56. После поездки на поезде, корабле или каком-то другом виде транспорта я еще некоторое время продолжаю слышать гудки, сигналы, ощущать движение.
57. Я легко меняю свои планы, если обстоятельства требуют этого.
58. Я иногда сплетничаю.
59. Я очень переживаю, когда приходится отвергать свою точку зрения и принимать чужую.
60. Меня сильно расстраивает необходимость в одно и то же время выполнять множество различных обязанностей и поручений.
61. В детстве и юности меня трудно было переубедить, даже если я был не прав.
62. Я могу легко и быстро осветить хорошо известный мне вопрос, даже если в данный момент сосредоточен на другой проблеме.
63. Я с радостью берусь за работу, которая требует новых и необычных решений.
64. Среди моих знакомых есть люди, которые мне явно не нравятся.
65. Я легко избавляюсь от любых отрицательных переживаний (плохого настроения, беспокойства).
66. В школе мне нравилось путешествовать: я получал много свежих впечатлений и постоянно оказывался в новых условиях.
67. Посмотрев фильм или став свидетелем трагического случая, я еще долго нахожусь под властью пережитого.
68. Я легко меняю однажды принятое решение, если этого требуют обстоятельства.
69. Я быстро забываю о своих неприятностях.
70. В детстве и юности я легко и быстро приспосабливался к новым условиям жизни.
71. Мне трудно поменять работу или место жительства.
72. Я часто замечаю, что мне в голову приходят и тревожат какие-то не значимые для меня мысли.
73. Я плохо себя чувствую, если приходится отступать от своего привычного жизненного распорядка.
74. Когда я взволнован, чувство тревоги не покидает меня, несмотря на старание избавиться от него.
75. В детстве и юности мне было трудно менять свое мнение о чем-то или о ком-то, даже если оно противоречило реальным фактам.
76. Я лучше выполняю какую-либо работу, если мои мысли заняты только ей.

77. Мне трудно выполнять мою работу, если я оказываюсь в новой для меня обстановке.
78. В детстве и юности я легко приспосабливался к любым изменениям в моей жизни.
79. Если мне поручено несколько заданий, то сначала я выполняю одно из них и лишь после этого приступаю к следующему.
80. Если я испытываю страх, мне трудно изменить что-либо в своей жизни и деятельности.
81. Даже в обычных условиях я не склонен менять свой жизненный уклад.
82. Я переживаю, если найденный мною способ решения проблемы не приводит к положительному результату и нужно искать другой.
83. В детстве и юности я долго переживал уже прошедшие события.
84. Я переживаю, если моя гипотеза не подтверждается и необходимо искать другое объяснение.
85. Даже своим друзьям я не позволяю отвлекать меня от работы.
86. Мне не нравится, когда кто-то без предупреждения нарушает мой покой.
87. Я легко меняю свое отношение к людям.
88. Если я что-то запланировал, то постоянно думаю об этом, даже будучи уверен, что все предусмотрел.
89. Я считаю, что хорошо упорядоченный образ жизни вполне соответствует моему темпераменту.
90. Я всегда мысленно возвращаюсь к написанному и уже отправленному письму.
91. В детстве и юности я старался никогда не менять свой привычный жизненный темп и ритм.
92. Я тщательно планирую и организую свою работу.
93. Я переживаю, если мне приходится менять свой привычный маршрут на работу.
94. Считаю, что большинство вопросов имеют один верный ответ.
95. Я раздражаюсь, если что-то неожиданно нарушает мой обычный распорядок дня.
96. Непривычная обстановка не портит мне настроение.
97. Меня возмущают люди, упорно отказывающиеся признать свои ошибки.
98. Обычно мне интересно знать, чем заняты мои товарищи, даже если сам я загружен своей основной работой.
99. В детстве и юности я постоянно что-то изобретал и переделывал.

100. Мне трудно изменить что-либо в своей жизни, если я болею или вообще плохо себя чувствую.
101. Я часто замечаю, что никак не могу избавиться от навязчивой мысли или мелодии.
102. Мне нравится менять свой привычный темп жизни и деятельности.
103. Я легко перехожу от одного дела к другому.
104. Мне было трудно переключаться с одного экзамена на другой.
105. В детстве и юности у меня была привычка считать совершенно не нужные мне предметы (ступеньки, окна, фонари), от которой я никак не мог избавиться.
106. Мне нравится работа, требующая внимания к мелким деталям.
107. Мне трудно изменить своему вкусу в еде, в одежде.
108. Я легко могу прервать уже начатую работу и сразу же приступить к выполнению другого задания.
109. Мне трудно поставить себя на место другого человека.
110. Я бываю так поглощен своей работой, что больше ни на что не обращаю внимания.
111. В детстве и юности я часто ловил себя на том, что много раз в течение дня возвращался к одной и той же мысли.
112. Я всегда методичен и систематичен в том, что делаю.
113. Я одеваюсь и раздеваюсь в определенном порядке.
114. Я сильно переживаю, если мне приходится менять самооценку.
115. Я всегда аккуратно следую своему рабочему распорядку.
116. Я легко меняю свой режим дня, если этого требуют обстоятельства.
117. Я считаю, что нужно избавляться от вредных привычек.
118. Мне уже приходилось менять однажды принятое решение.
119. Я считаю, что лучше всего проводить отпуск в «родных стенах», никуда не уезжая.
120. Мне уже приходилось менять свой привычный маршрут на работу.
121. Я считаю, что не следует менять однажды принятое решение.
122. Мне уже приходилось менять свои планы на полпути.
123. Я считаю, что лучше всего ходить на работу одной и той же дорогой.
124. Мне уже приходилось менять место жительства или работу.
125. Я считаю, что если гипотеза противоречит действительности, от нее следует отказаться.
126. Мне уже приходилось менять свое отношение к людям.
127. Я считаю, что иногда нужно ставить себя на место другого.
128. Случалось, что меня переубеждали, если я был не прав.

129. Считаю, что лучше всего работать в привычном темпе и ритме.
130. Мне уже приходилось приспосабливаться к новым условиям.
131. Я считаю, что каждый человек вправе иметь свои предпочтения в одежде, в еде и не должен торопиться их менять.
132. Бывало, что я никак не мог избавиться от прошлых переживаний.
133. Считаю, что нужно уметь приспосабливаться к новым условиям, если этого требуют обстоятельства.
134. Мне уже приходилось ставить себя на место другого человека.
135. Я считаю, что человеку очень трудно избавиться от прошлых переживаний.
136. Мне уже приходилось менять свои привычки в еде, одежде.
137. Я считаю, что не следует менять работу и жилище.
138. Мне уже приходилось отказываться от привычного способа решения проблемы и искать другой путь.
139. Считаю, что любую работу можно успешно выполнить привычным способом.
140. Мне уже приходилось менять свой обычный режим жизни и работы.
141. Я считаю, что нужно всегда соблюдать распорядок дня.
142. Мне уже приходилось менять свой привычный темп и ритм работы и жизни.
143. Считаю, что наилучший путь решения большинства проблем – единственный.
144. Бывало, что я настаивал на своей точке зрения, хотя факты свидетельствовали против меня.
145. Я считаю, что «со стороны виднее», поэтому необходимо всегда учитывать мнение других.
146. Мне уже приходилось вступать в конфликт с близкими мне людьми по поводу моего характера, способностей, поступков.
147. Я считаю, что стоит менять свои планы на полпути, если обстоятельства требуют этого.
148. Мне уже приходилось путешествовать, надолго уезжая от своего привычного места жительства.
149. Считаю, что стоит изменить свое отношение к человеку, если этого требуют обстоятельства.
150. Мне уже приходилось избавляться от вредных привычек.

Ключи

ШКАЛА «СИМПТОМОКОМПЛЕКС РИГИДНОСТИ»

№ вопроса	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
1	0	1	3	4
4	4	3	1	0
5	0	1	3	4
8	0	1	3	4
9	0	1	3	4
13	4	3	1	0
16	4	3	1	0
19	4	3	1	0
22	0	1	3	4
23	4	3	1	0
26	4	3	1	0
27	4	3	1	0
28	4	3	1	0
29	4	3	1	0
31	4	3	1	0
34	0	1	3	4
35	4	3	1	0
36	0	1	3	4
38	0	1	3	4
39	0	1	3	4
40	0	1	3	4
46	0	1	3	4
47	4	3	1	0
49	0	1	3	4
50	0	1	3	4
53	4	3	1	0
54	4	3	1	0
56	4	3	1	0
57	0	1	3	4
60	0	1	3	4
62	0	1	3	4
65	0	1	3	4
67	4	3	1	0
68	0	1	3	4
69	0	1	3	4
71	4	3	1	0
72	4	3	1	0

74	4	3	1	0
76	4	3	1	0
77	4	3	1	0
79	4	3	1	0
85	4	3	1	0
86	4	3	1	0
87	0	1	3	4
88	4	3	1	0
89	4	3	1	0
90	4	3	1	0
92	4	3	1	0
94	4	3	1	0
95	4	3	1	0
97	4	3	1	0
98	0	1	3	4
103	0	1	3	4
106	4	3	1	0
107	4	3	1	0
108	0	1	3	4
109	4	3	1	0
110	4	3	1	0
112	4	3	1	0
113	4	3	1	0
115	4	3	1	0
116	0	1	3	4

Всего 63 пункта. Разброс баллов 0–252.

ШКАЛА АКТУАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ

№ вопроса	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
1	0	1	3	4
9	0	1	3	4
13	4	3	1	0
19	4	3	1	0
23	4	3	1	0
28	4	3	1	0
35	4	3	1	0
40	0	1	3	4
50	0	1	3	4
57	0	1	3	4
65	0	1	3	4
68	0	1	3	4
71	4	3	1	0
87	0	1	3	4
107	4	3	1	0
109	4	3	1	0
116	0	1	3	4

Всего 17 пунктов. Разброс баллов 0–68.

ШКАЛА УСТАНОВОЧНОЙ РИГИДНОСТИ

№ вопроса	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
117	0	1	3	4
119	4	3	1	0
121	4	3	1	0
123	4	3	1	0
125	0	1	3	4
127	0	1	3	4
129	4	3	1	0
131	4	3	1	0
133	0	1	3	4
135	4	3	1	0
137	4	3	1	0
139	4	3	1	0
141	4	3	1	0
143	4	3	1	0
145	0	1	3	4
147	0	1	3	4
149	0	1	3	4

Всего 17 пунктов. Разброс баллов 0–68.

ШКАЛА СЕНСИТИВНОЙ РИГИДНОСТИ

№ вопроса	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
2	0	1	3	4
10	4	3	1	0
14	4	3	1	0
20	4	3	1	0
24	4	3	1	0
30	4	3	1	0
43	4	3	1	0
52	4	3	1	0
59	4	3	1	0
63	0	1	3	4
73	4	3	1	0
82	4	3	1	0
84	4	3	1	0
93	4	3	1	0
96	0	1	3	4
101	4	3	1	0
102	0	1	3	4
114	4	3	1	0

Всего 18 пунктов. Разброс баллов 0–72.

ШКАЛА РИГИДНОСТИ КАК СОСТОЯНИЯ

№ вопроса	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
18	4	3	1	0
37	4	3	1	0
48	4	3	1	0
80	4	3	1	0
81	4	3	1	0
100	4	3	1	0

Всего 6 пунктов. Разброс баллов 0–24.

ШКАЛА ПРЕМОРБИДНОЙ РИГИДНОСТИ

№ вопроса	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
3	4	3	1	0
7	4	3	1	0
11	0	1	3	4
15	0	1	3	4
21	4	3	1	0
25	4	3	1	0
32	0	1	3	4
45	0	1	3	4
55	4	3	1	0
61	4	3	1	0
66	0	1	3	4
70	0	1	3	4
75	4	3	1	0
78	0	1	3	4
83	4	3	1	0
91	4	3	1	0
99	0	1	3	4
104	4	3	1	0
105	4	3	1	0
111	4	3	1	0

Всего 20 пунктов. Разброс баллов 0–80.

ШКАЛА ЛЖИ

№ вопроса		Скорее да	Скорее нет	Нет
12	4	3	1	0
17	4	3	1	0
33	4	3	1	0
41	4	3	1	0
42	0	1	3	4
44	0	1	3	4
51	0	1	3	4
58	0	1	3	4
64	0	1	3	4

Всего 9 пунктов. Разброс баллов 0–36.

ШКАЛА РЕАЛЬНОСТИ

№ вопроса	Да	Скорее да	Скорсе нет	Нет
118	0	1	3	4
120	0	1	3	4
122	0	1	3	4
124	0	1	3	4
126	0	1	3	4
128	0	1	3	4
130	0	1	3	4
132	0	1	3	4
134	0	1	3	4
136	0	1	3	4
138	0	1	3	4
140	0	1	3	4
142	0	1	3	4
144	0	1	3	4
146	0	1	3	4
148	0	1	3	4
150	0	1	3	4

Всего 17 пунктов. Разброс баллов 0–68.

Научное издание

Генрих Владиславович Залевский

ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И ГРУППОВЫХ СИСТЕМ

(в культуре, образовании, науке, в норме и патологии)

Редактор К.Г. Шилько
Корректор К.В. Маликова
Компьютерная верстка
В.К. Савицкий

Лицензия ИД № 00208 от 20.12.99 г.
Подписано к печати 1.08.2004 г. Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Times.
Печ. л. 28,75. Усл. печ. л. 26,74. Тираж 500 экз. Заказ № 302.

Томский государственный университет
634050, г. Томск, пр. Ленина, 36
Участок оперативной ризографии и офсетной печати
Редакционно-издательского отдела ТГУ
Лицензия ПД № 00455 от 15.11.99 г.



Томский госуниверситет 1878
Научная библиотека 00479263

Залевский Генрих Владиславович – доктор психологических наук, профессор, член-кор. Российской академии образования, заведующий кафедрой генетической и клинической психологии факультета психологии Томского государственного университета. Автор более 300 научных трудов, в том числе 10 монографий и учебных пособий [Фиксированные формы поведения. Иркутск, 1976; Теоретические основания психологического и психопатологического исследования. Томск, 1988; Психическая ригидность в норме и патологии. Томск, 1993; Основы бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования. Томск, 2002 и др.], многоязычных психологических словарей [Краткий трехъязычный психологический словарь. М: Академия, 2004].

Его научные интересы достаточно широки, они охватывают области общей, социальной, и клинической психологии, а также психологии личности, генетической (развития) и педагогической.

Более 30 лет назад Генрих Владиславович ввел в профессиональный обиход понятие "фиксированные формы поведения". С тех пор изучение феномена фиксированных форм поведения и определение его значения в жизнедеятельности человека – главный объект исследований автора. Им предложены оригинальная акциональная структурно-уровневая концепция психической ригидности и фиксированных форм поведения, создан "Томский опросник ригидности", психологический аппаратурный комплекс «Рефлек-ГЗ» и т.д.

Г.В. Залевский является членом Всемирной федерации психического здоровья, ряда отечественных и международных профессиональных сообществ, он заслуженный деятель науки РФ, почетный работник высшего профессионального образования РФ, главный редактор Сибирского психологического журнала.