

О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев

**История безумия в постнеклассическую эпоху  
(на примере исследования социофобии)**

Точка отсчета в проблеме осмысления безумия – «История безумия в классическую эпоху» М. Фуко, известного французского философа, изданная в 60-х гг. XX в. Автор показывает с необычайно тонким аналитическим мастерством, как постепенно оформляется опыт психической болезни, как появляется безумие, трансформируются в отголосках социокультурных изменений способы «обуздания» психических девиаций [1; 2].

Однако осмысление безумия в постнеклассическую эпоху показывает иной характер формируемого образа сумасшествия, а также иные способы контроля и отношения общества к нему. М. Фуко пишет: «...Классическая эпоха не стремилась установить строгие границы между безумием и заблуждением, между сумасшествием и злонамеренностью... Это ее безразличие происходит не от недостаточности знания, а от последовательно проводимого и основываемого на причинно-следственных связях уподобления безумия преступлению» [1, с. 261]. Религиозные интерпретации отклонений в поведении сменяются моральными и этическими оценками, характеризуются в юридических метафорах, а затем, как отмечает автор, и в медицинских: «Неразумие сталкивается с болезнью и сближается с ней не в строгих рамках медицинской мысли, а в пространстве фантастического... Врач был приставлен к неразумию, приглашен наблюдать за ним только потому, что все испытывали страх» [1, с. 358]. М. Фуко характеризует приручение безумия с помощью научных дисциплин: «...Именно оживление древних фантастических тем, примешивавшихся к современным образам болезни, обеспечило позитивизму власть над неразумием... вернее, дало ему лишний повод от неразумия обороняться» [1, с. 358]. В другом своем историко-философском произведении «Рождение клиники» автор подчеркивает мысль о том, что ни безумие, ни цитадель для его обуздания (клиника) не являются само собой разумеющимся или чем-то «давно изобретенным» [2]. Безусловно, это «недавнее изобретение», исторически свежий институт нормирования: «Отказ от принуждения в лечебницах XIX в. означает не освобождение неразумия, а тот факт, что безумие давно обуздано» [1, с. 359].

Значительная трансформация современного общества, развитие и уточнение инструментов отслеживания девиаций (разнообразные виды психологического консультирования), а также закрепивший за собой легитимное право быть экспертом безумия медицинский дискурс – все это значительно изменило и сам формат девиаций. Классификационная сетка («нозологический театр», по выражению М. Фуко), позволяющая относить психическую патологию по наблюдаемым признакам к тому или иному типу расстройства, претерпевает достаточно быстрые и существенные изменения, чтобы можно было начать хоть сколько-нибудь удачное исследование «онтологических» основ безумия. Задача постмодернизма в отношении этой проблемы в том, чтобы продемонстрировать, как конструируется и переконструируется дискурс вокруг безумия, изменяя классификационные схемы «болезненных» проявлений психики, а также какие конкретные исторически обусловленные формы приобретает этот размытый и неоднозначный конструкт.

В. Руднев задается вопросом о том, «почему культура XX века “заболела” шизофренией» [3, с. 350], автор отмечает, что «философия безумия» и «культура XX века» – синонимичные выражения: «Разве мы не согласны с тем, что шизофрения – это болезнь XX века, но не потому, что ее так называли в XX веке, а, скорее, потому, что она чрезвычайно характерна для самой сути XX века...» [3, с. 249]. Культурно-специфический фактор в формировании патологии очевиден: «...Появилась квантовая физика, потребовавшая новой онтологии и новой логики... элементарные частицы одновременно и существуют, и не существуют, с точки зрения обыденного здравого смысла. А это соответствует шизофреническому схизису...» [3, с. 351]. Подчеркивается связь между развитием научного и культурного мировоззрения и специфическими формами «культурной патологии».

С одной стороны, конструирование новых нозологических фигур в рамках классификационного пространства психических болезней диктуется появлением беспрецедентных случаев психических расстройств, существенно отличающихся по симптоматике, манифестации, протеканию и исходу от ранее известных форм пси-

хической патологии [4–6]. С другой стороны, само возникновение тех или иных форм переживаний вызвано социокультурными условиями, исторической эпохой с ее целевыми особенностями.

Так, например, с появлением психоанализа наблюдался взрыв истерических параличей, комплексов в связи с полученными в детстве сексуальными травмами. На сегодняшний день такую квалификацию переживаний и подобные диагнозы можно получить исключительно в узких кругах последователей классического фрейдизма, в то время как в ту эпоху данным недугом страдала «чуть ли не каждая вторая женщина». Постепенно истерия как нозологическая единица исчезает из медицинской классификационной сетки.

В последнем издании диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-IV) терминов «невротический» и «конверсионная истерия» более не содержится. Однако при этом следует отметить, что именно благодаря З. Фрейду концепция невротических расстройств, неврозов приобрела большое значение и популярность [7]. Условия необходимости введения новой нозологической единицы на фоне трансформации социокультурной ситуации отражают сущность психического расстройства и объясняют распространенность данного заболевания.

Эта историческая иллюстрация нужна для демонстрации того, что в эпоху постнеклассицизма невозможно говорить о некоей «сущности» психического расстройства, – дискурс вокруг исследуемого заболевания должен быть рефлексивен, иными словами, встроено в сложный контекст культурно-исторической ситуации. Так называемая сущность заболевания в первую очередь базируется на конструктивистских объяснительных моделях, формируемых в конкретных исторических условиях, а также на анализе контекста широких институциональных связей общей референтной системы социума.

В своей работе «Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации» А.Ш. Тхостов, К.Г. Сурнов выделяют ряд факторов социокультурных трансформаций, влияющих на возникновение патологических форм адаптации (актуализацию и распространение определенных психических расстройств) [8]. Как отмечают авторы, важным в процессе нормальной социализации является элемент «насилия» – усилия, напряжения, отсрочивания удовлетворения потребностей: «Отказ, торможение, запрещение как формы социализованной саморегуляции имеют не меньшее зна-

чение, чем освоение совместно со взрослым ее выполнения» [8, с. 18]. Современные условия создают «зоны специфической “культурной патологии”».

1. Одним из первых факторов культурной патологии авторы считают «неправильное» развитие восприятия времени, протяженности, в которой разворачивается процесс удовлетворения потребностей. Авторы отмечают: «...Психологическое переживание времени сначала рождается как заторможенная деятельность, как протяженное напряжение, а затем само становится высшей формой регуляции такого усилия и напряжения... Неуспешное прохождение этой фазы может привести к фиксации архаической циклической модели времени». Последняя не предполагает возможность планирования деятельности и жизненную перспективу. Культурная патология состоит в том, что субъект тотально зависим от внешней или внутренней стимуляции (характерны различные варианты зависимостей: наркомания, алкоголизм, др.).

2(а). Авторы, ссылаясь на психоаналитическую традицию, указывают на то, что фактором патологического развития и первичной травматизации является не только избыточное насилие, но и «избыточное облегчение условий существования», противоречащее оптимальному опроизволиванию высших психических функций и поведения: «В телесной сфере “культурная патология” может проявляться... в виде конверсионных расстройств... В сфере психических функций... диссоциативными расстройствами» [8, с. 19]. Овладение функциями предполагает произвольность регуляции в соответствии с правилами, не совпадающими с требованиями природы. Опроизволенные и интериоризированные функции могут снова стать неуправляемыми, объективированными не только в сложных формах деятельности.

2(б). «Невыносимая легкость бытия», снижение напряжения за счет технологизации и автоматизации деятельности, экономия усилий – ловушка, чреватая особыми формами «культурной патологии». В пространстве этой формы патологии актуализируются личностная недоразвитость, снижение творческого потенциала, дезадаптивные формы поведения.

3. Система социокультурной регламентации произвольных функций в современном обществе является противоречивой («система взаимоисключающих требований»). Фундаментальные потребности регламентированы законодательством. Авторы отмечают: «Неудивительно, что сексуальные расстройства относятся к числу наиболее распространенных» [8, с. 19].

4(а). Дефицитарность прохождения этапа «нормального отчуждения» (нарушение формирования в онтогенезе субъект-объектного членения) приводит к развитию разных форм деперсонализации (невозможность создания зрелой идентичности, деградация человеческих ресурсов). Здесь играют свою роль и факторы размытости ценностно-смысловых ориентиров, ролевых стереотипов.

4(б). Вакуум усилия приводит к разным формам искусственной стимуляции, в которой человек как бы обретает плотность бытия (патологические формы рискованного и экстремального поведения, эпатажность и демонстративность поведения).

5. Дефицит общения «компенсируется развитием прессы, а затем и другими современными коммуникативными технологиями, порождающими специфический феномен толпы: неструктурированного общественного образования, связанного лишь с коммуникативными сетями» [8, с. 22]. Здесь характерны расстройства идентификации, увеличение числа пограничных расстройств. Бред, с точки зрения авторов, – особый способ объяснения непонятого и чуждого мира, а распространенный феномен терроризма – отчаянная попытка «обретения идентичности в глобализирующемся и все менее понятном и родном мире» [8, с. 22].

6. Депрессии, эмоциональные расстройства возникают на волне противоречивого несоответствия предлагаемых культурой «глянцевых» образцов жизни и реального положения вещей. Авторы так интерпретируют большой спрос на яркие и глянцевые журналы: «Массовый тираж... изданий свидетельствует... что основным покупателем... является отнюдь не тот, кто может купить себе рекламируемые в таких изданиях товары, человек покупает недостижимую мечту» [8, с. 22].

Авторы статьи ставят перед собой задачи по открытию путей профилактики и психокоррекции, реабилитации жертв «культурной патологии». Последнее видится им через разработку «единого методического арсенала, диагностического инструмента, который позволил бы исследовать множество современных технологий по одной схеме», что помогло бы сравнивать «хищные технологии века» по существенным параметрам внутри масштабного комплексного психологического исследования» [8, с. 23].

Формируемый социально экспансивный идеал современного человека (активно проявляющий инициативу, смелый и решительный и пр.) постулирует необходимость преодолевать негативное оценивание, отказы, другие социально

негативные импульсы. С другой стороны, общество предъявляет ограничения и противоречивый предыдущему образ послушного, «среднего» гражданина, лишённого «особого» мнения.

Особенность социальной фобии как нозологического конструкта, введенного для маркирования и психосоциального контроля людей, не способных идентифицироваться с образом-идеалом социально экспансивного и коммуникативного человека, заключается в неразрывном единстве, с одной стороны, необходимости вступать в социальное общение и противостоять социальным падениям, унижениям и, с другой стороны, необходимости удовлетворять значимые потребности в этих условиях.

Основной психодиагностической характеристикой социофобии является продолжительный страх перед социальными ситуациями или ситуациями, в которых оценивается эффективность, успешность субъекта (в области способностей, внешности, пр.). Столкновение с такими ситуациями почти всегда вызывает реакцию сильной тревожности, поэтому они чаще всего избегаются или переносятся с эмоциональным напряжением, выраженным психофизиологическим стрессом, страхом. Однако если испытываемые тревога и волнение не приводят к избеганию ситуаций, связанных с этим переживанием, то данное состояние целесообразно назвать социальной тревожностью. Социофобию и социальную тревожность не просто отличить друг от друга. Важным дифференциально-диагностическим критерием служат нарастающее желание избегать ряд социальных ситуаций и соответствующее поведение [5; 9].

Таким образом, наиболее важными признаками социофобии являются страх оценки (критики или осуждения) другими людьми в социальных ситуациях; выраженный страх ситуаций представления на людях, в которых может возникнуть чувство смущения или унижения, избегание таких ситуаций. У лиц, страдающих социофобией, существует ригидная «категориальная установка», что их оценят отрицательно в целом ряде социальных ситуаций. Такое состояние может быть генерализованным (страх распространяется почти на все социальные контакты) или негенерализованным (страхи относятся к определенным видам социальной деятельности или ситуациям представления на людях) [4; 5; 10]. Наиболее частыми провоцирующими страх ситуациями бывают те, в которых приходится знакомиться (быть представленным другим людям), общаться с начальством, говорить по телефону, принимать посетителей, что-то делать под наблюдением (в присутствии) кого-

либо, чувствовать, что над ними подшучивают, есть дома с гостями или членами семьи, публично выступать.

Сторонники антипсихиатрии постулировали неприемлемость диагностической сетки в отношении сложных переживаний индивида. Более современные подходы склонны представлять антипсихиатрию также в свете дискурсивных практик, призванных контролировать индивидов, отрицающих лечебный эффект клиники и медицинский дискурс. Социальный конструкционизм, деконструктивизм, концепция «знания-власти», дискурс-анализ, культурный релятивизм – направления эпохи постмодернизма, раскрывающие основы и принципы конструирования диагностических единиц, а также образа успешного и нормального человека, экспансивно удовлетворяющего свои потребности посредством активного участия в разнообразных социальных ситуациях. В русле этих подходов социофобия – относительно новый клинический конструкт, с помощью которого высвечивается патологичное поведение, связанное с социальными страхами и избеганием социальных ситуаций.

Утрированный, но не лишенный логики и эмпирических оснований взгляд на социальный смысл психиатрии и медицинской психологии как особых институтов состоит в рассмотрении последних как особых утонченных форм социального контроля, сами диагностические единицы предстают как языковые формы институционально ангажированной разметки социокультурного пространства, инструмент формирования «нужных обществу» индивидов.

По мнению представителей культурного релятивизма, признаки психопатологии, ее внешние проявления и связанные с ней внутренние переживания достаточно неопределенны. То, что может считаться патологией в одном обществе, не принимается во внимание в другом. Emic-подход базируется на постулатах культурного релятивизма: это направление научно-исследовательской работы определяется ориентацией на культурную уникальность [7]. Отклонение поведения от нормы фиксируется в рамках культурного контекста, и расстройства, которые встречаются в одной культуре, могут не иметь эквивалента в других, культурно-специфичные синдромы не имеют аналогов в других культурах [1; 7; 10].

Становящийся все популярнее когнитивно-бихевиоральный подход расширит горизонты понимания патологии, если одним из критериев ее анализа будет выступать культурно-специфичный фактор. Как отмечают представители культурного фактора в формировании и протек-

ании психических расстройств, «западный мир неохотно признал наличие культурных переменных в психопатологии. Шумейкер... выявил две основные тенденции в сфере клинической психологии. Во-первых, все более популярной делается когнитивная психология. С точки зрения когнитивной психологии, психопатология рассматривается как следствие психических процессов, управляемых индивидом большей частью произвольно. Во-вторых, произошел сдвиг в сторону имеющих биологическую основу моделей психопатологии. Обе тенденции, касающиеся теоретического подхода к психопатологии, сориентированы прежде всего на личность и при этом недооценивают культурные факторы» [7, с. 236]. Более того, представители данного подхода уверены, что феномен «личности» суть продукт социокультурного дискурса, формируемый с целью налаживания внутреннего контроля за собственным поведением, приписывания ответственности за свои поступки.

Теоретики когнитивного подхода, как правило, склонны считать индивида субъектом, порождающим собственные когниции (нормальные или патологические). Однако представление об ответственности индивида за них применимо далеко не ко всем культурам. Ориентация на западный образец социокультурного дискурса ограничивает кросскультурные исследования психопатологии. Так, согласно системе верований тораяя, проживающих на юге острова Сулавеси в Индонезии, гнев подлежит наказанию со стороны сверхъестественных сил. Таким образом, когнитивная деятельность, связанная с контролем гнева, осуществляется на уровне культуры, а не на уровне индивида, «личности». Авторы этого направления отмечают, что, поскольку целые общества свободны от проявлений депрессий западного типа, следует провести исследования с целью определения, могут ли культурные факторы способствовать преодолению биологической предрасположенности к депрессии.

Преобладающий образ успешного человека (как эффективной с точки зрения удовлетворения потребностей социальной роли) содержит характеристики: коммуникативность и экспансивность, способность достаточно смело и активно противостоять неудачам, добываясь своего. Наиболее показателен постмодернистский взгляд на психологию, заключающийся в экспликации скрытых (неочевидных) функций дискурса психологии, психотерапии и психиатрии, анализе способов конструирования тех или иных подходов и взглядов. Современный человек контролирует себя сам, усвоив должные для этого сред-



ства; его поступки подвергаются постоянному «внутреннему взгляду» как способу соотнесения себя с некой характерной для данной эпохи моделью нормы (метафора «Паноптикума Бентама»). Одним из базовых направлений в этой области является концепция «знания – власти» М. Фуко, иллюстрирующая детализирующиеся формы психологического контроля над субъектом как «постоянно длящегося суда» [1]. Данные деконструктивистские мысли, тем не менее, не умаляют реально возникшей в связи с этим проблемы: далеко не все способны гармонично усвоить этот сконструированный идеал и встроить его в систему своего мировосприятия, но с необходимостью к нему стремятся в силу фиксированной установки на предлагаемый противоречивый тип идентичности.

Одним из наиболее очевидных культурных факторов формирования социофобии являются противоречивые требования, как «правильно, нормально» себя вести в обществе. Послушание и уступки, так поощряемые в воспитании ребенка, сталкиваются с навязываемым идеалом «торжествующего победителя», который ни перед чем не остановится. Страх возникает в зазоре конфликтного противоречия, грозящего субъективным ощущением неизвестности исхода ситуации и предвкушением «коммуникативного фиаско». Скромность, кротость и яркость, инициатива... Мышление человека с необходимостью расщепляется на языковые бинарные антиномии, помогающие ориентироваться в мире и выживать, однако одновременная их актуализация вызывает «двойной зажим» (Г. Бейтсон) и может спровоцировать психические отклонения разной глубины.

Порой самые простые и «повседневные» ситуации становятся непреодолимым препятствием для страдающих социофобией: они не в состоянии приобрести покупки в магазине или заполнить бланк в банке, поменять паспорт или навестить старых знакомых. Отсутствие однозначной стратегии поведения и, как следствие, страх перед неизвестностью исхода приводят к «психическому ступору» в таких коммуникациях. Неслучайно поведение страдающих социофобией в этих ситуациях может быть несуразным, нелепым, как бы «расщепленным», словно человек пытается применить одновременно несколько поведенческих моделей.

Данные теоретические принципы исследования психической патологии предполагают наличие эмпирических принципов.

Теоретико-методологическая разрозненность, отсутствие общей дефиниции социофобии в клинической психологии, адекватного психо-

диагностического и психокоррекционного ресурса в отношении становящегося все более распространенным заболеванием современного времени, диспропорциональная картина гипертрофированного медицинского взгляда на проблему, а также дифференциально-диагностические трудности – все это позволяет без преувеличения подчеркнуть необходимость исследования данной проблемы.

Наиболее продуктивными теоретико-методологическими направлениями в изучении проблемы являются: психосемантический подход (Дж. Келли, В.Ф. Петренко, А.Г. Шмелев); теория психической ригидности Г.В. Залевского; постулаты философии и психологии постмодернизма и after-postmodernism (М. Фуко, В.П. Руднев); когнитивно-бихевиоральное направление в психологии (А. Бандура, Дж. Роттер, М. Селигман, А. Эллис); топология субъекта, субъективная семантика в клинической психологии (Е.Ю. Артемьева, А.Ш. Тхостов).

Психосемантический подход, легший в основу нашей исследовательской работы, основан на постулате о конструировании индивидом реальности на основе мотивационно-потребностной напряженности; дает возможность реконструировать систему значений, которая является модельным представлением мира субъекта; формирует адекватную методическую базу для исследования социофобии, позволяя производить синхронистический срез индивидуальных или групповых представлений [10].

Социофобия в данном исследовании понимается как эмоционально-когнитивное расстройство, связанное с формированием алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования по модели «страх и избегание» в отношении социальных ситуаций при осознании иррациональности и преувеличенности опасности. В основе заболевания лежит ригидный способ эмоционально-когнитивного конструирования ситуации как психологически опасной.

Переживаемый и наблюдаемый уровень психического расстройства «социофобия» выражается в наличии алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации как устойчивых и последовательно разворачивающихся программ активности индивида, сопровождаемых непосредственным эмоциональным отношением к происходящему и когнитивной оценкой ситуации (т.е. комплексным переживанием). Алгоритмы реагирования конструируются в соответствии с изначальным мотивационно-потребностным посылом, преломляясь индивидуальным опытом удачного или неудачного его удовлетворения.

Нами подчеркивается многогранность термина «реагирование», выводящая понимание активности индивида за пределы поведенческого сценария и расширяющая границы наблюдаемого феномена – поведения, которое является лишь конечным звеном характеризуемого «эмоционально-когнитивного реагирования».

При социофобии страх сопровождается психофизиологическими индикаторами эмоций, регистрирующими непосредственный уровень проявления эмоций (в данном случае эмоций социального страха и тревоги), проявления в виде телесных сенсаций, психовегетативных реакций (тошнота, потение ладоней, сухость во рту и др.). При исследовании социофобии выяснено, что больные с большей легкостью вычлняют психофизиологическую основу эмоций, чем сами эмоции. Кроме того, использование категорий психофизиологических индикаторов эмоций позволяет сконструировать телесную топологию разных типов социального страха, что в итоге усиливает психокоррекционный эффект, облегчает психотерапию пациентов с социофобией [4; 6; 10].

В исследовании приняли участие экспериментальная (страдающие социофобией) и контрольная (норма) группы. Количество испытуемых в пилотажных исследованиях составило 115 чел. Количество испытуемых в каждой из групп основного эксперимента – 55 чел., всего исследовано по выделенным параметрам 110 чел. В целом в исследовании (пилотажном и основном) участвовали 225 чел. Возрастной состав выборки был ограничен: от 20 до 30 лет.

Критерии отбора испытуемых в экспериментальную группу: выявление симптомов социофобии лечащими врачами, психодиагностическое обследование. В контрольную – психодиагностическое обследование на уровень социальной тревожности. Основной способ формирования групп: статистическое (с помощью Т-критерия Стьюдента) подтверждение достоверности социобической симптоматики или ее отсутствия.

Для выявления психологических характеристик расстройства, а также для дифференциально-психодиагностических целей был разработан Опросник социофобии [10].

Вопросы опросника сформулированы с учетом симптомов социофобии по критериям МКБ-10: 1) наличие интенсивного страха и тревоги в социальных ситуациях оценки успешности; 2) стремление к избеганию социальных ситуаций; 3) осознание иррациональности и преувеличенности источника опасности в социальных ситуациях; 4) невозможность сознательного избавления от страха, мешающего адаптации в об-

ществе. В результате было составлено 29 вопросов, содержащих разные виды социальных ситуаций, стратегии поведения в них и эмоциональные реакции. Предполагались два варианта ответа: «да» или «нет». Подсчет баллов по утвердительным ответам давал суммарный балл. Опросник валидизирован и апробирован для данной группы испытуемых. Примеры вопросов: «Трудно ли Вам выполнять задание, когда за Вами кто-то наблюдает?», «Чувствуете ли Вы себя неловко, если Вам приходится отказать в просьбе знакомому?», «Верно ли, что Вы с трудом заводите новые знакомства?», «Если Вам необходимо позвонить незнакомому человеку для выяснения важной информации, Вы долго настраиваетесь, но, несмотря на это, Ваш голос дрожит при разговоре?» и т.д.

С целью обнаружения взаимосвязей между индивидуально-типологическими особенностями и типами социальных страхов проведен корреляционный анализ. Выявлена прямая корреляционная связь показателей Опросника со шкалой личностной тревожности теста Спилбергера-Ханина. Для социофобии характерна высокая личностная тревожность как склонность в широком диапазоне ситуаций воспринимать угрозу своей самооценке, престижу и как высокая вероятность реагирования выраженным состоянием тревожности.

Корреляционный анализ со шкалами теста ММРІ показал достоверные связи (при  $p < 0,05$ ) с высокими показателями по Опроснику. В личностном профиле преобладают шкалы: депрессия, психастения, паранойяльность, ипохондрия, социальная интроверсия, шизоидность. Для пациентов характерно преобладание в профиле гипостенических шкал, сочетание которых можно интерпретировать как своеобразный вариант «избегающего», «тревожного», «пессимистического», «недоверчивого», «самоутраченного» реагирования в широком спектре ситуаций. Страдающие социофобией склонны к ограничительному поведению и тревожному реагированию.

Корреляционный анализ Опросника социофобии со шкалами ТОРЗ – Томского опросника ригидности Г.В. Залевского (при  $p < 0,05$ ) показал взаимосвязь высокой социальной тревожности со шкалами: ригидность как состояние, сенситивная ригидность, симптомокомплекс ригидности, актуальная ригидность, преморбидная ригидность [10; 11].

Наиболее существенные связи обнаружены со шкалой ригидности как состояния и сенситивной ригидностью. Ригидность, фиксированные формы поведения актуализируются в социальных ситуациях, вызывающих интенсивную

тревогу при социофобии. Испытуемые обладают высокой ПР, отражающей эмоциональную реакцию человека на новое, «на ситуации, требующие каких-либо изменений». При повышении социальной тревожности увеличивается вероятность актуальной ригидности, а также возникает склонность «к широкому спектру фиксированных форм поведения» как «неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, модус переживания...».

С целью выделения типов алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации был применен метод многомерного шкалирования исходных данных – ответов на пункты Опросника, позволяющий выявлять структуры исследуемого множества объектов (в данном случае – социальные ситуации).

Шкала в многомерном шкалировании интерпретируется как критерий, лежащий в основе различия стимулов – вопросов Опросника социофобии. Получено трехмерное пространство (см. рисунок). Характеризуемые оси поляризовались по основанию, с одной стороны, эмоционального компонента (специфический страх), с другой – когнитивно-поведенческого, что подтвердило предположение о двухкомпонентности алгоритмов реагирования на социальные ситуации.

Посредством корреляционного анализа матрицы «суммарных баллов, полученных по каждому испытуемому в отношении каждого из полюсов» осей, собранных в результате многомерного шкалирования, матрицы «данные ММРІ», а также матрицы «данные ТОРЗ» получена типологическая модель алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации с учетом индивидуально-типологических особенностей.

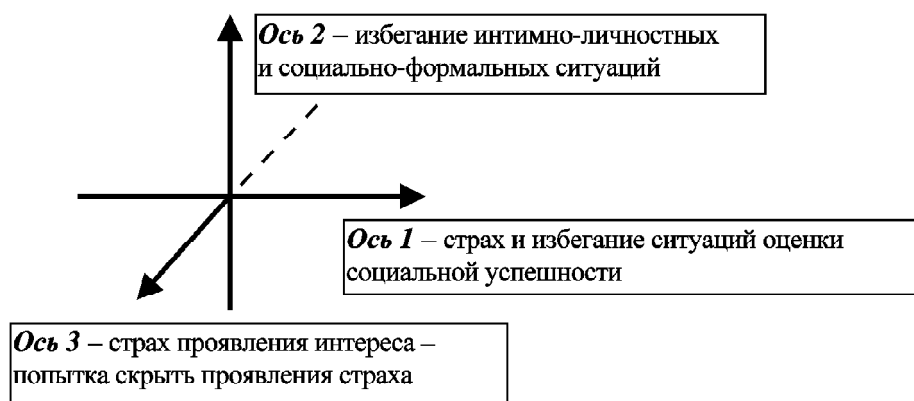
Первая ось – «страх и избегание ситуаций оценки социальной успешности». Правый полюс первого критерия демонстрирует эмоциональный уровень реакции, его можно обозначить как

«паническая атака, интенсивная тревога, страх в ситуациях оценивания успешности». Нарастающие непреодолимые тревога и страх, имеющие и психофизиологическое сопровождение («пропадает голос», «учащается сердцебиение», «потеют ладони», «дрожат руки» и др.), проявляются в разных социальных ситуациях (готовясь к сдаче экзамена, выступая перед аудиторией, отказывая в просьбе, возвращая покупку). Ведущая тема ситуаций – волнение, вегетативные признаки панической атаки, желание с ним справиться с целью реализации потребности в «интересном общении» и признании.

При данном типе реагирования характерны «депрессия» и «социальная интраверсия», самоизоляция, пессимистическая оценка перспективы исхода ситуации, отсутствие непосредственности вхождения в социальные коммуникации, а также высокие показатели по шкалам ТОРЗ – «ригидность как состояние» и «сенситивная ригидность». Ригидность выступает как реакция на новые обстоятельства, негативные события (стресс, страх, болезнь), в обычных ситуациях может не проявляться.

Противоположный полюс – когнитивно-поведенческий – отражает способ реагирования «избегание ситуации при осознании иррациональности страха и преувеличенности опасности». Здесь убежденность в отрицательном мнении окружающих относительно своего поведения увеличивается: «кажется, люди отворачиваются, не желая иметь дело с таким застенчивым человеком», в этом выражена проекция собственного избегания общения. Проявляется стремление «покинуть помещение, если человек противоположного пола оказывает знаки внимания»; «не примерять одежду перед покупкой»; «остаться дома и не пойти на вечеринку».

При типе избегающей когнитивно-поведенческой реакции характерны изоляция, аутодеструктивные тенденции; профиль личности с та-



Многомерное шкалирование пунктов Опросника социофобии

ким поведением составляют «шизоидность», «депрессия» и «психастения», «паранойяльность», «социальная интраверсия» (ММРІ). При высоком уровне рефлексии, осознании иррациональности страхов испытуемых такого типа продолжают преследовать опасения, типичны робость, чувствительность, нерешительность, самоанализ, а также подозрительность.

Следующая ось – «избегание интимно-личностных и социально-формальных ситуаций». Правый полюс представлен эмоциональным компонентом – «избеганием и страхом в ситуациях интимно-личностных контактов». «Страх выразить свои чувства (любовь) долгое время»; «предпочтение промолчать, нежели высказать свою точку зрения»; «трудности в заведении новых знакомств»; «незнание как себя вести при встрече с незнакомыми людьми»; «трудности в проявлении инициативы при знакомстве с противоположным полом».

Страх инициативы характерен для лиц с высокими показателями по шкале «социальная интраверсия» (ММРІ), отличающихся трудностями в заведении новых контактов при одновременно выраженной потребности в аффиляции, характерно выборочное избегание социальных ситуаций. Такие испытуемые склонны к широкому спектру навязчивых форм поведения, ригидность проявляется на личностном уровне (в установках, личностных особенностях).

Противоположный полюс – «избегание ситуаций “я – объект наблюдения”», выражен у подозрительных и недоверчивых, склонных к ригидности аффекта, обидчивых, тревожно-боязливых пациентов с сочетанием интро- и экстрапунитивных реакций в формально-социальных ситуациях, не требующих эмоционального включения. Таким пациентам кажется, что за ними наблюдают, при этом негативно оценивая, обсуждая недостатки за спиной. Тревога связана с паранойяльным проецированием негативного отношения окружающих.

Последний выделенный параметр – «страх проявления интереса – попытка скрыть проявления страха». Эмоциональный полюс – «страх проявления интереса к моей персоне, какому-либо вниманию». Выражена соматизация тревоги, подчеркнута морализаторская позиция, обвинительно-депрессивные реакции сочетаются с ригидностью аффекта, злопамятностью. Выражена склонность к ригидности как состоянию, сенситивной ригидности, симптомокомплексу ригидности, что сигнализирует о наличии патологической ригидности не только на уровне реакции на новое, но и на личностном уровне (привычки, установки), индивид осознает иррациональность тревоги, однако не может изменить поведение.

Противоположный полюс – «попытка скрыть, компенсировать страх». Ярко выражены «старание нарочито свободно вести себя в коллективе, стараясь скрыть интенсивный страх»; «учащенное сердцебиение от одной мысли, что придется войти к начальнику» и «долгие попытки настроиться перед входом в кабинет начальника» или «разговором по справочному номеру». Скрытность заставляет их не показывать проявления своей тревоги, характерны пессимизм в оценке перспективы и робость в ситуациях общения. Высокий уровень ригидности не только на уровне реакции на новые ситуации, но и на уровне склонности к фиксированным формам поведения.

Для всех типов эмоционального и когнитивного реагирования характерна высокая личностная и социальная тревожность. Таким образом, многомерное шкалирование позволило выделить неосознаваемый критерий дифференциации социальных ситуаций. Получена типология взаимосвязи алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации с учетом индивидуально-типологических особенностей, представляющая основные клинико-психологические характеристики расстройства социофобии.

Особенность социофобии как психиатрического конструкта, введенного для маркирования и психосоциального контроля людей, не способных идентифицироваться с пропагандируемым в современном обществе образом-идеалом социально экспансивного и коммуникативного человека, заключается в неразрывном единстве, с одной стороны, необходимости вступать в социальное общение и противостоять социальным падениям, унижениям и, с другой – необходимости удовлетворять значимые потребности в этих условиях. Для страдающих социофобией характерно наличие эмоционально-мотивационного конфликта между желанием удовлетворить значимую потребность, реализация которой возможна только в социальных ситуациях, и субъективно воспринимаемой опасностью участия в них [4; 12; 13].

Таким образом, социофобия не просто диагноз или специфическое заболевание, это еще и сложный психосоциальный феномен, отражающий современные особенности актуального bipolarного конструкта «психическая норма – психическая патология». Известно, что наряду с неопределимостью и неочерчиваемостью границ данных понятий они операционализируются в зависимости от культурно-исторической эпохи. Именно вокруг данного заболевания формируются устойчивые актуальные критерии «психической нормы».



## Литература

1. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. – СПб., 1997.
2. Фуко М. Рождение клиники. – М., 1998.
3. Руднев В. Словарь безумия. – М., 2005.
4. Beck A.T. Anxiety Disorders and Phobias / A.T. Beck, G. Emery, R.L. Greenberg. – N.Y., 1985.
5. Beck A.T. Cognitive Therapy of Personality Disorders / A.T. Beck, A.F. Freeman. – N. Y., 1990.
6. Liebowitz M.R. Treatment of social phobia with drugs other than benzodiazepines / M.R. Liebowitz, F.R. Schneier, E. Hollander, et al. // Journal of Clinical Psychiatry. – 1992.
7. Мацумото Д. Психология и культура. – СПб., 2003.
8. Сурнов К.Г. Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации / К.Г. Сурнов, А.Ш. Тхостов // Психологический журнал. – 2005. – №6.
9. Ястребов Д.В. Терапия социальных фобий / Д.В. Ястребов, Е.В. Колюцкая // Тревога и обсессии. – М., 1998.
10. Сагалакова О.А. Социофобия: психосемантический анализ алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев // Личность: психологические проблемы субъектности : сборник научных статей. – Барнаул, 2005.
11. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, норме и патологии). – М. ; Томск, 2004.
12. Ястребов Д.В. Социальная фобия и чувствительные идеи отношения (клиника и терапия) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000 // <http://psychiatry.ru/dissert/yastrebov.html>
13. Ястребов Д.В. Социальная фобия с чувствительными идеями отношения при эндогенных заболеваниях // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1998. – №12.